



Educação Permanente em Saúde na atenção ao idoso: dificuldades e facilidades do Núcleo de Apoio à Saúde da Família*

Continuing Health Education in elderly care: difficulties and facilitators of the Family Health Support Center

Educación Permanente en Salud en la atención al anciano: dificultades y facilidades del Núcleo de Apoyo a la Salud de la Familia

Iara Sescon Nogueira¹

Vanessa Denardi Antoniassi Baldissera¹

1. Universidade Estadual de Maringá.

Maringá, PR, Brasil.

RESUMO

Objetivos: Analisar as dificuldades e facilidades da Educação Permanente em Saúde desenvolvida pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família na atenção ao idoso. **Método:** Estudo qualitativo e exploratório-descritivo, desenvolvido com 46 profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Os dados foram obtidos pela técnica de Grupo Focal e analisados por lexicografia básica utilizando o *software* IRaMuTeQ®, por meio da Nuvem de Palavras. O referencial teórico-analítico adotado foi a Teoria Dialógica de Freire. **Resultados:** As dificuldades de Educação Permanente em Saúde na atenção ao idoso são mais vivenciadas do que as facilidades, e relacionou-se a falta ou ausência de apoio, ferramentas e subsídios. **Conclusão e implicações para a prática:** Retratar o universo da Educação Permanente em Saúde poderá contribuir com os movimentos de reflexão, planejamento e avaliação das práticas educativas e assistenciais acerca da saúde do idoso, praticadas pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Educação Continuada; Saúde do Idoso; Políticas Públicas de Saúde.

ABSTRACT

Objectives: To analyze the difficulties and facilitators of Continuing Health Education developed by the *Núcleo de Apoio à Saúde da Família* (NASF - Family Health Support Centers) in elderly care. **Method:** A qualitative and exploratory-descriptive study was developed with 46 NASF professionals. Data were obtained with the Focus Group technique and analyzed with basic lexicography using the IRaMuTeQ® software, through Word Clouds. The theoretical-analytical framework adopted was Freire's Dialogical Theory. **Results:** The difficulties of Continuing Health Education in elderly care were experienced more frequently than facilitators, which were associated with lack of support, instruments and resources. **Conclusion and implications for practice:** Portraying Continuing Health Education can contribute to the reflection, planning and evaluation of educational practices and elderly care practiced by the NASF.

Keywords: Primary Health Care; Continuing Education; Elderly Care; Public Health Policies.

RESUMEN

Objetivos: Analizar dificultades y facilidades de la Educación Permanente en Salud desarrollada por el Núcleo de Apoyo a la Salud de la Familia en atención al anciano. **Método:** Estudio cualitativo, exploratorio-descriptivo, desarrollado con 46 profesionales del Núcleo de Apoyo a la Salud de la Familia. Los datos fueron obtenidos por la técnica de Grupo Focal y analizados por lexicografía básica utilizando el *software* IRaMuTeQ®, por medio de Nube de Palabras. El referencial teórico-analítico adoptado fue la Teoría Dialógica de Freire. **Resultados:** Las dificultades son más vivenciadas que las facilidades; se relacionó la falta o ausencia de apoyo, herramientas y subsidios. **Conclusión e implicaciones para la práctica:** Retratar el universo de la Educación Permanente en Salud podrá contribuir en los movimientos de reflexión, planificación y evaluación de las prácticas educativas y asistenciales de salud del anciano en el Núcleo de Apoyo a la Salud de la Familia.

Palabras clave: Atención Primaria de Salud; Educación Continuada; Salud del Anciano; Políticas Públicas de Salud.

Autor correspondente:

Iara Sescon Nogueira.

E-mail: iara_nogueira@hotmail.com

Recebido em 05/02/2018.

Aprovado em 19/04/2018.

DOI: 10.1590/2177-9465-EAN-2018-0028

INTRODUÇÃO

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) são formados por profissionais de diversas áreas do conhecimento e atuam integrados às equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), compartilhando práticas e saberes em saúde e contribuindo para a melhoria da qualidade e da resolutividade das ações na Atenção Primária à Saúde (APS).¹

Os pressupostos do NASF pautam-se no matriciamento às equipes de ESF a partir das necessidades locais e por meio de atendimentos compartilhados e interprofissionais.¹ Assim, NASF e ESF qualificam a APS que, por sua vez, torna-se cenário estruturante e privilegiado para o ensino e a aprendizagem no trabalho, desvelando *locus* da Educação Permanente em Saúde (EPS).

Enquanto política relevante, a EPS considera os profissionais protagonistas em seus campos de atuação, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. Pauta-se na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho,²⁻⁴ sendo uma estratégia fundamental para a qualidade do cuidado em saúde, rompendo com a fragmentação do cuidado e fortalecendo os serviços.⁵

Pode-se inferir que o NASF, portanto, ao articular-se com a ESF e contribuir para a qualificação da APS por meio de trocas de saberes e práticas balizados pela realidade concreta do trabalho, carrega atribuições coerentes com os princípios da EPS ao possuir potencial educador juntamente aos profissionais vinculados à ESF. Essas atribuições educativas e transformadoras constroem aprendizagem coletiva¹ e, nesse sentido, o apoio matricial fornecido pelo NASF é um dos meios mais evidentes para concretizar a EPS.^{1,6}

