

NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA: AS AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NO CENÁRIO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Family Health Support Center: Health Promotion Actions in the Family Health Strategy scenario

Angélica Passos Bonaldi¹, Maressa Daga Ribeiro²

RESUMO

As ações de promoção da saúde fazem parte do cotidiano de trabalho dos profissionais que atuam na estratégia saúde da família (ESF). Atualmente, a ESF conta com o Núcleo de apoio à saúde da família (NASF), criado pelo Ministério da Saúde com o objetivo de fortalecer as ações e aumentar a resolutividade. O presente estudo tem como objetivo compreender a organização das ações de promoção da saúde no cotidiano de trabalho de uma equipe NASF. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de caráter exploratório e descritivo, com análise temática. Os resultados demonstram um olhar reduzido sobre o conceito e as possibilidades de promoção da saúde, associado, por vezes, à prevenção. Foram destacadas ações com foco no desenvolvimento de habilidades pessoais direcionadas para a população adoecida e com pouca ênfase no caráter comunitário. Identificamos a dificuldade de integração e articulação entre equipes nucleares e NASF no cotidiano de trabalho. A temática exige uma análise contextualizada sobre os desafios apresentados, bem como a necessidade de fomentar espaços de discussão sobre promoção da saúde e as questões enfrentadas no processo de trabalho.

PALAVRAS-CHAVE: Promoção da Saúde; Saúde da Família; Trabalho.

ABSTRACT

Health promotion actions are part of the everyday job of professionals that work in the Family Health Strategy (FHS). Nowadays, the FHS is aided by the Family Health Support Center (FHSC), developed by the Health Ministry for the purpose of strengthening actions and increasing effectiveness. The intent of this study is to understand the organization of health promotion actions in the daily job routine of the FHSC team. This is qualitative research, exploratory and descriptive in nature, with a thematic analysis. The results demonstrate a reduced view on the concept and the possibilities of health promotion, at times associated with prevention. Emphasis was placed on the actions focused on personal skills development directed toward the population in poor health, and with low emphasis on the communitarian aspect. We have identified the integration and articulation issues between the centers' teams and the FHSC in everyday work. The topic demands a contextualized analysis regarding the challenges presented, as well the need to foster spaces for debate about health promotion and the issues confronted in the work process.

KEYWORDS: Health Promotion; Health Family; Work.

INTRODUÇÃO

A Constituição Brasileira/88 trouxe grandes inovações no campo social, e a saúde passa a ser considerada direito de todos e dever do estado, garantida por meio de políticas sociais e econômicas que visem à redução de danos e agravos à saúde por meio de ações de promoção, preven-

ção e recuperação.¹

Em 1990, foi promulgada a Lei 8.080 para regulamentar o Sistema Único de Saúde/SUS. A lei incorpora uma concepção de saúde ampliada, representada pelo bem-estar biopsicossocial, considerando que a saúde tem como fatores determinantes a forma de acesso da população aos bens e serviços essenciais para a qualidade de vida. O SUS

¹ Angélica Passos Bonaldi, especialista em Saúde da Família. Vinculação Profissional: Assistente Social em Centro de Atenção Psicossocial - Álcool e outras drogas pela Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina/SPDM E-mail: gebonaldi@hotmail.com

² Maressa Daga Ribeiro, enfermeira e Mestre. Casa de Saúde Santa Marcelina

institui que os serviços serão organizados de forma regionalizada e hierarquizados em níveis de complexidades crescentes, sendo eles: atenção primária, secundária, terciária e quartenária.²

A Atenção Primária à Saúde/APS passa a ser considerada porta de entrada do sistema e responsável pela coordenação do cuidado da saúde dos indivíduos, famílias e comunidade. Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), esse nível de atenção deve considerar os sujeitos em sua singularidade e complexidade, entendê-los em seu contexto sociocultural, direcionando um olhar integral sobre os fatores que possam comprometer as possibilidades de manter uma vida saudável.³

No que se refere à operacionalização da Atenção Básica, a PNAB tem a Estratégia Saúde da Família (ESF) como estratégia prioritária para sua organização, com atuação feita no território por meio de cadastramento domiciliar da população, diagnóstico situacional e ações de saúde pactuadas com a comunidade, mantendo uma postura pró-ativa em relação aos problemas de saúde. Assim, as atividades devem ser desenvolvidas a partir do planejamento e programação baseados no diagnóstico situacional, com foco na família e comunidade. Outro princípio é a integração com as demais instituições e organizações sociais do território, visando parcerias e a construção da cidadania.³

