**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL**

JOSÉ RODRIGUES FREIRE FILHO

**Formação interprofissional para o trabalho em equipe: uma análise a partir dos
Núcleos de Apoio à Saúde da Família**

**Ribeirão Preto
2014**

JOSÉ RODRIGUES FREIRE FILHO

**Formação interprofissional para o trabalho em equipe: uma análise a partir dos
Núcleos de Apoio à Saúde da Família**

**Dissertação de mestrado apresentada
à Faculdade de Medicina de Ribeirão
Preto da Universidade de São Paulo
para obtenção do título de Mestre em
Ciências.**

**Área de concentração: Saúde na
Comunidade.**

**Orientadora: Prof.^a Dra. Aldaísa
Cassanho Forster.**

Ribeirão Preto

2014

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo na Publicação

Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo

Freire Filho, José Rodrigues.

Formação interprofissional para o trabalho em equipe: uma análise a partir dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Ribeirão Preto, 2014.
147 fl. : il.

Dissertação de Mestrado, apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Saúde na Comunidade.

Orientador: Cassanho Forster, Aldaísa.

1. Educação Interprofissional. 2. Trabalho em equipe. 3. Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

Nome: FREIRE FILHO, José Rodrigues

Título: Formação interprofissional para o trabalho em equipe: uma análise a partir dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família

Dissertação de mestrado apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Esta obra é para você que acredita que o saber possa ser compartilhado, para que de fato seja capaz de afetar a quem se interessa.

AGRADECIMENTOS

À **Universidade de São Paulo**, ao **Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto** e ao **Programa Saúde na Comunidade**, por me receberem de forma respeitosa e oportunizar uma estrutura de excelência para a minha formação.

À minha orientadora e querida amiga, **Prof.^a Dr.^a Aldaísa Cassanho Forster**, que acreditou nos meus desejos, embarcou comigo nos movimentos rumo a torná-los realidade, sempre me conduzindo pelos caminhos da verdade e da honestidade. Levarei sempre comigo os seus ensinamentos e exemplos de humildade e persistência.

Ao **Departamento Municipal de Saúde de Alpinópolis – MG**, em especial aos profissionais da atenção básica, por terem sido minha fonte de inspiração para aprofundar-me nos estudos.

Ao **Prof. Dr. Nildo Alves Batista**, uma pessoa ímpar que me afetou com as suas propostas sobre a Educação Interprofissional em Saúde, bem como contribuiu para a elaboração do projeto da pesquisa.

À **Prof.^a Dr.^a Marina Peduzzi**, pela sua cordialidade em compartilhar os importantes resultados dos seus estudos.

À **Prof.^a Dr.^a Carmen Sílvia Gabriel**, o elo principal para adentrar-me na universidade. Jamais me esquecerei de seu apoio.

À **Prof.^a M.^a Vanessa Luzia Queiroz Silva**, amiga que não mediu esforços para contribuir com a pesquisa.

À **Prof.^a Dr.^a Ana Maria Palmar Santos**, pelo acolhimento e orientações durante o estágio em Madri – Espanha.

À bibliotecária **Solange** pela disponibilidade, carinho e paciência em compartilhar as suas vivências pessoal e profissional.

À amiga **Carinne Magnago**, uma joia iluminada que encontrei no percurso dos meus estudos, com quem aprendo muito sobre os caminhos da vida.

À amiga **Valéria Mariana Atella Barbosa**, um anjo que me acolhe, orienta, desorienta, ampara e ensina. Quero sempre por perto! Bem perto.

Ao amigo **Paulo Cesar Cardoso**, pela presença e por tornar a vida mais interessante.

À profissional **Andréa Martins Teixeira**, por me fazer enxergar o mundo de uma forma diferente.

Aos meus irmãos **Carina, Cinara, Cibele e Heleno**, que sempre compreenderam as minhas intenções.

Aos meus pais **José e Helena**, por permitirem a minha existência e os destinos que traço.

Ao **São Judas Tadeu** e ao meu **Deus de amor**, que me dão a certeza que são em seus caminhos que devo percorrer.

EPÍGRAFE

Eu quero desaprender para aprender de novo.
Raspar as tintas com que me pintaram.
Desencaixotar emoções, recuperar sentidos.

Rubem Alves

RESUMO

FREIRE FILHO, José Rodrigues. **Formação interprofissional para o trabalho em equipe: uma análise a partir dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família**. 2014. 147fl. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

A inserção de profissionais de diferentes áreas do conhecimento nas equipes de atenção primária no país é uma estratégia nova, cujo atual estágio de desenvolvimento viabiliza a implantação de grupos de diferentes formações profissionais. Nessa lógica, a estratégia de Educação Interprofissional (EIP) tem fomentado pesquisas, no sentido de discutir modos de viabilizar uma formação em saúde arraigada no compartilhamento de saberes e na prática da colaboração profissional. Nessa linha se insere esta pesquisa, cujo objetivo foi verificar princípios da EIP nas estratégias de formação para o trabalho em equipe no âmbito dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) de uma microrregião de saúde de Minas Gerais. Desenvolveu-se um estudo exploratório, qualitativo, com 21 profissionais componentes de equipes NASF da Microrregião de Saúde de Passos/Piumhi. A coleta de dados foi efetivada por meio de três grupos realizados em fevereiro de 2014, nos municípios de Alpinópolis, Passos e Piumhi. Os dados pertinentes à caracterização da amostra foram tratados por estatística descritiva e os depoimentos por análise de conteúdo temática. Dessa emergiu quatro categorias de análise: O trabalho em equipe: conceitos e significações; Interfaces do trabalho em equipe: forças propulsoras e limitantes; Processos acadêmicos de formação em saúde: preparação para o trabalho em equipe?; Processos de formação em serviço para o trabalho em equipe. Amostra majoritariamente feminina; com tempo de formação inferior a 10 anos; inseridos no Sistema Único de Saúde (SUS) há no máximo cinco anos; e no NASF, há no máximo dois anos. Os sujeitos do estudo significam o trabalho em equipe como uma prática interdisciplinar, que transcorre do compartilhamento de conhecimentos e experiências e da conformação de uma rede dialógica entre os diferentes profissionais da Atenção Básica. Como forças limitantes para a atuação em equipe destacaram a resistência aos NASF por parte dos profissionais da ESF; a incipiência do médico como integrante da equipe; a demanda populacional e de atribuições excessivas e; a instabilidade da gestão pública. Como forças propulsoras: o processo de comunicação e perfil profissional que corresponda às necessidades da saúde pública. Evidenciou-se que os profissionais foram submetidos a um processo de formação alicerçado em modelos de ensino baseado na fragmentação do cuidado. No entanto, foi revelado que o estágio curricular é um recurso que oportuniza a formação para o trabalho em equipe. Verificou-se que inexistem processos formais de educação no âmbito do serviço, sobretudo com vistas à aquisição de habilidades para o trabalho em equipe. Nesse cenário, as reuniões de equipe foram apontadas como uma ferramenta profícua ao aprendizado interprofissional, viabilizadas a partir dos pressupostos da Educação Permanente em Saúde. Destarte, reflete-se que mesmo com a inclusão das mais diversas profissões da saúde no campo da Atenção Básica, ainda há grandes desafios para o desenvolvimento do trabalho em equipe na lógica da formação interprofissional. Imprime-se a necessidade de reorientação dos modelos pedagógicos de ensino-aprendizagem com ênfase na EIP e as propostas de ensino no serviço baseada na prática colaborativa e integrada.

Palavras-chave: Educação Interprofissional. Trabalho em equipe. Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

ABSTRACT

FREIRE FILHO, José Rodrigues. **Training for interprofessional teamwork: an analysis from the Family Health Support Centers.** 2014. 147f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

The inclusion of professionals from different areas of knowledge in primary care teams in the country is a new strategy, whose current stage of development enables the deployment of groups from different professional backgrounds. In this logic, the strategy of interprofessional education (IPE) has encouraged research in order to discuss ways of facilitating health training based in the sharing of knowledge and the practice of professional collaboration. As part of this idea, this research aimed to verify the principles of IPE in the training strategies for teamwork within the Family Health Support Centers (NASF) of a Minas Gerais state region. An exploratory, qualitative study was developed, with 21 professionals of NASF teams from Passos/Piumhi health region. Data collection was done with three groups, and conducted in February 2014 in the cities of Alpinópolis, Passos and Piumhi. The data relevant to the characterization of the sample data were analyzed via descriptive statistics and testimonials by thematic content analysis. Four categories emerged from this analysis: Teamwork: concepts and meanings; Teamwork interfaces: driving and restraining forces; Health education academic processes: preparation for teamwork?; Service training procedures for teamwork. Mainly female sample, with no more than 10 years of training time, working into the public system for five years max, and in NASF for no more than two years. The study subjects see teamwork as an interdisciplinary practice, which comes from the sharing of knowledge and experience and from the conformation of a dialogical network between different primary care professionals. As limiting forces for teamwork they pointed the resistance to NASF by FHS professionals; the ignorance of the physician as a team member; the population demand and excessive duties and; the public management instability. As driving forces: the process of communication and professional profile that meets the needs of public health. It was evident that professionals have undergone a training process, built on models of teaching based on the fragmentation of care. However, it was revealed that the traineeship is a resource that provides opportunities for teamwork training. No formal in-service education processes was found, particularly if aiming to the acquisition of skills for teamwork. In this scenario, staff meetings have been identified as a useful tool to interprofessional learning, made possible from the assumptions of Continuing Education in Health. Thus, it is clear that even with the inclusion of several health professions in the field of primary care, there are still major challenges to the development of teamwork in the sense of interprofessional education. The need for reorientation of the pedagogical models of teaching and learning with an emphasis on IPE, and the proposals for in-service education based on collaborative and integrated practice are marked.

Keywords: Interprofessional Education. Teamwork. Family Health Support Centers.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Mapa de distribuição nacional das equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, segundo modalidade. Brasil, 2013	25
Figura 2 - Atividades do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasil, 2012	42
Figura 3 - Municípios da Microrregião de Passos/Piumhi com Núcleos de Apoio à Saúde da Família credenciados. Minas Gerais, Brasil, 201	60
Figura 4 - Etapas desenvolvidas para o tratamento dos dados por meio da análise de conteúdo. Minas Gerais, Brasil, 2014	69

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 -	Evolução dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Brasil, 2008-201	25
Gráfico 2 -	Distribuição das categorias profissionais que compuseram a população da pesquisa. Minas Gerais, Brasil, 2013	62
Gráfico 3 -	Profissionais participantes dos grupos focais por categoria profissional. Minas Gerais, Brasil, 2014	73

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Número de profissionais vinculados aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família segundo ocupação. Brasil, 2013	27
Tabela 2 - Municípios da microrregião de Passos/Piumhi com Núcleos de Apoio à Saúde da Família credenciados segundo modalidade, ano de credenciamento e quantidade de NASF. Minas Gerais, Brasil, 2013	61
Tabela 3 - Frequência de unidades de registro por corpus e unidades de significação. Minas Gerais, Brasil, 2014	68
Tabela 4 - Frequência de unidades de registro por categoria e subcategoria temática. Minas Gerais, Brasil, 2014	68

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
EIP	Educação Interprofissional
EPS	Educação Permanente em Saúde
EFOA	Escola de Farmácia e Odontologia de Alfenas
ESF	Estratégia Saúde da Família
GM	Gabinete do Ministro
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PSF	Programa de Saúde da Família
PTS	Projeto Terapêutico Singular
SF	Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
SRS	Superintendência Regional de Saúde
UR	Unidades de Registro
US	Unidades de Significação

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	
1 INTRODUÇÃO	21
1.1 Justificativa	29
2 O TRABALHO EM EQUIPE NO CAMPO DA SAÚDE PÚBLICA NACIONAL	33
3 INTEGRALIDADE E NASF: PROPOSTA E DESAFIOS	39
4 FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE	47
5 OBJETIVOS	53
5.1 Objetivo geral	55
5.2 Objetivos específicos	55
6 MATERIAL E MÉTODOS	57
6.1 Natureza do estudo	59
6.2 Campo de estudo	60
6.3 População e amostra	61
6.4 Coleta de dados e instrumentos	63
6.5 Análise dos dados	66
6.6 Aspectos éticos	70
7 RESULTADOS	71
7.1 Perfil da amostra	73
7.2 O trabalho em equipe: conceitos e significações	74
7.2.1 Compartilhamento de conhecimentos	74
7.2.2 Prática interdisciplinar	75
7.2.3 Trabalho em rede	76
7.2.4 Divisão de tarefas e apoio	76
7.3 Interfaces do trabalho em equipe: forças propulsoras e limitantes	77
7.3.1 Resistência e aceitação do NASF pelas equipes do PSF	77
7.3.2 Perfil profissional	78
7.3.3 A participação do profissional médico na equipe	79
7.3.4 Demanda excessiva e cumprimento de metas	81
7.3.5 A equipe pela equipe	82
7.3.6 Gestão	83
7.4 Processos acadêmicos de formação em saúde: preparação para o trabalho em equipe?	84
7.4.1 Experiências na graduação	84
7.4.2 Experiências na pós-graduação	86
7.5 Processos de formação em serviço para o trabalho em equipe	87
7.5.1 Treinamento introdutório	88
7.5.2 Aprendendo com o outro	88
7.5.3 Reconhecimento da inexistência de processos formais de educação em serviço	90
8 DISCUSSÃO	93
9 CONCLUSÕES	109
EPÍLOGO	115
REFERÊNCIAS	119

APÊNDICES
ANEXOS

135
145

APRESENTAÇÃO

A minha inserção no cenário acadêmico teve início no ano 2000, quando fui aprovado no vestibular para a graduação em Farmácia, na renomada Escola de Farmácia e Odontologia de Alfenas, mais conhecida como EFOA, localizada ao sudoeste do estado de Minas Gerais, e que mais recentemente passou a Universidade Federal de Alfenas. Única seleção que participei para o referido curso. Jamais pensei em cursar Farmácia. Mas como foi a minha única aprovação, resolvi cursar.

A intenção em ingressar no ensino farmacêutico consistia em satisfazer às expectativas que o título poderia me trazer: o profissional do medicamento, para que então pudesse orientar à comunidade sobre o seu uso correto, a posologia adequada, a melhor forma de administração, diminuir o sofrimento das pessoas, esclarecê-las sobre os efeitos colaterais, e confortá-las ao apontar que por muita das situações da vida não há remédio. Inicia-se nesse momento o meu interesse pela Educação Permanente em Saúde (EPS).

O percurso da graduação foi frustrante. Totalmente diferente do que esperava. Doloroso.

Achava a proposta do curso muito enrijecida. Nos primeiros anos eram ofertadas disciplinas que versavam sobre conteúdos que, em sua maior parte, abordavam as áreas exatas e biológicas, apresentadas ao aluno da forma mais tradicional de aprendizagem, o que era incompatível com as minhas expectativas para a formação profissional.

E eu sempre me questionava: por que fazer um curso que não me proporciona contato com a comunidade, e nem ao menos com outros cursos instalados na escola, já que no mesmo ambiente de ensino havia os cursos de enfermagem, odontologia e as mais recentes graduações de nutrição e ciência biológicas?

Desejava aprender conjuntamente. Interessava-me o conhecimento do outro, bem como o que poderia colaborar.

Desisti do curso por várias vezes. Tentei outro curso com a vã expectativa de compreender a fragilidade pedagógica encontrada no curso de farmácia. Fui para a História, que ficou na história.

Insisti na Farmácia. Decidi que ali era o espaço que deveria lutar para modificar. O ensino na Farmácia não poderia continuar como estava. E então me

posicionei: influenciei e contribuí ativamente para as mudanças das Diretrizes Curriculares do curso. Envolvi-me intensamente como membro discente da comissão das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para a graduação em Farmácia.

Mas sempre me vinha a afetação: vale a pena insistir?

E o grande poeta Carlos Drummond de Andrade, e também farmacêutico, me provocava com seus questionamentos:

“ [...] Meu Deus, formei-me deveras?

Sou eu, de beca alugada,

uma beca só de frente,

para uso fotográfico [...].”

(in: Final de história. Boitempo, 1968)

“Então, sei lá porque, tu serás farmacêutico”

(in: Mocidade Solta. Boitempo, 1968)

E agora José? Você é farmacêutico.

Pouco tempo depois de formado me ingressei no Sistema Único de Saúde (SUS) municipal, assumindo o posto de trabalho como educador, único cargo em que foi possível a minha contratação. Ironia do destino?

A primeira missão foi estruturar o serviço de assistência farmacêutica e atuar em processos de EPS e organização dos serviços da Atenção Primária em Saúde (APS). Já estava no ano de 2005 e confesso que me encontrei na função, período que também fui aprovado em concurso público como farmacêutico, e também atuando nas mais diversas frentes do sistema público de saúde. Permaneci no serviço até o ano de 2013.

Foi um período muito propício para viabilizar a realização dos meus desejos profissionais: promover a integração entre as diversas categorias da saúde no cenário do serviço. E, nesse período, ocorreu a possibilidade de ampliação dos profissionais na Atenção Básica, por meio da implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), terreno fértil para articular os mais diversos saberes dos profissionais.

Afinal, o panorama deveria ser mudado, se não consegui vivenciar no período da graduação, que fosse, então, na atuação em serviço. E constatei que seria possível.

Nesse percurso tive a oportunidade de realizar vários cursos de especialização: auditoria nas organizações da saúde, gestão do trabalho e educação na saúde e gestão da assistência farmacêutica. E ainda transitei na docência do ensino médio.

Na minha trajetória profissional e de formação tive contato com vários mestres, dentre eles o professor Nildo Batista que foi responsável por me apresentar a proposta que acreditava ser a promissora para modificar o cenário da formação em saúde: a Educação Interprofissional (EIP) para o trabalho em equipe, e a professora Aldaísa Forster, que me favoreceu a investigação do tema no cenário dos serviços de saúde.

Relato o meu itinerário profissional com o intuito de posicionar o leitor da justificativa da construção deste trabalho, que foi um processo que está implicado no meu percurso de vida, um ato vivo em produção, e que demonstra o ser humano que o teceu: uma pessoa que encontrou no SUS as perguntas e respostas para suas inquietações e que acredita que é possível modificar o cenário de formação profissional na saúde, para que realmente seja efetiva, com vistas a atender a integralidade do cuidado, focada na necessidade do profissional e do usuário, e que, para tanto, é imprescindível o compartilhamento dos saberes, viabilizado pelo trabalho em equipe.

A contextualização e o desenvolvimento deste estudo se deram de forma estruturada em nove capítulos. No capítulo 1, Introdução, se apresenta a problemática do estudo, inserida no contexto da Atenção Básica, e a justificativa pela escolha do objeto de pesquisa.

No capítulo 2 discute-se o trabalho em equipe no campo da saúde pública, seu conceito e potencialidades. No terceiro capítulo, por sua vez, ponderou-se sobre a integralidade no âmbito dos NASF.

O quarto capítulo foi destinado a discorrer sucintamente sobre a formação profissional em saúde, e sua aproximação ao objeto de estudo.

No capítulo 5 apresentam-se os objetivos deste estudo, enquanto no capítulo 6 constam os passos metodológicos percorridos para o desenvolvimento do estudo. Os capítulos 7 e 8 contemplam os resultados emergidos e a discussão deles, respectivamente. E, finalmente, no capítulo 9, conclui-se o trabalho, interligando os objetivos aos resultados alcançados, bem como explicitando as limitações do estudo e recomendações propostas.

Introdução

1 INTRODUÇÃO

Desde sua implantação, o SUS brasileiro vem instituindo ações e aumentando a força de trabalho, especialmente no que se refere à APS, definida por Starfield (2002) como um conjunto de ações que visa fortalecer o primeiro contato do usuário com o sistema, promovendo a integralidade do cuidado e a atenção centrada na família e exigindo competências culturais dos profissionais envolvidos, gestão coordenada dentro do próprio sistema e orientação comunitária.

Com o intuito de fortalecer a APS, surge, no cenário nacional, a proposta para o seu fortalecimento: o Programa de Saúde da Família (PSF). Criado no ano de 1994, o PSF, atualmente denominado de Estratégia Saúde da Família (ESF), vem provocando um importante movimento de reorientação do modelo de atenção à saúde nacional, com vistas à organização do sistema de saúde e elevação da resolubilidade das ações de APS no país.

De acordo com dados do Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011a), há, no Brasil, aproximadamente 32 mil equipes de Saúde da Família (SF), sendo essas responsáveis por uma cobertura aproximada de 52% da população brasileira.

No tocante à sua composição, uma equipe de SF é composta por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). Esta pode ser ampliada com uma equipe de saúde bucal, na qual está presente o dentista, auxiliar de saúde bucal e técnico de saúde bucal (BRASIL, 2010).

Há um território populacional sob a responsabilidade de cada equipe, qual seja: 2,4 a quatro mil habitantes ou entre 700 e mil famílias (BRASIL, 2010). Tal espaço deve ser de conhecimento dos profissionais envolvidos, afim de que se possam promover ações resolutivas de saúde, estabelecendo a organização do cuidado, realizando práticas de promoção da saúde, favorecendo maior proximidade dos profissionais ao usuário e, conseqüentemente, melhorando a qualidade de saúde da população.

Ao constatar a necessidade de expandir a atuação da ESF - com o objetivo de ampliar as ações de APS, de fortalecer o processo de regionalização,

territorialização e apoiar a equipe para elevar a resolubilidade das ações de saúde -, o Ministério da Saúde cria, no ano de 2008, o NASF, via Portaria GM nº 154 de 24 de janeiro de 2008.

Esta portaria preceituava que o NASF fosse constituído por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, para atuarem no apoio e em parceria com os profissionais das equipes de SF, com foco nas práticas em saúde nos territórios sob a responsabilidade dessas equipes (BRASIL, 2008).

Nesse contexto, com o propósito de fortalecer a atenção básica em escala nacional, é editada uma nova normatização: a Portaria GM nº 2.488 de 21 de outubro de 2011, que estabelece a revisão das diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a ESF e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), revogando a portaria que, outrora, criou os NASF (BRASIL, 2011b).

O novo documento traz orientações relevantes para o funcionamento do NASF, reafirmando que o núcleo multiprofissional deve estar diretamente vinculado à equipe da ESF.

Há duas modalidades de NASF: NASF 01, que atuará na cobertura de no mínimo oito e de no máximo 20 equipes de SF; e NASF 02, a qual cobrirá a população de no mínimo três e de no máximo sete equipes.

Segundo dados do Ministério da Saúde, até o ano de 2013 foram computados 2.416 NASF implantados, dos quais 77,1% (1.864) referente à NASF 01, e cuja maior concentração se dá na região Nordeste do país, como ilustra o mapa apresentado a seguir (BRASIL, 2013).