No que se refere à saúde do idoso e considerando a magnitude do envelhecimento populacional, afirma-se que o cuidado às pessoas idosas deva se dar de forma integral envolvendo, necessariamente, a atenção multiprofissional. Contudo, as práticas desenvolvidas pela equipe da ESF têm alcance limitado, tornando-se oportuno o suporte técnico-pedagógico oferecido pelo NASF mediante o apoio matricial na área estratégica de reabilitação/saúde integral da pessoa idosa, ao considerar a realidade epidemiológica, cultural e socioeconômica da população assistida e, especialmente, o planejamento conjunto com as equipes de ESF que apoiam.¹

As ações de promoção da saúde, prevenção e tratamento das pessoas idosas dependem do desenvolvimento de competências dos profissionais de saúde no processo de cuidado integral na perspectiva do exercício do trabalho em equipe e interprofissional, sugerindo a articulação entre ESF e NASF como forma de melhorar a assistência prestada aos idosos.⁷

A formação profissional no manejo do envelhecimento ainda é limitada às ações curativas e descaracteriza a demanda principal da ESF centrada na prevenção e promoção da saúde a partir dos pressupostos do envelhecimento ativo e saudável.⁸ Cumpre destacar tratar-se de uma população para a qual os serviços de saúde precisam de estratégias adequadas

de enfrentamento, visto que as condições agudas e crônicas, senilidade e senescência coexistem^{7,8} e exigem profissionais hábeis e competentes.

Assim, a atuação do NASF junto à ESF torna-se indispensável, principalmente pelo apoio matricial que direciona e amplia o cuidado prestado à população idosa. Nessa direção, a interação dialógica que transforma saberes e práticas é uma prerrogativa que se faz coerente nas propostas de atenção à saúde partilhadas entre ESF e NASF que torna indissociável fazer e aprender, ancorado na *práxis* que evidencia ação-reflexão-ação.^{9,10}

Dessa forma, a articulação dos saberes e fazeres entre NASF e ESF pode ampliar as ações e cuidados aos idosos servindo de estratégia educativa da equipe por qualifica-la.¹ Nesse sentido, a EPS, marcada pelo diálogo autêntico^{9,10} acerca da atenção ao idoso é relevante e necessária, sobretudo por considerar a íntima relação entre os preceitos da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde,² as atribuições do NASF¹ e esse referencial teórico.

Entretanto, percebe-se uma distância entre EPS e sua concretização, envolta por desafios que dificultam a construção da EPS,¹¹ sobretudo na atenção à saúde do idoso. Nesse sentido, surgiu o seguinte questionamento: quais são as principais dificuldades e facilidades vivenciadas pelos profissionais do NASF para desenvolver EPS junto às equipes de ESF acerca da atenção ao idoso? Assim, objetivou-se analisar as dificuldades e facilidades das práticas de EPS desenvolvidas pelo NASF no contexto de atenção ao idoso.

MÉTODOS

Tratou-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, do tipo exploratória-descritiva, com caráter analítico interpretativo e desenvolvida em um município localizado na região Norte Central do estado do Paraná-Brasil. O público-alvo do estudo foram 53 profissionais de saúde integrantes de nove NASF existentes no município.

Os critérios de inclusão para participação na pesquisa foram: ser profissional do NASF; ter exercício laboral, no ano de 2016, e estar exercendo suas funções no NASF no período de coleta de dados. Todos os profissionais integrantes do NASF do município em questão que se enquadraram nos critérios de inclusão foram convidados a participar da pesquisa a partir de contato prévio, por meio de uma reunião agendada. Foram critérios de exclusão: profissionais que pertenciam à equipe NASF alvo do teste piloto para adequação do instrumento de coleta de dados. Sendo assim, participaram do estudo 46 profissionais de saúde pertencentes a oito equipes NASF.

A coleta de dados ocorreu no período de fevereiro a abril de 2017, por meio da técnica de Grupo Focal (GF),¹² que se configura como uma discussão em grupo, na qual a interação dos participantes possibilita explorar pontos de vistas a partir de reflexões, desenvolvendo ampla problematização e possibilitando aos participantes refletirem sobre as dificuldades e facilidades das práticas de EPS desenvolvidas por eles no que envolve à saúde do idoso.

O instrumento para a coleta de dados foi um roteiro elaborado pelas pesquisadoras e composto por questões disparadoras que subsidiaram as discussões nos GFs e que estavam relacionadas às práticas de EPS desenvolvidas pelos profissionais do NASF no que envolve a saúde do idoso, além de questões de investigação sociodemográficas e profissionais para caracterização dos participantes do estudo. Previamente, esse roteiro foi adequado por juízes e por GF piloto, a fim de garantir rigor metodológico e evitar vieses.

Assim, foi realizado um GF por equipe NASF, totalizando oito GFs, denominados GF1 a GF8, realizados no local e turno de trabalho dos profissionais, mediante agendamento prévio, com duração média de 49 minutos e integraram de quatro a sete participantes.

Cumprir esclarecer que o GF1 foi composto por um psicólogo, um fonoaudiólogo, um fisioterapeuta, um educador físico e um nutricionista. O GF2 por um assistente social, um nutricionista, um fisioterapeuta, um psicólogo, um farmacêutico e um educador físico. O GF3 por um nutricionista, uma assistente social, um farmacêutico, um terapeuta ocupacional, um fonoaudiólogo e um psicólogo. O GF4 por um terapeuta ocupacional, um fisioterapeuta, um educador físico, um psicólogo, um fonoaudiólogo e um nutricionista. O GF5 por um terapeuta ocupacional, um nutricionista, um assistente social, um fisioterapeuta, um educador físico, um psicólogo, um fonoaudiólogo. O GF6 por um fisioterapeuta, um nutricionista, um farmacêutico, um assistente social, um psicólogo, um educador físico e um fonoaudiólogo. O GF7 por um fonoaudiólogo, um psicólogo, um educador físico, um nutricionista e um farmacêutico. Já o GF8 foi composto por um nutricionista, um psicólogo e dois assistentes sociais.

