

A participação de diferentes núcleos profissionais na Atenção Básica: Percepção de profissionais de Programas de Residência Multiprofissional em Saúde

Participation of different professional nucleus in Basic Care: Perception of professionals of Health Multiprofessional Residence Programs

Silvana Basso Miolo, Elenir Fedosse

RESUMO

Objetivo: Analisar o potencial da participação de profissões não inseridas na configuração das atuais equipes regulares da Atenção Básica (AB), a partir da opinião de profissionais, no contexto de Programas de Residência Multiprofissional em Saúde na Atenção Básica da Região Sul do Brasil. **Métodos:** Trata-se de um estudo qualitativo realizado por meio de um questionário eletrônico enviado a Coordenadores, Tutores, Preceptores, Residentes do segundo ano, Egressos e Residentes Desistentes dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde na Atenção Básica. Os dados foram analisados pela técnica de Análise de Conteúdo. **Resultados:** Participaram 100 profissionais, 63 consideraram conveniente a inclusão de diferentes núcleos profissionais nas equipes da Atenção Básica - quatro argumentaram a epidemiologia e os demais o fortalecimento do vínculo e da resolutividade; 31 consideraram que a participação por meio dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família é suficiente para abordar as condições de saúde da população adstrita; e, seis consideraram ambas as opções. **Conclusão:** A reflexão dos profissionais que experienciaram a teoria e prática do cuidado na AB, demonstrou que o modelo apresentado pelo Ministério da Saúde para especialidades na AB, ainda demanda adequações para que consiga cumprir seus propósitos e reduzir os encaminhamentos para o nível secundário. Este estudo revelou a conveniência de relativizar a participação de todas as profissões da saúde nas equipes da AB, para além do que está previsto na legislação, de acordo com a epidemiologia local.

PALAVRAS-CHAVE: Educação Superior; Relações Interprofissionais; Atenção Básica; Equipe Multiprofissional.

ABSTRACT

Objective: Analyze the potential of the participation of professions not inserted in the configuration of current regular teams of Primary Care, from the opinion of professionals, in the context of Multiprofessional Residency Programs in Primary Health Care in Southern Brazil. **Methods:** This is a qualitative study conducted through an electronic questionnaire sent to Coordinators, Tutors, Preceptors, Second Year Residents, Graduates and Dropouts Residents of Multiprofessional Health Residency Programs in Primary Care. Data were analyzed by Content Analysis technique. **Results:** 100 professionals participated, 63 considered it convenient to include different professional groups in the Primary Care teams - four argued about epidemiology and the others argued for strengthening the bond and resolvability; 31 considered that participation through the Family Health Support Centers is sufficient to address the health conditions of the enrolled population; and, six considered both options. **Conclusion:** The reflection of the professionals who experienced the theory and practice of care in AB, showed that the model presented by the Ministry of Health for specialties in AB, still requires adjustments so that it can fulfill its purposes and reduce referrals to the secondary level. This study revealed the desirability of relativizing the participation of all health professions in Primary Care teams, beyond what is provided for in the legislation.

KEYWORDS: Higher Education; Interprofessional Relations; Primary care; Multiprofessional team.

Como citar este artigo:

MIOLO, SILVANA B.; FEDOSSE, ELENIR; A participação de diferentes núcleos profissionais na Atenção Básica: Percepção de profissionais de Programas de Residência Multiprofissional em Saúde. Revista Saúde (Sta. Maria). 2021; 47 (1).

Autor correspondente:

Nome: Silvana Basso Miolo
E-mail: sbmiolo@hotmail.com
Telefone: (55) 99996-4780
Formação Profissional: Fisioterapeuta, Doutora em Distúrbios da Comunicação pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria, RS, Brasil.

Filiação Institucional: Fisioterapeuta da Prefeitura Municipal de Santa Maria, RS, Brasil / UFSM.
Endereço para correspondência: Rua: Avenida Prefeito Evandro Behr, 4730
Bairro: Camobi
Cidade: Santa Maria
Estado: Rio Grande do Sul
CEP: 97110800

Data de Submissão:

06/11/2019

Data de aceite:

26/01/2021

Conflito de Interesse: Não há conflito de interesse



INTRODUÇÃO

A organização do Sistema Único de Saúde (SUS) vem fortalecendo a importância da Atenção Básica (AB) à medida que a considera como um fator determinante e estratégico de (re)organização do sistema¹. Tanto, que já ocorreram três revisões da Política Nacional de Atenção Básica^{2,3,4} buscando melhorias e adequações.