Figura 1 - Mapa de distribuição nacional das equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, segundo modalidade. Brasil, 2013

Fonte: Ministério da Saúde, Sala de Apoio à Gestão, 2013

A expansão de equipes NASF é perceptível no gráfico abaixo, que mostra a evolução da implantação de NASF no Brasil, entre 2008, ano de publicação da portaria que cria as equipes, até o ano de 2013, o que sinaliza para um crescimento médio anual aproximado de 85%, e uma taxa de incremento de 512% no período analisado.

Gráfico 1 - Evolução dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Brasil, 2008-2013

Fonte: Ministério da Saúde, Sala de Apoio à Gestão, 2013

A composição de uma equipe NASF deve garantir profissionais de diferentes áreas do conhecimento de modo que atuem em conjunto com os profissionais das equipes da ESF, compartilhando e apoiando as práticas em saúde nos territórios sob a responsabilidade dessas.

Poderão ser selecionadas para a equipe NASF 01 e 02 as mais diversas ocupações, compreendendo ao todo 19 categorias, tais como: médico acupunturista; assistente social; profissional/professor de educação física; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; médico ginecologista/obstetra; médico homeopata; nutricionista; médico pediatria; psicólogo; médico psiquiatra; terapeuta ocupacional; médico geriatra; médico internista (clínica médica), médico do trabalho, médico veterinário, profissional com formação em arte e educação (arte educador) e profissional sanitarista (BRASIL, 2011b).

O critério para inclusão do número e categorias profissionais em uma equipe NASF é caracterizada pela carga horária semanal. Na modalidade 01, a soma da carga horária semanal dos profissionais que compõem a equipe deve ser de no mínimo 200 horas e para o NASF 02 de 120 horas, sendo que cada profissional deverá atuar no mínimo 20 horas semanalmente.

Como estratégia inovadora, o NASF propõe a ampliação, o apoio e aperfeiçoamento da gestão da saúde na atenção primária, recomendando a inserção de saberes variados, o compartilhamento dos conhecimentos e a troca de experiências entre os integrantes da equipe e destes com a comunidade (BRASIL, 2010).

No contexto da reunião de diferentes profissões, adequado ao que preconiza o NASF, cria-se um espaço sinérgico propício para a prática das experiências e das vivências de conhecimentos, havendo uma interdependência entre os profissionais, constituindo-se, assim, processos de aprendizado coletivo (BRASIL, 2010).

A implantação do NASF provocou a inserção de diferentes categorias para atuação na APS. A tabela a seguir apresenta o número de profissionais que compõem as equipes NASF implantadas até o ano de 2013. Espera-se com a portaria atual que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a qual prevê maior facilidade para credenciamento das equipes, um aumento substancial do número de NASF nos próximos anos (BRASIL, 2011b).

Tabela 1 - Número de profissionais vinculados aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família segundo ocupação. Brasil, 2013

Ocupação	2013	
	N	%
Fisioterapeuta Geral	3.572	23,4
Psicólogo Clínico	2.474	16,2
Nutricionista	2.189	14,3
Assistente Social	1.781	11,7
Educador Físico	1.494	9,8
Fonoaudiólogo	1.159	7,6
Farmacêutico	1.000	6,5
Terapeuta Ocupacional	546	3,6
Médico Pediatra	381	2,5
Médico Ginecologista e Obstetra	338	2,2
Médico Psiquiatra	153	1,0
Médico Veterinário	53	0,3
Médico Clínico	49	0,3
Sanitarista	27	0,2
Educador Social	11	0,1
Médico Acupunturista	10	0,1
Médico Homeopata	10	0,1
Médico Geriatra	7	0,0
Médico do Trabalho	1	0,0
Outros	13	0,1
Total	15.268	100,0

Fonte: CNES, competência dezembro/2013.

Nota-se que a fisioterapia é a ocupação que lidera a composição de profissionais da equipe, seguida da psicologia, nutrição e assistência social. A tabela aponta, ainda, que o NASF é um posto de trabalho favorável para absorver as mais diversas categorias profissionais da saúde, com atuação pioneira nos moldes do trabalho em equipe.

No entanto, ainda nota-se um distanciamento entre o discurso do trabalho em equipe, que segundo Peduzzi (1998) parece idealizado e retórico, e a práxis das múltiplas ações e dos diferentes atores componentes de tais equipes. De tal modo, a concretização do trabalho coletivo interdisciplinar ainda assemelha-se ao mítico.

Diante da necessidade e desafio de reforçar os sistemas de saúde baseados na APS, no trabalho mútuo e interdisciplinar, e na integralidade da atenção, uma das soluções mais recomendadas pode ser encontrada na EIP e no desenvolvimento de práticas colaborativas (WHO, 2006).

Batista (2012) cita a EIP como sendo uma proposta de formação de profissionais para o trabalho em equipe, operacionalizada por treinamentos conjuntos para que se desenvolvam aprendizagens compartilhadas, aplicada tanto para a educação permanente dos profissionais componentes de uma equipe de trabalho, quanto para a graduação das diferentes profissões¹.

Estudos indicam que a EIP permite alcançar uma prática colaborativa mais eficaz, otimizando os serviços de saúde e fortalecendo os sistemas de saúde na melhoria dos resultados. Paciente atendido por uma equipe interprofissional apresenta maior índice de satisfação, recebendo melhores cuidados e, conseqüentemente, melhores resultados (MALONE et al., 2007).

Aguilar-da-Silva, Scapin e Batista (2011) consideram o trabalho em equipe como viabilizador para a prática da educação interprofissional, proposta em que duas ou mais profissões aprendem juntas sobre o trabalho conjunto e sobre as especificidades de cada uma, para a melhoria da qualidade no cuidado ao paciente.

Barr *et. al* (2005) citam que a EIP traz grandes benefícios para a política de saúde, tais como a melhoria das práticas de trabalho e produtividade, maior segurança ao paciente e, por conseguinte, resultados mais efetivos.

Para que haja atuação mais efetiva de uma equipe de saúde por meio da EIP é prioritária a articulação das ações e a interação dos agentes envolvidos no processo, sendo essa última um dos maiores desafios, pois não está normatizada, o que requer compromisso ético e respeito com o outro, com cada um e com todos da equipe e principalmente com o paciente (AGUILAR-DA-SILVA; SCAPIN; BATISTA, 2011).

Um dos desafios para que a equipe apresente maior resolubilidade e compartilhamento de ações de acordo com as necessidades de saúde, no aspecto colaborativo e da prática interprofissional, é a questão da formação de pessoal para o trabalho em equipe. A maior parte dos profissionais de saúde não tem formação básica que valorize o trabalho em equipe (BRASIL, 2010).

¹ O desenvolvimento desta pesquisa ancorou-se sobremaneira nos estudos realizados pelo professor Nildo Batista, uma vez que este aborda a educação interprofissional como proposta de formação de profissionais tanto no âmbito da educação permanente quanto nas instituições acadêmicas, perspectiva que se alinha aos objetivos deste estudo.

Quanto à formação da força de trabalho no SUS, Nogueira² (2002 *apud* AGUILAR-DA-SILVA; SCAPIN; BATISTA, 2011, p. 175) traz que:

Ao longo dos anos de implementação do SUS a formação da força de trabalho em saúde proporcionada pelo aparelho formador não é adequada às necessidades de saúde da população brasileira nem às necessidades dos serviços.

Diante dessa realidade é pertinente o seguinte questionamento: como tem ocorrido a formação desses profissionais para atuarem em grupos num mesmo ambiente de trabalho, de forma organizada, compartilhada e articulada, com foco em responsabilidades na população e na equipe, com vista à integralidade do cuidado ao usuário?

É neste contexto que se insere o objeto de estudo desta pesquisa, qual seja: a EIP no preparo para o trabalho em equipe nos NASF de uma microrregião de saúde do estado de Minas Gerais.

1.1 Justificativa

A inserção de profissionais de diferentes áreas do conhecimento nas equipes de APS no país é uma estratégia nova, cujo atual estágio de desenvolvimento viabiliza a implantação de grupos de diferentes formações profissionais, possibilitando-os que, por meio do trabalho em equipe, promovam melhorias nas ações de saúde. Este cenário favorece a investigação do preparo profissional para atuação em equipe.

Assim, a formação e o preparo dos profissionais para o trabalho em equipe é um desafio para o que o sistema de saúde nacional atinja, em sua magnitude, qualidade nas ações.

De acordo com o Ministério da Saúde, a ampliação das competências dos núcleos poderá resultar em aumento de até quatro vezes a capilaridade de

² NOGUEIRA, Roberto Passos (coord.). **Avaliação de tendências e prioridades sobre recursos humanos de saúde**. Brasília, DF: OPAS, 2002. ISBN 85-87943-19-7.

resolubilidade da ESF, sendo que essa terá suporte de diversas formações profissionais (BRASIL, 2011a).

Nesse contexto, se insere o trabalho coletivo interdisciplinar, desenvolvido por equipes multiprofissionais, as quais devem atender à demanda de saúde da população, no sentido de garantir a integralidade das ações.

Contudo, para a efetividade do trabalho em equipe, se faz necessário superar o modelo de saúde médico centrado, fragmentado e baseado na excelência de especialistas, o qual é incompatível com a proposta de atenção derivada da ESF.

Ante a esse cenário, a estratégia de EIP tem fomentado pesquisas, no sentido de discutir modos de viabilizar uma formação em saúde arraigada no compartilhamento de saberes e na prática da colaboração profissional.

No Brasil, ainda são escassos os estudos que versam sobre esse tema, que ganhou notoriedade a partir de 2010, após duas publicações apontarem a EIP como elemento de uma necessária reforma no modelo de formação profissional em saúde (OMS, 2010; FRENCK *et al*, 2010). É cabível ressaltar que a EIP se insere sobremaneira no campo da formação de nível técnico e superior, já que são as primeiras instâncias de aquisição de habilidades profissionais para atuação no setor saúde; não obstante, ela não se restringe a estes cenários, podendo ser componente base para os cursos de saúde, em geral, de quaisquer níveis de formação, e ainda, para o campo prático em que se exerce o trabalho, tendo em vista as diversas possibilidades de educação em serviço.

Portanto, são necessários estudos que proporcionem evidências consubstanciadas nos pressupostos da educação interprofissional. Neste sentido, se insere a justificativa desse estudo, cujo foco está no preparo dos profissionais de saúde no que concerne às múltiplas competências necessárias para o trabalho em equipe no âmbito da APS.

A opção por estudar uma microrregião de Minas Gerais, especificamente a Microrregião de Passos, se deu pela inserção profissional do pesquisador neste território, que almeja contribuir para a melhoria das ações multiprofissionais na Atenção Básica, com repercussões em todo o campo da saúde coletiva.

Ante ao exposto, este estudo poderá contribuir para o campo da formação profissional em saúde, fornecendo um registro das percepções sobre o que é

trabalho em equipe e uma análise das dificuldades enfrentadas por profissionais componentes de NASF, no sentido de instigar a reformulação de currículos de graduação e pós-graduação e de planejamento de atividades de ensino em serviço, com vistas a possibilitar a utilização dos pressupostos da educação interprofissional em saúde.

Ademais, a análise do preparo profissional em saúde para o trabalho em equipe poderá subsidiar estratégias que visem superar os desafios do cotidiano do trabalho para se alcançar a integralidade das ações de saúde, condição precípua para efetividade do direito à saúde, previsto constitucionalmente.

O Trabalho em Equipe no Campo da Saúde Pública Nacional

2 O TRABALHO EM EQUIPE NO CAMPO DA SAÚDE PÚBLICA NACIONAL

A inserção de diferentes categorias profissionais no campo da saúde pública do Brasil teve início na década de 1970, período que marca a configuração do trabalho nos moldes de equipe, a partir da organização do serviço constituído por conjunto de profissionais com diferentes formações e níveis de escolaridade (PEDUZZI; PALMA, 2000).

Com a implantação do SUS e a criação do PSF fomentou-se a necessidade de estruturação do trabalho em equipe e a sua formalização no cenário da saúde, a partir da abertura para a ampliação das mais diversas áreas do conhecimento na composição da equipe. No entanto, o que pode ser constatado foi que a ocasião não favoreceu a organização do trabalho com vistas à integração entre os membros e nem a efetivação da integralidade da atenção. Segundo Peduzzi e Palma (2000), o que ocorreu foi apenas a justaposição de diferentes profissionais, não havendo articulação das práticas no serviço, e a superação da fragmentação do cuidado.

Nesse contexto, ressalta-se que os pressupostos do trabalho em equipe possuem potencialidades para romper com o modelo de saúde vigente, oportunizando a efetivação da articulação das diferentes profissões, na dinâmica de uma equipe integradora, com foco na responsabilidade do cuidado ao usuário.

Para Ceccim (2005), o trabalho em equipe pode ser entendido como trabalho de interação social entre trabalhadores com possibilidade à autonomia e à criatividade no fazer coletivo; a potência formativa do trabalho em equipe no campo da saúde.

O trabalho em equipe apresenta um caráter semântico expresso por Honorato e Pinheiro (2007) como sendo um modo de organização do trabalho, que se opõe ao fazer individual, e que possui em nosso meio um valor de positividade em termos de eficiência.

Bonaldi *et. al* (2007) demonstram os pressupostos e finalidades de trabalhar em equipe, os quais transcendem à atuação de diversas categorias profissionais no mesmo espaço, ou no mesmo “objeto”/alvo da intervenção; busca-se a tessitura de um saber-fazer comum, um fazer com.

Utilizando-se da vertente analogística, Gomes, Guizard e Pinheiro (2005) aproximam os modos de agir do trabalho em equipe à dinâmica de uma orquestra musical:

A ação em concerto – baseada no respeito e na reafirmação cotidiana das diferenças e especificidades da diversidade de saberes e práticas e na atuação de cada profissional vinculada aos objetivos da equipe – é fundamental para que a integridade da equipe se mantenha. Isto porque a homogeneização despotencializa a ação da equipe e o seu trabalho não se restringe nem se encerra no fazer de nenhum profissional especificamente (p. 114).

Nesse sentido, a configuração do trabalho em equipe, quanto à sua composição se caracteriza pela multiprofissionalidade, o que de acordo com Passos e Barros (2000) possibilita que as equipes sejam classificadas como multidisciplinares, interdisciplinares e transdisciplinares, conceitos esses que merecem ser diferenciados.

A multidisciplinaridade, ainda segundo estes autores, remete à união de diferentes disciplinas em torno de um mesmo objeto; a interdisciplinaridade trata da contribuição de diversas disciplinas para a construção de um objeto comum, em uma área denominada “zona de interseção”; e a transdisciplinaridade possibilita a produção de interferências entre as disciplinas, com ênfase nas relações e não nos termos, ocorrendo as interações entre sujeitos e seus saberes relacionados aos grupos.

A equipe pode ainda ser classificada em duas tipologias distintas: agrupamentos de agentes e equipe com integração de trabalhos, sendo a primeira executora de ações de natureza justapostas, em que os envolvidos estão meramente agrupados; e a segunda, promotora da articulação, complementaridade e interdependência dos agentes (PEDUZZI, 2001).

Peduzzi (2001) destaca ainda que a equipe, para conduzir o trabalho de forma articulada, deve estar organizada a partir de uma relação recíproca, bilateral, envolvendo a interação dos profissionais envolvidos, por meio das articulações das ações realizadas por eles.

Dado esse contexto, são muitas os desafios que se devem superar para o efetivo desenvolvimento de um trabalho coletivo, organizado e interdisciplinar.

Leite e Veloso (2008) destacam que as dificuldades para implementação do trabalho em equipe no campo da saúde estão centradas na concentração de poderes da estrutura organizativa, associadas à incipiente formação dos profissionais enfatizada pela fragmentação do conhecimento.

Peduzzi (2010) se aproxima das concepções de Leite e Veloso (2008) ao afirmar que a dificuldade para operacionalização do trabalho em equipe decorre do arranjo organizativo do modelo de trabalho em saúde, caracterizado como tradicionalista, com atuação de forma isolada e independente e com justaposição de ações realizadas pelos componentes da equipe.

Nesse sentido, Carapinheiro (1993) complementa que as dificuldades para o trabalho em equipe se situam na tipologia do modelo de saúde vigente, constituído pelo padrão biomédico, hierárquico, centralizado, com subordinação dos profissionais não médicos ao profissional médico.

A deficiência na comunicação entre os profissionais da equipe é vista também como um obstáculo para a efetivação da prática do trabalho em equipe no território da saúde, o que de acordo com Teixeira (2003) constitui-se um desafio a ser superado, dado que o modelo comunicacional é um dos princípios organizadores que viabiliza a prática do trabalho em equipe.

Em face das dificuldades apresentadas, Peduzzi (2010) aborda que alguns fatores devem ser superados para que o trabalho em equipe seja de fato consolidado no cenário da saúde, tais como: a cultura institucional permeada no cotidiano dos serviços de saúde, a fragmentação do cuidado, as relações hierárquicas de trabalho e a individualização da atuação por categorias profissionais, associada à racionalidade técnico-científica e ao paroxismo instrumental.

Integralidade e Nasf: Proposta e Desafios

3 INTEGRALIDADE E NASF: PROPOSTA E DESAFIOS

O modelo biomédico hegemônico, hierárquico e fragmentado presente no Brasil, que sobressai às premissas normativas idealizadas pela integralidade da atenção à saúde no contexto do SUS, é objeto de intensas mobilizações, discussões e lutas com o intuito de romper o paradigma vigente.

Cunha e Campos (2011) enfatizam que dentre os problemas que castigam o sistema e o impedem de atingir a integralidade encontram-se a dificuldade de estabelecer a interação entre as equipes para promover um processo contínuo do cuidado, que promoveria o atendimento integral do paciente dentro do sistema.

Tal situação é justificada pelo próprio arcabouço constitucional do SUS, no que se refere às suas diretrizes como regionalização e municipalização. De acordo com os autores, essas características permitem que os estados da federação se tornem relativamente ausentes na gestão das redes de serviço, o que resulta em uma excessiva autonomia por parte dos municípios. Essa conjuntura acarreta falta de corresponsabilização entre os entes, causando problemas de ordem gerencial, como a fragmentação da atenção e a impossibilidade de atingir os resultados inerentes ao sistema que é a produção da saúde com ênfase na integralidade da atenção, e a utilização de estratégias como a interdisciplinaridade e o trabalho em equipe.

Lavras (2011) cita ainda que, a partir do início de implantação do SUS, a descentralização das ações e serviços de saúde delegados aos municípios, resultante da municipalização, gerou atuação desarticulada entre as três esferas de governo, justificada pelas indefinições relacionadas ao processo de constituição do sistema de saúde, o que acarretou prejuízo à implementação efetiva de ações integradas.

Nesse complexo cenário no que tange à APS no país, ordenada pela ESF e com foco na atenção integral, são criados os NASF, com o propósito de viabilizar a integralidade e contribuir com a resolubilidade, qualidade do cuidado e ações de promoção de saúde (BRASIL, 2010).

Na perspectiva inovadora de inserção de profissionais das mais diversas áreas do conhecimento junto à equipe mínima da ESF foram implantados os NASF, uma experiência recente do Ministério da Saúde, que a partir de janeiro de 2008 apresenta como essencial missão o apoio e compartilhamento de responsabilidades.

A figura abaixo explicita as principais atividades do NASF, que apresentam enfoque no território, na unidade de saúde e na atuação junto à gestão municipal, utilizando de ações compartilhadas, a partir das necessidades e demandas de saúde da população.

Figura 2 - Atividades do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasil, 2012

Fonte: Machado, 2012

Nota-se, a partir da figura 2, que as atividades do NASF são de caráter individual e coletivo; contudo, o desenvolvimento de atividades profissionais de cunho individual, respeitando o seu campo de atuação, requer o compartilhamento das ações provenientes do cuidado prestado.

O termo “apoio”, componente da sigla que identifica a equipe, remete a uma atribuição do núcleo, que se constitui uma ferramenta tecnológica norteadora do processo de trabalho da equipe no âmbito da interdisciplinaridade: o apoio matricial.

O apoio matricial apresenta como pressuposto a modificação do padrão dominante de responsabilidade nas organizações: em vez das pessoas se responsabilizarem por atividades e procedimentos, a proposta é de se construir a responsabilidade de pessoas por pessoas (BRASIL, 2010).

Nessa conjuntura, Dimenstein, Galvão e Severo (2009) discutem que o apoiador atua como um agente externo que se reúne com uma equipe para gerar processos de reflexão, ajudando na identificação e enfrentamento de situações críticas e, por consequência, no desenvolvimento de habilidades e aumento da capacidade resolutiva das equipes.

Com o propósito de atingir a missão do NASF, faz-se necessário, portanto, a utilização do apoio matricial como instrumento para operacionalização do processo de trabalho, ferramenta que visa assegurar a retaguarda especializada a equipes e profissionais na lógica da resolubilidade dos problemas, com atuação personalizada e interativa (DIMENSTEIN; GALVÃO; SEVERO, 2009).

Como ferramenta metodológica para o processo de trabalho dos NASF, o apoio matricial apresenta duas dimensões de atuação: assistencial, que é voltada diretamente ao usuário, originando uma ação clínica; e a técnico-pedagógica, a qual tem o foco na equipe, por meio de ações e apoio de caráter educativo (BRASIL, 2010).

Nesse sentido, o apoio matricial apresenta uma forte associação com a educação permanente como proposta de compartilhamento de conhecimentos entre os membros da equipe. Tal afirmativa citada por Campos e Domitti (2007) favorece a relação entre os sujeitos com seus saberes, ocorrendo de maneira lógica e interativa, o que permite a construção de projetos de intervenção entre os envolvidos no processo.

Reitera-se, assim, que o apoio matricial consiste em uma ferramenta metodológica essencial para a gestão do trabalho em equipe, sendo utilizada pelos NASF como mecanismo para o alcance de sua missão de apoiar à APS. Para tanto, é fundamental o preparo do profissional para atuação nos moldes do trabalho em equipe e na interação entre os sujeitos envolvidos dentro da lógica interdisciplinar.

Saupe *et. al* (2005) apontam a interdisciplinaridade como um tema que merece discussão no campo da saúde, visto que a estrutura histórica do setor,

caracterizada pela intensa divisão do trabalho, promoveu a fragmentação do conhecimento e a excessiva predominância das especializações, dificultando a realização do trabalho conjunto por meio de ações compartilhadas.

Nesse contexto, Leite e Veloso (2008) enfatizam que a interdisciplinaridade propõe uma abordagem que questione as certezas profissionais e estimule a comunicação entre os componentes da equipe, e que os próprios trabalhadores devam pensar na construção das redes de relações para a estruturação desse trabalho em equipe.