Ressalta-se que a composição de cada equipe NASF é heterogênea e varia conforme definido pelos gestores municipais, considerando os critérios de prioridade identificados a partir dos dados epidemiológicos, das necessidades do território e das equipes de ESF que são apoiadas.¹ Essa composição refletiu na organização dos GFs com participações profissionais distintas, como citado anteriormente, mas não influenciou os resultados encontrados, já que o estudo centrou-se no olhar da equipe de NASF sobre o fenômeno pesquisado, independentemente das categorias profissionais que compõem cada equipe.

Os dados referentes a caracterização dos participantes foram processados através do programa computacional *Microsoft Excel 2010*[®] e analisados utilizando estatística descritiva simples.

Para organização, tratamento e análise dos dados, as discussões dos GFs foram gravadas em áudio, transcritas na íntegra pelas pesquisadoras e analisadas por lexicografia básica utilizando o *software* Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questions (IRaMuTeQ[®]).¹³ Por meio dele, foi utilizado a Nuvem de Palavras, mecanismo de análise que compõem o aplicativo e que faz análise lexical simples, organizando de modo gráfico as palavras em função da frequência que apareceram nos discursos, a partir de um

arquivo denominado *corpus*.¹³ Cada GF caracterizou um texto, e o conjunto desses textos, referentes às dificuldades e facilidades, constituiu os *corpus* de análise desta pesquisa.

Para atender o objetivo da pesquisa, os textos foram organizados em dois *corpus*, um sobre o manifesto das dificuldades enfrentadas pelos profissionais do NASF para desenvolver EPS na atenção ao idoso (*corpus* um), e outro referente as facilidades vivenciadas pelos mesmos (*corpus* dois), gerando assim, duas nuvens de palavras que serviram para análise interpretativa dos vocábulos apresentados.

Este estudo teve como referencial teórico-analítico a Teoria Dialógica de Freire^{9,10} no que se refere à transformação de saberes e práticas permeadas pelo diálogo autêntico.

Todos os preceitos éticos e legais estabelecidos pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde foram respeitados.¹⁴ Para assegurar o anonimato dos participantes, os relatos dos mesmos foram identificados com a sigla "GF", referindo-se ao termo "Grupo Focal", seguidos de números arábicos que correspondem à ordem da realização dos GFs.

A pesquisa faz parte de um estudo mais abrangente e foi submetida à apreciação ética pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual do município em questão e obteve parecer favorável nº 1.948.003/2017 (CAAE: 47111915.5.0000.0104).

RESULTADOS

Caracterização dos Participantes

Participaram do estudo 46 profissionais integrantes do NASF. Houve predominância do sexo feminino (n=39). A idade variou entre 24 a 61 anos, com média de 34,8 anos. Em relação a categoria profissional, oito eram nutricionistas, oito psicólogos, seis educadores físicos, seis assistentes sociais, seis fonoaudiólogos, cinco fisioterapeutas, quatro farmacêuticos e três terapeutas ocupacionais. O tempo de formação variou de três a 41 anos, média de 10,4 anos, e o tempo de atuação no NASF, variou de seis meses a oito anos, com média de três anos e oito meses.

Para discutir as facilidades e dificuldades de EPS, desenvolvida pelo NASF, é fundamental apresentar, ainda que de forma geral, quais são essas atividades, segundo eles, para que se possa contextualizá-las. Sendo assim, foram considerados momentos de EPS na atenção ao idoso: a discussão de casos, o matriciamento desencadeado pela iniciativa da gestão, as visitas domiciliares, a atuação nos grupos de educação em saúde e o diálogo informal proporcionado pelo cotidiano do trabalho.

Dificuldades enfrentadas pelos profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família para desenvolver Educação Permanente em Saúde na atenção ao idoso

No que refere às dificuldades, verificou-se que a palavra não apresentou maior frequência no *corpus* um (n=137), seguida da palavra equipe (n=62), representada na nuvem como equipa (português de Portugal). Na sequência, as palavras mais frequentes foram: falta (n=43), estar (n=38) e trabalho (n=26) (Figura 1).

Falta entendimento das atividades que o NASF deve desenvolver por parte dos diretores e gestores. É a falta de conhecimento das políticas do NASF, pelos diretores e outros profissionais também. (GF2)

Falta compreensão das propostas mais atuais de funcionamento da APS. Muitos profissionais trabalham com modelo de atenção muito tradicional, não fazendo sentido essa proposta que trazemos. (GF4)

Também, o fato dos profissionais de saúde não conseguirem estar juntos se mostrou outra dificuldade enfrentada para a EPS na *práxis* do NASF. A palavra estar significou o momento em que as equipes de NASF e ESF se encontram para trabalharem juntos, no entanto esses momentos são descritos pelos participantes da pesquisa como difíceis, no sentido de conciliar a agenda de todos os profissionais e oportunizar momento de estarem juntos:

Estar junto é difícil, antes era uma vez por semana, hoje lutamos para ser uma vez por mês. (GF6)

Encontrar um momento livre é um problema. [...] É difícil agendar para estarmos juntos. (GF7)

O processo de trabalho também foi apontado como uma das principais dificuldades para a EPS no contexto da APS e atenção ao idoso. Verificou-se que a sobrecarga de trabalho, o excesso de atividades assistenciais imposto pelo modelo de atenção médico hegemônico, o acúmulo de funções e a falta de profissionais dificultam e, muitas vezes, impedem a EPS:

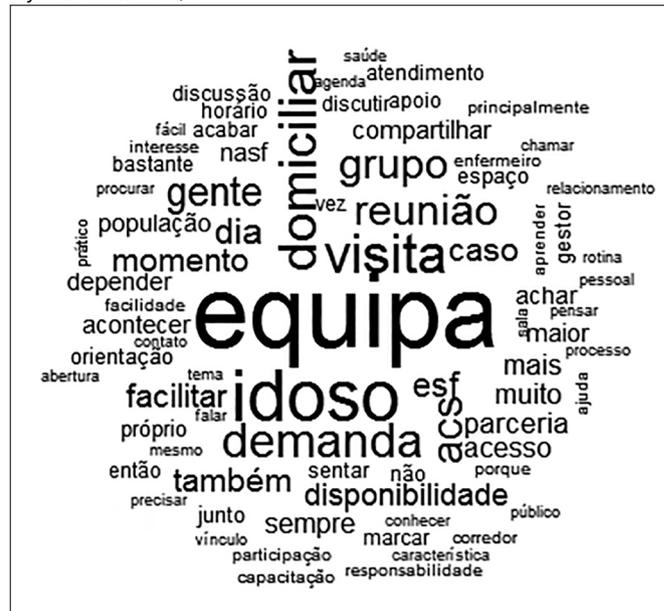
Pensando nas coisas que fazemos, nas unidades que estamos, nas diferentes atividades que realizamos, na quantidade de atendimentos... O processo de trabalho não contribui porque é muito amplo, muita demanda e muitas UBS. Equipe incompleta, também dificulta a EPS na atenção ao idoso e sobrecarrega os profissionais. (GF8)

Excesso de trabalho assistencial. Excesso de relatórios para fazer, então, a cabeça não está focada para a EPS na atenção ao idoso. Não está aberta para receber mais informações. (GF2)

Ações específicas que sinalizam facilidades vivenciadas pelos profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família para desenvolver Educação Permanente em Saúde na atenção ao idoso

Sobre as facilidades para desenvolver EPS na atenção ao idoso pelo NASF, verificou-se que existem, porém são pontuais e específicas. A palavra equipe apresentou maior frequência no *corpus* dois (n=49), seguida das palavras idoso (n=33), visita domiciliar (n=24), demanda (n=20), reunião (n=17) e grupo (n=17) (Figura 2).

Figura 2. Nuvem de Palavras: facilidades vivenciadas profissionais do NASF para desenvolver EPS na atenção ao idoso em um município do Norte Central do estado do Paraná, Brasil, 2017. Fonte: As autoras (2017). Organizado pelo software IRaMuTeQ®.



Destacou-se como facilidade para desenvolver EPS a equipe de ESF e isso pode ser observado pela presença da palavra equipe na zona central (Figura 2), evidenciando o destaque do vocábulo e significando o relacionamento positivo entre as equipes. O vínculo, o contato, a comunicação, a abertura, a receptividade e parceria entre as equipes são fatores facilitadores para que ocorra EPS acerca da saúde do idoso, além do interesse pessoal de cada profissional, conforme seguem os relatos:

Depende de cada equipe, tem equipe que é mais aberta e outras não [...] é mais fácil quando tem um relacionamento ou uma comunicação melhor com a equipe. (GF1)

A abertura das equipes, a receptividade delas, que é uma coisa que nós temos. E isso facilita a EPS na atenção ao idoso [...] precisa ter coparticipação da equipe. (GF8)

O vocábulo idoso representou a população-alvo das atividades educativas e também assistenciais. Segundo os participantes, os idosos são a maior população atendida por eles, o que facilita o desenvolvimento das práticas de EPS sobre essa temática pela presença frequente do idoso em diversas atividades do cotidiano do trabalho:

[...] nós conseguimos, a partir de um atendimento ao idoso, escolher um tema e trabalhar. Então, eu acho que essa é uma facilidade porque o idoso é muito frequente no serviço. (GF6)

Outra palavra frequente demonstrada na Figura 2 foi visita domiciliar (n=24), vista como uma facilitadora para o desenvolvimento da EPS, já que está incorporada no processo de trabalho das equipes. Relataram situações em que os profissionais do NASF realizam orientações no domicílio para o idoso e sua família e que sempre está presente algum profissional da ESF, geralmente o Agente Comunitário de Saúde (ACS), que aprende junto e passa a incorporar a orientação recebida em suas práticas cotidianas. Assim, a visita domiciliar foi considerada pelos profissionais do NASF como um momento enriquecedor de troca de saberes e de transformação das práticas na saúde do idoso:

Nas visitas domiciliares ao idoso nós sempre e, preferencialmente, levamos o ACS [...] e, é também, nesse momento, que nós estamos fazendo os atendimentos e eles estão junto da gente, escutando as nossas orientações e aprendendo. (GF1)

A visita domiciliar ajuda também! [...] No caminho, nós discutimos os casos dos idosos. Na volta, nós vamos dividindo reflexões: 'poxa, você percebeu isso e aquilo'. O próprio processo de trabalho facilita. (GF2)

A palavra demanda (n=20) também foi frequente (Figura 2). Na perspectiva dos entrevistados, a demanda de casos de idosos é elevada. As equipes de ESF, a partir da demanda, procuram o NASF para atuarem em conjunto, oportunizando momentos de EPS acerca da saúde do idoso:

Quando existe uma demanda que a equipe quer suprir e dar conta, tudo funciona, porque daí eles nos procuram e têm um interesse que se obtenham respostas. Então, a demanda de casos de idosos acaba sendo uma facilidade. (GF4)