Vários obstáculos ainda precisam ser superados para que a AB cumpra os seus objetivos no Brasil. Neste sentido, em 2008, foram criados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) como um dispositivo para qualificar as ações da AB e ampliar a capacidade de resolubilidade das equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF)⁵.

A composição do NASF é definida pelos gestores municipais a partir das necessidades locais e é constituído por diferentes núcleos profissionais que, em parceria com os profissionais das ESF, compartilha e apoia ações em saúde nos territórios sob sua responsabilidade⁶. Atualmente, denominados Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB) também apoiam equipes de Unidades Básicas de Saúde (UBS) convencionais e, tal como à época de sua criação não se configura como porta de entrada do SUS⁴.

Com a prerrogativa de responder as demandas do SUS foi instituída a Residência profissional em Saúde, pelo Art. 13 da Lei 11.129 de 2005⁷, para favorecer a inserção de profissionais qualificados nos serviços de saúde, com o intuito de acolher as necessidades de saúde das pessoas de forma resolutiva.

A condição de funcionária de um serviço público municipal (com experiência acumulada de 20 anos de atuação) permitiu identificar a lacuna existente entre a legislação vigente, os referenciais teóricos subjacentes às práticas profissionais e a realidade dos serviços públicos de saúde. Entende-se a conveniência de se produzir conhecimentos que auxiliem os formuladores de Políticas Públicas em Saúde a pensarem a transformação do cuidado prestado na AB, por meio da proposição de novos modelos organizacionais que realmente contemplem práticas, com foco na atenção integral à saúde da população, superando a cisão entre o saber teórico especializado e o da prática necessária na AB.

Considerando o contexto que envolve a AB e o investimento do Ministério da Saúde/Ministério da Educação e Cultura na pós-graduação de profissionais da saúde por meio de Programa de Residência Multiprofissional em Saúde (PRMS)⁸, este estudo foi gerado no âmbito dos Programas de Residência Multiprofissional em Atenção Básica (PRMS-AB) vinculados a serviços públicos municipais da Região Sul do Brasil e teve como objetivo analisar o potencial da participação de profissões não inseridas na configuração das atuais equipes regulares da AB.

MÉTODO

Este estudo faz parte da pesquisa de doutorado da primeira autora sobre a Formação em Residência Multiprofissional e a atuação na Atenção Básica em saúde. É do tipo descritivo transversal de natureza qualitativa, iniciado

por meio de contatos telefônicos com a Comissão Nacional de Residências Multiprofissionais em Saúde (CNRMS), a qual cedeu a relação dos PRMS-AB existentes na Região Sul do Brasil. A data base foi 2011 - ano de conclusão das primeiras turmas de residentes multiprofissionais, visto a CNRMS ter sido instituída em 2009⁹. Os PRMS-AB deveriam estar vinculados à Instituição de Ensino Superior (IES), pública ou privada, com cursos de graduação em Saúde.

Foram confirmados oito PRMS-AB: quatro no Rio Grande do Sul, três em Santa Catarina e um no Paraná. Em seguida, foi enviado e-mail para a coordenação dos PRMS, com esclarecimentos sobre o estudo, solicitando a relação dos e-mails dos Tutores (núcleo e campo), dos Preceptores (núcleo e campo), dos Residentes, dos Egressos e dos Residentes Desistentes. Seis PRMS aceitaram participar do estudo, totalizando 313 endereços de e-mails. Foram excluídos os participantes que estavam afastados de suas atividades profissionais durante o período de coleta (entre maio e setembro de 2016).

O instrumento de coleta de dados, enviado aos distintos participantes, foi elaborado pelos autores desse estudo e configurou-se como um questionário eletrônico semi-estruturado, veiculado no Programa Google Drive, composto por itens que possibilitaram a identificação sociodemográfica (sexo e idade), a formação e atuação profissional, bem como a opinião dos envolvidos sobre a participação de outras profissões para além da Enfermagem e da Medicina (áreas que compõem as tradicionais equipes mínimas da AB), por meio da questão “na sua opinião como deveria ser a inclusão das especialidades não médicas nos serviços de AB”, seguida da solicitação de justificativa da resposta.