Ainda de acordo com as autoras, o trabalho em equipe se apresenta como destaque na proposta da ESF, significando exemplo de interdisciplinaridade, visto que rompe com as dinâmicas dos serviços centrados na figura do médico, possibilitando uma abordagem mais integral e resolutiva. Propõe-se, portanto, a atender à diretriz de integralidade, entendida, segundo a Lei Orgânica da Saúde nº 8080/90, como:

Um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema, alterando assim as interações entre os profissionais (BRASIL, 1990).

Dentro dessa lógica, Pinho (2006) aponta que, com a proposta do trabalho em equipe no setor da saúde no papel de condutora da promoção da integralidade da atenção, houve o desencadeamento da necessidade de conhecer as competências das mais diversas profissões para, dessa forma, impulsionar a interação entre os profissionais com o intuito de promover a qualidade dos serviços de saúde.

O trabalho em equipe pressupõe um rompimento com o trabalho linear e previsível, herança do modelo taylorista/fordista, promovendo a formação abrangente, integrada, dinâmica e complementar, com enfoque nos princípios colaborativos e de envolvimento do profissional com a organização; que são os mecanismos capazes de redesenhar um novo modelo de processo de trabalho (PINHO, 2006).

Deste modo, para a promoção do trabalho em equipe, Peduzzi et al. (2011) enumeram alguns instrumentos essenciais para que ocorra sua aplicação, tais como: a comunicação, construção do compromisso das equipes e dos trabalhadores com o projeto institucional, estímulo à autonomia das equipes, definição de

responsabilidades, promoção de mudança da cultura institucional e supervisão externa.

Na concepção do processo de trabalho dos NASF, tais instrumentos são essenciais para a atuação da equipe, visando um compartilhamento dos saberes e apoio mútuo entre os profissionais envolvidos.

Pinho (2006) enfatiza, ainda, que o trabalho em equipe apresenta a capacidade de melhorar o desempenho dos indivíduos quando a tarefa requer múltiplas habilidades, em razão de a equipe reagir melhor às mudanças de forma flexível e compartilhada.

Nessa circunstância, o trabalho em conjunto com outros profissionais da área de saúde, utilizando da interdisciplinaridade como estratégia de atuação, é uma alternativa para promover autonomia e atendimento integral ao usuário, a partir de relações recíprocas entre trabalho e interação, utilizando a comunicação como ferramenta norteadora entre os profissionais, o que permite a articulação de inúmeras ações executadas na equipe, no serviço e na rede de atenção (PEDUZZI *et al.*, 2011).

Valores individuais também são essenciais para o trabalho em equipe. Atitudes e crenças, aptidão para ações colaborativas e motivação são mencionados por Pinho (2006) como fatores preponderantes para que se constitua um bom trabalho em equipe, somados ao estabelecimento de metas, liderança, processo de grupo, valores e normas, tomada de decisão da equipe, autodesenvolvimento e exame regular do trabalho em conjunto.

Nesse sentido, o preparo profissional é uma premissa para que se desenvolva o trabalho em equipe.

Diante da necessidade de preparação dos profissionais para atuarem de acordo com a lógica do compartilhamento de ideias e no aspecto colaborativo, características do trabalho em equipe, Batista (2012) aponta algumas estratégias para que se viabilize tal processo, dentre elas a educação interprofissional.

No entanto, a formação e preparo do profissional sob a ótica do interprofissionalismo não acompanhou as prerrogativas do SUS.

Para Silva, Batista e Batista (2012), a formação centrada na especialização, na atuação exclusiva e compartimentalização do saber se tornou prioritária nas universidades a partir da década de 1990, persistindo até os dias atuais.

Nesse contexto, faz-se essencial conhecer o preparo profissional dos indivíduos que compõem a equipe do NASF, sendo essa uma proposta pioneira do SUS que reúne, em uma única equipe, profissionais das mais diversas categorias. Isto, porque o trabalho em equipe demanda uma formação que atenda aos princípios da prática colaborativa e integrada.

Ao retratar a complexidade do trabalho em equipe, Moretti-Pires (2008) afirma que o complexo é inerente na interação entre o ser humano e o mundo em que se insere, atribuindo tal situação à peculiaridade e inadequação da formação de cada profissional da saúde para atuar de acordo com os pressupostos do universo da ESF. O autor caracteriza o complexo na perspectiva de integração e no contexto da natureza multidimensional.

O autor advoga, ainda, que a ESF, como ordenadora da política de atenção primária no país, necessita da reorientação dos recursos humanos em saúde, no tocante à capacitação para a integralidade e práticas no SUS, direcionada para o serviço e para a formação de novos profissionais.

Formação Profissional em Saúde

4 FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

No Brasil, existem 14 profissões de nível superior reconhecidas pelo Conselho Nacional de Saúde como pertencentes ao setor saúde: Biomedicina, Biologia, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional.

Cada uma dessas profissões possui campo de formação específica que devem obedecer aos pressupostos das DCN para os Cursos de Saúde, que, embora sejam específicas para cada um dos cursos, possui base genérica que sobreleva às necessidades de alteração do modelo de formação biomédica para um que seja ordenado pelo SUS, conforme propõe a Constituição Federal de 1988.

No entanto, a homologação dessas diretrizes ainda “não é suficiente para que seus eixos norteadores sejam incorporados ao ensino, porque isto vai se dar na prática da implantação de cada currículo em cada escola” (ROSSONI; LAMPERTE; 2004, p. 88).

Dentro dessa perspectiva, a formação em saúde ainda se dá de forma fragmentada e centrada no campo científico de cada área, sem articulação com as demais, o que obsta a transformação do modelo de ensino e a consolidação do SUS.

Nota-se que as entidades de classe empreendem esforços para alargamento do campo de atuação das respectivas profissões que representam, tal como tem ocorrido na Atenção Básica, a qual inicialmente propunha a composição de equipes compostas apenas por médicos e enfermeiros, com posterior inserção do profissional de odontologia.

Com a criação do NASF, diversas categorias passaram a atuar na ESF, permitindo a ampliação do campo de saberes e práticas na atenção primária à saúde. Tal fato coloca ainda mais em evidência o modelo de formação em saúde, que, ainda hoje, se “ancora na lógica da profissionalização, segundo a qual

profissionais disputam poder e status em suas áreas” (FURTADO³, 2009 *apud* ELLERY; PONTES; LOIOLA, 2013, p. 416).

Silva, Batista e Batista (2012) discutem que a formação dos profissionais calcada em metodologias de ensino e aprendizagem que priorizam uma visão reducionista, valorativa do modelo biológico, é um dos principais entraves para atuação humanizadora, holística e integral.

Os autores afirmam que para alcançar o desafio de implementar o desenvolvimento interdisciplinar como estratégia para romper com o modelo médico-hospitalar, é necessária a integração dos diferentes saberes, práticas e disciplinas. Contudo, tal situação só ocorrerá por meio do processo de capacitação e educação permanente, utilizando-se de um plano de trabalho coletivo envolvendo todos os atores, direcionado a partir dos pressupostos do SUS.

Observa-se, na fala dos autores, que a responsabilidade de formar nos moldes da interprofissionalidade recai sobre os serviços, já que as práticas curriculares dos cursos de graduação em saúde parecem não atingir o objetivo de formar numa lógica requerida pelo sistema de saúde brasileiro.

Como alternativa para atingir as necessidades concretas de assistência à saúde, Schimith e Lima (2004) apontam o modelo de atenção em equipe multiprofissional como uma alternativa sustentada no princípio da integralidade, e que, após anos de implantação da ESF, mostra que essa ainda não apresenta resultados significativos quando comparados aos princípios da equidade e da universalidade.

Nesse sentido, Silva, Batista e Batista (2012) retratam que o trabalho em equipe é uma promissora alternativa que possibilita mudanças do modelo de atenção, permitindo maior resolubilidade dos problemas de saúde, por meio da contribuição e compreensão das várias disciplinas, utilizando da intersetorialidade e de pressupostos colaborativos para a promoção da saúde e prevenção de doenças, princípios da atenção primária.

Os autores defendem que só é possível desenvolver o trabalho em equipe a partir do momento em que houver mudanças no modelo de intervenção profissional:

³ FURTADO, Juarez Pereira. Arranjos Institucionais e Gestão da Clínica: Princípios da Interdisciplinaridade e Interprofissionalidade. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental** (online), v. 1, n. 1, 2009. Disponível em: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/1013/1136> Acesso em: 06 mai. 2014.

do centralizado na execução de procedimentos isolados para o modelo de formação interprofissional, a partir das concepções do interprofissionalismo como ordenador de inserção de práticas com ênfase nos saberes de múltiplos profissionais, incluindo os do usuário.

Porém, é aí que reside o maior desafio do trabalho em equipe: a formação profissional.

No cenário da saúde pública nacional, o NASF destaca-se como um campo propício para a utilização dos pressupostos da formação interprofissional, sendo uma aposta para a mudança do modelo de atenção à saúde.

Ademais, a viabilidade está na própria característica da conformação do programa, que favorece a inserção de diferentes categorias profissionais na constituição da equipe.

Contudo, é válido destacar que há inquietações relevantes quanto ao perfil da formação do profissional ingresso na equipe, no que concerne à estrutura curricular do ensino na graduação.

Nesse sentido, ocorreu nos anos 2000 a aprovação das DCN para os cursos da área da saúde⁴, em que foram apresentadas promissoras propostas para a modificação da formação profissional no tocante à inserção de estratégias de preparo para atuação no SUS com vistas à integralidade e ao trabalho em equipe. (BRASIL, 2001).

Como forma de superar uniformemente as fragilidades na formação, o conteúdo das DCN de todos os cursos da área da saúde apresentou expressivos traços de similaridade, consubstanciando que o perfil do formando egresso/profissional de qualquer categoria da saúde deva contemplar a atenção integral da saúde, o trabalho em equipe, com vistas a atender as necessidades sociais da saúde com ênfase no SUS (ROSSONI; LAMPERTE, 2004).

Por fim, ressalta-se que embora tenha ocorrido avanços no desenho curricular da graduação em saúde, com expectativas de promover um melhor preparo do profissional na lógica da formação interprofissional, tais propostas ainda não foram capazes de superar as fragilidades na formação. Rossoni e Lamperte (2004)

⁴ As DCN para a saúde podem ser acessadas via portal do Ministério da Educação, no link http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&id=12991&Itemid=866

apontam como principal entrave o distanciamento entre a comunidade acadêmica aos cenários do SUS, panorama que certamente repercute no perfil de atuação do profissional do NASF.

Objetivos

5 OBJETIVOS

5.1 Objetivo geral

- Verificar princípios da EIP nas estratégias de formação para o trabalho em equipe no âmbito dos NASF de uma microrregião de saúde do estado de Minas Gerais.

5.2 Objetivos específicos

- Caracterizar as categorias profissionais que fazem parte das equipes dos NASF da microrregião estudada;
- Apreender as percepções dos profissionais sobre o trabalho em equipe;
- Analisar as facilidades e dificuldades que estes profissionais enfrentam para o trabalho em equipe;
- Identificar experiências de interprofissionalidade durante a formação acadêmica e no cenário do serviço dos profissionais do NASF.

Material e Método

6 MATERIAL E MÉTODOS

Diante da viabilidade de investigar o preparo profissional para o trabalho em equipe, de analisar as dificuldades e facilidades que os profissionais enfrentam para o trabalho conjunto no setor saúde, da necessidade de apreender as percepções e identificar os princípios da EIP nas estratégias de preparo para o trabalho em equipe, tomou-se como opção utilizar a pesquisa de campo neste estudo.

6.1 Natureza do estudo

Trata-se de uma pesquisa investigativa, exploratória, de abordagem qualitativa.

Para Leopardi (2002), a pesquisa exploratória se caracteriza por permitir explorar um tema em específico com mais obstinação, ampliando os conhecimentos e levantando possíveis problemas de pesquisa em torno do objeto de estudo.

A abordagem qualitativa, segundo o mesmo autor, se dá na tentativa de compreender um problema na perspectiva dos sujeitos que o vivenciam, permitindo a obtenção de informações sobre aspectos específicos de um fenômeno.

Nesse contexto, a pesquisa qualitativa permite interpretar as relações e estruturas sociais, possibilitando obter significados concretos dos atos, o que, de acordo com Crotty (1998), não permite capturar a riqueza de informações utilizando tão somente a quantificação dos dados.

O estudo utilizará da metodologia que permite investigar aspectos da realidade, em busca da essencialidade da natureza dos fatos, pautada na perspectiva qualitativa, utilizando a técnica de grupo focal para a coleta de dados.

6.2 Campo de estudo

O estudo foi desenvolvido na Macrorregião Sul do estado de Minas gerais, especificamente na Microrregião de Saúde de Passos/Piumhi, que, de acordo com o Plano Diretor de Regionalização (PDR), é composta por 18 municípios, e pertencente à Superintendência Regional de Saúde (SRS) de Passos.

A microrregião em estudo apresenta população total de 276.730 habitantes (IBGE, 2010), e 68 equipes de saúde da família distribuídas entre os 18 municípios, cobrindo 77,7% da população, conforme apontam dados da Secretaria de Apoio à Gestão Estratégica do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013).

Quanto à caracterização da situação da saúde, estrutura e oferta de serviços, a microrregião atende aos preceitos da regionalização, sendo a cidade de Passos o polo de referência regional (MALACHIAS; LELES; PINTO, 2010).

Até dezembro de 2013, eram 17 os NASF credenciados, porém 02 deles ainda sem equipes implantadas. Vide Figura 3 e Tabela 2.

Figura 3 - Municípios da Microrregião de Passos/Piumhi com Núcleos de Apoio à Saúde da Família credenciados. Minas Gerais, Brasil, 2013

Fonte: Adaptado de Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2011; CNES, 2013

Entre os 15 municípios com NASF, apenas Passos e Piumhi apresentavam duas equipes implantadas.

Tabela 2 - Municípios da microrregião de Passos/Piumhi com Núcleos de Apoio à Saúde da Família credenciados segundo modalidade, ano de credenciamento e quantidade de NASF. Minas Gerais, Brasil, 2013

Município sede	Modalidade	Ano de credenciamento	Quantidade de NASF
Alpinópolis	01	2010	1
Bom Jesus da Penha*	03	2013	1
Capitólio	02	2012	1
Cássia	02	2012	1
Claraval*	03	2013	1
Delfinópolis	02	2008	1
Doresópolis	03	2013	1
Fortaleza de Minas	03	2013	1
Guapé**	01	2013	1
Itaú de Minas**	01	2012	1
Passos	01	2009	2
Piumhi	01	2008/2013	2
São José da Barra	03	2013	1
São Roque de Minas	02	2013	1
Vargem Bonita	03	2013	1

Fonte: CNES, 2013

*Credenciada, porém não implantada

**Credenciadas em 2012 como modalidade 02; passaram, em 2013, para modalidade 01.

Elegeu-se o conjunto dos municípios com NASF como campo de estudo em razão de fazer parte do território de atuação do pesquisador (por conveniência); o que proporcionou questionamentos relevantes para a proposta do estudo. Tal território apresenta população de 250.240 habitantes, correspondente a 90,4% do total da população da microrregião, e, segundo dados da Secretaria de Apoio à Gestão Estratégica, cobertura pela ESF de 75,1% possibilitada por meio de 61 equipes de saúde da família (BRASIL, 2013).

6.3 População e amostra

A população da pesquisa foi constituída pelos profissionais componentes das quinze equipes NASF da microrregião de saúde de Passos/Piumhi, implantadas entre junho de 2008, data de credenciamento do primeiro NASF na região, e dezembro de 2013, totalizando 84 sujeitos, das mais diversas formações.

Gráfico 2 - Distribuição das categorias profissionais que compuseram a população da pesquisa. Minas Gerais, Brasil, 2013

Fonte: CNES, competência dez. 2013

Como amostra representativa do território, optou-se por selecionar três equipes com maior tempo de implantação, isto porque, acredita-se que o maior tempo de atuação/experiência profissional poderia trazer maiores contribuições à pesquisa, e credenciadas como modalidade 01.

A opção da modalidade 01 constitui-se vantagem à pesquisa, considerando que, nesta modalidade, as equipes vinculam-se, minimamente, a cinco equipes de Saúde da Família, e o somatório da carga horária dos profissionais deve ser de no mínimo 200 horas. Tais características acabam por requerer maior número de profissionais, de diferentes categorias, inseridos nas equipes, haja vista a maior demanda populacional e a maior carga horária profissional, se compararmos as demais modalidades NASF.

Assim, foram selecionadas, inicialmente, a equipe de Piumhi, implantada em 2008; a equipe de Alpinópolis, implantada em 2010; e uma equipe de Passos, inserida após sorteio, tendo em vista que as duas equipes desse município foram implantadas simultaneamente em 2009.

Estabeleceu-se contato com a coordenação das equipes para pedido de autorização para desenvolvimento do estudo (Apêndice A). Uma vez consentido, os profissionais foram convidados a participar do estudo pelo pesquisador, em caráter voluntário, via correio eletrônico, e pessoalmente pelos coordenadores das equipes, com posterior confirmação via telefone.

Das equipes de Alpinópolis e Passos, todos os profissionais aceitaram participar do estudo, contabilizando sete e nove profissionais de cada equipe, respectivamente. Do NASF de Piumhi, no entanto, a adesão foi de apenas três profissionais, de modo que o número amostral neste município seria insuficiente para atender ao que propõe a literatura científica sobre a coleta de dados via grupos focais. Morgan (1997) e Iervolino e Pelicioni (2001) recomendam grupos focais com seis a dez participantes. Assim, optou-se por convidar profissionais da outra equipe de Piumhi, também de modalidade 01, implantada em 2013, para alcance do número amostral mínimo desejado. Desta equipe, quatro profissionais aceitaram o convite, totalizando sete profissionais desse município.

Os critérios de exclusão estabelecidos para participação dos grupos foi: ter nacionalidade estrangeira, não ter disponibilidade, por motivo de doença ou outro motivo que impedisse o profissional de participar da coleta de dados no local e horário estabelecidos pela maioria do grupo; transferência ou descredenciamento da equipe NASF. Aplicados os critérios, foram excluídos dois profissionais da equipe de Passos, que não puderam comparecer no dia do encontro. Assim, a amostra final foi composta 21 profissionais, sete de cada município.

6.4 Coleta de dados e instrumentos

A técnica escolhida para a coleta dos dados foi o grupo focal, definida por Morgan⁵ (1997) e Westphal, Bógus & Faria⁶ (1996) *apud* Onocko-Campos e Furtado (2006) como um procedimento que:

⁵ MORGAN, David L. **Focus groups as qualitative research**. London: Sage Publications, 2 ed., 1997.

⁶ WESTPHAL, Marcia Faria; BÓGUS, Claudia Maria; FÁRIA, Mara de Mello. Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana**, v. 120, n. 6, 1996. Disponível em: <http://hist.library.paho.org/spanish/bol/v120n6p472.pdf> Acesso em: 06 mar. 2014

Permite a obtenção de dados a partir de sessões grupais entre pessoas que compartilham um traço em comum. Tais grupos permitem a coleta de informações relevantes sobre um determinado tema, possibilitando a apreensão não somente do que pensam os participantes, mas também do porquê eles pensam de determinada forma, além de possibilitar a observação da interação entre seus componentes (p.1058).

Nesse sentido, a técnica de grupo focal é operacionalizada por meio de entrevistas realizadas em grupo que, de acordo com Morgan (1997) possui um registro que reproduz não apenas a fala dos indivíduos que se alternam na expressão de seus pensamentos decorrentes das questões provocadas pelos condutores da atividade, mas que trata de um produto coletivo.

A interação entre o grupo, em que cada sujeito expõe suas opiniões de acordo com a temática abordada e a ocorrência de interação das perspectivas envolvidas é uma das características relevantes da técnica.

No interesse de entender as diferentes percepções e atitudes de uma situação, prática, produto ou serviço, Iervolino e Pelicioni (2001) consideram a técnica do grupo focal a mais adequada. Pode ser caracterizada como uma espécie de entrevista com o propósito de coletar dados a partir da discussão construída por meio de tópicos específicos e diretivos.

A condução do grupo focal por meio de entrevistas é realizada em pequenos grupos, apresentando como objetivos a apreensão de conceitos através de discussões sobre conscientes, semiconscientes e inconscientes, assim como aspectos psicológicos e socioculturais. O seu caráter informal, semelhante a diálogos, marcado pela intencionalidade, favorece os sujeitos a exporem abertamente e completamente suas opiniões, atitudes e comportamentos (BERG. 2004).

Uma das peculiaridades do grupo focal é o levantamento em um curto período de tempo de informações sobre um tema específico a partir da visão do público – alvo de interesse para a investigação. De acordo com o objetivo do estudo e da sua abrangência, o pesquisador pode necessitar de outros grupos, o que, segundo Moretti-Pires (2008) permite ser semelhante ou não, podendo ser formado por pessoas que compõem diferentes etapas de um processo.

Para Almeida e Peres (2007, p. 173), a técnica de grupo focal tem como pressuposto buscar informações a partir de um grupo já existente ou até mesmo

formado para fins específicos da pesquisa, na perspectiva de que a interação grupal possa trazer dados que permitam “explorar como os pontos de vista são construídos e expressos, sendo fundamentais para examinar como o conhecimento, ideias, discursos, apresentações e mudanças linguísticas operam em um dado contexto cultural”.

Nesta pesquisa foram realizados três grupos focais, um em cada município no qual se localiza a equipe NASF. Os locais, datas e horários para o desenvolvimento dos encontros foi acordado junto aos profissionais que aceitaram participar da pesquisa.

Os encontros se deram nos dias 19, 20 e 21 de fevereiro de 2014, nos municípios de Alpinópolis, Passos e Piumhi, nesta ordem. Nos dois primeiros municípios, os encontros foram realizados em salas de aula de escolas públicas cedidas pela direção; e em Piumhi, o encontro se deu na sala de reuniões da Secretaria Municipal de Saúde.

Os grupos foram conduzidos sem interferências, contudo, em Passos, no dia da coleta, o clima quente, a pouca ventilação do ambiente e o ruído externo geraram algum desconforto, mas que não prejudicaram a gravação e o andamento da coleta de dados.

Cumpramos esclarecer que, tendo em vista a inserção profissional do pesquisador principal no campo de estudo, o grupo focal foi conduzido por um segundo pesquisador, devidamente treinado e capacitado, na tentativa de evitar interpretações precipitadas. Este pesquisador auxiliou, ainda, no tratamento dos dados, no intuito de garantir que o desfecho refletisse para além da experiência profissional individual do pesquisador principal.