A reunião das equipes de ESF, quando existente, também foi considerada um momento de EPS e uma facilidade, já que é nela que ocorre discussão de casos de idosos e muita troca de saberes, além de ser um momento fixado na agenda dos profissionais de saúde, facilitando a interação e o encontro entre eles:

Quando as equipes de ESF já têm a prática de realizar reuniões fica bem mais fácil, pois, a equipe já se encontra e organiza o tempo para sentar e conversar sobre a saúde dos idosos. (GF1)

Os grupos também facilitam para a transformação de saberes e práticas na saúde do idoso e também foram considerados momentos oportunos para a EPS. São os idosos que mais participam dos grupos, mesmo que esses grupos não sejam voltados especificamente para a essa população:

No momento dos grupos de orientações dentro da unidade, é um espaço que acontece também a EPS na atenção ao idoso. (GF2)

Esses grupos não são específicos para os idosos, mas, geralmente, a maioria das pessoas que frequentam já é idosa. Então, nós acabamos considerando como grupo de idosos, porque são sempre eles que estão presentes. (GF4)

Os grupos facilitam bastante, quando existem as parcerias com as equipes e elas frequentam o grupo. (GF5)

Outra questão levantada pelos participantes do estudo diz respeito ao direcionamento e ao apoio da gestão municipal de saúde para impulsionar a EPS. Apesar de não apresentar vocábulo em destaque, não são menos importantes. Palavras como capacitação (n=8), apoio (n=5) e responsabilidade (n=5), presentes na Figura 2, representaram o incentivo de capacitações e diretrizes municipais, que foram consideradas momentos proporcionados aos profissionais do NASF para efetivarem o matriciamento, entendido como EPS, representado na fala a seguir:

Quando o Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde (APSUS) chegou na atenção ao idoso, deu certo, porque era uma iniciativa do estado, e tivemos que fazer. O município comprou a ideia, deu mecanismos, falou o que poderíamos fazer, deu estrutura e tudo. É diferente do que pedimos para fazer uma capacitação interna. O apoio é outro. Na verdade, precisamos disso também, de um apoio e a responsabilidade de todos. (GF8)

DISCUSSÃO

Foi possível evidenciar as dificuldades enfrentadas pelos profissionais do NASF para desenvolver EPS na saúde do idoso com a ESF. O excesso de atividades assistenciais, atrelado à sobrecarga de trabalho, dificulta o trabalho educativo entre os profissionais, já que a maior parte do tempo são destinados a atender às demandas do serviço. Estes foram os mais expressivos entraves que comprometem os momentos de ação-reflexão-ação⁹ no cotidiano da atenção ao idoso, por vezes, inviabilizando a EPS desenvolvida por eles.¹¹ Certamente, a consequência é um real obstáculo à transformação das práticas na atenção ao idoso, na direção do envelhecimento ativo e saudável, reforçando a manutenção de ações curativas a essa população⁹ e afastando o papel técnico-pedagógico do NASF.

Embora a EPS na atenção ao idoso ocorra no cotidiano do trabalho, há necessidade de se instituir espaços de diálogos para trocas de saberes, a fim de superar a fragmentação da atenção profissional^{7,8,11} que impede os encontros autênticos^{9,10} para novas práticas na atenção ao idoso.

As condições inadequadas de trabalho clarificadas pela falta de materiais, serviços e recursos disponíveis para a população idosa influenciam o descontentamento dos profissionais com o próprio trabalho⁴ e atuam como empecilho para EPS,¹⁵ já que dificultam a crença na transformação e novamente são obstáculos para a relação dialógica⁹ que passam a ter no próprio trabalhador, a desesperança e o reforço dessa situação-limite⁹ como insuperável.

Os profissionais de saúde, ao desconhecerem seus próprios papéis como agentes transformadores da prática pela reflexão coletiva, desconhecem o potencial transformador e inventor do mundo,¹⁰ potencializado pela EPS que se faz pelo diálogo. Nesse sentido, é imperioso tornar-se consciente das amarras e envolver-se, em equipe, para superar as concepções tradicionais em suas práticas e constituir uma cultura crítica, o que, obviamente, só se alcança pelo diálogo.

Assim, essa superação ocorrerá quando os profissionais de saúde assumirem uma postura de parceria mútua no processo de aprendizagem, trabalhando coletivamente em busca de transformação^{9,10,15} das práticas de atenção ao idoso. A mudança é restrita àqueles que a escolhem, sujeitos do processo de transformação.⁹ O fazer pelo fazer, determinado pelo processo de trabalho alienante, sem a intencionalidade da transformação, não favorece a mudança na atenção ao idoso. Essa realidade, entretanto, foi encontrada neste estudo.

O modelo hegemônico de atenção à saúde vigente, como conseqüente à divisão parcelar do trabalho, com predomínio de ações curativas e dificuldade na execução do trabalho interprofissional prejudica o diálogo condutor da *práxis* que envolve a EPS.¹⁶ O processo de trabalho declarado, com ações de EPS pontuais, sinalizam que assim é a conjuntura na atenção ao idoso. Em alguma medida se faz necessário romper com essa alienação do trabalho e construir práticas de saúde voltadas para a construção de novas concepções de saúde e de outros modelos de atenção¹⁵ que abordem a integralidade da atenção ao idoso e considerem os demais influentes no envelhecer ativo e saudável - haja vista essa atual demanda para a APS.