Em 2006, foi aprovada a Política Nacional de Promoção da Saúde/(PNPS) e a promoção da saúde passa a ser considerada um dos eixos da atenção básica. A política compreende promoção de saúde como uma estratégia que evidencia os fatores que impactam na saúde das pessoas, bem como suas necessidades e diferenças socioculturais.⁴

Buss⁵ ressalta que o conceito de promoção da saúde envolve a identificação e atuação sobre os determinantes socioeconômicos e culturais que influenciam as condições de saúde e qualidade de vida das pessoas. O autor considera que, para a promoção da saúde, faz-se necessária a mobilização de vários setores da sociedade além da saúde, bem como a comunidade e o poder público.⁵

Nesse contexto de mudanças de paradigmas e ampliação da ESF, em 2008, o Ministério da Saúde criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) com intuito de ampliar as ações e aumentar a resolutividade. Segundo a Portaria 154⁶, o NASF deve ser constituído por uma equipe multiprofissional para atuar em conjunto com as equipes saúde da família, compartilhando e apoiando as práticas em saúde. Estabelece atuação intersetorial e em ações interdisciplinares, educação permanente, noção de território, a integralidade, a participação social, a educação popular, a promoção da saúde e a humanização.⁶

Diante dos avanços e conquistas no cenário da saúde

pública brasileira, torna-se necessário compreender e analisar a aplicabilidade de tais políticas norteadoras dentro da realidade de atuação dos profissionais de saúde, sobretudo em grandes centros urbanos, considerando as dimensões geográficas, as desigualdades sociais, a complexidade das condições de vida, e os desafios de articulação e efetivação das políticas públicas.

Entendendo que o Ministério da Saúde prevê mecanismos para lidar com tal complexidade e aumentar a resolutividade da atenção primária, cabe-nos indagar como a organização do processo de trabalho do NASF e a sua relação com as equipes nucleares podem facilitar ou dificultar as ações de promoção da saúde, entendendo que o processo de trabalho, por vezes, aparece como um dificultador dessas ações.

O presente estudo tem como objetivo compreender a organização das ações de promoção da saúde no cotidiano de trabalho do NASF, em uma unidade saúde da família localizada na zona leste de São Paulo. Nesse sentido, busca identificar a percepção dos profissionais NASF em relação ao conceito de promoção da Saúde, a organização dessas ações no cotidiano de trabalho do NASF e sua interface com as equipes nucleares; e identificar quais ações de promoção da saúde são realizadas pela equipe NASF e as limitações para sua efetivação.

METODOLOGIA

Materiais e Métodos

Pesquisa qualitativa, com caráter exploratório e descritivo, com análise temática. Tendo em vista a subjetividade do estudo, como fundamenta Minayo⁷, o método qualitativo é o que possibilita captar os processos históricos e sociais de determinados grupos e contribui para construção de novas abordagens, conceitos e categorias, na medida em que se propõe estudar as relações, as percepções, as representações e a interpretação dos seres humanos sobre seu modo de vida. As pesquisas exploratórias, segundo Gil⁸, têm como finalidade explorar temas que, em geral, são pouco explorados e proporcionar uma visão geral a respeito do fenômeno estudado.

Já as pesquisas descritivas têm como objetivo descrever as características de um fenômeno, por vezes buscando a natureza de suas relações, como conceitua Gil.⁸

Por meio da análise temática, buscam-se ainda núcleos de sentidos que compõem a comunicação. A presença ou frequência desses núcleos de sentido traduzem um significado para o objeto analisado. Numa perspectiva qualitativa, a presença de determinados temas demonstram valores de referência e modelos de comportamentos.⁷

Local do estudo

A pesquisa foi realizada em uma Unidade Básica de Saúde/UBS com ESF e NASF, localizada na zona leste de São Paulo, subdistrito de Guaianases, com sete Equipes Saúde da Família completas (médico, enfermeiro, dois auxiliares e cinco agentes comunitários de saúde). Nessa UBS, estão cadastradas aproximadamente 28 mil pessoas, com funcionamento de segunda a sexta, das 7h às 19h. A gestão do serviço se dá por meio de parceria entre Secretaria Municipal de Saúde e uma Organização Social de Saúde. A equipe NASF é composta por coordenador; dois Fisioterapeutas (20h); dois Terapeutas Ocupacionais (20h); um Psicólogo; um Profissional da Educação Física; e um Fonoaudiólogo. A equipe de apoio permanece na UBS para desenvolver seu trabalho em três dias da semana.