Os grupos ocorreram seguindo os passos descritos a seguir:

1. Acolhimento dos profissionais no local de realização da pesquisa, com apresentação da pesquisadora, moderadora do encontro;
2. Apresentação do projeto de pesquisa, com enfoque no detalhamento do objeto de pesquisa e objetivos;
3. Leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B), ratificando o anonimato do participante e a possibilidade de desistência em participar do estudo a qualquer tempo;

4. Disponibilização e preenchimento de formulário para caracterização dos sujeitos de pesquisa quanto à: idade, sexo, curso e local de graduação, tempo de atuação profissional, tempo de atuação no SUS, tempo de atuação no NASF, cursos de pós-graduação realizados (residência, especialização, mestrado, doutorado - área, ano de conclusão). Vide Apêndice C;
5. Condução do grupo focal, tendo como orientador um roteiro com quatro questões norteadoras pertinentes à proposta da pesquisa, disparadoras das discussões (Apêndice D). As questões abordaram os seguintes tópicos: concepção do trabalho em equipe, formação do profissional e o preparo nos cursos acadêmicos e capacitações em serviço para o trabalho em equipe, facilidades e dificuldades encontradas para o trabalho em equipe.

Pretendeu-se com essas questões investigar o preparo profissional para o trabalho em equipe, com a possibilidade de analisar os desafios que os profissionais do NASF enfrentam e as vantagens para trabalhos conjuntos, apreendendo as percepções e verificando princípios da EIP nos processos de formação e no cotidiano do trabalho desses profissionais.

Cada grupo foi composto por um total de sete participantes, o que de acordo com a literatura é a quantidade adequada para a condução do método proposto, visto que permite ao pesquisador coletar melhor as informações, podendo estimular e conduzir as discussões (IERVOLINO; PELICIONI, 2001).

As sessões tiveram média de 60 minutos de duração, tempo suficiente para apreensão das informações relevantes para análise e alcance dos objetivos propostos.

Para o registro das discussões do grupo focal, se realizou a gravação dos registros sonoros, principal forma de capturar as informações desta pesquisa.

6.5 Análise dos dados

Os dados pertinentes à caracterização da amostra foram tratados por estatística descritiva por meio de frequência e percentuais, e uso de medidas de

tendência central, representadas pela média ($\bar{X}$), mediana ($\tilde{X}$), valor máximo (Mx) e valor mínimo (Mn).

As informações provenientes dos grupos focais foram tratadas por análise de conteúdo, que “consiste em descobrir ‘os núcleos de sentido’ que compõem a comunicação e cuja presença ou frequência de aparição pode significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido” (AGUILAR-DA-SILVA; SCAPIN; BATISTA, 2011, p. 172).

Esta técnica pressupõe três etapas, segundo Bardin (2011), quais sejam: pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados: inferência e interpretação.

Na pré-análise, em que são desenvolvidos os processos para análise propriamente dita, realizou-se a transcrição integral dos grupos focais, dando origem ao corpus e leitura do material buscando uma compreensão global que levasse em conta o conteúdo e a lógica dos depoimentos.

A segunda etapa da análise consistiu na exploração do material, em que três fases foram realizadas: (i) determinação das unidades de registro (UR), isto é, recortes de ordem semântica do corpus; (ii) definição de unidades de significação (US), que consiste na associação das UR por temática; e (iii) categorização.

No conjunto das técnicas da análise de conteúdo, a análise por categoria é a mais antiga e a mais utilizada na prática; funciona a partir de recortes do texto em unidades categóricas, segundo reagrupamentos equivalentes (BARDIN, 2011).

Foram determinadas 04 US compostas por um total de 163 UR. A maior frequência de UR foi encontrada para as US “Fatores que facilitam ou dificultam o trabalho em equipe”, e em menor frequência a “Formação em serviço”. Entre os grupos focais, a maior produção de UR se deu em Passos.

Tabela 3 - Frequência de unidades de registro por corpus e unidades de significação. Minas Gerais, Brasil, 2014

Unidades de significação	Unidades de registro (n)			Total UR
	Alpinópolis	Passos	Piumhi	
Conceitos de trabalho em equipe	11	16	11	38
Fatores que facilitam ou dificultam o trabalho em equipe	12	19	17	48
Formação acadêmica	13	14	15	42
Formação em serviço	13	13	9	35
Total	49	62	52	163

Fonte: Elaboração própria, 2014.

Das unidades de significação emergiram quatro categorias temáticas e 15 subcategorias, como se observa na tabela apresentada em sequência. Do total de UR encontradas, 77,3% foram utilizadas para apresentação dos resultados, nesta pesquisa.

Tabela 4 - Frequência de unidades de registro por categoria e subcategoria temática. Minas Gerais, Brasil, 2014

Categorias/subcategorias	Total UR	
	n	%*
O trabalho em equipe: conceitos e significações	38	23,3
Compartilhamento de conhecimentos	18	11,0
Prática interdisciplinar	15	9,2
Trabalho em rede	3	1,8
Divisão de tarefas e apoio	2	1,2
Interfaces do trabalho em equipe: forças propulsoras e limitantes	48	29,4
Resistência e aceitação do NASF pelas equipes do PSF	10	6,1
Perfil profissional	7	4,3
A participação do profissional médico na equipe	5	3,1
Demanda excessiva e cumprimento de metas	12	7,4
A equipe pela equipe	8	4,9
Gestão	6	3,7
Processos acadêmicos de formação em saúde: preparação para o trabalho em equipe?	42	25,8
Experiências na graduação	35	21,5
Experiências na pós-graduação	7	4,3
Processos de formação em serviço para o trabalho em equipe	35	21,5
Treinamento introdutório	5	3,1
Aprendendo com o outro	17	10,4
Reconhecimento da inexistência de processos formais de educação em serviço	13	8,0
Total	163	-

Fonte: Elaboração própria, 2014.

*Percentual em relação ao total de UR.

E, finalmente, na fase de inferência e interpretação, as informações foram condensadas e destacadas, possibilitando interpretações e análise crítica do material.

O fluxograma apresentado, a seguir, ilustra os passos realizados durante o tratamento do material operacionalizado pela análise de conteúdo.

Figura 4 - Etapas desenvolvidas para o tratamento dos dados por meio da análise de conteúdo. Minas Gerais, Brasil, 2014

Fonte: Elaboração própria, inspirado em Bardin, 2011.

Para garantia do anonimato dos participantes do grupo, as falas sistematizadas e apresentadas em UR na seção de resultados foram identificadas apenas pelo município a qual pertence o profissional do NASF.

6.6 Aspectos éticos

Em se tratando de pesquisa envolvendo seres humanos, em obediência as diretrizes da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012a), o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. O projeto foi aprovado em dezembro de 2013, sob o Parecer nº 499.480 (Anexo A).

Resultados

7 RESULTADOS

7.1 Perfil da amostra

Participaram dos grupos focais 21 profissionais de saúde, cuja distribuição por categorias está apresentada no Gráfico 3.

Gráfico 3 - Profissionais participantes dos grupos focais por categoria profissional. Minas Gerais, Brasil, 2014
Fonte: Elaboração própria, 2014.

A amostra era majoritariamente feminina ($n=19$; 90,5%); adulto jovem ($\bar{X}=31,71$ anos; $\tilde{X}=31$; $Mx=48$; $Mn=26$); com tempo de formação inferior a 10 anos ($\bar{X}=7,33$; $\tilde{X}=7$; $Mx=15$; $Mn=2$). Todos os participantes concluíram a graduação em instituições de ensino privadas e a maior parte cursou ou cursa especialização ($n=12$; 57,1%).

A maior parte da amostra está inserida no mercado de trabalho há no máximo 10 anos ($n=17$; 81,0%; $\bar{X}=7,02$; $\tilde{X}=7$; $Mx=15$; $Mn=1$); 81,0% ($n=17$) atuam no SUS há no máximo 05 anos ($\bar{X}=4,16$; $\tilde{X}=3$; $Mx=14$; $Mn=0,08$); e, 52,4% trabalham no NASF, há no máximo 02 anos ($\bar{X}=6$; $\tilde{X}=2$; $Mx=5$; $Mn=0,08$).

7.2 O trabalho em equipe: conceitos e significações

Esta categoria é composta pelos depoimentos que fornecem elementos que apresentam a percepção dos profissionais acerca do trabalho em equipe. Foi subcategorizada em: Compartilhamento de conhecimentos; Prática interdisciplinar; Trabalho em rede; e Divisão de tarefas e apoio.

7.2.1 Compartilhamento de conhecimentos

Os participantes, em seus discursos, expressaram os diferentes entendimentos que dão ao trabalho em equipe. Ficou perceptível que a dinâmica do trabalho coletivo transcorre do partilhamento de conhecimentos que, agregados, contribuem para a dissolução de problemáticas de saúde ou para se alcançar resultados benéficos para a população de que cuida.

É uma junção de opiniões, de saberes diferentes [...]. Junção de saberes, de compartilhamento que vai se construindo. (Alpinópolis)

O trabalho em equipe é o compartilhamento de todas as situações que a gente passa, que a gente pode dividir com a equipe multiprofissional. Se eu tenho uma dúvida, alguma situação que eu não vivi ou que eu não sei sair dela, então eu vou procurar a equipe, que é o que a gente faz hoje; é uma ajuda, uma opinião. Trabalhar juntos. (Piumhi)

Equipe é isso, somar o conhecimento de cada profissional para aumentar a capacidade de resolver as coisas. (Passos)

Acho que para ser uma equipe, um precisa do trabalho do outro para todos juntos realizarem um melhor trabalho. (Passos)

Um profissional precisa sempre do outro para concluir qualquer que seja o caso que surge. (Piumhi)

Acho que é a soma de conhecimentos em prol de um objetivo comum, pode ser um paciente ou um grupo, ou uma população. (Passos)

Trabalho em equipe é complemento. [...]. Os profissionais vão ajudando a dissolver aquela problemática. (Alpinópolis)

Eu compararia como um corpo, os membros uns dependem dos outros, assim são as pessoas. Às vezes numa dificuldade, pensar no que pode ser resolvido.

Uma troca de ideias, que vai chegar a uma conclusão benéfica para aquele paciente, um resultado melhor para aquele paciente. (Piumhi)

7.2.2 Prática interdisciplinar

O trabalho em equipe no âmbito do NASF é, ainda, entendido como peculiar de uma equipe multiprofissional, em que os profissionais de diversas categoriais contribuem com seus saberes e experiências de seu campo de atuação singular para somar no campo das práticas interdisciplinares. Nesse movimento, resultam do trabalho coletivo a integralidade das ações e a visão ampliada das situações de saúde.

E dentro do NASF tem vários profissionais, várias categorias, e, a meu ver, é completo, tudo o que você precisa de apoio, suporte, na maioria das vezes você encontra dentro da equipe mesmo. [...] Esse trabalho em equipe dá uma visão do todo e um resultado muito melhor. (Passos)

Eu acredito que amplie a visão. Você tem uma troca, e não só do conhecimento de cada área, mas da experiência. Eu acho fundamental neste tipo de trabalho. [...] É uma vivência que dá essa troca de informação. E que só a equipe multidisciplinar consegue trazer isso. Por exemplo: não só num diálogo ou numa discussão de uma intervenção ou de um trabalho, mas no que cada um percebeu como pessoa, como indivíduo. Isso acrescenta muito na troca. (Passos)

Uma integralidade de todas as áreas para tentar, não só quando tem um problema, mas também, numa ideia, numa inovação, de tentar melhorar o serviço. (Piumhi)

Uma equipe com vários olhares diferentes, mas que vá analisar aquele sujeito como um todo. (Alpinópolis)

É a contribuição dentro de cada área, não adianta eu querer ser e o profissional não querer ser o que eu sou, mas se cada um somar um pouco dentro da sua área, aí é o grupo, a equipe; soma com uma coisa a mais para um objetivo em comum. (Passos)

Equipe é isso, somar o conhecimento de cada área para aumentar a capacidade de resolver as coisas. (Passos)

Quando eu trabalho na minha área, a área do colega acrescenta no trabalho que eu desenvolvo. (Passos)

Presenciamos algumas situações que tem que ser resolvidas em equipe multiprofissional. (Piumhi)

7.2.3 Trabalho em rede

Depreendeu-se, ainda, que os participantes do estudo compreendem o trabalho em equipe como um coletivo ainda mais amplo que o cenário que envolve os profissionais do NASF. Segundo eles, o trabalho do núcleo só se dá a partir do envolvimento de todos os profissionais de atenção básica, que juntos conformam uma rede de saúde capaz de dar resolubilidade aos problemas de saúde da população.

Eu vejo que tem que está sempre articulado não só entre a equipe multiprofissional do NASF, tem que estar articulado com a Atenção Básica. [...] Então a gente tece essa teia junto para desenvolver junto o trabalho, sempre olhando o indivíduo. (Alpinópolis)

Trabalhar em equipe é trabalhar não só com a equipe do NASF, mas com todas as equipes de saúde, principalmente dos PSF, porque a gente depende muito da ajuda deles para estar encaminhando visita, para a gente conseguir solucionar os problemas dos pacientes da área do PSF. (Alpinópolis)

É o que a gente chama de trabalho em rede. Porque um profissional ele precisa do outro para concluir o trabalho dele. Pra onde encaminhar, como resolver. (Piumhi)

7.2.4 Divisão de tarefas e apoio

Não obstante à percepção do trabalho em equipe como uma dinâmica construtiva coletiva, evidenciada a partir das falas apresentadas anteriormente, nota-se que, para alguns profissionais, prevalece a ideia de trabalho em equipe como uma divisão de tarefas dada pela especificidade das áreas do conhecimento; ou, ainda, como um amparo nas dificuldades enfrentadas no desenvolvimento do trabalho.

A nossa equipe em especial, é uma equipe multidisciplinar, que tem a vantagem de cada um está desempenhando dentro da sua profissão, as suas funções. Em geral, em se tratando de equipe é um compartilhamento, não é um só pegar e fazer tudo. A equipe está ali justamente para isso: para separar, lógico que dentro do mesmo objetivo, mas para não pesar para uma pessoa só, divide-se esse trabalho para equipe toda. (Alpinópolis)

É a certeza que se em algum momento precisar de uma ajuda, de um suporte, é ter alguém que possa colaborar. Trabalho em equipe é essa troca de favores. (Passos)

7.3 Interfaces do trabalho em equipe: forças propulsoras e limitantes

Durante os grupos focais, outra discussão estabelecida foi com relação aos fatores que auxiliam e que dificultam o desenvolvimento do trabalho em equipe. As forças propulsoras derivam dos aspectos e atitudes que contribuem para efetivação das atividades de forma coletiva e colaborativa; as limitantes, por sua vez, incluem os obstáculos e dificuldades que obstam a integração e o compartilhamento de ações e experiências.

Dessa categoria emergiram seis subcategorias: Resistência e aceitação do NASF pelas equipes do PSF; Perfil profissional; A participação do profissional médico na equipe; Demanda excessiva e cumprimento de metas; A equipe pela equipe; e Gestão.

7.3.1 Resistência e aceitação do NASF pelas equipes do PSF

Entre os principais nós críticos para a prática colaborativa no âmbito dos NASF destaca-se a ausência de entrosamento entre os profissionais desses com a ESF. Segundo os participantes deste estudo, há resistência e até mesmo desconhecimento do papel central e da lógica de funcionamento dos núcleos. Este cenário obsta a concretização das ações de saúde no sentido da integralidade.

As equipes do PSF, no início, veem a equipe do NASF como invasora do serviço. E agora elas começaram a entender realmente o que é o NASF, que a gente veio para apoiar e não para invadir. (Alpinópolis)

Falando do nosso NASF, nosso NASF é muito lindo. A equipe é muito boa. O que não ajuda são os PSF, pois muitos não aceitam o atendimento do NASF. São muitos PSF e eles ainda não tem muita aceitação do trabalho do NASF. (Passos)

Dificultador é conseguir chegar até a unidade de saúde e eles perceberem qual a função do NASF. Eles ainda deixam a desejar. [...] Eles nos veem como invasores. Isso dificulta eles chegarem até a gente com o usuário, que é o mais importante. (Alpinópolis)

Eu acho que a maior dificuldade foi desse entendimento de nos enxergar como uma equipe só, que viemos para ampliar a Saúde da Família. (Alpinópolis)

Eu acredito que a dificuldade em algumas equipes de Saúde da Família, é que não são abertas as discussões, e isso prejudica um pouco. (Passos)

Eles não enxergaram como uma ampliação da equipe, eles enxergaram como uma nova equipe, e na verdade nós somos uma mesma equipe. Isso foi difícil e ainda é difícil deles enxergarem isso, que nós somos a ampliação de uma mesma equipe, mas com outros profissionais. Então foi difícil essa entrada, porque quando a gente solicitava, eles diziam que a gente estava levando mais serviço. (Alpinópolis)

Acho que muitos profissionais dentro do PSF têm aquela questão de que profissional de nível superior tem que fazer sessão, consulta. E desde quando a gente entrou teve esse preconceito em relação a nossa atuação. [...] Tem muitos que acreditam que se não for o atendimento individual não sana [o problema de saúde]. [...] É um ponto que dificulta. (Passos)

7.3.2 Perfil profissional

Os depoimentos evocam para a necessidade de um perfil profissional que corresponda às necessidades do sistema nacional de saúde, o qual deva garantir a habilidade de compreender as nuances da saúde pública e de ter um olhar ampliado para o território.

O que mais dificulta é a questão de não ter perfil de funcionário na rede [...]. É muito difícil trabalhar com uma pessoa que não quer, porque a saúde pública é difícil, tem que ter amor, tem que ter paixão para a coisa fluir. [...] Deveria ter um

perfil de saúde pública, porque ai é mais fácil, porque aí o profissional corre atrás. (Alpinópolis)

Dentro do NASF, eu vejo que todo mundo tem perfil para atuar no NASF. Além de que todo mundo se interessa pela área do outro e respeita. (Passos)

Facilita quando tem uma equipe com esse perfil de olhar, de enxergar uma problemática no território para que a gente possa dar esse apoio matricial. (Alpinópolis)

A grande vantagem da nossa equipe é que como a gente tá no SUS, lidando com um paciente, acho que todos os profissionais tem um perfil de trabalhar no SUS. A pessoa tem o perfil para atuar no NASF, e isso facilita muito. (Passos)

7.3.3 A participação do profissional médico na equipe

A figura do médico como integrante da equipe de saúde é contestada pelos profissionais do NASF. Para eles, o médico se exclui das atividades conjuntas, adotando uma postura individualista frente ao processo do trabalho em equipe.

Cabe ressaltar que não houve participação de profissionais médicos em nenhum dos grupos focais, tal fato pode ter contribuído para o manifesto da frustração de alguns profissionais para com o posicionamento dessa categoria no desenvolvimento das atividades das equipes.

Não adianta nada o médico querer diminuir uma sala de espera, que todo dia estão os mesmos pacientes ali, e ele falar isso o tempo inteiro se ele não participa do planejamento de como a gente vai fazer isso. Ele nunca está, mas ele sugere. (Alpinópolis)

Com a área médica sempre foi mais difícil a gente lidar. Eles ficam mais alheios ao trabalho da gente. Só recorrem quando realmente precisam. É difícil para gente ter esse contato. (Piumhi)

O médico não faz parte dessa equipe de saúde. Eles foram convidados [para participar de uma capacitação], mas não participaram. (Alpinópolis)

Em oposição aos depoimentos supramencionados, alguns profissionais, da equipe de Piumhi especificamente, enxergam uma mudança positiva no que tange à participação e colaboração do médico como membro da equipe de saúde. Para eles,

desde o estabelecimento de equipes de atenção básica se nota maior engajamento desse profissional com os problemas de saúde da população.

É muito bom o trabalho em equipe, porque eu tenho muito contato com o médico. A gente faz uma troca de pacientes: eu passo pra eles e eles passam pra mim. Então, a gente sempre tem contato, a gente conversa sobre o caso para gente tentar solucionar. Então, acho que é a equipe mesmo. Enriquece a gente demais. (Piumhi)

Como facilitador eu vejo que depois do NASF, dessa oportunidade de trabalhar em conjunto, a área médica, principalmente, ficou menos resistente. Ontem mesmo um médico do CAPS [Centro de Atenção Psicossocial] foi lá na farmácia conversar a respeito de paciente. Isso nunca teve. Foi lá trocar a respeito dos medicamentos. Então, acho que na área médica melhorou. Eles se abriram mais para ouvir outros profissionais. Acho que tinham mais resistência. Isso facilitou. Acho que eles viram que também precisam de outros profissionais. Não é só a gente que precisa deles. (Piumhi)

Na minha experiência, que eu estou há oito anos aqui na prefeitura, hoje eu tenho uma facilidade enorme de entrar em contato com o médico do PSF, mas há dois, três anos, resolver alguma coisa com um médico era praticamente impossível. A gente não tinha esse contato. Com os demais profissionais [...] sempre foi mais fácil chegar até eles e discutir um assunto, um problema de um paciente, um usuário. Com o médico já era mais difícil mesmo. Hoje eu tenho mais facilidade. Às vezes, hoje, o médico bate na minha porta, porque ele está precisando de mim ali. Ou eu vou até ele, ou eu ligo e ele me atende por telefone pra gente discutir um assunto de um paciente específico. E antes não existia isso. (Piumhi)

Eles não estão mais ali para prescrever medicamento, a receita e dar para o paciente. Ele está preocupado com o paciente [...]. A categoria, o médico em si, eu vejo ele, na rede pública, mais interessado no seu paciente. [...] Acho que eles estão mais interessados. (Piumhi)

Alguns profissionais creditam a mudança da postura médica, de alheia à equipe para uma cooperativa, à entrada de profissionais mais jovens na atenção básica, os quais seriam mais porosos a críticas e a mudanças no modelo de atenção à saúde.

Talvez porque esteja entrando na rede profissionais mais jovens, e eles são mais abertos a mudanças, porque os profissionais mais experientes, eles são mais resistentes a mudanças, é normal, é cultura. Ele tem a formação dele pronta e são resistentes a mudanças. Agora os que estão entrando hoje já são mais flexíveis, são mais abertos. Você pode questionar, eles vêm até a gente. É um facilitador. (Piumhi)

Tem muitos profissionais mais jovens que dão mais abertura aos profissionais de outras áreas. (Piumhi)

7.3.4 Demanda excessiva e cumprimento de metas

Outros pontos considerados como limitantes para o desenvolvimento das atividades coletivas no cenário do NASF foram: a demanda excessiva e a pressão para o cumprimento de metas, que são permissivas a uma maior preocupação com os resultados quantitativos em detrimento dos qualitativos.