A resposta ao questionário foi entendida como anuência dos participantes, visto que contou com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido como condição anterior de acesso ao questionário. Portanto, este estudo foi desenvolvido de acordo com Resolução 510/2016¹⁰, do Conselho Nacional de Saúde, aprovado sob parecer número CAAE 53596916.0.0000.5346, pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da IES, a qual as pesquisadoras estão vinculadas.

Foi solicitado a cada participante que retornasse o questionário em 15 dias; quando não houve retorno no período previsto, os convites foram reenviados, no máximo de três vezes, após o tempo de espera de 15 dias. As informações dos questionários foram dispostas, automaticamente pelo programa, em uma planilha do tipo Excel, constituindo, assim, o banco de dados. Esclarece-se que as IES participantes foram codificadas por números arábicos (1, 2, 3, 4, 5 e 6) e os participantes por letras da categoria profissional, função nos PRMS – Coordenador (C), Coordenador/Tutor (CT), Tutor (T), Preceptor (P), Residente (R), Egresso (E) e Residente Desistente (D) e número de localização no banco de dados, de modo a manter a condição anônima dos sujeitos.

Os dados sociodemográficos foram tratados descritivamente e os referentes à questão aberta pela técnica de análise de conteúdo¹¹, a qual envolve a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados de maneira a serem válidos e significativos, possibilitando ao pesquisador propor inferências e interpretações a propósito dos objetivos

antevistos, bem como em relação a outras descobertas imprevistas.

RESULTADO E DISCUSSÃO

Dos 100 profissionais que participaram desse estudo, 89 são do sexo feminino, com idade de 24 a 69 anos. Fato que corrobora com outros estudos sobre a prevalência do sexo feminino na maioria das profissões da saúde^{12,13,14,15,16} e na representatividade crescente no mercado de trabalho em saúde¹⁷.

A partir do Quadro 01 pode-se observar a distribuição dos participantes (100) por função desempenhada nos PRMS, as respectivas IES e categoria profissional, com predomínio da Enfermagem (30).

Quadro 01: Distribuição dos participantes (100) por função desempenhada nos PRMS, IES e categoria profissional.

Função no PRMS	IES1	IES2	IES3	IES4	IES5	IES6	Total
Coordenador (C)	---	FA	---	---	---	---	01
Coordenador / Tutor (CT)	AS	---	EN	EF	----	CD	04
Tutor (T)	CD (01) EN (01) FT (01) VT (01)	FA (01)	AS (01) CD (02) EN (01) FO (01)	EF (01) EN (01) PS (02)	AS (01) CD (01) EF (01) EN (01)	EN (01)	19
Preceptor (P)	CD (01) EN (03)	EN (02) PS (01) NT (01)	EN (01)	-----	CD (01) NT (01)	CD (01) EN (01) PS (01)	14
Residente (R)	AS (01) EF (01) EN (01) FT (02) NT (01)	FA (01)	FA (01)	PS (01)	AS (01) CD (02) EN (03) FA (03)	CD (01) EN (03)	22
Egresso (E)	CD (02) EF (01) EN (01) FO (03) FT (02) NT (01) PS (01)	AS (01) EN (03) FA (01) PS (01) NT (01)	FO (03) PS (01)	EF (01) EN (04) PS (02)	AS (01) EN (01) FA (01) NT (01)	EN (01) PS (02) NT (01)	37
Residente Desistente (D)	EF (01) EN (01) TO (01)	-----	-----	-----	-----	-----	03
Total	29	14	12	13	19	13	100

AS: Assistente Social; CD: Cirurgião Dentista; EF: Educador Físico; EN: Enfermeiro; FA: Farmacêutico; FT: Fisioterapeuta; FO: Fonoaudiólogo; NT: Nutricionista; PS: Psicólogo; TO: Terapeuta Ocupacional; VT: Médico Veterinário.

Dos 23 Tutores, quatro acumulavam a função de Coordenador dos PRMS, 19 ocupavam-se da Tutoria de Núcleo e quatro da Tutoria de Núcleo e de Campo; 12 ingressaram nas IES há menos de 10 anos e 21 tinham carga horária de trabalho de 40 horas semanais. A maioria estava nesta função entre um e dois anos. Todos os Coordenadores/Tutores e 16 dos Tutores tinham formação com temática relacionada à Saúde Coletiva, à Saúde Pública ou à Educação Superior. Estes resultados evidenciaram que a experiência e qualificação dos Tutores contemplavam o estabelecido na Resolução Nº 2, de 13 de abril de 2012, da CNRMS¹⁸, em relação à orientação acadêmica aos Residentes, que precisa ser exercida por um profissional com formação mínima de mestre e experiência profissional de, no mínimo, três anos.