População de estudo

O estudo foi realizado com sete profissionais NASF convidados a participar da pesquisa, sorteados por categoria profissional, e coordenador NASF.

Coleta de dados

Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas realizadas em ambiente tranquilo, livre de ruídos e interferências. As entrevistas semiestruturadas seguem um roteiro elaborado e combinam perguntas estruturadas e abertas em que o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto.⁷ As entrevistas foram gravadas, mediante a autorização dos entrevistados, e transcritas. Após a transcrição e utilização dos dados, o material foi descartado.

Procedimentos éticos

A pesquisa seguiu as recomendações da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/CNS⁹ que define normas e diretrizes para a realização de pesquisas com seres humanos. O presente estudo foi aprovado pelo comitê de ética da Prefeitura Municipal de São Paulo.

Caracterização dos entrevistados

Para a pesquisa foi selecionada uma amostra de sete profissionais NASF. Entre os profissionais, 85,5% estão na faixa etária de 30 a 39 anos; 71,5% são do sexo feminino, 57% com tempo de formação de 6 a 10 anos e 42,5% atuam na ESF entre um e dois anos, conforme a tabela 1.

Tabela 1 - Caracterização do perfil dos entrevistados.

Faixa etária	Nº	%
20-29	1	14,5
30-39	6	85,5
Total	7	100,0
Sexo		%
Masculino	2	28,5
Feminino	5	71,5
Total	7	100,0
Tempo de formação/anos		
1-5	2	28,5
6-10	4	57
11-15	0	0
16-20	1	14,5
Total	7	100,0
Tempo de atuação na ESF/anos		
0-1	2	28,5
1-2	3	42,5
3-4	1	14,5
5-6	0	0
7-8	1	14,5
Total	7	100,0

Fonte: Elaborado pela autora.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A percepção dos profissionais NASF em relação à promoção da saúde e ações desenvolvidas no cotidiano da Estratégia Saúde da Família

A Carta de Ottawa define Promoção da Saúde como “[...] o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo.” O conceito propõe articulação de saberes técnicos e populares, bem como a mobilização de recursos institucionais e comunitários, além de basear-se em uma concepção ampla sobre o processo saúde-doença e seus determinantes, e em uma gama de estratégias que envolvem o Estado por meio de políticas públicas, o fortalecimento comunitário, o desenvolvimento habilidades pessoais e parcerias inter-setoriais.¹⁰

A partir da definição do conceito de promoção da saúde, o conteúdo analisado demonstra que os profissionais, de modo geral, entendem promoção da saúde como a busca por melhoria da qualidade de vida, do bem-estar biopsicossocial. Como expressam os fragmentos a seguir:

“Promoção da saúde são ações que visam a melhoria da qualidade de vida da população.” (C)

“[...] promoção da saúde é você [...] conscientizar os seus pacientes para uma melhor qualidade de vida, [...] oferecer para eles uma forma fácil de viver, [...] é você ter em mãos um leque de tarefas a oferecer.” (D)

“[...] é buscar um bem-estar, né, biopsicossocial da pessoa através daquilo que eu posso orientar, [...] ensinar, [...] mostrar para ele que pode ser melhor. E prevenir também, né, através da promoção eu consigo a prevenção.” (E)

“[...] Pensar na saúde e trabalhá-la com qualidade, [...] entender qual é o processo de adoecimento e ter atitudes que façam com que a saúde não venha a piorar.” (F)

Podemos considerar que as percepções apresentadas aproximam-se das observadas na literatura, porém com olhar reduzido e, na maioria das falas, o conceito aparece associado à prevenção. Apenas em duas falas o conceito de promoção da saúde foi associado à atuação nos determinantes, no envolvimento comunitário e no fortalecimento da autonomia, além de se pensar em outros setores. Como podemos observar nos fragmentos destacados:

“[...] seria você ter a capacidade de fazer as suas coisas, né, de atuar nos determinantes que existem ali, entender o processo saúde-doença e se empoderar para fazer isso. [...] trabalhar um pouco das questões da cultura, lazer, dos cuidados com a saúde, da promoção educacional, [...] porque daí eu entendo a saúde como acesso a transporte, a cultura, ao lazer, [...] a questão do emprego.” (B)

“[...] é possibilitar através de diferentes estratégias que a população, os indivíduos consigam desenvolver coisas, ações em sua vida com foco no bem-estar e qualidade de vida, [...] trabalhar essa autonomia.” (G)