Na direção do reforço das condições alienantes do trabalho, as determinações hierárquicas são fatores decisivos. A esse respeito, os participantes deste estudo enfatizam o desinteresse com a EPS na atenção ao idoso por parte dos gestores e também um desconhecimento sobre os papéis educativos desempenhados pelos NASF, dificultando a sua concretização. O poder polarizado nas decisões de organização do trabalho são condições reais que exemplificam a relação dominador-dominado, opressor-oprimido⁹ e, de certa forma, mantém sob o controle da gestão as ações realizadas pela APS, limitando a EPS na atenção ao idoso.

Como resultado, há ações cotidianas aos idosos sem resolutividade, justamente porque aqueles que as vivenciam - os profissionais da APS - são desencorajados pela gestão a refletir sobre elas e encontrar soluções pertinentes, uma vez que coíbem os momentos de diálogo emancipador entre NASF e ESF. O descompasso entre aprendizagem pelo trabalho e seu

desordenamento pela gestão municipal de saúde são dificuldades que ocasionam insucesso na implementação da EPS^{11,17} com manutenção de uma prática pouco transformadora às condições de envelhecimento.

Evidenciou-se, também, que esses momentos reflexivos e de diálogo tornam-se inexecutáveis pelo modelo atual de APS vigente na saúde do idoso. O privilégio às ações de diagnóstico, terapêutica e reabilitação foi evidente na priorização da atenção aos idosos. Para responder a esse propósito, dada a demanda de idosos, os profissionais de saúde envolvem-se com afinco na assistência individual ou coletiva e, por isso ficam impossibilitados de refletir sobre suas ações e de encontrar novas perspectivas para sua atuação, pois, a troca de saberes, que propicia a construção do conhecimento novo,⁹ acaba por ser dificultada.

A assertiva de que a EPS envolve o movimento dinâmico e dialético entre o fazer e o pensar sobre o fazer é fundamental para a transformação das práticas na saúde do idoso. É pensando criticamente a prática que se pode melhorar a própria prática.¹⁰ Entretanto, o fato de os profissionais não conseguirem aglutinar momentos para estarem juntos impede o diálogo e a reflexão das práticas desempenhadas por eles para o atendimento ao público idoso.

Destaca-se, contraditoriamente, que os profissionais de saúde vislumbram possibilidades para a EPS na atenção ao idoso emolduradas pelo próprio contexto do trabalho. Observou-se que as facilidades vivenciadas pelos profissionais do NASF, apesar de específicas e pontuais, estiveram relacionadas com situações concretas de trabalho em ato, ou seja, quando o NASF e a equipe de ESF atuam em comunhão em função de uma necessidade real dos idosos. Nesses casos, como elucidado, a ESF se demonstrou mais aberta e colaborativa ao diálogo. Independente das questões cotidianas e das diretrizes da gestão que inibem a possibilidade de aprender mediada pela prática, o trabalho colaborativo demonstrado pela união entre as equipes facilita o diálogo e, conseqüentemente, as práticas de EPS¹¹ com respostas positivas para a melhoria do cuidado prestado à população idosa.

Isso evidencia o caráter central da EPS. É, realmente, durante as situações de trabalho que a EPS deve se dar e não somente em situações específicas de capacitação, que nem sempre fazem sentido naquele momento para os profissionais de saúde.^{2,3} Assim, a capacidade de aprender, sobretudo para transformar a realidade, está intimamente relacionada à essência da prática reflexiva e da disponibilidade para o diálogo, que inaugura a relação dialógica¹⁰ na EPS na atenção ao idoso.

Coincidentemente, o trabalho realizado com o olhar aberto para transformações proporciona a facilitação do diálogo e a proximidade dos envolvidos,¹⁸ no entanto, observou-se que as contradições existentes no que se refere ao vocábulo equipe, permeado em ambas as análises (Figuras 1 e 2), fazem parte da complexidade do próprio trabalho em equipe. As contradições existem e são necessárias para a ação-reflexão-ação, pois levam à conscientização dos envolvidos^{9,10} durante o cotidiano do trabalho e do cuidado prestado à população idosa.

Também, os profissionais de saúde ao assumirem a população idosa enquanto realidade do serviço, conhecem as diferentes dimensões que caracterizam a essência na prática,¹⁰ o que torna mais seguro o desempenho das ações de EPS praticadas na saúde do idoso mediante a problematização do processo de trabalho.² O fato da grande demanda de idosos na APS torna previsível a urgência de aprendizagem mediado por essa prática.

Ainda, os profissionais de saúde compreendem que os momentos educativos no âmbito da EPS não precisam necessariamente acontecer no espaço físico da UBS, mas naqueles que englobam os trabalhadores e fazem parte do processo de trabalho dos mesmos. Essa concepção corrobora às premissas de EPS² e explica as possíveis maneiras de colocá-la em prática no cotidiano do trabalho, apontando a Visita Domiciliar (VD) realizada aos idosos como um desses meios.¹⁷

Durante a VD ao idoso, o ensinar é vivido pelos profissionais de saúde por meio da própria prática,⁹ facilitando o desenvolvimento de EPS na saúde do idoso e possibilitando a transformação das práticas, enquanto momentos ricos de diálogo, aprendizagem e de parceria entre profissionais de NASF e de ESF, permitindo trocas de saberes e fazeres.

É importante compreender e ressaltar que o processo de ensino-aprendizagem, quando se refere à EPS, não deve se restringir à transferência de conteúdos e informações,² pois ancora na educação libertadora e problematizadora. As experiências vivenciadas pelos profissionais devem ser consideradas, visto que influenciam as práticas assistenciais e são permeadas por valores, crenças e significações.⁹ Nesse sentido, a VD representou uma facilidade para o momento de educação horizontal e dialógica na atenção ao idoso no âmbito da EPS.