Entre os 14 Preceptores, três eram de Campo e três de Núcleo, unicamente; oito acumulavam as duas funções; 12 estavam no serviço público municipal a menos de 10 anos e exerciam há dois anos ou mais a função de Preceptor; 13 tinham, ao menos, uma especialização com temática relacionada à Saúde Coletiva, à Saúde Pública ou à Educação Superior. Todos com carga horária de 40 horas semanais. Pode-se inferir que os Preceptores também contemplavam os requisitos estabelecidos na Resolução Nº 2, de 13 de abril de 2012, da CNRMS¹⁸, quanto a necessidade de experiência, formação mínima de especialista e estar vinculado à instituição formadora ou executora, de modo a auxiliar o Residente a adquirir as competências necessárias para a formação especialista que o Programa de Residência se propõe.

Outro fato, que não pode passar despercebido, refere-se à Tutoria de Campo que era desenvolvida por profissionais que têm sua profissão tradicionalmente inserida nas unidades de saúde. Acredita-se que os PRMS poderiam estimular os Tutores de outros núcleos profissionais, para além da enfermagem e odontologia, a assumir a Tutoria de Campo como desafio para a interdisciplinaridade e como vitrine da AB para as outras as profissões da saúde. Visto que a situação da saúde no Brasil, com doenças infecciosas, carenciais e crônicas¹⁹ carece de um modelo de cuidado que incluía outros profissionais para atuar com membros orgânicos das equipes de ESF.

No que se refere à opinião dos 100 profissionais sobre a inclusão de profissionais da saúde na AB, 63 consideraram conveniente a inclusão de diferentes núcleos na UBS/ESF - destes quatro argumentaram a epidemiologia e os demais o fortalecimento do vínculo e da resolutividade - outros 31 profissionais consideraram que a participação por meio do NASF é suficiente para abordar as condições de saúde da população adstrita; e seis profissionais consideraram ambas as opções, conforme pode ser visualizado na Figura 01.

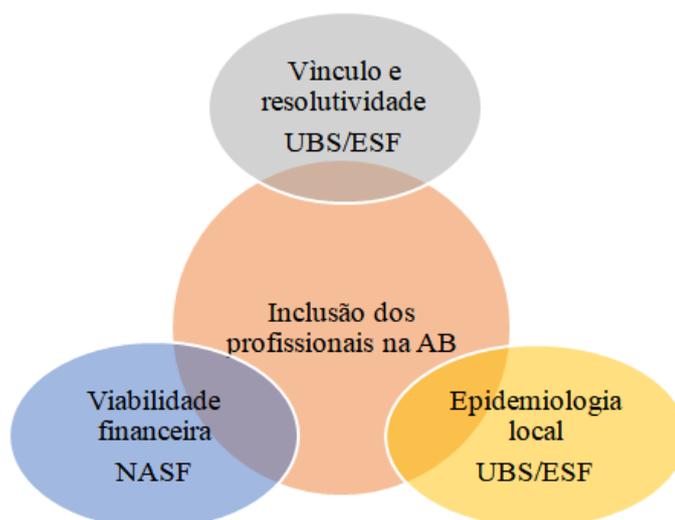
Figura 01: Inclusão de profissionais da saúde na AB.

Inclusão de profissionais da saúde na AB		
Inclusão de profissionais da saúde nas UBS/ESF	Inclusão de profissionais da saúde no NASF	Inclusão de profissionais da saúde nas UBS/ESF e no NASF
63 opiniões	31 opiniões	6 opiniões

Fonte: as autoras (2019).

A partir da argumentação das opiniões dos profissionais, foi possível conhecer a experiência/vivência desses no contexto da AB, apresentada em categorias intituladas (Figura 02): Inclusão de profissionais da saúde nas UBS/ESF de acordo com a Epidemiologia Local; Inclusão de profissionais da saúde nas UBS/ESF fortalece o Vínculo e a Resolutividade; Inclusão dos profissionais no NASF pela viabilidade financeira e tendo em vista o apoio a menor número de equipes da AB.

Figura 02: Categorias que denotam a percepção dos sujeitos sobre a inclusão de profissionais no contexto da AB.



Fonte: as autoras (2019).