Buss⁵ caracteriza o conceito moderno de Promoção da Saúde pelo papel de protagonismo dos determinantes sobre as condições de saúde, além de considerá-la como produto da conjuntura social e com fatores ligados à qualidade de vida, incluindo padrão de alimentação e nutrição, condições adequadas de trabalho e renda, oportunidade de educação, ambiente físico limpo, apoio social à famílias e indivíduos, estilo de vida e cuidados com a saúde. Nessa perspectiva, as atividades de promoção da saúde devem estar voltadas ao coletivo e ao ambiente, e só é possível por meio de políticas intersetoriais, ambientes favoráveis para o desenvolvimento da saúde, reforço da capacidade

dos indivíduos e comunidades.⁵

Para Campos *et al*¹¹, a promoção da saúde configura-se como um conjunto de ações em todos os níveis de complexidade do SUS que retira o olhar e a escuta dos profissionais sobre a doença e direciona sua atenção para os sujeitos e suas possibilidades de criação da própria vida. Tem como finalidade a construção de autonomia durante o processo de cuidado e está comprometida com serviços e ações que proporcionem protagonismo aos sujeitos na produção da saúde.¹¹

O conceito “autonomia” é entendido pelos autores como a construção de capacidades analíticas e de responsabilização no processo de cuidado dos indivíduos e com o ambiente, e não como mero processo de escolhas individuais, um exercício de vontade.¹¹

Entre as ações destacadas pelos profissionais, quando questionados sobre as ações de promoção da saúde em seu cotidiano de trabalho, a maioria identifica-as como espaço para a promoção da saúde, incluindo grupos de esporte, espaço de socialização, palestras educativas, alimentação saudável, orientação e aconselhamento, incentivo educacional, tendo como foco o desenvolvimento de habilidades pessoais. Porém as falas evidenciam que as ações estão focadas na prevenção e reabilitação, como podemos identificar nos fragmentos a seguir:

“[...] grupo de dança, que trabalha a coordenação motora e o equilíbrio, porque são pessoas que a gente tá vendo que tem falta de equilíbrio, má postura, perda de memória fácil, [...] a localizada que fortalece a massa muscular e fortalece a estrutura óssea, [...] tem o alongamento que a gente oferece para o alívio da dor e o desenvolvimento da flexibilidade.” (D)

“[...] algumas orientações a gente consegue dar, [...] num grupo de coluna eu consigo promover, eu consigo evitar algumas coisas, uma doença mais grave, [...] dar algumas orientações para o dia-a-dia.” (E)

“[...] o grupo cinesioterapia, onde a gente trabalha a saúde do corpo e manutenção do corpo saudável em pessoas que tem dor crônica e dentro desse grupo a gente fala sobre outras questões do adoecimento como DLA, HAS, alimentação, e como prevenir para que o corpo não volte a adoecer.” (F)

“Acho que algumas palestras educativas, [...] atividades de aconselhamento e orientação a pais, [...] sair um pouco da questão da doença e trazer um pouco eles também, para que eles não tenham que ficar o tempo todo trabalhando só com o que já está instalado, mas também coisas que não precisam acontecer. Evitar um sintoma.” (C)

Buss¹⁰ adverte-nos sobre um ponto crítico envolvendo as ações de promoção e prevenção da saúde, que seria a linha divisória entre uma ação e outra, embora as considere complementares no processo saúde-doença-cuidado. Para o autor, as ações de promoção da saúde têm enfoque mais amplo, pois buscam identificar e enfrentar os macrodeterminantes do processo saúde-doença, bem como transformá-los em favor da saúde. Baseia-se na concepção de saúde para além da ausência de doença. Portanto o autor considera que os sujeitos sem evidência clínica podem ser fortalecidos com o objetivo de obterem maiores capacidades funcionais, sensações de bem-estar e desenvolvimento individual e coletivo.¹⁰

Já as ações de prevenção são definidas por intervenções com objetivo de evitar o surgimento de doenças, de controle, redução de risco e outros agravos. Pressupõe uma ação antecipada e os projetos estão estruturados sob forma de divulgação de informações científicas e recomendações de mudanças de hábitos.¹²

Embora os entrevistados elenquem espaços de promoção da saúde, as ações se limitam ao desenvolvimento de habilidades pessoais e tendem a ser direcionadas para a população adoecida. Não foi destacada ação intersetorial e de fortalecimento comunitário. Ao refletirmos sobre a literatura apresentada, torna-se evidente a dificuldade dos entrevistados em diferenciar as ações de promoção e prevenção. Mas é importante ressaltar que alguns profissionais apresentam crítica em relação ao foco do trabalho desempenhado atualmente, tendo clareza de que o trabalho, por vezes, ocorre em nível de reabilitação e que as ações ainda estão permeadas pela assistência. Inclusive pontuam dificuldades de efetivarem as ações de promoção da saúde porque a demanda ainda está focada na doença e pela dificuldade de articulação com as equipes SF.