Outrossim, por meio da demanda elevada de casos envolvendo idosos, os profissionais de saúde integrantes da ESF assumem uma postura dialógica, aberta, curiosa e indagadora, ou seja, tornam-se epistemologicamente curiosos.¹⁰ Essa curiosidade aproxima os profissionais e os movimentam para a busca do conhecimento na atenção ao idoso, a partir do diálogo e da troca de saberes com os profissionais do NASF, buscando a educação que se refaz constantemente na *práxis*^{9,10} e efetivando o matriciamento.

Desta maneira, os profissionais integrantes do NASF não assumem mera postura educadora, uma vez que não são os que apenas educam, mas enquanto se colocam a fazer mediando a educação são educados em diálogo¹⁰ com os profissionais da ESF. Ambos, assim, tornam-se sujeitos do processo de EPS e o diálogo promovido pelas reuniões possibilita a construção de novos saberes e fazeres nas práticas de saúde do idoso. As reuniões estão incorporadas no processo de trabalho das equipes de ESF e, embora incipientes no presente estudo, foram destacadas como necessárias e de fato são consideradas momentos essenciais para a EPS,¹⁹ pois facilitam o diálogo autêntico entre NASF e ESF⁹ e transformam as práticas na atenção ao idoso.

Os grupos de Educação em Saúde estão inseridos no contexto do trabalho e nas práticas vigentes na atenção ao idoso imergindo os profissionais criticamente na realidade.⁹ Entretanto, lamentavelmente o desenvolvimento desses grupos ainda é centrado na doença e na proposta curativa, afirmando

a hegemonia da educação em saúde e demonstrando as fragilidades na realização das ações educativas na atenção ao idoso e os desafios em se consolidar uma prática que promova a saúde dessa população.¹⁸ Apesar disso, os participantes do estudo desvelaram, novamente, que são nesses momentos, em que as práticas permeadas pelo diálogo são problematizadas no trabalho, de fato, e entre os profissionais de saúde proporcionando condições para que se dê a superação do conhecimento ingênuo para o conhecimento crítico e reflexivo.

No contexto estudado, o apoio recebido pela gestão esteve presente por meio do "Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde" (APSUS). Criado no ano de 2011, pela Secretaria de Saúde do Estado do Paraná, sua missão era de organizar as ações e serviços da APS no estado. Para esse incentivo, na saúde do idoso, o APSUS compôs uma oficina específica instrumentalizando os profissionais de saúde para elaboração do planejamento da assistência com base na estratificação de risco.²⁰ Destaca-se a importância da criação de espaços dialógicos, que estimulem a troca de experiências entre os profissionais de saúde, a fim de transformar as práticas ao encontro das demandas da população idosa, por meio de planejamento coletivo e desenvolvimento de treinamentos baseados em discussões problematizadoras.^{18,21,22}

Interessante considerar que esse incentivo veio justamente da gestão municipal que, em momentos inespecíficos de encontro dialógico entre NASF e ESF, desencoraja a EPS, mas para diretrizes normativas como esta a incentiva. Tal fato permite considerar o formato doutrinador da gestão municipal e a pouca autonomia dos serviços de saúde locais para definir suas ações específicas de EPS. Essa realidade descortina o caráter pouco decisivo da gestão local em relação à EPS e a distância de sua missão enraizada na realidade concreta.³

Não desmerecendo as iniciativas verticalizadas de formação permanente, as capacitações e oficinas também são capazes de qualificar o atendimento oferecido ao idoso. No entanto, é importante não confundir e reduzir os propósitos referentes à EPS a apenas cursos, remetendo-se à Educação Continuada.³

Assim, os momentos de EPS, balizados pelo APSUS, poderiam levar os profissionais de saúde, cointencionados à realidade, ao encontro de uma tarefa em que todos eram sujeitos no ato, não somente para desvelá-la, mas, sim, criticamente conhecê-la, a fim de recriar este conhecimento.⁹ No entanto, a organização do processo de trabalho pelos trabalhadores da APS é o que poderia levar à transformação das práticas, de modo a transcender a transmissão de conhecimentos. Esse resultado não foi apreendido pelo estudo.

CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

Foi possível conhecer por meio da lexicografia básica, as dificuldades e as facilidades vivenciadas pelos profissionais do NASF para desenvolver EPS acerca da saúde do idoso. As palavras não e equipe foram as mais frequentes e se referiram às dificuldades, e sobre as facilidades vivenciadas, destacou-se as palavras equipe e idoso.

Pode-se concluir que os profissionais do NASF vivenciam mais dificuldades que facilidades para desenvolver EPS com a ESF acerca da saúde do idoso, e estão relacionadas a falta ou ausência de apoio, ferramentas e subsídios necessários para que ocorram a EPS. Observou-se que o relacionamento entre as equipes, a realização de VDs, as demandas abundantes de casos de idosos, as reuniões, os grupos e também as capacitações recebidas pela Secretaria de Saúde facilitam para a existência de EPS acerca da atenção ao idoso praticadas pelo NASF, embora específicas e pontuais.

Cabe destacar que foi possível identificar os diferentes conteúdos constituintes das nuvens de palavras, das dificuldades e facilidades, e verificou-se que a palavra equipe, permeou ambas as análises, porém com significados diferentes. Enquanto dificuldade, a palavra equipe significou a falta ou o não envolvimento dos profissionais de ESF acerca das práticas de EPS junto ao NASF, e no que diz respeito as facilidades, a palavra equipe relacionou-se aos relacionamentos positivos entre as equipes.