Inclusão de profissionais da saúde nas UBS/ESF de acordo com a Epidemiologia local

Esta categoria aborda a avaliação das vulnerabilidades e potencialidades de cada território, das necessidades

dos usuários e da equipe de saúde e, por conseguinte de planejamento de ações condizentes com a realidade avaliada.

A ausência das demais profissões fere o SUS como está posto e estas profissões deveriam compor as equipes de acordo com o perfil epidemiológico de cada equipe e de cada região. T56(FT) IES1

Cada território deveria ser avaliado, conhecendo-se os sujeitos, suas necessidades e o grau de vulnerabilidade, para discutir quem serão os profissionais integrantes da equipe. E14(EN) IES5

Uma abordagem de AB mais ampla e qualificada sustenta a inclusão de outros profissionais para o desempenho do trabalho em equipe. Legitimada pela mudança do perfil epidemiológico dado pelo envelhecimento da população, pelo aumento da incidência e a prevalência das doenças crônicas, que impactam nos indicadores de saúde populacional²⁰.

A reorganização da AB é apreendida como um desafio para muitos municípios, à medida que tem o compromisso de implementar os princípios do SUS neste nível de atenção²¹. Situação que também se aplica ao NASF, pois apesar de estar previsto que a sua composição precisa considerar os critérios identificados a partir dos dados epidemiológicos, das necessidades do território e das equipes de saúde, também tem a prerrogativa do gestor poder escolher os profissionais que poderão compor a equipe do NASF – dando margem para arranjos políticos que podem não ser fiéis às necessidades da população e das equipes de saúde.

Inclusão de profissionais da saúde nas UBS/ESF fortalece o Vínculo e a Resolutividade

Esta categoria expressa a importância da relação mais próxima entre usuários e profissionais de saúde, de modo que a afetividade e o respeito, de ambas as partes, possam estimular a autonomia e a corresponsabilização no cuidado longitudinal, ao mesmo tempo que explicitam as limitações na atuação no NASF.

Acompanhar os usuários de forma longitudinal... pela atuação no NASF não seria possível dar conta da demanda e atuar de forma resolutiva de acordo com as necessidades da população. E71(FT) IES1

Os diferentes profissionais podem desenvolver atividades de caráter mais amplo e em concordância com os princípios do SUS, fortalecendo a AB... hoje..., a equipe mínima não consegue, sozinha, resolver os inúmeros casos que chegam até ela, pois a saúde é mais do que médicos e enfermeiros. E44(PS) IES1

Coelho²² instigava à reflexão sobre o que se deve fazer, utilizar modelos teóricos ou inspirar-se em experiências concretas, de bom funcionamento, para orientar ações diante dos problemas que se quer ponderar - ambas são alternativas cabíveis de serem adotadas e podem ajudar dependendo da situação. E, ao se conceber a saúde como valor assume-se o vínculo com o usuário como modo ideal de atenção.

(..) atuar de forma permanente na equipe potencializando respostas mais eficazes e eficientes, constituindo a integralidade do atendimento ao usuário (...) para identificar e intervir de pronto em demandas que são, por vezes não médicas. Em verdade, as equipes ampliadas têm em si materializadas as categorias do SUS, a promoção, prevenção, educação em saúde e a recuperação. TC3(AS) IES1

(..) inseridos na AB com a equipe mínima, pois é lá onde acontece a produção de saúde, (...) o vínculo, sendo resolutivo no atendimento (...) no acolhimento, sem gasto de tempo em ter que ligar para os demais profissionais e agendando o caso e fazendo com que o usuário retorne inúmeras vezes na unidade. Já temos experiência com a residência com vários profissionais de outras áreas na unidade onde é mais eficaz, eficiente e resolutivo o atendimento. R69(EN) IES1

O vínculo entre trabalhadores de saúde e usuários envolve um processo de corresponsabilização pela saúde, sem se restringir aos períodos em que o usuário esteja doente, de modo que a equipe possa apoiá-lo no processo de produção da sua própria saúde. Para que esse encadeamento ocorra ao longo do tempo é necessário que o usuário seja adscrito a uma equipe de saúde, que pode ter os mais variados formatos, em conformidade com a realidade local²².