“Acho que as ações aqui ainda são permeadas pela assistência. Acho que deveria ter mais ações de promoção, acho que o PSF é basicamente isso. Infelizmente, eu que sou nova aqui não estou conseguindo efetivar isso. [...] pode-se pensar em ações também no território, [...] também o cuidado com a comunidade.” (B)

“Dentro dos próprios grupos a gente faz um trabalho que às vezes não é mais nem prevenção, né, já é uma reabilitação.” (E)

“[...] a gente vem com um modelo de matriciamento, a gente acaba compartilhando os casos com as equipes e as equipes ainda estão muito focadas na assistência, e a minha equipe acaba atuando muito [...] com ações curativas. Eu vejo que a equipe consegue realizar, mas que ainda acaba tendo predomínio por ações focadas na doença. [...] algumas ações

eles conseguem fazer muito desarticuladas com a equipe de saúde, e aí não é a proposta do NASF.” (G)

O planejamento das ações de promoção da saúde e as limitações para sua efetivação

O planejamento pode ser caracterizado pela elaboração de um plano que visa uma possibilidade de mudança. Envolve um conjunto de conhecimentos e práticas com objetivo de interagir com a realidade, pensar em estratégias e ações necessárias para viabilizar a concretização de objetivos e metas desejados. Na saúde, serve como instrumento para melhorar o desempenho, a produção e aumentar a eficácia das ações de proteção, promoção, recuperação e reabilitação da saúde.¹³

Em relação ao planejamento das ações de promoção da saúde na organização do processo de trabalho, os sujeitos da pesquisa destacaram que o fazem a partir da demanda trazida para a equipe NASF, e também dos indicadores de saúde e as metas que aparecem como norteadores para o trabalho. Porém destacaram que há dificuldade no planejamento dessas ações devido à desarticulação com as equipes SF, a rotatividade de profissionais e o perfil das demandas que chegam à equipe. Como expressam os fragmentos a seguir:

“A gente costuma planejar as ações em equipe. É, fica só o NASF planejando sozinho, a ESF não participa de nenhuma etapa, [...] às vezes acontece de vir da demanda, a gente suscita a questão e pensar na promoção ali na reunião, mas é só isso, ninguém se engaja para fazer junto.” (B)

“[...] eu fiz um levantamento do que realmente está adoecendo a população para oferecer grupos que venham acolher essa demanda.” (D)

“[...] a gente tem um norteador, [...] mas a gente vê que tenta responder um pouco daquilo que a equipe traz, [...] eu tive muita mudança na equipe, mas acaba que os novos chegam, eles iniciam o planejamento nos três níveis de assistência, mas depois isso vai caindo por terra por causa da demanda que vai acontecendo e novas solicitações que o serviço vai tendo.” (G)

Na ESF, as equipes nucleares têm como objetivo a assistência integral, contínua, resolutiva e com qualidade. Esse objetivo requer uma abordagem multiprofissional, diagnóstico de realidade, planejamento das ações e organização horizontal do processo de trabalho, bem como o compartilhamento das decisões. O que traz um desafio, na medida em que exige a construção de um novo modelo

assistencial e o rompimento com o modelo biomédico.¹⁴

De acordo com as diretrizes e parâmetros norteadores das ações do NASF, lançada pela Secretaria Municipal de São Paulo, o NASF deve conhecer o território, bem como integrar às atividades realizadas nas Unidades básicas de saúde/UBS. Nesse sentido, deve participar do planejamento e organização do serviço e promover a articulação com a comunidade e os equipamentos.¹⁵

Apesar das diretrizes apresentadas, os resultados da pesquisa evidenciam que atualmente o planejamento das ações de promoção da saúde acontece de forma desarticulada entre NASF e Equipe SF. Os resultados apontam que não há participação efetiva dos profissionais NASF na realização de diagnósticos de saúde e no planejamento estratégico das equipes SF e da UBS.