Retratar o universo da EPS poderá contribuir nos movimentos de reflexão, planejamento e avaliação das práticas educativas e assistenciais acerca da saúde do idoso, praticadas pelo NASF. Como limitações do estudo, destacou-se a ausência da inclusão e participação dos profissionais integrantes das equipes de ESF que, indiscutivelmente, acrescentaria novas perspectivas e novos olhares para as práticas de EPS desempenhadas pelo NASF acerca da saúde do idoso. Sugere-se novos estudos que abordem a perspectiva dos profissionais da ESF acerca dessa temática.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014.
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009.
3. Mishima SM, Aiub AC, Rigato AFG, Fortuna CM, Matumoto S, Ogata MN, et al. Managers' perspective on continuous health education in a region of São Paulo State. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2015; 49(4):665-73. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342015000400665&script=sci_abstract
4. Andrade RS, Caldas LBSN, Falcão MLP, Goes PSA. Processo de Trabalho em Unidade de Saúde da Família e a Educação Permanente. *Trab Educ Saúde* [Internet]. 2016; 14(2):505-21. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462016005002101&script=sci_abstract&lng=pt
5. Santos S, Tonhom SFR, Komatsu RS. Integralidade do cuidado ao idoso na Estratégia Saúde da Família-ESF. *CIAIQ2016* [Internet]. 2016; 2:1292-301. Available from: <http://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/view/886/870>
6. Bonfim IG, Bastos ENE, Góis CWL, Tófoli LF. Apoio matricial em saúde mental na atenção primária à saúde: uma análise da produção científica e documental. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2013 Jan; 17(45):287-300. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1414-32832013005000012&lng=pt&nrm=iso
7. Barros TB, Maia ER, Pagliuca LMF. Facilidades e dificuldades na assistência ao idoso na estratégia de saúde da família. *Rev Rene* [Internet]. 2011 Oct/Dec; 12(4):732-41. Available from: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-682322?lang=fr>
8. Oliveira AMS, Menezes TMO. A enfermeira no cuidado ao idoso na estratégia saúde da família: sentidos do vivido. *Rev Enferm UERJ* [Internet]. 2014 Jul/Aug; 22(4):513-8. Available from: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/15373/11628>
9. Freire P. *Pedagogia do Oprimido*. 50ª ed. Rio de Janeiro: Paz & Terra; 2011.
10. Freire P. *Pedagogia da Autonomia: Saberes necessários à prática educativa*. 48ª ed. Rio de Janeiro: Paz & Terra; 2014.
11. Viana DM, Nogueira CA, Araújo RS, Vieira RM, Rennó HMS, Oliveira VC. A educação permanente em saúde na perspectiva do enfermeiro na estratégia de saúde da família. *Rev Enferm Cent Oeste Min* [Internet]. 2015 May/Aug; 5(2):1658-68. Available from: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/470/868>
12. Backes DS, Colomé JS, Erdmann RH, Lunardi VL. Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. *Mundo Saúde* [Internet]. 2011; 35(4):438-42. Available from: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/artigos/grupo_focal_como_tecnica_coleta_analise_dados_pesquisa_qualitativa.pdf
13. Camargo BV, Justo AM. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. *Temas Psicol* [Internet]. 2013; 21(2):513-8. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2013000200016
14. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 466, de dezembro de 2012. Dispõe de Normas Técnicas envolvendo seres humanos. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012.
15. Oliveira SRG, Wendhausen ALP. (Re)significando a educação em saúde: dificuldades e possibilidades da Estratégia Saúde da Família. *Trab Educ Saúde* [Internet]. 2014; 12(1):129-47. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462014000100008&script=sci_abstract&lng=pt
16. Gigante RL, Campos GWS. Política de formação e educação permanente em saúde no Brasil: bases legais e referências teóricas. *Trab Educ Saúde* [Internet]. 2016; 14(3):747-63. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462016000300747&script=sci_abstract&lng=pt
17. Lima SAV, Albuquerque PC, Wenceslau LD. Educação permanente em saúde segundo os profissionais da gestão de Recife, Pernambuco. *Trab Educ Saúde* [Internet]. 2014; 12(2):425-41. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462014000200012&script=sci_abstract&lng=pt
18. Mendonça FTNF, Santos AS, Buso ALZ, Malaquias BSS. Health education with older adults: action research with primary care professionals. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2017; 70(4):792-9. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672017000400792&script=sci_abstract
19. Barbosa VBA, Ferreira MLSM, Barbosa PMK. Educação permanente em saúde: uma estratégia para a formação dos agentes comunitários de saúde. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2012 Mar; 33(1):56-63. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000100008
20. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Oficinas do APSUS. Saúde do Idoso na Atenção Primária à Saúde. Oficina 9. Saúde do Idoso. O APSUS Saúde do Idoso na Atenção Primária à Saúde. Paraná: Secretário de Estado da Saúde; 2014.
21. Miccas FL, Batista SHSS. Permanent education in health: a review. *Revista de Saúde Pública* [Internet]. 2014; 48(1):170-85. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n1/en_0034-8910-rsp-48-01-0170.pdf
22. Mekaro KS, Ogata MN, França Y. Concepções das práticas educativas dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. *Ciênc Cuid Saúde* [Internet]. 2014 Oct/Dec; 13(4):749-55. Available from: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/21942>

* Manuscrito extraído da dissertação intitulada "Atenção ao Idoso: Práticas de Educação Permanente em Saúde no contexto do Núcleo de Apoio à Saúde da Família", do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá, 2018.