Dificuldade eu acredito que seja a cobertura de vários PSF. Hoje a gente cobre nove, isso dificulta, porque querendo ou não, isso às vezes impede de a gente ir a fundo com relação à determinado caso. (Passos)

Não sei se é porque tem tanto meta para cumprir, PMAQ [Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica], que acho que falta um pouco de tempo para a troca de ideias. Às vezes a gente tá no PSF, mas o enfermeiro está correndo com um caso que ela está esperando, o médico não tá, tem que esperar pra ver se outro pode atender. Tá muito corrido. Acho que isso é uma dificuldade que tem para gente sentar, trocar, conversar. Essa falta de tempo e muito serviço; e parece que tem poucos profissionais. (Piumhi)

Quanto maior o volume de pessoas, menos tempo você tem para trabalhar em equipe, participar de processos de formação e das discussões de casos. (Passos)

Eu vejo que a maior dificuldade que temos hoje é tempo. Nós estamos trabalhando com tantos projetos, tantos programas, tantas metas que a gente está vivendo em prol disso, que a gente está correndo atrás disso, e não temos tempo de sentar e reunir. (Piumhi)

Eu acredito que a demanda é grande. Você não tem tanto tempo em todas as unidades, você não tem essa construção diariamente todo o tempo. Tem coisas que você pega e as entende em partes, e algumas coisas acontecem que não chegam a você. (Passos)

Um fator que dificulta é que são poucos profissionais pra uma demanda gigante. Às vezes, nós não temos um momento pra gente sentar, conversar, se reunir, mas é porque a gente não tem tempo mesmo. [...] Nossa demanda é grande, intensa, cobra muito, a população cobra muito, aprendeu a cobrar. [...] E acho pouca a quantidade de profissionais. Hoje, acho ela pequena para o tamanho da demanda. (Piumhi)

O que eu acho que dificulta às vezes, são as metas, isso dificulta muito. (Piumhi)

O ponto negativo é essa falta de profissional, tendo em vista a grande quantidade de unidades de saúde para cobrir. Acho que isso atrapalha, essa falta de tempo dos profissionais. (Passos)

Essa parte burocrática em que elas [ACS] têm que cumprir metas, muitas vezes elas se preocupam mais com a quantidade do que com a qualidade. (Alpinópolis)

7.3.5 A equipe pela equipe

Durante os encontros, também se manifestou o posicionamento sobre o relacionamento interpessoal e o processo de comunicação estabelecido entre os profissionais de saúde. De um lado, a resistência individual e a desunião que mínguem a dialogicidade precípua ao trabalho colaborativo.

Acho que dentro de equipes existe uma separação. A equipe, ela é bem verticalizada, ela não é encaixada um com o outro. (Passos)

Acho que em algumas equipes tinha que haver mais essa união entre eles. (Passos)

E o ponto negativo da equipe do NASF, é a pessoa defender muito o seu ponto de vista, sobre determinado assunto, não aceitar críticas, construtivas. Não aceitar uma opinião porque defende o seu ponto de vista e não pode modificar a linha de pensamento. Em geral, isso gera um clima ruim dentro da equipe. (Passos)

De outro lado, a horizontalidade da equipe e o diálogo como peças essenciais para a concretização das ações de saúde, das quais emergem benefícios para o profissional, para o grupo e para a população.

Facilitador é o próprio espaço na nossa agenda de a gente ter essa discussão de casos, de grupos. Acho que isso facilita a nossa relação em equipe. (Passos)

O que facilita é essa troca de experiências. (Passos)

Por conta do NASF a gente está sempre trazendo alguma coisa para equipe, então isso motiva a diversidade, é um crescimento pessoal, profissional, para o paciente. (Alpinópolis)

O trabalho em equipe, a vantagem é essa, você tem uma construção contínua, de convivência. E que isso vai só aumentando. (Passos)

No meu ponto de vista, dentro da equipe do NASF, o que é positivo é essa troca de conhecimento, de aprender um pouquinho com cada um. (Passos)

Eu penso que é um crescimento muito grande trabalhar em equipe. Essa troca de saberes e de conhecimentos, faz a gente crescer e ter motivos para trabalhar. A gente cresce e tem como resolver melhor o problema. Equipe é um crescimento pessoal e uma resolução para o paciente. (Alpinópolis)

Ter essa vivência com diversos profissionais. Quer dizer, é um desafio, que vejo como algo importante. O desafio é importante. E a questão da experiência, ajuda muito. Porque uma coisa que eu vivencio em uma unidade, eu posso trocar com todos. (Passos)

Acho que o método de trabalho, com essa agenda, com o tempo, com a vivência e com essa relação com cada profissional [...] acho que venha possibilitar uma vivência, e as coisas vão se adequando. Mas, a gente só vai ter uma resposta pra isso com o tempo. Vai depender da atuação de cada profissional, vai depender do esforço de cada funcionário do PSF. É ampliando o trabalho em equipe. E só tempo para dizer, mas eu acredito que no esquema que a gente vai viver, as coisas vão tomando um padrão. (Passos)

7.3.6 Gestão

A substituição de gestores foi citada como uma problemática importante para o desenvolvimento do trabalho em equipe. Dela, emerge a saída de profissionais já estabelecidos, demandando um processo de adaptação que ultrapassa a mera inserção de profissionais à equipe.

Não só troca de políticos, mas de funcionários também, principalmente das agentes, que é que a gente tem mais dificuldade. (Alpinópolis)

Também teve troca de gestão, foi outra dificuldade. Muita troca de profissionais. Você tá em contato com um, daqui a pouco não é ele mais. (Piumhi)

Tem a questão da gestão também que dificulta, porque daí trocam funcionários, equipe, os agentes, por exemplo, e aí eles não conhecem o que é o serviço, daí a gente tem que explicar o que o NASF para gente ter essa facilidade de desenvolver o nosso trabalho. (Alpinópolis)

O que dificultou um pouco mais, é que teve um fim de mandato, e aí entraram outras pessoas. (Alpinópolis)

7.4 Processos acadêmicos de formação em saúde: preparação para o trabalho em equipe?

Esta categoria se estruturou a partir do relato das experiências vivenciadas pelos profissionais do NASF no que concerne aos processos de formação no âmbito da academia. Dela emergiu as subcategorias: Experiências na graduação; e Experiências na pós-graduação.

7.4.1 Experiências na graduação

Foram identificadas falas, por meio das quais se evidenciam que a graduação não preparou os profissionais para desenvolverem o trabalho em equipe; e mais, ratifica a existência de um processo formativo centrado no campo científico específico da profissão. Seguem alguns depoimentos que expressam essa realidade.

Eu me formei há 14 anos. Minha formação foi muito centrada na área específica, com estágios em asilos, em creches, mas com pouco contato com outros profissionais. (Alpinópolis)

Eu me formei há quatro anos, e não tinha na grade curricular nenhuma matéria específica que abordasse esse compartilhamento entre profissionais, nem conteúdos teóricos, nem práticos. (Alpinópolis)

A gente não tem formação na faculdade para trabalhar em equipe. (Alpinópolis)

Eu como psicóloga falo: não tive uma formação para atuação multidisciplinar, a gente vem desse contexto do psicólogo como clínico, sozinho. (Alpinópolis)

Na graduação não tinha essa visão multiprofissional, esse trabalho em equipe. (Piumhi)

Na minha graduação eu não tive contato com outros profissionais. Até no estágio, só mesmo com o nutricionista que ficava supervisionando. (Piumhi)
Na minha graduação em estágio foi pouquíssimo. Não tínhamos essa abertura. [...] E na parte teórica também não. (Passos)

No meu caso, eu até tentei um diálogo no estágio, mas a nutricionista ainda me barrou, pediu para eu não ter esse contato. (Piumhi)

Depreende-se, a partir das falas de alguns participantes, que durante os estágios, os quais proporcionam o encontro de diversos profissionais num mesmo ambiente de atuação, contatos com outras categorias foram estabelecidos. Destaca-se que a única disciplina/área de conhecimento citada entre os participantes foi a saúde pública, estando diretamente relacionada à maior aproximação com outros profissionais de saúde ou possibilitadora de conhecimentos teóricos sobre o trabalho em equipe durante a graduação. Contudo, de forma superficial e pontual, não permitindo, portanto, o partilhamento de conhecimentos e experiências, princípio da formação interprofissional.

No processo de estágio você tem contato com outros profissionais, mas que não possibilitou esse processo de compartilhamento como agora vivemos. (Passos)

O curso que eu fiz, dentro da grade curricular, não teve nenhuma preocupação quanto a essa troca de experiências. Foi só na parte de estágio, muito superficial. (Passos)

Na graduação, só no estágio mesmo. E o estágio era limitado (Passos)

Teóricos eu tive, na matéria de saúde pública. Nós tivemos estágios na UBS [unidades básicas de saúde], onde a gente trabalhava esse planejamento, mas eram só visitas com o olhar na reabilitação. Mas, com pouco compartilhamento entre os profissionais. (Alpinópolis)

A gente viu muito pouco essa base, essa visão do trabalho em equipe. O espaço em que se teve, dentre todas as áreas de estágio, o maior contato foi na saúde pública, que a gente teve a oportunidade de ter contato com outros profissionais, fazer as visitas com os agentes, mas foi muito pouco. (Alpinópolis)

No meu caso foi bem específico dentro da nutrição, com a saúde pública. Mas não com outros profissionais; nunca teve atuação com outros que estivessem fazendo faculdade também. A gente tinha contato com profissionais formados em postinho, UBS [unidades básicas de saúde]. Teve a matéria de saúde pública, mas o compartilhamento com quem está fazendo [a faculdade], que eu acho que seria interessante, não teve não. (Alpinópolis)

Alguns profissionais associaram a ausência de uma formação acadêmica baseada no trabalho em equipe e na interprofissionalidade à incipiência do NASF.

Isso implica dizer que, para eles, foi o NASF que inaugurou a demanda por um processo de formação arraigado aos preceitos da educação interprofissional.

No meu caso o contato era só com a nutricionista, fazia estágio com ela para ver como era o atendimento dentro da unidade, mas não tinham ações envolvidas. Mas, isso muda muito, porque o NASF faz pouco tempo que surgiu. (Alpinópolis)

Na minha graduação, na parte teórica, não foi muito estimulado. O NASF também era muito novo quando eu formei. Então, na teoria não foi muito trabalhado não. (Passos)

O trabalho em equipe é uma demanda da atual situação que nós vivemos. A problemática é tão grande, principalmente em se tratando da saúde, são tantos fatores que levam a questão que demandam esse trabalho. Acredito que surgiu disso [a necessidade do trabalho em equipe]. (Alpinópolis)

Há também o entendimento, por parte de alguns, que na graduação o tempo é curto para o volume de conhecimento a se adquirir, de modo que o trabalho em equipe só será possível vivenciar durante a prática profissional.

Durante a minha formação, na parte teórica eu não tive tanto esse conhecimento. Acho que só vai aprender na prática mesmo. (Passos)

A gente só vai ver mesmo na prática profissional, essa interação em equipe. (Passos)

O meio acadêmico traz muita informação, mas ao mesmo tempo você ainda está aprendendo, ainda está construindo conhecimento. Então, você está muito direcionado com o que é passado mesmo, da sua área específica. (Passos)

Na atuação no NASF, com uma equipe multidisciplinar, você sabe que você precisa, para enriquecer o trabalho, dessa troca. Então, você busca isso. Já no começo do curso você ainda está construindo conhecimento, descobrindo a própria área ainda. (Alpinópolis)

Eu me formei há 14 anos. Na época em que me formei não tinha essa visão [de trabalho em equipe]. (Alpinópolis)

7.4.2 Experiências na pós-graduação

No que tange à formação acadêmica ao nível de pós-graduação, as impressões e experiências não diferem em muito daquelas vivenciadas durante a

graduação, embora se notem lampejos de maior interação profissional. Isto, porque parte dos profissionais participantes desta pesquisa cursaram especializações multiprofissionais, o que *per si* já confere contato com outras categorias, inclusive de outras áreas que não a saúde.

Tive uma maior aproximação com o tema da equipe multidisciplinar na pós que eu fiz em gestão e organização de saúde, por mais que fosse a distância, em que a gente se encontrava uma vez por mês, lá tinham vários profissionais. Era muito interessante porque a gente trocava muito. [...]. Mas, não na prática. Só no teórico mesmo. (Alpinópolis)

Na pós-graduação a gente teve mais contato com a área de psicologia. Eu fiz pós em gestão do SUS, e eram mais psicólogos e assistentes sociais. (Passos)

E na pós-graduação teve uma troca de experiência com o psicólogo, porque a gente fazia estágio junto com o psicólogo, e porque o paciente era o mesmo. Mas, na pós houve mais estímulo. (Passos)

Pós-graduação eu fiz em gestão com ênfase em recursos humanos, e tinha outras turmas de gestão de outras áreas, aí sim nós tivemos uma troca muito rica. Tinham aulas específicas da minha área, e tinham aulas que eram compartilhadas. Então, ampliava a visão, foi bem interessante. (Passos)

Na pós-graduação que eu tive essa visão mais de integralidade dos setores, trabalho em conjunto. (Piumhi)

Na pós-graduação, a gente já trabalhou mais porque já era um tema específico, porque eu fiz Saúde da Família, então, você trabalha o tempo todo, a integralidade, o trabalho em equipe, a resolutividade de um problema em equipe. (Piumhi)

7.5 Processos de formação em serviço para o trabalho em equipe

Nesta categoria abordam-se os aspectos relativos aos processos de formação em serviço para o trabalho em equipe. Dos depoimentos derivaram as seguintes subcategorias: Treinamento introdutório; Aprendendo com o outro; e Reconhecimento da inexistência de processos formais de educação em serviço.

7.5.1 Treinamento introdutório

Reconhecem-se como processos de capacitação, os cursos e exposições introdutórias sobre o funcionamento do modelo de estruturação e funcionamento do NASF. Contudo, em alguns casos, o introdutório foi dado apenas no início de implantação das equipes, deixando à margem profissionais que foram inseridos posteriormente.

Nós fizemos. Com o coordenador e a equipe teve um estudo, e depois que nós estudamos, depois de um, dois meses que nos reunimos com todas as equipes de saúde foi feita uma apresentação das diretrizes do NASF. (Alpinópolis)

Mas entraram outras pessoas, e essas novas pessoas não tiveram essa capacitação. (Alpinópolis)

Antes de a gente iniciar no NASF, nós tivemos uma capacitação, em que a gente leu vários artigos, discutiu junto. Isso foi mais ou menos um mês antes de a gente começar a conhecer os PSF. (Alpinópolis)

Nós, os profissionais que entraram depois do NASF já instalado, a gente começou lendo todo o caderno de atenção básica do NASF, todas as diretrizes. (Alpinópolis)

Eu não peguei esse período do início [de inserção no NASF] que alguns tiveram esse estudo. (Alpinópolis)

7.5.2 Aprendendo com o outro

A análise dos discursos permite afirmar que o conhecimento e a competência para o trabalho em equipe derivam sobremaneira, no âmbito do serviço, das relações dialógicas estabelecidas entre os profissionais. Há o reconhecimento de que é com o outro que se aprende; é na dinâmica do compartilhamento de saberes que se ensina e que se aprende.

Aprendi muito com as meninas, fui muito bem acolhida, e às vezes eu até brinco: nossa eu estou uma ótima nutricionista [a profissional é psicóloga]. (Alpinópolis)

Quando a gente está com outro profissional a gente acaba aprendendo. A nutricionista vai dar uma palestra de nutrição no grupo que eu estou, então, a gente aprende também. (Alpinópolis)

Tem essa troca, liberdade um com o outro, [...] essa troca de experiência, em que um acaba aprendendo com o outro. (Passos)

Às vezes a gente quer discutir um artigo. Quando dá, a gente leva pra reunião e discute. A gente ainda faz isso pouco, por falta de tempo, mas estamos sempre compartilhando conhecimento. (Alpinópolis)

A gente também tem muito contato com as equipes de educação, ação social, o pessoal da APAE [Associação de Pais e Amigos de Excepcionais], isso vai abrindo toda essa teia, essa rede, porque a gente tem esse suporte e esse compartilhamento. Quase toda semana tem alguém, que não seja da Atenção Básica, reunido com a gente. Então, a gente tem muito crescimento. [...]. Então é muito abrangente, bem ampla essa questão de compartilhamento das equipes. (Alpinópolis)

O espaço que eu tenho com meus companheiros de trabalho, a gente compartilha um pouco o conhecimento. (Passos)

Ajuda bastante. Muita coisa que a gente não viu na prática, nos estágios, porque foi pouco tempo, na convivência a gente vai acrescentar. Sempre é enriquecedor. (Piumhi)

O que eu acho que facilita são as nossas trocas de experiência, em geral. E quando a gente está no meio de um grupo, de um projeto, de um programa, a gente está sempre aprendendo uma com as outras. Isso é muito bom. Cada um traz uma experiência, e a gente vai enriquecendo de alguma forma ou de outra. (Piumhi)

Na medida em que você busca ajuda do outro e vai tentar resolver aquele problema, tudo é válido, é enriquecedor. [...] Não deixa de ser um aprendizado. (Piumhi)

No meu caso que trabalho muito com contato com a farmácia básica, para mim, eu me vejo hoje, olhando para cinco anos atrás, o que eu aprendi em relação à farmácia. É uma coisa tão cotidiana. [...] Pra minha experiência profissional, eu sair daqui para trabalhar em outro lugar, em outra empresa, em outra prefeitura, eu já vou levar isso pra mim como um conhecimento grande [...]. É muito válido, você sempre absorve alguma coisa a mais. É ótimo. (Piumhi)

No cotidiano do NASF, configuram-se como maior estratégia de partilha de conhecimento e aprendizagem as discussões de casos, que ultrapassa o sentido da exposição clínica de um caso complexo a ser resolvido; atua como um recurso pedagógico importante e essencial para a efetividade da prática colaborativa.

Eu acho que existe, passou a existir tempo para a gente ter esse estímulo para ter capacitação para o trabalho em equipe, a nossa própria convivência, a discussão de casos, discussão de agenda, faz com a gente trabalhe, tenha esse momento em equipe. (Passos)

Eu percebo que o que faz grande diferença, são alguns momentos que não estão programados, não estão na agenda, a gente não senta pra fazer, mas é uma troca de experiência que acontece a cada saída de visita, a cada discussão de caso, e é de forma constante, e natural. (Passos)

Acho que é o momento mais rico que a gente tem [discussão de casos]. (Passos)

Nas discussões de casos, troca de conhecimentos, então esse pouco que se conversa, em que cada um vai conversando sobre a sua área, vai passando conhecimento e a gente vai aprendendo um pouquinho de cada área. Isso é muito gratificante e importante pra formação. (Passos)

Hoje temos essa troca entre as equipes, de discussão de caso, de planejamento. (Alpinópolis)

Toda quarta, a gente fica de 12h as 16h, a gente reúne a equipe toda. [...] Na quarta é um momento em que todos estão juntos, em que a gente encontra com a equipe do PSF, e a gente pode discutir um caso que foi encaminhado para a gente; tem essa abertura para discutir. [...] A gente compartilha na reunião. (Alpinópolis)

E agora que a gente entrou, semanalmente a gente tem uma reunião de equipe, para discussão de casos. E temos também as discussões de caso com as equipes do PSF. (Alpinópolis)

7.5.3 Reconhecimento da inexistência de processos formais de educação em serviço

Os depoimentos expõem a ausência de processos formais de educação no âmbito do serviço, sobretudo com vistas à aquisição de habilidades para o trabalho em equipe, que seria de grande valia dada as deficiências no processo de formação acadêmica.

Sinto falta de uma capacitação do estado, da regional mesmo, que acho que a maioria dos NASF deve está precisando. (Passos)

Não tem educação permanente, para gente está reciclando, acompanhando o que está mudando. (Passos)

Acredito que educação permanente e atividades desenvolvidas com os PSF podem enriquecer muito. (Passos)

Hoje a gente precisa de um consultório para falar de capacitação mesmo, de uma coisa maior pra gente. (Passos)

Não teve nenhuma [capacitação] de trabalho em equipe. Teve apresentando sobre o NASF. Mas nada específico sobre como trabalhar em equipe, sobre o trabalho interprofissional. (Alpinópolis)

Iria facilitar se a gente tivesse uma discussão sobre ética profissional. Acho que falta muito. A gente sente muito essa necessidade entre as equipes, quando a gente está nos PSF, sobre essa questão da ética profissional, sigilo, questão de prontuários. Então, a gente sente uma necessidade imensa. Então há um conjunto de coisas que vão dificultando esse processo de trabalho com as equipes de saúde da família, do PSF. Seria muito interessante a gente ter esse direcionamento, essa capacitação para o trabalho interpessoal. (Alpinópolis)

Com relação à formação interprofissional, não teve uma capacitação, uma palestra, uma coisa específica para estar fazendo esta interlocução do trabalho. (Alpinópolis)

Acho que falta uma capacitação, num nível maior, do estado, na regional de saúde, mais voltado para o NASF. (Passos)

Seria ótimo se tivesse um incentivo maior para essas capacitações. (Passos)

Eu também concordo que por se tratar de tantos profissionais diferentes, poderia haver mais disponibilidade de cursos, de capacitação para melhorar esse conhecimento de cada um. (Passos)

Em Piumhi, a implantação do NASF aconteceu há três anos, mas a prática mesmo só começou há um ano, por falta de estrutura, de treinamento, de capacitação. Então, de um ano para cá é que nós estamos buscando essas informações, orientações para a gente estar trabalhando em equipe. (Piumhi)

Evidencia-se, ainda, que, por vezes, o treinamento é dado a uma parte da equipe apenas, dificultando a interlocução de conhecimentos.

Mas, às vezes, a gente recebe treinamento que só o agente de saúde fez, e às vezes, a enfermeira não tá sabendo; treinamento que a técnica fez, e só a técnica faz. Não há encaminhamento para o médico, que é importante também. Isso acaba atrapalhando um pouco essa questão de a gente somar mais como equipe. Isso interfere no processo de formação, porque a gente não pode apoiar uma coisa. (Passos)

Seria muito importante as capacitações, mas que tivesse a presença da equipe inteira. (Alpinópolis)

Discussão

8 DISCUSSÃO

Pretende-se nesse capítulo construir um diálogo entre o produto obtido a partir dos grupos focais e os marcos teóricos e referências literárias relacionadas, no que tangem aos aspectos convergentes e divergentes, com o propósito de aspirar sustentações e buscar sentidos no artefato de relatos e expressões manifestadas.

Dos depoimentos dos profissionais dos NASF da microrregião de Passos emanaram significações e sentidos que permitiram uma reflexão quanto ao processo do trabalho em equipe no tocante ao preparo profissional, e às estratégias de formação acadêmica e em serviço para atuar colaborativamente.

As concepções dos sujeitos do estudo sobre o trabalho em equipe como compartilhamento de conhecimentos corroboram com o significado de trabalho em equipe adotado por Aguilar-da-Silva, Scapin e Batista (2010) como sendo uma relação de complementaridade e interdependência entre os profissionais envolvidos em um mesmo ambiente de trabalho e que remeta em troca de saberes. Ainda nessa linha, Peduzzi (2001) afirma que o trabalho em equipe é visto como uma relação recíproca e de interação, o que permite a articulação das ações entre os membros de uma equipe.