“Às vezes o que eu vejo [...], é muito feito em cima da hora as coisas, e [...] o resultado que às vezes a gente espera não é a meta que eles exigem. Então, acho que [...] se tudo ser feito em conjunto, tanto os profissionais [...] já na UBS, a ESF, tanto os profissionais de apoio, que é o NASF, eu acho que se tivesse ações mais compartilhadas [...] o trabalho seria melhor.” (A)

“[...] muitos grupos importantes acabam acontecendo no dia que não estamos aqui na unidade e aí eu acho que o erro maior é na construção do planejamento. [...] no dia que estamos presentes que a gente tenta realizar alguns grupos, não dá, por conta da agenda, por conta de supervisão, [...] e por conta de médicos e enfermeiros que nem querem participar mesmo.” (D)

Vale ressaltar que a participação da comunidade no processo de planejamento não foi pontuada pelos entrevistados e que os resultados da pesquisa evidenciam o destaque dos indicadores como base para o planejamento. Como podemos identificar nas falas destacadas abaixo:

“A partir do que a gente observa dos pacientes, das demandas que chegam, das coisas que a gente escuta na escola, assim como também a gente consegue em algumas reuniões verificar os indicadores que estão abaixo e o que a gente pode fazer para tentar melhorar isso.” (C)

“A cobrança é muito feita em cima dos indicadores de contrato e que às vezes o foco vai estar muito na doença que é prioridade do PSF, [...] as práticas que têm mais caráter de promoção da saúde, educação em saúde, eu vejo que mesmo assim a gente acaba trazendo para doença, [...] eu acho que a estrutura da saúde da família tá muito focada nisso.” (G)

Buss⁵ ressalta que a ESF pressupõe a realização de diagnósticos de saúde compartilhados entre profissionais e comunidade, considerando as situações de saúde de indivíduos e famílias, bem como os determinantes sociais e externos ao setor saúde. Também considera os indicadores de saúde tradicionais insuficientes para contemplar toda a complexidade envolvendo as questões de saúde. Assim a percepção da comunidade sobre saúde torna-se fundamental para a definição de ações para promoção da saúde.

Embora a literatura ressalte o caráter inovador inerente à proposta de trabalho na ESF, como a construção de um novo modelo assistencial e o compartilhamento de saberes e práticas, os resultados da pesquisa apontam dificuldade de integração dos profissionais NASF na dinâmica de trabalho das equipes nucleares, bem como o foco em indicadores pré-estabelecidos. Isso pode dificultar a realização de diagnóstico de saúde ampliado, o planejamento compartilhado entre equipe nuclear/NASF e a comunidade, e a inserção de ações com foco mais abrangente. Além disso, também pode dificultar a identificação dos macrodeterminantes, das possibilidades de fortalecimento comunitário e a realização de ações compartilhadas.

Em relação às limitações enfrentadas para efetivar as ações de promoção da saúde, os profissionais NASF elencaram alguns elementos relacionados à falta de recursos materiais, espaço físico adequado, recursos humanos, embora pontuem que buscam estratégias de adaptação, consideraram esses fatores importantes.

O principal elemento identificado nas falas foi a dificuldade de articulação com os profissionais da ESF, incluindo a dificuldade de entendimento e aceitação da proposta de trabalho do NASF, bem como sua desvalorização, além da realização de ações compartilhadas. Outro fator pontuado foi a estrutura da ESF, baseada nas prioridades de atendimento e, com isso, a cobrança de metas, indicadores e por ações focadas na doença, considerando que a forma de trabalho da ESF impacta no trabalho do NASF.

Os profissionais destacaram ainda a dificuldade de adesão e valorização por parte dos profissionais de saúde e da comunidade em relação às ações grupais e com foco no bem-estar. Como evidenciam as falas a seguir:

“Material, falta de estrutura local, [...] às vezes recursos humanos mesmo, [...] por exemplo, [...] você pede ajuda para alguém da ESF e eles se prontificam a ajudar, mas muitas vezes, no momento eles não participam da elaboração e na maioria das vezes não participam da realização das atividades, assim como a divulgação de algumas coisas fica prejudicada, eles parecem não valorizar tanto assim o trabalho, mesmo

com as sensibilizações que já foram feitas.” (C)

“Acho que tem bastante dificuldade, até mesmo em relação à ESF saber que o nosso papel aqui é de apoio e de compartilhar os casos e não apenas ter um acompanhamento longitudinal sem eles.” (C)

“De se atuar na demanda, existe muita cobrança pela assistência também, pela própria ESF, eles olham para gente como profissionais que devem atender a demanda.” (B)

“[...] fica às vezes só restrito ao NASF e eu acho que seria importante isso abrir, [...] esse trabalho junto com a ESF, não ficar só limitado ao NASF.” (E)

Lancman e Barros¹⁶ destacam que, entre as principais dificuldades enfrentadas pelo NASF, no âmbito estrutural, estão as diferentes formas de organização do processo de trabalho envolvendo as Equipes SF e NASF. As autoras consideram que, embora se preconize o trabalho compartilhado, as metas exigidas para os profissionais SF, sobretudo médicos e enfermeiros, dificultam a articulação com a proposta de trabalho do NASF.