(..) o apoio matricial, por exemplo, não possibilita às especialidades (...) desenvolver o seu trabalho de forma completa e eficaz. O vínculo com os usuários e com a própria equipe é celebrado no dia a dia e a cada encontro entre esses atores. R2(NT) IES1

Acredita-se que, se os profissionais de NASF fossem para a unidade de saúde, atuando no dia a dia com envolvimento no processo de trabalho do serviço, fazendo sobretudo o acolhimento, como está previsto na Política Nacional de Humanização²³, já se configuraria como matriciamento da equipe e estabeleceria uma relação mais próxima com o usuário. Os argumentos dos participantes demonstram a singularidade de quem conhece a teoria, vivencia a prática e sente o resultado do trabalho de fazer junto a, fazer com e produzir saúde na AB.

Os PRMS estão construindo sua trajetória de (re)orientar profissionais da saúde para o SUS. Os argumentos evidenciam que os PRMS são potentes formadores de profissionais com perfil para trabalhar de acordo com os princípios e diretrizes do SUS e que atendam às necessidades socioepidemiológicas da população.

Nos dois anos de residência inserida em uma UBS..., não apenas como apoiadora, mas como profissional que vivencia diariamente, junto da equipe, as dificuldades e particularidades do território, me faz acreditar no potencial de cuidado... a atuação da fonoaudiologia em conjunto com outros profissionais (fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, nutricionista, psicólogo) diminuiu consideravelmente a quantidade de encaminhamentos para atendimento a nível secundário, bem como proporcionou que a promoção e a prevenção da saúde acontecessem de forma mais resolutiva, de acordo com o que é preconizado pelo SUS. E63(FO) IES1

Equipes de saúde com diferentes núcleos profissionais, que trabalham de modo interprofissional, qualificam os serviços de saúde, permitem a otimização das práticas e produtividade no serviço de saúde e melhoram os resultados obtidos na saúde e satisfação dos pacientes, amplia a confiança dos trabalhadores da saúde e melhora o acesso à assistência de saúde²⁴. Há experiências em algumas localidades que integraram outros profissionais à AB, mantendo a lógica da ESF²⁵. Assim como o relato dos Residentes e Egressos dos PRMS, deste estudo, que foram inseridos nas unidades de saúde e vivenciaram a cuidado da saúde com a equipe de saúde cotidianamente.

Nós profissionais do NASF ficamos sobrecarregados de atividades, acredito que se existisse a possibilidade de (...) fazer parte da equipe das unidades de saúde, seria muito mais efetivo. O NASF já é uma conquista, mas quem sabe compor essas equipes seria um sonho mesmo. P67(PS) IES6

Passamos a cada ano pela discussão de se os Residentes... devem seguir os Preceptores no NASF ou se “fixam” nas unidades de saúde (cenário de prática). Na lógica do MS, os Residentes seguem o NASF, porém deixa eles sem vínculo com as equipes e comunidade (...). Penso que deveriam ser parte das ESF em cada unidade de saúde com atribuições mais elaboradas que do NASF, de forma a exercer plenamente as funções profissionais. CT29(CD) IES6

Percebe-se que após a criação do SUS as políticas foram sendo formuladas e reformuladas com intuito de qualificar e fortalecer o sistema, mas compreende-se que a atual PNAB ainda carece de mais estudos sobre seu processo

de implementação.

Inclusão de profissionais da saúde no NASF

As opiniões dos participantes que optaram pela inserção dos especialistas no NASF referiam-se à viabilidade financeira, ao previsto na legislação para a inclusão nesta modalidade de prestação de cuidado e, ainda, com a ressalva que este deveria atender a um número menor de equipes para contemplar aos seus propósitos.

Não há viabilidade financeira para colocar todos os profissionais não médicos nas unidades de saúde. P61(EN) IES1

Porque esta é a forma mais viável de inserir uma equipe maior na Atenção Básica. T21(FA) IES2

Uso racional de recursos. E57(FO) IES3

A legislação vigente já preconiza a inserção desses profissionais neste cenário. E79(PS) IES4

A inclusão desses novos profissionais nas equipes da AB terá um impacto nos gastos com os cuidados primários. Mas, há de se ponderar a relevância para superar a centralidade da consulta médica de curta duração, ainda arraigada. Além disso, há que se equacionar que os maiores gastos com esses profissionais serão mais que contrabalançados pelas reduções, a médio e longo prazos, das complicações potencialmente evitáveis da atenção à saúde nos níveis secundários e terciários, trata-se de medida custo efetiva¹⁹.