Barros e Barros (2007) avançam na concepção sobre o trabalho em equipe, afirmando que este se eleva ao patamar de um trabalho coengendrado entre os trabalhadores e o processo de produzir, o que implica em atuações coletivas.

Prevalece no discurso dos profissionais a ideia de que o trabalho em equipe é um trabalho articulado, integrado, colaborativo e complementar em que os envolvidos são dependentes entre si, o que permite a comparação ao corpo humano e seus membros.

Diante das múltiplas definições de trabalho em equipe, cabe aqui destacar o sentido de equipe que, para Batista (2012), nada mais é do que um grupo de profissionais que atuam independente em um mesmo ambiente de trabalho, utilizando-se de comunicações informais. Assim, a concepção de trabalho em equipe advém da forma como estes profissionais atuam.

Rodriguez, D'Amour e Ferrada (2006) evidenciam que as dimensões de compartilhamento, companheirismo e interdependência entre os profissionais são essenciais para a compreensão do exercício do trabalho conjunto. E, nesse sentido, os profissionais dos NASF em seus discursos, expressam a concepção do trabalho em equipe como uma prática que está associada a uma série de componentes estruturantes mútuos como as responsabilidades, tomada de decisões, o planejamento e as ações, que devem ser realizadas de forma compartilhada.

Ainda, os profissionais realçam a importante noção do companheirismo para o alcance do trabalho em equipe ao afirmarem da necessidade da relação com o outro.

A colaboração também é incluída como componente que traz significações para o trabalho em equipe, o que sugere que para a sua ocorrência os profissionais devam atuar de forma interdependente, contexto que está alinhado às prerrogativas de Almeida e Mishima (2001), as quais afirmam que o trabalho em grupo se dá por meio da integração entre trabalhadores e da complementaridade dos saberes especializados de cada profissional.

As falas dos profissionais se aproximam, ainda, das concepções de Leopardi⁷ (1999) e Pires⁸ (2000) *apud* Colomé (2005) ao apontarem que o trabalho em saúde configura-se nos moldes da equipe, caracterizado por envolver profissionais das mais diversas áreas do conhecimento, a fim de satisfazer as necessidades de saúde, sendo, portanto, identificado como um trabalho coletivo.

Fica evidente a partir do discurso dos sujeitos, que o trabalho em equipe é um processo complexo e dinâmico de interações entre os profissionais, que compartilham vários aspectos, a fim de alcançar um objetivo comum.

No entanto, observa-se que o discurso sobre o trabalho em equipe parece ideologizado, “como um símbolo mítico do ideal de prática em saúde, como que se trabalhar junto gerasse um trabalho diferente e produtivo”, como trata Peduzzi (1998).

⁷ LEOPARDI, Maria Tereza. Instrumentos de trabalho na saúde: razão e subjetividade. In: _____. (Org.). **O processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade**. Florianópolis: Papa-Livros, 1999. p. 71-81.

⁸ PIRES, Denise. Novas formas de organização do trabalho em saúde e enfermagem. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 13, n. 1/2, abr./out. 2000.

Apesar das vastas denominações semânticas atribuídas ao trabalho em equipe como sendo multidisciplinar, interdisciplinar, transdisciplinar, intradisciplinar, intraprofissional e interprofissional, ressalta-se que a interdisciplinaridade se destacou nas concepções dos sujeitos do estudo.

A interdisciplinaridade, uma forma de colaboração intensa, segundo Rodriguez, D'Amour e Ferrada (2006), está vinculada a um espaço comum, a partir da integração do conhecimento e das especialidades de cada profissional da equipe, para que juntos possam trazer soluções para problemas complexos. As autoras destacam também que o prefixo inter não faz referência à justaposição de saberes, mas à integração, como consensuado entre os sujeitos do estudo.

De acordo com Furtado (2009) há discussões quanto às diferenças do sufixo “disciplinar” e “profissional”, sendo que o primeiro se remete ao campo dos saberes e o segundo aos das equipes e seus serviços. Tal distinção se faz necessária haja vista que o discurso dos profissionais aponta para a utilização desses termos como sinônimos, já que no campo da prática torna-se difícil encontrar tipologias únicas.

A postura dos profissionais com relação à conceituação do trabalho em equipe como uma prática interdisciplinar pode ser definida também como atitude interprofissional, que de acordo com a OMS (2010) ocorre quando diversas profissões aprendem sobre os outros, com os outros e entre si.

Percebe-se nas falas dos sujeitos a proposta de constituição de equipe sob a vertente da interdisciplinaridade, o que Peduzzi (2001) assinala como sendo a articulação dos saberes e divisão do trabalho, remetendo à especialização do trabalho em saúde.

A interdisciplinaridade no trabalho em equipe, na percepção dos sujeitos do estudo, também é vista sob a ótica da integralidade, o que prioriza a articulação entre os profissionais e desses com os usuários, cenário que se aproxima das discussões de Scherer e Pires (2009) que abordam a interdisciplinaridade como um jeito novo de ver a saúde e o cuidado com o outro, em todas as suas dimensões.

Com relação à associação do conceito do trabalho em equipe como sendo um trabalho em rede, os sujeitos do estudo defendem a ideia de que as ações conjuntas, para que de fato sejam consideradas como integradas, devem extrapolar

o campo de atuação do NASF, estendendo a toda equipe da Atenção Básica, assumindo uma conformação de redes de atenção.

Nesse sentido, a percepção dos profissionais integrantes da pesquisa corrobora com a proposta de Mendes (2011) ao afirmar que as redes de atenção à saúde são arranjos poliárquicos constituídos pelos mais diferentes atores, com vistas a aprofundar e estabelecer as inter-relações, para que haja o compartilhamento de objetivos comuns, cooperação e interdependência.

Observa-se ainda nas falas dos sujeitos, a expressão da necessidade de inserção na equipe da ESF e o desejo de atuação em rede, proposta que já está legitimada no arcabouço das políticas de saúde, como na PNAB (BRASIL, 2012b) e na Portaria nº 4.279 de 2010, que estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no SUS, ambas voltadas para a configuração de um novo modelo de atenção, e que até o momento não foram suficientes para incorporar o NASF como um ponto de atenção pertencente à ESF, com vistas à atuação nos moldes do trabalho em rede.

Os discursos dos sujeitos apontam que os princípios da divisão da técnica do trabalho são permitidos em uma atuação coletiva. Essa perspectiva vai ao encontro das propostas de Peduzzi (2001) ao discutir que a divisão do trabalho introduz o fracionamento, mas que possibilita a complementaridade e a interdependência entre os trabalhos especializados, quando concernentes a um mesmo espaço de atuação.

Os participantes do estudo exprimem a questão idealizadora do compartilhamento das práticas e do apoio mútuo para o alcance do trabalho em equipe, no entanto parecem apresentar resistências ao assinalarem que esse seja o único meio para atuação conjunta, mas que, para tanto, destacam ser essencial a divisão das tarefas.

Schimith (2002) reforça a questão de que no processo de trabalho da ESF há intensa divisão de tarefas, o que implica em desarticulação das ações, constituídas de forma parcelar. Esta associação não foi expressa pelos profissionais incluídos nesta pesquisa, já que os discursos não apontam para a fragmentação das ações, mas sim, para uma distribuição de atividades que permite que cada categoria desenvolva ações específicas sem perder de foco o partilhamento, a complementaridade e apoio mútuo de outras categorias.

No que tange às forças limitantes para o desenvolvimento do trabalho em equipe, destaca-se como nó crítico a resistência por parte dos profissionais da ESF em reconhecer o NASF como uma ampliação do campo de atuação junto à equipe, argumento que baliza todo o processo entendido como dificultador para atuar colaborativamente, obstando a efetividade da APS. Esse achado concorda com o encontrado por Costa et al (2013), que ao pesquisarem sobre a percepção da implantação do NASF na cidade de Parnaíba, Piauí, concluíram que há uma grande resistência das equipes de SF, em razão da configuração proposta para o trabalho dos profissionais da equipe.

Por ser uma proposta recente do Ministério da Saúde, o NASF é visto como um dispositivo descolado da ESF e não como uma ampliação e apoio das categorias constituintes da equipe, não obstante, na percepção dos participantes, poderão ocorrer aproximações, desde que os integrantes da Atenção Básica conheçam e entendam os seus reais papéis e atributos do NASF.

Ainda nessa seara, outro aspecto que foi mencionado como caracterizador de resistências para promover o trabalho em conjunto situa-se nas dificuldades ou até mesmo na ausência de relações afetivas entre profissionais do NASF e da ESF, cenário também abordado no estudo desenvolvido por Peres et al (2011), ao discutirem as dificuldades e facilidades dos ACS frente ao trabalho em equipe.

O elevado número de equipes da ESF que os profissionais do NASF apoiam, fato que implica numa maior demanda de atendimento, também foi mencionado como fator limitante para atuação em equipe. A proporção estabelecida entre o número de pessoas ou famílias por equipe também foi identificada como elevada por entrevistados de outros estudos.

Em pesquisa desenvolvida com médicos de PSF, em um município de São Paulo, constatou-se que 92,5% dos entrevistados consideram a demanda populacional alta, o que, segundo as autoras, constitui-se de ponto negativo e gerador de desgaste (VASCONCELOS; ZANIBONI, 2011). Estudo semelhante, desenvolvido em município de grande porte do estado do Rio de Janeiro, identificou que um dos motivos de estresse no trabalho do médico da ESF, é o grande número de famílias que demandam atendimento (NEY; RODRIGUES, 2012).

Bispo-Júnior (2010) e Formiga e Ribeiro (2012) em seus estudos sobre o trabalho do fisioterapeuta na Atenção Básica identificaram resultados semelhantes. Para eles, a grande quantidade de pacientes impossibilita o profissional de dar maior dedicação a usuários que requerem um cuidado mais prolongado em decorrência de seus casos clínicos, bem como dificulta o desenvolvimento de ações de promoção e prevenção da saúde dada à alta demanda necessitada de ações de cunho mais intervencionista.

Numa tentativa de imprimir maior qualidade no atendimento e de diminuir a proporção de equipes da ESF por NASF, foi publicada a Portaria GM/MS nº 3.124 (BRASIL, 2012c) que redefiniu os parâmetros de vinculação dos núcleos às equipes da ESF, de modo que a modalidade NASF 01 passa a apoiar de cinco a nove equipes e a modalidade 02, de três a quatro. Essa portaria também criou a modalidade NASF 03, para a qual se destina a cobertura de uma a duas equipes de ESF, possibilitando a universalização dos NASF no país. Como resultado, já nota-se uma expansão de equipes NASF por todo o Brasil, o que certamente poderá favorecer uma maior integração e aproximação entre as equipes, bem como um melhor equacionamento da demanda populacional.

Intimamente relacionada à problemática da demanda populacional demasiada encontra-se o excesso de atribuições imputadas aos profissionais da Atenção Básica pelas próprias propostas do governo federal, também apontado como fator limitante à atuação nos moldes do trabalho em equipe. Desse cenário emerge a pressão pelo cumprimento de metas quantitativas em detrimento dos aspectos qualitativos da assistência prestada.

O excesso de atividades, impostas pelas demais instâncias gestoras, dificulta a realização de reuniões e encontros da equipe, que são entendidas pelos profissionais como essenciais para o desenvolvimento do trabalho em equipe.

Outro aspecto evidenciado por meio dos discursos é o desconhecimento das atividades preconizadas pelo NASF por parte dos profissionais de saúde, haja vista que na percepção da ESF se valoriza a atividade curativa e individualizada, em detrimento das propostas de atuação junto ao território por meio das visitas domiciliares, atividades coletivas de caráter educativas e terapêuticas junto à gestão.

Ademais, a legislação estruturante do núcleo destaca que a equipe não é considerada porta de entrada para os usuários, pressuposto que é incompreensível e inaceitável por parte da ESF, que posiciona o NASF como equipamento instituído para suprir a falta de serviços de saúde especializados, contexto que está alinhado às discussões de Cunha & Campos (2011).

Nessa conjectura, Sampaio et al (2012, p. 317) ao analisarem documentos ministeriais que versam sobre o NASF concluíram que estes “deixam margem para uma diversidade de interpretação sobre a organização dos NASF e seu papel na conformação de redes de saúde locais”. Ainda, neste estudo, foram entrevistados diversos profissionais do NASF, e quanto a este aspecto afirmam que ainda não há um consenso sobre o real papel do NASF. Há uma corrente que defende o assistencialismo, outra que defende o matriciamento e outra que acredita na viabilidade de se conciliar as duas linhas de cuidado.

O NASF, por se tratar de uma estratégia ainda em vias de consolidação e expansão, ainda gera estranheza quanto à sua finalidade. De igual importância para a discussão desse tema, tem-se a deficiência dos serviços de saúde nos níveis secundário e terciário que gera uma demanda reprimida que almeja ser cuidada. Ao encontrar no NASF profissionais que possam atender às suas necessidades, os usuários exigem um atendimento especializado não obtido por outras vias. Da mesma forma, a equipe da ESF acaba por cobrar uma atuação do NASF que minimize essa problemática, quer seja por desconhecimento do efetivo papel do NASF, quer seja por tentar diminuir essas lacunas do sistema de saúde ou ainda por acreditar que esses profissionais não se adequam à realidade da Atenção Básica.

De todo modo, a problemática exposta recai sobre a deficiência dos processos de formação e informação tanto no que se refere aos profissionais de saúde quanto no que se refere à população usuária do SUS.

Como fator limitante para a atuação coletiva também foi citada a resistência da categoria médica para com as propostas de planejamento da equipe. Ademais, percebe-se a carência do profissional médico como membro da equipe NASF, o que se comprova com as informações constantes no CNES (BRASIL, 2013b) que apontam esta categoria como aquela com menor número de profissionais vinculados ao núcleo.

No entanto, torna-se evidente que, progressivamente, o NASF está promovendo a comunicação e articulação dos agentes da equipe com o profissional médico, o que vem ao encontro das propostas do programa.

Esse distanciamento dos médicos com os demais profissionais já foi apontado em outras pesquisas. Costa et al (2012), por meio de entrevista com fonoaudiólogos dos NASF de municípios do estado da Paraíba, identificou entre as principais queixas desses profissionais a dificuldade em compartilhar ações com os profissionais da ESF, especialmente médicos.

Nessa seara, não se pode deixar de tecer considerações sobre as relações de poder e hierarquia estabelecidas entre as categorias profissionais de saúde, as quais se alicerçam no processo histórico de conformação da prática médica, no saber científico e modelos de saúde outrora considerados ideais, e cujo foco é a doença e o tratamento delas.

É sabido que a medicina é a instituidora da prática de saúde científica e moderna, e que dela derivam os demais campos do saber da área da saúde, as quais são essenciais ao alcance da integralidade das ações de saúde (PEDUZZI, 2001). Dessa conjectura, insurge a hegemonia médica não apenas como reflexo da superioridade científica, mas também como representação da superioridade do médico frente a outros profissionais de saúde.

Essa cultura de subordinação dos profissionais não médicos aos médicos, e a intensa valorização atribuída ao modelo biomédico relega para segundo plano outros campos dos saberes, como o educativo e o preventivo (PEDUZZI, 2001).

Ainda hoje, o médico se percebe central e superior aos demais profissionais, enquanto as demais categorias lutam para serem valorizadas e reconhecidas socialmente de igual maneira (OLIVEIRA; MORETTI-PIRES; PARENTE, 2011). Essa relação de forças, embora longe de ser superada, encontra perspectivas de mudanças dado o modelo de atenção atual que norteia as políticas de saúde, e que se desenvolve na lógica do trabalho conjunto. Exemplo disso é a Atenção Básica, e as estratégias que a compõe, como a ESF e o NASF, os quais estão fundamentados no trabalho em equipe multiprofissional, distanciando-se do modelo médico centrado.

Na perspectiva do trabalho em equipe, os sujeitos entrevistados expressaram uma representação que conflui para destacar o importante processo de comunicação entre os profissionais, o que Habermas (2001) assinala como sendo produto da interação social, que pode ser de natureza monológica ou dialógica: a primeira condicionada a uma perspectiva individual, não interativa, e a segunda fundamentada na comunicação intersubjetiva, frutos da interação.

Os profissionais valorizam a necessidade da comunicação interativa, entendendo que, por meio de uma rede de conversações, podem estabelecer um processo de troca de conhecimentos, rompendo com a lógica da verticalização da equipe e possibilitando a interação e compartilhamento entre os diversos campos do saber.

O processo de comunicação mencionado pelos sujeitos deste estudo como um dos principais instrumentos para a promoção do trabalho coletivo é viabilizado por meio de reuniões de equipe, que segundo Peduzzi et al (2011) poderá ocorrer no formato geral, setorial, técnico, de discussão de caso, de supervisão e até mesmo como estratégia para organização da agenda. Para estes autores, as dificuldades para a realização dos encontros estão centradas nos aspectos referentes a pouca disponibilidade de tempo dos profissionais, tal como citado pelos participantes desta pesquisa.

No que tange ao processo de gestão da saúde e dos serviços de Atenção Básica, a maioria dos entrevistados mencionou que a alternância de governo e, por consequência, as intensas substituições de profissionais da rede dificultam o trabalho em equipe por inviabilizar a condução do projeto institucional proposto pelos profissionais. Peduzzi et al (2011) descreve o projeto institucional como sendo o ordenador das atividades do trabalho cotidiano, constituído por objetos e abordagens comuns, pactuado de forma comunicativa com os trabalhadores, equipes e usuários.

Nesse sentido, a instabilidade da gestão política fragiliza tal projeto, desfavorecendo o vínculo empregatício duradouro, elevando a rotatividade de pessoal, inviabilizando processos de educação permanente em saúde e inibindo o vínculo do usuário com os profissionais.

Ainda no campo das forças propulsoras e limitantes para o desenvolvimento do trabalho em equipe, foi consensual entre os participantes deste estudo que, para atuar no NASF, é condição *sine qua non* a formação compatível com as propostas do sistema de saúde nacional. Para eles, a formação em saúde possibilita o delineamento de um perfil profissional que precisa estar alinhado às necessidades do serviço público, da população usuária do SUS. A “inexistência” de um perfil profissional compatível com a realidade que se vivencia no cenário do NASF, isto é, na Atenção Básica, implica em menor comprometimento com os anseios e problemas da população.

Essa percepção converge com os pressupostos de Nascimento e Oliveira (2010) que, ao descreverem sobre as dificuldades do trabalho do NASF, elencam a incompatibilidade da formação dos profissionais com as necessidades do SUS. Nessa linha, as falas dos participantes revelam as deficiências no modelo de ensino adotado durante a sua formação acadêmica, que inviabilizam a proposta do ensino interprofissional, que Batista (2012) propõe como sendo um estilo de educação que prioriza o trabalho em equipe, a integração e a flexibilidade da força de trabalho.

Torna-se evidente que o modelo de ensino ainda encontra-se fragmentado, individualizado, com uma vertente tecnicista e altamente especializada e que o estabelecimento das DCN para os cursos da área da saúde não foi suficiente para estabelecer significativas modificações nos cenários da formação em saúde, focadas na perspectiva da integralidade, da interação e articulação dos profissionais.

As DCN para os cursos da saúde exigiram mudanças dos currículos de graduação, os quais se ancoravam na lógica do modelo hospitalocêntrico em razão do modelo de saúde vigente até então. Com a implantação do SUS, estabelecido na lógica da vigilância e promoção da saúde imprimiu-se a necessidade de profissionais com habilidades e competências abrangentes e alinhadas às necessidades da população brasileira.

A partir desse marco, inúmeros currículos foram reformulados, o que não implicou, necessariamente, na mudança da postura e da prática pedagógica empregada pelas instituições de ensino em saúde. Este fato é corroborado por meio de achados de diversas pesquisas que apontam para a escassez de profissionais com expertise e perfil para trabalhar na ESF, de modo que as equipes têm sido

constituídas por profissionais submetidos a uma formação inadequada (MASCARENHAS; ALMEIDA, 2002; MAGNAGO, 2013).

Segundo Ferreira, Fiorini e Crivelaro (2010), pouco se valoriza a formação generalista dos profissionais de saúde, pelo contrário, cada vez mais se estabelecem especialidades que acabam por instigar a manutenção do cuidado fragmentado e desestímulo à aquisição de conhecimentos comuns.

Reconhecem-se os esforços que vêm sendo empregados nos últimos anos no tocante à formação de pessoal para a saúde, no entanto, numa perspectiva geral, o processo de formação na área da saúde ainda repousa no paradigma biologicista, centrado na doença (AMÂNCIO FILHO, 2004).

Durante a graduação, os estágios constituem-se como dispositivos exclusivos que possibilitam a articulação entre diferentes áreas durante a formação dos profissionais, “potencializando diversos aprendizados, afetações e relações entre sujeitos implicados com o SUS” (MARANHÃO, 2013). Essa perspectiva se aproxima da experiência vivenciada pelos sujeitos deste estudo, que identificaram os estágios como a única oportunidade de experiência interprofissional na graduação, sendo a viabilizadora para atuação em equipe.

Para Benito et al (2012, p.176), o estágio impulsiona o acadêmico a tornar-se crítico e construtor de conhecimentos, sendo, portanto, útil para “aguçar suas faculdades de observação, pesquisa, imaginação, comunicação, dinamicidade, flexibilidade e tomada de decisão”.

O estágio possibilita ao acadêmico o contato com o campo de trabalho, permitindo-lhe vivenciar o cotidiano da práxis, estabelecer contato com usuários e profissionais de saúde de diferentes categorias, benefícios dificilmente alcançados apenas por meio de recursos pedagógicos teóricos.

Depreende-se ainda, a partir das falas dos sujeitos, o desejo de que ocorram mudanças significativas no ensino na saúde, com ênfase na formação profissional generalista, a partir do interprofissionalismo assentado em uma maior comunicação do centro formador, gestores dos serviços de saúde e comunidade. Essa dialogicidade entre os atores imbuídos no processo de formação em saúde pode possibilitar maiores discussão quanto aos objetivos da educação interprofissional, os

programas educativos e as necessidades de mudanças na prática profissional (BATISTA, 2012).

Os participantes acreditam que as mudanças ocorridas no SUS, como a implantação dos NASF, constituem-se apostas propulsoras para transformações no modelo de formação profissional, para que de fato seja privilegiada, durante a graduação, uma maior integração teórico/prática, ensino/serviço. Almeja-se o estabelecimento de práticas pedagógicas alicerçadas na educação interprofissional, o que de acordo com Gyamarti⁹ (1986) *apud* Aguilar-da-Silva, Scapin e Batista (2010) possibilitará que a aprendizagem se direcione para uma maior integração do cuidado especializado com o cuidado holístico, a partir da atuação em equipes interprofissionais constituídas por estudantes das mais diversas áreas de formação.