As mesmas autoras pontuam, ainda, que o excesso de demanda e a carência de recursos também dificultam a concretização do processo de trabalho. A dificuldade de articulação com os demais níveis de complexidade do SUS pode levar à pressão dos profissionais NASF, por parte da comunidade ou equipes SF, a realizarem ações em nível ambulatorial, individual e de reabilitação.¹⁶ Assim, observamos que os resultados apresentados na pesquisa condizem com estudos anteriores acerca da realidade de atuação na ESF.

A relação entre equipe NASF e equipe nuclear para a construção de ações de promoção da saúde

Podemos considerar o trabalho em equipe multiprofissional como um trabalho coletivo, construído pela relação recíproca, envolvendo a interação de profissionais de diferentes áreas e múltiplas intervenções técnicas, que, por meio da comunicação, constroem ações articuladas e cooperação.¹⁷

No que se refere à relação entre as equipes, quando questionados sobre as ações de promoção da saúde integradas às equipes nucleares, a maioria dos entrevistados pontuaram que a relação entre as equipes não é próxima. As falas demonstram uma relação com dificuldades de integração, diálogo e construção de trabalho compartilhado, permeada por falta de entendimento sobre a proposta de trabalho ou de aceitação. Outro elemento destacado foi a

cobrança por assistência e dificuldade de corresponsabilização entre as equipes, o que gera uma incompatibilidade entre expectativa e proposta de atuação.

A rotatividade de profissionais foi destacada como fator dificultador para promover uma boa relação entre as equipes. Vale ressaltar que alguns entrevistados observam melhora na relação, porém pontuam estar longe do ideal. Como demonstram os fragmentos a seguir:

“Hoje eu acho que uns 40% das 12 equipes a gente tem um bom diálogo, [...] consegue fazer algumas coisas compartilhadas, [...] os outros 60% ou não quer, ou acha que o NASF está na unidade para atender, [...] eles não veem isso como apoio. Eu não sei se é porque eles não entendem o papel do NASF, ou entende e finge que não entende.” (A)

“Eu não vejo uma aproximação, eu não vejo eles enxergando a equipe com um olhar positivo. [...] existe a equipe que não aceita o programa, existe aquela equipe que não vê a importância do matriciamento, da discussão, da construção do PTS, existe outras equipes que não querem se aproximar mesmo.” (D)

“[...] se a gente for pegar indicadores mais objetivos, que é o número de atendimentos e grupos compartilhados, e até mesmo as questões mais subjetivas, que é mesmo relatos dessa relação de apoio, a gente observa uma melhora, mas tá muito longe de ser o ideal. [...] eu acho ainda uma relação muito estremecida porque a gente [...] tem muita rotatividade de profissionais.” (G)

O processo de implantação do NASF na cidade de São Paulo foi pautado na ideia de que o núcleo não se configuraria como nova rede de apoio, e sim como estratégia de fortalecimento da rede de cuidado, com objetivo de ampliar e qualificar a assistência. Partiu do entendimento de que, para a efetividade das ações do NASF, faz-se necessário o exercício de compromisso e responsabilidade entre os profissionais envolvidos.¹⁵

Peduzzi¹⁷ destaca que o ‘trabalho em equipe’, no setor saúde, configura-se pela integração, a mudança da concepção de saúde e doença, e alterações no processo de trabalho. Essa noção resulta de mudanças nas políticas de saúde, trazendo crítica à formação especializada e curativa dos profissionais, incentivando a utilização de métodos que estimulem a atuação multiprofissional. A autora ressalta que atualmente há um consenso sobre essa forma de trabalho na saúde, porém ainda predomina a noção de equipe restrita à coexistência de profissionais numa mesma situação de trabalho, compartilhando espaço físico e

usuários, o que dificulta o trabalho em equipe, já que esse pressupõe integração.