Mendes¹⁹ salientava que os recursos do SUS não são suficientes para cumprir o preceito constitucional de um sistema público universal e gratuito. Mas, com desejo político poderia se fazer uma transformação na AB e isso agregaria um enorme valor à saúde da população brasileira.

Pode-se inferir, ainda que as opiniões dos participantes que optaram pela inclusão das especialidades no NASF, o fazem com ressalvas demonstrando que têm conhecimento das limitações deste enquanto aposta de resolubilidade da AB.

(...) acredito na política do NASF, entretanto penso que deveria (...) oferecer apoio para um número menor de equipes afim de ser mais resolutiva. T51(FO) IES3

As especialidades precisam estar vinculadas ao apoio da equipe base de atenção e cuidado, dando suporte de atenção (...) apenas em casos extremos, junto com o profissional da equipe. E76(EF) IES4

Estudo recente sobre o NASF, que analisou o processo de trabalho e as percepções dos seus profissionais acerca das situações geradoras de sofrimento no trabalho, evidenciou a resistência da ESF à proposta do NASF e a falta de compreensão de seu papel, bem como a sobrecarga de trabalho da ESF e a falta de uma rede articulada de atenção à saúde²⁶. O presente estudo é mais uma evidência de que a vinculação a muitas equipes, não consegue estabelecer uma relação de parceria com as equipes, que estão sobrecarregadas, e de vínculo com os usuários, que não reconhecem os profissionais do NASF como membros do serviço.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo desenvolvido, no contexto dos PRMS-AB com 100 profissionais, analisou o potencial da participação de profissões não inseridas na configuração das atuais equipes regulares da AB. Desses, 63 argumentaram em prol da inclusão de diferentes núcleos profissionais nas equipes da AB - quatro alegaram a epidemiologia e os demais o fortalecimento do vínculo e da resolutividade; 31 relativizaram que a participação por meio dos NASF é suficiente para atender as condições de saúde da população adstrita; e, seis consideraram ambas as opções.

A reflexão dos participantes que experienciaram a teoria e prática do cuidado na AB - como Residente, Egresso, Preceptor ou Tutor - demonstrou que o modelo apresentado pelo Ministério da Saúde para especialidades na AB, ainda demanda adequações para que consiga cumprir seus propósitos e reduzir os encaminhamentos para o nível secundário. E, revelou a conveniência de relativizar a participação de todas as profissões da saúde nas equipes da AB, para além do que está previsto na legislação, de acordo com a epidemiologia local.

Por ser pioneiro, este estudo encontrou limitações nas publicações existentes para tornar a discussão mais robusta. Pois, apesar da riqueza produzida nos periódicos, não congregam todos os profissionais e funções desempenhadas nos PRMS-AB.

Espera-se que este estudo abra espaços para novas discussões sobre a temática abordada e que fomente mais pesquisas no contexto dos PRMS-AB, envolvendo Residentes, Egressos, Preceptores e Tutores, em outras regiões do Brasil.

REFERÊNCIAS

1. Pereira DC. Interdisciplinaridade no Processo de Trabalho das Equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde. TCR, orientadora, Keli Regina Dal Prá. Florianópolis: UFSC/CCS. 2015.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília (DF); 2006. [Acesso 11 OUT 2019]. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria_648_28_03_2006.pdf>
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília (DF); 2011. [Acesso 11 OUT 2019]. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (DF); 2017. [Acesso 11 OUT 2019]. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM n.154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Brasília (DF); 2008. [Acesso 11 OUT 2019]. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html>
6. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Brasília (DF); 2009. [Acesso 11 OUT 2019]. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf>
7. Brasil. Ministério da Saúde/Ministério da Educação. Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005. Art. 13. Institui a Residência em Área Profissional de Saúde e cria a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde CNRMS. Brasília (DF); 2005. [Acesso 11 OUT 2019]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11129.htm>