Quanto às experiências para o trabalho em equipe no âmbito da pós-graduação, observa-se nos discursos dos participantes uma discreta identificação de ações que remetam à interprofissionalidade e ao trabalho em equipe, o que parece ser devido ao próprio interesse do profissional em buscar cursos interdisciplinares. Estes por apresentarem características interprofissionais, favorecem a troca de saberes e estimulam a discussão sobre o trabalho em equipe e o compartilhamento de práticas.

No tocante aos processos de formação em serviço para o trabalho em equipe, os profissionais do NASF entrevistados reconhecem que inexistem processos formais de capacitação que tenham por foco a interlocução profissional e o trabalho colaborativo. Alguns profissionais afirmaram ter recebido instruções sobre o NASF quando da conformação da equipe.

Os profissionais que participaram do “treinamento introdutório” registraram a importância de ocorrer a apresentação inicial com enfoque no processo de trabalho do NASF, a partir dos pressupostos teóricos e marcos legais que o criaram. Essa estratégia também é apontada como essencial por Silva et al (2012).

Não obstante, os profissionais condenaram a descontinuidade do processo de formação do profissional, já que aqueles que foram inseridos na equipe com o NASF já estabelecido não usufruíram desse treinamento inicial, sendo considerada,

⁹ GYAMARTI, G. The teaching of the professions: an interdisciplinary approach. **Higher Education Review**, v. 18, n. 2, p. 33-43, 1986.

portanto, como um entrave para apropriação da proposta da equipe e efetiva formulação de atividades que estejam vinculadas ao trabalho em equipe.

Os profissionais reconhecem que não são realizadas ações de educação permanente e, portanto, clamam e solicitam para a possibilidade de uma proposta proveniente das instâncias gestoras, que seja formalizada e configurada nos moldes da educação continuada, definida por Silva, Conceição e Leite (2008) como sendo um processo dinâmico de ensino-aprendizagem com o propósito de melhorar a capacitação de pessoas ou grupos frente aos objetivos e metas institucionais. Para os profissionais, tal seria essencial para colocar em debate e refletir sobre os conteúdos e pressupostos que permeiam a atuação em equipe.

Nesse cenário, em que não são estabelecidas atividades formais de capacitação empregadas como estratégia de estímulo e qualificação do trabalho, os profissionais se apoiam nos momentos de interlocução profissional para adquirir novos conhecimentos e elevarem sua capacidade de resposta às problemáticas de saúde.

Assim, a principal estratégia de aprendizado em serviço citada pelos profissionais foi a reunião de equipe. Este achado corrobora com o encontrado em estudo desenvolvido por Peres et al. (2011) com agentes comunitários. Nessa pesquisa, os ACS afirmam que as facilidades para o desenvolvimento do trabalho colaborativo referem-se aos momentos de construção dialógica, favorecidas pelas reuniões de equipe semanais.

Nessa lógica, Grando e Dall'agno (2010) entendem as reuniões de equipe e a discussão de casos como dispositivo essencial ao processo de trabalho, que subsidia a troca de informações, a sistematização delas e, por conseguinte, a tomada de decisão.

Os discursos apontam para a existência dos princípios da educação permanente em saúde nos momentos de discussão de casos, que se alinham a definição de EPS proposta por Ceccim (2004). Para ele a EPS é um processo educativo que coloca o cotidiano do trabalho ou da formação em saúde em análise, a partir da construção de espaços coletivos para reflexão, avaliação dos atos produzidos no cotidiano e atualização das práticas.

Conclusões

9 CONCLUSÕES

A inserção de profissionais de diferentes áreas do conhecimento nas equipes de APS no país é uma estratégia relativamente recente, cujo atual estágio de desenvolvimento viabiliza a implantação de grupos de diferentes formações profissionais, possibilitando-os que, por meio do trabalho em equipe, promovam melhorias nas ações de saúde.

Nessa lógica, o NASF propõe a ampliação, o matriciamento e aperfeiçoamento da gestão da saúde na APS, recomendando o compartilhamento de conhecimentos e a troca de experiências entre os integrantes da equipe e destes com a comunidade.

Não obstante aos esforços de se estabelecer uma política de saúde alicerçada no trabalho em equipe, a experiência profissional e a literatura apontam para um distanciamento entre o discurso e a práxis, evidenciando-se que a equipe multiprofissional não implica, necessariamente, na prática colaborativa entre os profissionais de saúde.

Alinhado a essa perspectiva, tem-se um modelo de formação em saúde ainda caracterizada por atividades fragmentadas e compartimentalizadas, com ênfase nas disciplinas e voltadas para atuação individual, o que não favorece o trabalho em equipe, tanto no cenário da graduação quanto no contexto do serviço. Assim, como proposta pedagógica que possa viabilizar a formação com ênfase no trabalho colaborativo, elegeu-se a EIP como uma potência que se propõe a reorientar as práticas pedagógicas no ensino da saúde.

No contexto atual da saúde pública nacional, a partir da inserção de diferentes categorias profissionais no campo da Atenção Básica por meio dos NASF, tornou-se oportuna esta investigação no sentido de verificar os princípios da EIP nas estratégias de formação profissional e preparo para o trabalho em equipe nesses núcleos, utilizando-se dos mais diversos referenciais teóricos, em especial, nas pesquisas de Nildo Alves Batista.

Para tanto, foi desenvolvido um estudo exploratório com profissionais dos NASF da Microrregião de Passos, MG, campo de inserção do pesquisador, do qual

se obtiveram resultados que, dialogados com a literatura, permitiram desvelar as significações e sentidos dos trabalhadores que operam em equipe.

Evidenciou-se que os sujeitos do estudo evocaram conceitos para o trabalho em equipe convergentes aos pressupostos teóricos, embora ideologizados como modalidade ideal da prática e formação em saúde. Foi revelado o significado de trabalho em equipe como uma prática interdisciplinar, entendida também como interprofissional, que transcorre do compartilhamento de conhecimentos e experiências que contribuem para se alcançar um objetivo comum.

Depreendeu-se, ainda, que a prática colaborativa nos núcleos de apoio compreende o envolvimento de todos os profissionais de atenção básica, que juntos conformam uma rede de saúde articulada e interativa capaz de dar resolubilidade às problemáticas de saúde.

No que tange às forças limitantes para a atuação em equipe, destacam-se a resistência e o desconhecimento do papel central e da lógica de funcionamento dos núcleos por parte dos profissionais da ESF; a incipiência do médico como integrante da equipe; a demanda populacional e de atribuições excessiva e; a instabilidade da gestão pública, com alternâncias de governo, e por consequência, de profissionais das equipes, que acabam por dificultar o vínculo profissional com outros profissionais e com o usuário.

Como forças propulsoras, os participantes exaltam as relações interpessoais e o processo de comunicação, sendo profícuos e indispensáveis para a efetivação do trabalho colaborativo; e, ainda, um perfil profissional que corresponda às necessidades da saúde pública e da população usuária do SUS.

A investigação das experiências na graduação e pós-graduação quanto a processos de ensino-aprendizagem que oportunizassem a formação para o trabalho em equipe a partir das propostas da EIP, acabou por evidenciar modelos de ensino baseado em disciplinas isoladas, que privilegiam a especialização do saber. No entanto, foi revelado que o estágio é um importante recurso que oportuniza a formação para o trabalho em equipe, bem como os cursos de especialização de natureza multidisciplinar.

Depreendeu-se, ainda, que inexistem processos formais de educação no âmbito do serviço, sobretudo com vistas à aquisição de habilidades para o trabalho

em equipe. Não obstante, as reuniões de equipe destacam-se como um mecanismo propício para o aprendizado interprofissional, viabilizadas a partir dos pressupostos da Educação Permanente em Saúde. Ainda assim, per si, não é reconhecida como uma potencialidade de formação no campo do trabalho, dado que os profissionais clamam por processos formalizados de educação em serviço e uma maior aproximação das instâncias gestoras para promover a institucionalização da aprendizagem junto aos profissionais.

Diante das evidências, reflete-se que mesmo com a inclusão das mais diversas profissões da saúde no campo da Atenção Básica, a partir da iniciativa do governo federal, e até do reconhecimento por parte das categorias envolvidas no NASF de que a prática colaborativa e integrada favorece a mudança do modelo de atenção à saúde, ainda há grandes desafios para o desenvolvimento do trabalho em equipe na lógica da formação interprofissional.

É oportuna a constatação da disponibilidade dos profissionais para atuar em equipe, o que remete para a necessidade de reorientação dos modelos pedagógicos de ensino-aprendizagem com ênfase na EIP e as propostas de ensino no serviço baseada na prática colaborativa e integrada, o que certamente repercutirá no SUS com a presença de profissionais comprometidos em compartilhar os conhecimentos e práticas, com o primordial propósito de promover a integralidade do cuidado ao usuário.

Destarte, não ficaram evidenciados princípios da EIP nas experiências decorrentes dos processos de formação acadêmicos, já que se estruturam num modelo pedagógico que fragmenta o cuidado, embora potências para o desenvolvimento da EIP, como os estágios, tenham sido citadas. No que se referem aos processos formais de formação em serviço, estes não foram reconhecidos como existentes, de modo que a capacitação profissional decorre da interlocução entre os sujeitos, sobretudo durante as discussões de casos clínicos, depreendendo-se, portanto, que no cotidiano do processo de trabalho, os profissionais imprimem esforços para atuar efetivamente como equipe.

Este trabalho por ter sido desenvolvido em uma microrregião de saúde com características peculiares e com uma amostra reduzida não pode ter seus resultados generalizados. Ademais, encontra limitações no fato de a amostra ter sido composta

apenas por profissionais que se graduaram em instituições de ensino privadas, de modo que não se podem estender os achados para os demais profissionais do NASF; bem como não ter representação da categoria médica, o que de certo modo pode implicar nas interpretações direcionadas a essa categoria.

E, ainda, o fato do estudo ter sido realizado apenas com foco nas percepções dos sujeitos, os resultados podem não abordar outros aspectos importantes do processo de trabalho. Dessa forma, recomenda-se o desenvolvimento de pesquisas que façam uso de outros métodos e técnicas de coleta de dados, e que envolvam outros atores que compõem o processo de trabalho da equipe do NASF, como os profissionais da ESF, gestores e usuários.

Não obstante às limitações, esta pesquisa pretende subsidiar novos estudos e contribuir para a avaliação dos processos de formação e do processo de trabalho no âmbito dos NASF.

Epílogo

EPÍLOGO

A formação interprofissional salienta a necessidade da comunicação e trabalho em equipe, evidencia o compromisso com a resolutividade e a obrigatoriedade de interfaces profissionais que explicitem o sentido da complementaridade e inerente interdependência sendo o ser humano - sujeito do cuidado.

(...) Acreditamos ainda que apontar possibilidades é um dos caminhos, todavia é necessária uma articulação na formação dos profissionais de saúde, neste sentido, propor o diálogo e o ambiente de troca entre os profissionais pode permitir a conscientização que estes valores dão sustentação a um conceito ampliado de saúde e, mais ainda evidencia um percurso de troca coletiva podendo permitir um caminho de aproximação, um efetivo espaço de formação.

Batista e Batista¹⁰

¹⁰ Batista SHSS, Batista NA. Educação interprofissional: buscando caminhos de aprendizagem em saúde. In: 5º Congresso Paulista de Educação Médica; 2006; Botucatu (SP). Botucatu (SP): ABEM; 2006.

Referências

REFERÊNCIAS

AGUILAR-DA-SILVA, Rinaldo Henrique; SCAPIN, Luciana Teixeira; BATISTA, Nildo Alves. Avaliação da Formação Interprofissional no Ensino Superior em Saúde: Aspectos da Colaboração e do trabalho em equipe. **Avaliação (online)**, v. 16, n. 6, p. 165-182, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/aval/v16n1/v16n1a09.pdf> Acesso em: 09 mar. 2014

ALMEIDA, Alivinio; PERES, Fernando Curi. Hidrovia Tocantins – Araguaia: importância e impactos econômicos, sociais e ambientais, segundo a percepção dos agentes econômicos locais. **Revista Brasileira de Recursos Hídricos**, v. 12, n. 2, p. 169-182, 2011. Disponível em: http://www.abrh.org.br/SGCv3/UserFiles/Sumarios/31b453a37143737d33c8e46c84ae3200_a3b604a821daa2b65e573437b50ed1bd.pdf Acesso em: 05 abr. 2014

ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de; MISHIMA Silvana Martins. O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construindo “novas autonomias” no trabalho. **Interface, Comunicação, Saúde e Educação**, v. 5, n. 9, ago. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v5n9/12.pdf> Acesso em: 02 jun. 2014

AMÂNCIO FILHO, Antenor. Dilemas e desafios da formação profissional em saúde. **Interface, Comunicação, Saúde e Educação**, v. 8, n. 15, p. 375-380, mar/ago, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v8n15/a19v8n15.pdf> Acesso em: 04 jun. 2014

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. 6 ed. Lisboa: Edições 70; 2011.

BARR, Hugh; KOPPEL, Ivan; REEVES, Scott; et al. **Effective interprofessional education**: Argument, assumption and evidence. Oxford, UK: Blackwell, 2005.

BARROS, Maria Elizabeth Barros de; BARROS, Regina Benevides de. A potência formativa do trabalho em equipe no campo da saúde. In: Pinheiro, Roseni; Barros, Maria Elizabeth Barros de; MATTOS, Ruben Araujo de. **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas**. Rio de Janeiro, CEPESC, 2007. p. 75-84.

BATISTA, Nildo Alves. Educação Interprofissional em Saúde: Concepções e Práticas. Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área da Saúde. **Caderno FNEPAS**, Rio de Janeiro, v. 2, jan. 2012. Disponível em:

http://fnepas.org.br/artigos_caderno/v2/educacao_interprofissional.pdf Acesso em: 05 fev. 2014.

BENITO, Gladys Amelia Vélez et al. Desenvolvimento de competências gerais durante o estágio supervisionado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 65, n. 1, p. 172-178, 2012.

BERG, Bruce L. **Qualitative research methods for the social sciences**. Long Beach, California: Pearson, 2004.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012a. Dispõe sobre as Normas Éticas para Pesquisa em Seres Humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Seção 1, p. 59.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990.

BRASIL. Ministério da Educação. Parecer CNE/CES 1133/2001. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 03 out. 2001, Seção 1E, p.131. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/ces1133.pdf> Acesso em: 01 jun. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento da Atenção Básica. Portal da Saúde. Últimas notícias. **Ampliação das Categorias dos NASF**. 2011a. Disponível em: dab.saude.gov.br/portaldab/noticias. Acesso em: 23 nov. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. (Série E. Legislação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 25 jan. 2008, Seção 1. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria154_24_01_08.pdf Acesso em: 8 mar. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011b. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html Acesso em: 3 nov. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012c. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2012. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/121788-3124.html> Acesso em: 01 jun. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2010. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/107038-4279.html> Acesso em: 01 jun. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sala de Apoio à Gestão. Saúde mais perto de você – atenção Básica. Núcleos de Apoio à Saúde da Família. 2013a. Disponível em: <http://189.28.128.178/sage/> Acesso em: 01 dez. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES. Consultas. Equipes. 2013b. Disponível em: http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Equipes.asp Acesso em: 7 fev. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. **Cadernos de Atenção Básica**, n. 27. Brasília, DF, 2010.

BISPO-JÚNIOR, José Patrício. Fisioterapia e Saúde Coletiva: desafios e novas responsabilidades profissionais. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, supl. 1, p. 1627-1636, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s1/074.pdf> Acesso em: 15 mai. 2014 doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000700074>

BONALDI, Cristiana; GOMES Rafael da Silveira; LOUZADA Ana Paula Figueiredo et al. O trabalho em equipe como dispositivo de integralidade: experiências cotidianas em quatro localidades brasileiras. In: PINHEIRO, Roseni; BARROS, Maria Elizabeth Barros de; MATTOS, Ruben Araujo de. **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade**: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro, CEPESC, 2007. p. 53-72.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; DOMITTI, Ana Carla. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 23, p. 399-407, fev. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v23n2/16.pdf> Acesso em: 8 mar. 2012. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000200016>

CARAPINHEIRO, Graça. **Saberes e poderes no hospital**: uma sociologia dos serviços hospitalares. Porto: Afrontamento, 1993.

CECCIM, Ricardo Burg. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface, Comunicação, Saúde e Educação**, v. 9, n. 16, p. 161-77, set.2004/fev.2005. Disponível em: <http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/textos%20eps/educacaoopermanente.pdf> Acesso em: 24 mai. 2014.

CECCIM, Ricardo Burg. Onde se lê “recursos humanos em saúde”, leia coletivos organizado de produção em saúde. Desafios para a educação. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de. (Org.). **Construção social da demanda**: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: CEPESC, 2005. p. 161-180.

COLOMÉ, Isabel Cristina dos Santos. **Trabalho em equipe no Programa Saúde da Família na concepção de enfermeiras**. 2005. 97f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2005. Disponível em: http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/6073?locale=pt_BR Acesso em: 01 jun. 2014.

COSTA, Livia Sales da; ALCÂNTARA Lília de Medeiros; ALVES, Rayanne Santos et al. A prática do fonoaudiólogo nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família em municípios paraibanos. **CoDAs** (online), v. 25, n. 4, p. 381-387, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/codas/v25n4/en_14.pdf Acesso em: 06 de junho de 2014. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S2317-17822013000400014> doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S2317-17822013000400014>

COSTA, Mariana de Souza; FILGUEIRAS Marcelo de Carvalho; RIBEIRO, Mara Dayanne Alves et al. Percepção dos fisioterapeutas sobre sua implantação e atuação nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF na cidade de Parnaíba – Piauí. In: **XXI Seminário de Iniciação Científica, IV Seminário em Desenvolvimento Tecnológico e Inovação**. Universidade Federal de Piauí. 24-26 de outubro de 2012. Disponível em: <http://www.ufpi.br/21sic/Documentos/RESUMOS/Modalidade/Vida/Carlos%20Eduardo.pdf> Acesso em: 29 de maio de 2014.

CROTTY, Michael. **The foundations of Social Research** - meaning and perspective in the research process. London: Sage Publications, 1998.

CUNHA, Gustavo Tenório; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. **Saúde e Sociedade** (online), São Paulo, SP, v. 20, n. 4, p. 961-70, 2011. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902011000400013&script=sci_arttext>. Acesso em: 10 jun. 2012. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000400013>

DIMENSTEIN, Magda; GALVÃO, Vanessa Medeiros; SEVERO, Ana Kalliny de Sousa. O Apoio Matricial na Perspectiva de Coordenadoras de Equipes de Saúde da Família. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, v. 4, n. 1, p. 37-48, dez. 2009. Disponível em: http://www.ufsj.edu.br/portal-repositorio/File/revistalapip/volume4_n1/dimenstein_e_outras.pdf Acesso em: 9 out. 2012.

ELLERY, Ana Ecilda Lima; PONTES, Ricardo Jose Soares; LOIOLA, Francisco Antonio. Campo comum de atuação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família no Brasil: um cenário em construção. **Physis**, v. 23, n. 2, p. 415-437, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v23n2/v23n2a06.pdf> Acesso em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312013000200006>

FERREIRA, Ricardo Corrêa; FIORINI, Vânia Maria Lopes, CRIVELARO, Everton. Formação Profissional no SUS: o Papel da Atenção Básica em Saúde na Perspectiva Docente. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 34, n. 2, p. 207-15, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v34n2/a04v34n2.pdf> Acesso em: 26 mai. 2014. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022010000200004>

FORMIGA, Nicéia Fernandes Barbosa; RIBEIRO, Kátia Suely Queiroz Silva. Inserção do Fisioterapeuta na Atenção Básica: uma Analogia entre Experiências Acadêmicas e a Proposta dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 16, n. 2, p. 113-122, 2012. Disponível

em: <http://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/view/10639/7300> Acesso em: 02 jun. 2014

FRENCK, Julio; CHEN, Lincoln; BHUTTA, Zulfigar A. et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. **Lancet**, v. 376, n. 9756, 2010. Disponível em: <http://www.healthprofessionals21.org/docs/HealthProfNewCent.pdf> Acesso em: 17 mai. 2014. doi: doi:10.1016/S0140-6736(10)61854-5

FURTADO, Juarez Pereira. Arranjos Institucionais e Gestão da Clínica: Princípios da Interdisciplinaridade e Interprofissionalidade. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental** (online), v. 1, n. 1, 2009. Disponível em: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/1013/1136> Acesso em: 06 mai. 2014.

GRANDO, Maristel Kasper; DALL'AGNOL, Clarice Maria. Desafios do processo grupal em reuniões de equipe da Estratégia Saúde da Família. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 14, n. 3, p. 504-510, jul-set. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n3/v14n3a11.pdf> Acesso em: 06 mar. 2013 doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452010000300011>

GOMES, Rafael da Silveira; GUIZARDI, Francini Lubi; PINHEIRO, Roseni. A Orquestração do trabalho em saúde: um debate sobre a fragmentação das equipes. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de. (Org.). **Construção social da demanda**: emancipação, necessidade e poder. Rio de Janeiro: CEPESC, 2005. p. 105-116.

HABERMAS, Jürgen. **Teoria de la acción comunicativa**, I: Racionalidad de la acción y racionalización social. Madrid: Taurus, 2001.

HONORATO, Carlos Eduardo de Moraes; PINHEIRO, Roseni. Trabalho político: construindo uma categoria analítica para estudo sobre a integralidade como dispositivo do trabalho em equipe na saúde. In: PINHEIRO, Roseni; BARROS, Maria Elizabeth Barros de; MATTOS, Ruben Araújo de. **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade**: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro, CEPESC, 2007. p. 85-109.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <http://censo2010.ibge.gov.br/> Acesso em: mar. 2013.

IERVOLINO, Solange Abrocesi; PELICIONI, Maria Cecília Focesi. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, v. 35, n. 2, p. 115-21, jun, 2001. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/41220/44772> Acesso em: 15 out. 2012. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342001000200004>

LAVRAS, Carmen C. C. Descentralização, Regionalização e Estruturação de Redes Regionais de Atenção à Saúde no SUS. In: IBÁÑEZ, Nelson (Org.). **Política e Gestão Pública em Saúde**. São Paulo: HUCITEC, 2011.

LEITE, R Rosana Farias Batista; VELOSO, Thelma Maria Grisi. Trabalho em Equipe: Representações Sociais de Profissionais do PSF. **Psicologia: Ciência e Profissão** (online), v. 28, n. 2, p. 374-389, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v28n2/v28n2a12.pdf> Acesso em: 9 out. 2012 doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932008000200012>

LEOPARDI, Maria Tereza. **Metodologia da pesquisa na saúde**. Florianópolis: UFSC/ENFERMAGEM/PEN, 2002.

MACHADO, Marcelo Pedra Martins. Departamento de Atenção Básica. O NASF no Brasil: Panorama atual e novas diretrizes de organização. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: perspectivas 2013. In: **Encontro Estadual NASF Santa Catarina**, 2012, Santa Catarina. Apresentação em mesa redonda. Disponível em: http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=6512&Itemid=82 Acesso em: 23 nov. 2013.

MAGNAGO, Carinne. **Gestão do trabalho na estratégia Saúde da Família em municípios do Estado do Rio de Janeiro com mais de 500 mil habitantes: o caso do Rio de Janeiro e Duque de Caxias**. 2013. 135f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2013.

MALACHIAS, Ivêta; LELES, Fernando Antônio Gomes; PINTO, Maria Auxiliadora Silva. **Plano Diretor de Regionalização de Saúde de Minas Gerais** (PDR/MG). Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2010.

MALONE, Darren; NEWRON-HOWES, G.; SIMMONDS, S. et al. Community mental health teams (CMHTs) for people with severe mental illnesses and disordered personality. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 18, n. 3, jul. 2007. CD000270.

MARANHÃO, Thaís. Vivências e estágios na realidade do Sistema Único de Saúde: um “garimpo” bibliográfico. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde** (online), v. 7, n. 4, 2013. Disponível em: <http://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/viewArticle/862/1740> Acesso em: 05 abr. 2014 doi: 10.3395/reciis.v7i4.862pt

MASCARENHAS, Mônica T. Machado; ALMEIDA, Celia. O Programa Médico de Família de Niterói (PMFN): uma agenda para reflexão. **Saúde Debate**, v. 26, n. 60, p. 82-102, 2002.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: OPAS, 2011. ISBN: 978-85-7967-075-6

MORETTI-PIRES, Rodrigo Otávio. **O pensamento crítico social de Paulo Freire sobre humanização e o contexto da formação do enfermeiro, do médico e do odontólogo**. 2008. 342f. Tese (Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22131/tde-26032008-131633/pt-br.php> Acesso em: 1 out. 2012.

MORGAN, David L. **Focus groups as qualitative research**. London: Sage Publications, 2 ed., 1997.

NASCIMENTO, Débora Dupas Gonçalves do; OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **O Mundo da Saúde**, v. 34, n. 1, p. 92-96, 2010. Disponível em: http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/74/12_revisao_reflexoes.pdf Acesso em: 2 out. 2013

NEY, Márcia Silveira; RODRIGUES, Paulo Henrique de Almeida. Fatores críticos para a fixação do médico na Estratégia Saúde da Família. **Physis** (online), v. 22, n. 4, p. 1293-1311, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v22n4/a03v22n4.pdf> Acesso em: 2 abr. 2014 doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312012000400003>

OLIVEIRA, Hadelândia Milon de; MORETTI-PIRES, Rodrigo Otávio; PARENTE, Rosana Cristina Pereira. As relações de poder em equipe multiprofissional de Saúde da Família segundo um modelo teórico arendtiano. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 15, n. 37, p. 539-550, abr./jun. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v15n37/a17v15n37.pdf> Acesso em: 07 jun. 2014

ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa; FURTADO, Juarez Pereira. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v, 22, n. 5, p.1053-1062, mai. 2006.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa**. Redes de Profissões de Saúde Enfermagem e Obstetrícia Recursos Humanos para a Saúde. Genebra: OMS; 2010. Disponível em: http://www.fnepas.org.br/oms_traduzido_2010.pdf Acesso em: 29 mai. 2014.

PASSOS, Eduardo; BARROS, Regina Benevides de. A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 16, n. 1, 2000. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v16n1/4390.pdf> Acesso em: 28 mai. 2014 doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722000000100010>

PEDUZZI, Marina. **Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação**. Campinas, 1998. 254f. Tese (Doutorado em Saúde coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 1998.

PEDUZZI, Marina. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública** [online]. v. 35, n. 1, p. 103-109, 2001. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v35n1/en_4144.pdf Acesso em 06 mai. 2014. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102001000100016>.

PEDUZZI, Marina. et al. Trabalho em equipe na perspectiva da gerência de serviços de saúde: instrumentos para a construção da prática interprofissional. **Physis**, v. 21, n. 2, p. 629-646, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v21n2/a15v21n2.pdf> Acesso em: 26 mai. 2014. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312011000200015>

PEDUZZI, Marina; PALMA, José João Lanceiro. A equipe de saúde. In: SCHRAIBER, Lilia Blima; NEMES, Maria Ines Baptistella; MENDES-GONÇALVES, Ricardo Bruno (Orgs.). **Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica**. São Paulo: Hucitec, 2000.

PEDUZZI, Marina. Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade, do cuidado e da democratização das relações de trabalho. In: PINHEIRO, Roseni; BARROS, Maria Elizabeth Barros de; MATTOS, Ruben Araujo de. **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas**. Rio de Janeiro, CEPESC, 2010. p. 161-178.

PERES, Cássia Regina Fernandes Biffe et al. O Agente Comunitário de Saúde frente ao processo de trabalho em equipe: facilidades e dificuldades. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 4, p. 905-911, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n4/en_v45n4a16.pdf Acesso em: 21 mai. 2014 doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000400016>

PINHO, Márcia Cristina Gomes de. Trabalho em Equipe de saúde: Limites e possibilidades de atuação eficaz. **Ciências & Cognição**, v. 8, p. 68-87, 2006. Disponível em: <www.cienciasecognicao.org/pdf/v08/n326103.pdf>. Acesso em 3 out. 2012. Disponível em: <http://www.cienciasecognicao.org/pdf/v08/m326103.pdf> Acesso em: 28 mai. 2014

RODRIGUEZ, Letícia San Martín; D'Amour Danielle; FERRADA-VIDELA, Marcela. La colaboración entre los profesionales de la salud. **Revista ROL de Enfermería**, v. 26, n. 6, p. 425-30, 2006.

ROSSONI, Eloá; LAMPERTE, Jadete. Formação de profissionais para o Sistema Único de Saúde e as diretrizes curriculares. **Boletim da Saúde**, v. 18, n. 1, 2004. Disponível em: http://www.esp.rs.gov.br/img2/v18n1_09forma%C3%A7%C3%A3o%20prof.pdf Acesso em: 28 abr. 2014

SAMPAIO, Juliana; SOUSA, Claudia Santos Martiniano; MARCOLINO, Emanuella de Castro et al. O NASF Como Dispositivo da Gestão: Limites e Possibilidades. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 16, n. 3, p. 317-324, 2012. Disponível em: <http://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/viewFile/12572/7870> Acesso em: 06 jun. 2014 doi: 10.4034/RBCS.2012.16.03.06

SAUPE, Rosita; CUTOLO, Luiz Roberto Agea; WENDHAUSEN, Águeda Lenita Pereira et al. Competência dos profissionais da saúde para o trabalho em equipe. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 18, p. 521-36, Botucatu, SP: UNESP, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n18/a05v9n18.pdf> Acesso em: 24 abr. 2014.

SCHERER, Magda Duarte dos Anjos; PIRES, Denise. A interdisciplinaridade prescrita para o trabalho da equipe de saúde da família, na percepção dos profissionais de saúde. **Tempus – Actas de Saúde Coletiva**, v. 3, n. 2, p. 30-42, abr./jun. 2009.

SCHIMITH, Maria Denise. **Acolhimento e vínculo em uma equipe de saúde da família: realidade ou desejo?** 2002. 113f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002

SCHIMITH, Maria Denise; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, dez. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v20n6/05.pdf> Acesso em 4 out. 2012.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS. **Apresentação cartográfica do Plano Diretor de Regionalização do Estado de Minas Gerais**. 2011. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/APRESENTACaO%20CARTOGRAFICA%20PDR-2011.pdf> Acesso em: 12 jan. 2014

SILVA, Andréa Tenório Correia da. et al. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: desafios e potencialidades na visão dos profissionais da Atenção Primária do Município de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 11, p. 2076-2084, nov, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n11/07.pdf> Acesso em 4 out. 2013 doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012001100007>

SILVA, Gilberto Tadeu Reis; BATISTA, Nildo Alves; BATISTA, Sylvia Helena. Formação interprofissional em Saúde: Reflexões... In: **9º Congresso Nacional da Rede Unida**, Porto Alegre, 2010. Disponível em: <http://voticscxsl.otics.org/trabalhosredeunida/resumos/RE1297-1.pdf> Acesso em: 2 out. 2012.

SILVA, Milena Froes da; CONCEIÇÃO, Fabiana Alves da. LEITE, Maria Madalena Januário. Educação continuada: um levantamento de necessidades da equipe de enfermagem. **O Mundo da Saúde**, v. 32, n. 1, p. 47-55, jan/mar. 2008. Disponível em: http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/58/47a55.pdf Acesso em: 04 jun. 2014

STARFIELD, Barbara. **Atenção primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura, Ministério da Saúde, 2002.

TEIXEIRA, Ricardo Rodrigues. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de. (Org.). **Construção da integralidade: cotidianos, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: Cepsec, 2003. p. 89-111.

VASCONCELOS, Fernanda Gaspar Antonini; ZANIBONI, Marilu Ramos Gonçalves. Dificuldades do trabalho médico no PSF. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, supl. 1, p. 1497-1504, 2011.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Scaling up health workforce production**: a concept paper towards the implementation of World Health Assembly resolution WHA 59.23. Geneva: World Health Organization, 2006. Disponível em: <http://www.who.int/hrh/documents/scalingup_concept_paper.pdf>. Acesso em: 5 out. 2012.

Apêndices

APÊNDICES

APÊNDICE A – AUTORIZAÇÃO DAS UNIDADES DE SAÚDE

Para : Secretaria Municipal de Saúde de Piumhi - MG

De : José Rodrigues Freire Filho; Aldaísa Cassanho Forster / Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP/USP)

Assunto: Autorização para pesquisa no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)

Eu, José Rodrigues Freire Filho, mestrando do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP/USP) sob orientação da Professora Dr^a Aldaísa Cassanho Forster, venho através deste, solicitar autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Passos – MG, para desenvolver a pesquisa para curso de mestrado intitulada “Preparo profissional para o trabalho em equipe: uma análise a partir dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família”.

Considerando o atual estágio de desenvolvimento da Atenção Básica no Brasil que viabiliza a implantação de grupos de diferentes formações profissionais, como os NASFs, o que possibilita que esses grupos, por meio do trabalho em equipe, promovam melhorias nas ações de saúde, esta pesquisa objetiva Investigar o preparo profissional para o trabalho em equipe, a partir das equipes dos NASFs da microrregião de saúde de Passos/Piumhi – MG, para alcançar os seguintes objetivos específicos 1) Caracterizar as categorias profissionais que fazem parte das equipes dos NASFs desta microrregião, 2) apreender as percepções dos profissionais para o trabalho em equipe, 3) analisar as dificuldades que estes profissionais enfrentam para o trabalho em equipe, 4) verificar princípios da Educação Interprofissional nas estratégias de preparo para o trabalho em equipe nestes NASFs. Para tanto, esta pesquisa pretende entrevistar os profissionais do NASF deste município.

A escolha dos municípios se deu pelo início de atuação das equipes NASFs nos municípios, sendo o período definido para inclusão de janeiro de 2010 a dezembro de 2012.

Diante da escassez de estudos voltados para esta temática, pretende-se contribuir com a elucidação de fatores que dificultam o trabalho em equipe nesses núcleos; suscitar novos estudos e; apontar medidas que possam fortalecer o trabalho em equipe na atenção básica a partir da Educação Interprofissional em Saúde.

Esta pesquisa não acarretará custos a essa Secretaria nem aos entrevistados.

O projeto desta pesquisa já foi submetido pelo Comitê de Ética do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CSE/FMRP/USP).

Destarte, solicita-se autorização para desenvolvimento da pesquisa que se efetivará por meio de entrevistas grupais realizadas com os profissionais que compõem o Núcleo de Apoio à Saúde da Família deste município.

Termo que pede deferimento

Ribeirão Preto, 23 de outubro de 2013.

José Rodrigues Freire Filho

Profª Drª Aldaísa Cassanho Forster Aldaísa Cassanho Forster
Depto. de Medicina Social - FMRP/USP

Deferido,

Helder Antônio de Oliveira
SECRETÁRIO MUNICIPAL DE
SAÚDE PIUMHI, MG
CRF-MG 8700
CPF 671.700.996-91 - ID. M-3.904.216

Secretaria Municipal de Saúde de Piumhi - MG

Pesquisador responsável: José Rodrigues Freire Filho. Farmacêutico. Mestrando do Programa de Pós-Graduação Saúde na Comunidade do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP/USP). E-mail: tezinho2000@yahoo.com.br Tel: (35) 91418383/35231239

Para : Secretaria Municipal de Saúde de Passos - MG

De : José Rodrigues Freire Filho; Aldaísa Cassanho Forster / Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP/USP)

Assunto: Autorização para pesquisa no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)

Eu, José Rodrigues Freire Filho, mestrando do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP/USP) sob orientação da Professora Dr^a Aldaísa Cassanho Forster, venho através deste, solicitar autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Passos - MG, para desenvolver a pesquisa para curso de mestrado intitulada "Preparo profissional para o trabalho em equipe: uma análise a partir dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família".

Considerando o atual estágio de desenvolvimento da Atenção Básica no Brasil que viabiliza a implantação de grupos de diferentes formações profissionais, como os NASFs, o que possibilita que esses grupos, por meio do trabalho em equipe, promovam melhorias nas ações de saúde, esta pesquisa objetiva Investigar o preparo profissional para o trabalho em equipe, a partir das equipes dos NASFs da microrregião de saúde de Passos/Piumhi - MG, para alcançar os seguintes objetivos específicos 1) Caracterizar as categorias profissionais que fazem parte das equipes dos NASFs desta microrregião, 2) apreender as percepções dos profissionais para o trabalho em equipe, 3) analisar as dificuldades que estes profissionais enfrentam para o trabalho em equipe, 4) verificar princípios da Educação Interprofissional nas estratégias de preparo para o trabalho em equipe nestes NASFs. Para tanto, esta pesquisa pretende entrevistar os profissionais do NASF deste município.

A escolha dos municípios se deu pelo início de atuação das equipes NASFs nos municípios, sendo o período definido para inclusão de janeiro de 2010 a dezembro de 2012.

Diante da escassez de estudos voltados para esta temática, pretende-se contribuir com a elucidação de fatores que dificultam o trabalho em equipe nesses núcleos; suscitar novos estudos e; apontar medidas que possam fortalecer o trabalho em equipe na atenção básica a partir da Educação Interprofissional em Saúde.

Esta pesquisa não acarretará custos a essa Secretaria nem aos entrevistados.

O projeto desta pesquisa já foi submetido pelo Comitê de Ética do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CSE/FMRP/USP).

Destarte, solicita-se autorização para desenvolvimento da pesquisa que se efetivará por meio de entrevistas grupais realizadas com os profissionais que compõem o Núcleo de Apoio à Saúde da Família deste município.

Termo que pede deferimento

Ribeirão Preto, 23 de outubro de 2013.

José Rodrigues Freire Filho

Profª Dra Aldaísa Cassanho Forster
Depto. de Medicina Social - FMRP/USP

Deferido,

Secretaria Municipal de Saúde de Passos - MG

Gilberto Lopes Cançado
Secretário Munic. de Saúde
Prefeitura Munic. de Passos

Pesquisador responsável: José Rodrigues Freire Filho. Farmacêutico. Mestrando do Programa de Pós-Graduação Saúde na Comunidade do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP/USP). E-mail: tezinho2000@yahoo.com.br Tel: (35) 91418383/35231239

Para : Secretaria Municipal de Saúde de Alpinópolis - MG

De : José Rodrigues Freire Filho; Aldaísa Cassanho Forster / Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP/USP)

Assunto: Autorização para pesquisa no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)

Eu, José Rodrigues Freire Filho, mestrando do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP/USP) sob orientação da Professora Dr^a Aldaísa Cassanho Forster, venho através deste, solicitar autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Passos – MG, para desenvolver a pesquisa para curso de mestrado intitulada “Preparo profissional para o trabalho em equipe: uma análise a partir dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família”.

Considerando o atual estágio de desenvolvimento da Atenção Básica no Brasil que viabiliza a implantação de grupos de diferentes formações profissionais, como os NASFs, o que possibilita que esses grupos, por meio do trabalho em equipe, promovam melhorias nas ações de saúde, esta pesquisa objetiva Investigar o preparo profissional para o trabalho em equipe, a partir das equipes dos NASFs da microrregião de saúde de Passos/Piumhi – MG, para alcançar os seguintes objetivos específicos 1) Caracterizar as categorias profissionais que fazem parte das equipes dos NASFs desta microrregião, 2) apreender as percepções dos profissionais para o trabalho em equipe, 3) analisar as dificuldades que estes profissionais enfrentam para o trabalho em equipe, 4) verificar princípios da Educação Interprofissional nas estratégias de preparo para o trabalho em equipe nestes NASFs. Para tanto, esta pesquisa pretende entrevistar os profissionais do NASF deste município.

A escolha dos municípios se deu pelo início de atuação das equipes NASFs nos municípios, sendo o período definido para inclusão de janeiro de 2010 a dezembro de 2012.

Diante da escassez de estudos voltados para esta temática, pretende-se contribuir com a elucidação de fatores que dificultam o trabalho em equipe nesses núcleos; suscitar novos estudos e; apontar medidas que possam fortalecer o trabalho em equipe na atenção básica a partir da Educação Interprofissional em Saúde.

Esta pesquisa não acarretará custos a essa Secretaria nem aos entrevistados.

O projeto desta pesquisa já foi submetido pelo Comitê de Ética do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CSE/FMRP/USP).

Destarte, solicita-se autorização para desenvolvimento da pesquisa que se efetivará por meio de entrevistas grupais realizadas com os profissionais que compõem o Núcleo de Apoio à Saúde da Família deste município.

Termo que pede deferimento

Ribeirão Preto, 23 de outubro de 2013.

José Rodrigues Freire Filho

Prof.^a Dr.^a Aldaísa Cassanho Forster
Depto. de Medicina Social - FMRP/USP

Aldaísa Cassanho Forster

Deferido,

Angela Donizete Pereira Lima
Diretora Departamento Municipal de Saúde
Prefeitura Municipal de Alpinópolis - MG
Assinatura

Secretaria Municipal de Saúde de Alpinópolis - MG

Pesquisador responsável: José Rodrigues Freire Filho. Farmacêutico. Mestrando do Programa de Pós-Graduação Saúde na Comunidade do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP/USP). E-mail: tezinho2000@yahoo.com.br Tel: (35) 91418383/35231239

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do projeto: Preparo profissional para o trabalho em equipe: uma análise a partir dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família

Pesquisador: José Rodrigues Freire Filho Tel. (35) 91418383/ (35) 35231239

Correio eletrônico: tezinho2000@yahoo.com.br

Instituição: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - FMRP/USP. Av. Bandeirantes, 3900, Monte Alegre, Ribeirão Preto – SP.

Convidamos o (a) senhor (a) a participar desta pesquisa que objetiva investigar o preparo profissional para o trabalho em equipe na perspectiva dos profissionais que atuam nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) dos municípios da microrregião de saúde de Passos – MG. Para participar do estudo, o(a) senhor(a) deverá participar de uma entrevista grupal, composta pelos profissionais das equipes NASF. O tempo estimado é de 80 (oitenta) minutos. Com esta pesquisa pretende-se identificar se os profissionais que compõem o NASF têm recebido preparo formativo adequado para atuarem em grupos num mesmo ambiente de trabalho, de forma organizada, compartilhada e articulada, com foco em responsabilidade na população e na equipe, com vista à integralidade do cuidado. A participação neste estudo é opcional, voluntária; não haverá nenhum tipo de pagamento aos participantes. As informações coletadas poderão ser publicadas com fins científicos, porém sem que sejam reveladas as identidades dos participantes, uma vez que na entrevista não ocorrerá a identificação do profissional, nem mesmo após a sua análise. O (A) senhor (a) tem o direito de não participar da pesquisa, retirar-se a qualquer momento sem constrangimentos e sanções e sem prejudicar a sua atuação no cotidiano do trabalho do NASF.

Uma vez concordando em participar da pesquisa, o (a) senhor (a) deverá assinar no espaço de aceite desse termo.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 20____.

Fui convidado (a) e aceito livremente participar da pesquisa

José Rodrigues Freire Filho – pesquisador

APÊNDICE C – FORMULÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DE PESQUISA

Dados pessoais

Nacionalidade _____ Sexo _____

Data de nascimento _____

Município de atuação no NASF _____

Categoria profissional☐ Assistente Social☐ Fonoaudiólogo☐ Farmacêutico☐ Médico Ginecologista☐ Nutricionista☐ Médico Pediatra☐ Psicólogo☐ (..) Terapeuta Ocupacional☐ Outro. Especifique: _____**Formação acadêmica - graduação**

Instituição de graduação: _____

Ano de conclusão: _____

Formação acadêmica – pós-graduação

	Área	Ano de conclusão	Instituição
☐ Especialização	_____	_____	_____
☐ Mestrado	_____	_____	_____
☐ Doutorado	_____	_____	_____

Atuação profissional

Tempo de atuação profissional _____

Tempo de atuação no SUS _____

Tempo de atuação no NASF _____

APÊNDICE D – ROTEIRO PARA GRUPO FOCAL

Questões disparadoras

1. O que você entende por trabalho em equipe?
2. Falem sobre a formação de vocês durante os cursos de graduação e pós-graduação (acadêmicos). Houve momentos de formação que possibilitaram o compartilhamento de conhecimentos e práticas com outros profissionais?
3. A partir do ingresso no NASF, vocês participam de processos de formação interprofissional em serviço que desenvolvam habilidades para o trabalho em equipe? Há momentos de compartilhamento de conhecimentos e práticas?
4. Quais as facilidades e dificuldades percebidas nesses processos de formação interprofissional em serviço para o desenvolvimento do trabalho em equipe?

Anexos

ANEXOS

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

CENTRO DE SAÚDE ESCOLA
DA FACULDADE DE MEDICINA
DE RIBEIRÃO PRETO -

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Preparo profissional para o trabalho em equipe: uma análise a partir dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família

Pesquisador: José Rodrigues Freire Filho

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 22341013.6.0000.5414

Instituição Proponente: Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 499.480

Data da Relatoria: 18/12/2013

Apresentação do Projeto:

Proposta reapresentada e contemplando de forma adequada as recomendações emitidas no parecer anterior.

Objetivo da Pesquisa:

Vide parecer anterior.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Vide parecer anterior.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Nada a acrescentar.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Reformulação do TCLE e cronograma atendendo às recomendações do parecer anterior.

Recomendações:

Nada a acrescentar.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Recomendo sua aprovação.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Acatado o parecer do relator.

RIBEIRÃO PRETO, 18 de Dezembro de 2013