-
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial Nº 2.117 de 3 de novembro de 2005. Institui no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação, a Residência Multiprofissional em Saúde e dá outras providências. Brasília (DF); 2005. [Acesso 11 OUT 2019]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15432-port-inter-n2117-03nov-2005&Itemid=30192>
 9. Brasil. Ministério da Saúde/Ministério da Educação. Portaria Interministerial MEC/MS Nº 1.077, de 12 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde, e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Brasília (DF); 2009. [Acesso 11 OUT 2019]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15462-por-1077-12nov-2009&Itemid=30192>
 10. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Brasília (DF); 2016. [Acesso 11 OUT 2019]. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html>
 11. Bardin L. Análise de Conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011. 229p.
 12. Haddad AE, Morita MC, Pierantoni CR, Brenelli SL, Passarela T, Campos FE. Formação de profissionais de saúde no Brasil: uma análise no período de 1991 a 2008. Rev Saúde Pública. 2010; 44(3): 383-393. [Acesso 10 OUT 2019]. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v44n3/1482.pdf>>
 13. Melo CNM, Chagas MIO, Feijão JRP, Dias MSA. Programa de Residência Multiprofissional em saúde da família de Sobral: uma avaliação de egressos a partir da inserção no mercado de trabalho. SANARE. 2012; 11(1): 18-25. [Acesso 11 OUT 2019]. Disponível em: <<https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/262>>
 14. Santos MV, Pereira DS, Siqueira MM. Uso de álcool e tabaco entre estudantes de psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo. J. bras. psiquiatr. [online]. 2013; (62)1:22-30. [Acesso 11 OUT 2019]. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v62n1/04.pdf>>
 15. Lucena CMF, Rodrigues FJ, Lucena PLC, Marques CCO, Adolfo AAP. Análise da formação pós-graduada em moldes de residência multiprofissional sob a ótica de preceptores/tutores e residentes. VII Jornada Internacional

– Políticas Públicas. 2015. São Luis, Maranhão. [Acesso 11 OUT 2019]. Disponível em: <<https://pdfs.semanticscholar.org/626c/b580a55af2c5b140a98d783be8cbaa7a8b23.pdf>>

16. Claudino J, Cordeiro R. Níveis de ansiedade e depressão nos alunos do curso de licenciatura em enfermagem – o caso particular dos alunos da Escola Superior de saúde de Porto Alegre. *Millenium – Journal of Education, Technologies and Health*. 2016; 32(11): 197-210. [Acesso 11 OUT 2019]. Disponível em: <<https://revistas.rcaap.pt/millennium/article/view/8403>>

17. Wermelinger M, Machado MH, Tavares MFL, Oliveira ES, Moyses NMN, Ferraz W. A Feminilização do Mercado de Trabalho em Saúde no Brasil. *Divulgação em Saúde para Debate*. 2010; 45(1): 54-70. [Acesso 11 OUT 2019]. Disponível em: <http://capacidadeshumanas.org/trajetoriainstitucionaldosus/wp-content/uploads/2017/11/Afeminizacaoomercadodetrabalho_Wermelinger.pdf>

18. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução CNRMS N° 2, de 13 de abril de 2012. Brasília (DF); 2012. [Acesso 11 OUT 2019]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15448-resol-cnrms-n2-13abril-2012&Itemid=30192>

19. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. 2012; 512p. [Acesso 11 OUT 2019]. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf>

20. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p. [Acesso 11 OUT 2019]. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>>

21. Bodstein R. A atenção básica na agenda da saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2002; 7(1): 401-12. [Acesso 11 OUT 2019]. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v7n3/13021.pdf>>

22. Coelho IB. Formas de pensar e organizar o sistema de saúde: de novo a questão dos modelos. In: Campos GWS, Guerrero AVP. Orgs. *Manual de Práticas em Atenção Básica: Saúde Ampliada e Compartilhada*. São Paulo. Aderaldo & Rothscild, 2008. [Acesso 15 OUT 2019]. Disponível em: <<http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/>>

23. Brasil. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília (DF); 2004. [Acesso 15 OUT 2019]. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1834.pdf>>

24. Organização Mundial da Saúde. Redes de profissões de saúde. Enfermagem e obstetrícia. Recursos humanos para a saúde. Marco para ação em educação interprofissional e prática colaborativa. Genebra, CH: RPSE-ORHS; 2010. [Acesso 15 OUT 2019]. Disponível em: <http://www.fnepas.org.br/oms_traduzido_2010.pdf>

25. Campos GWS, Gutierrez AC, Guerrero, AVP, Cunha GT. Reflexões sobre a Atenção Básica e a Estratégia de Saúde da Família. In: Campos GWS, Guerrero AVP. orgs. Manual de Práticas em Atenção Básica: Saúde Ampliada e Compartilhada. São Paulo. Aderaldo & Rothscild, 2008.

26. Nascimento DDG, Oliveira MAC. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. O Mundo da Saúde. 2010; 34(1): 92-96. [Acesso 15 OUT 2019]. Disponível em: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/74/12_revisao_reflexoes.pdf>