As falas a seguir expressam que, atualmente, os sujeitos da pesquisa não conseguiram construir meios de efetivar um ‘trabalho em equipe’ com as equipes nucleares. Como podemos observar nas falas a seguir:

“[...] só quer fazer um jogo de futebol, passando a bola para o NASF e então isso acaba impedindo da gente construir ações conjuntas, assim, compartilhadas, atendimento acontece, bem pouco.” (D)

“[...] nos meus grupos eu não tenho a participação deles, efetiva, assim, eles mandam os pacientes, mas não entendem muito, tem muito encaminhamento errado.” (F)

Peduzzi¹⁷ ainda destaca dois tipos de trabalho em equipe. O primeiro caracterizado pela articulação das ações e a interação dos agentes, e o segundo pela justaposição das ações e o agrupamento dos profissionais. A tendência para um desses tipos de equipe pode ser analisada pela

“[...] qualidade da comunicação entre os integrantes das equipes, as especificidades dos trabalhos especializados, o questionamento da desigual valorização social dos diferentes trabalhos, flexibilização da divisão do trabalho, autonomia profissional de caráter interdependente e a construção de um projeto assistencial comum.”

Nesse sentido, torna-se importante identificar o perfil das equipes e analisar o contexto de atuação. A partir dos resultados apresentados, demonstrando dificuldade de comunicação entre NASF e equipes nucleares e uma relação permeada por sentimento de desvalorização da proposta de trabalho, pode-se concluir que os entrevistados ainda não conseguiram construir uma relação com as equipes nucleares adequada à proposta de trabalho da ESF. Isso leva à consideração de que a atual relação estabelecida entre NASF e equipe nuclear talvez esteja impactando negativamente para a construção das ações de promoção da saúde em seu cenário de atuação.

Assim, faz-se necessário pensar em como promover espaços de diálogo sobre as questões enfrentadas pelos profissionais e trabalhar as relações estabelecidas no processo de trabalho, por meio da gestão. Além disso, deve-se fomentar a discussão multiprofissional sobre a temática “Promoção da saúde”, desde o resgate conceitual até a reflexão sobre o trabalho realizado atualmente, buscando assim possibilidades de fortalecer as ações de promoção da saúde na estrutura da estratégia saúde da família.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio do presente estudo, pode-se observar que o conceito sobre promoção da saúde aparece com um olhar reduzido, por vezes associado à prevenção, com foco no desenvolvimento de habilidades pessoais e pouca ênfase no aspecto coletivo e comunitário. O desafio colocado talvez esteja relacionado às condições oferecidas pela estrutura da ESF e à formação de profissionais que consigam, em meio a um contexto desfavorável, romper com o modelo biomédico e ampliar as possibilidades de atuação.

Nessa perspectiva, as ações de promoção da saúde apareceram suprimidas pela demanda reprimida do sistema de saúde. Embora algumas ações caracterizem-se como espaços para a promoção da saúde, pôde-se observar, por meio dos relatos, o foco na população adocida, nos indicadores e nas metas e, ainda, a pressão por ações assistenciais.

Diante do exposto, identifica-se a necessidade de fomentar a discussão sobre promoção da saúde na estrutura de trabalho da ESF e repensar o modelo de atuação. O desafio colocado seria a busca por espaço de reflexão sobre a temática ‘Promoção da saúde’ dentro dessa realidade e efetivar ações mais amplas, que visem o fortalecimento das possibilidades de vida e se proponha a articular com a comunidade e outros setores da sociedade.

No que se refere ao processo de trabalho, analisado pelo recorte do planejamento das ações, identifica-se o desafio de integração entre proposta de atuação do NASF - no sentido de compartilhar, apoiar, fortalecer - e as expectativas trazidas pelas equipes nucleares - com uma estrutura de trabalho focada na doença, em metas, indicadores e na demanda reprimida do sistema - melhorando, assim, a relação entre essas equipes, fortalecendo e ampliando as ações de saúde.

Pode-se considerar que o processo de trabalho, quando não consegue propiciar espaços de diálogos sobre as questões trazidas pelo cotidiano de trabalho, aparece como dificultador para a concretização das ações de promoção da saúde. Contudo o estudo aponta a necessidade de aprofundar a análise e ampliar as discussões sobre os desafios apresentados para a ESF.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Art. 194. Brasília; 1988.
2. Brasil. Presidência da república. Lei nº 8080. 1990. [Citado 2012 abr. 22]. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>>.

3. Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção básica. Departamento de Atenção Básica. 4ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de promoção da saúde. Portaria 687. Brasília; 2006.
5. Buss PM. Promoção da saúde da família. Rio de Janeiro: Ed Fiocruz; 2002.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Núcleo de apoio a saúde da família. Portaria 154/2009. Brasília: MS; 2009.
7. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8ª ed. São Paulo: Hucitec; 2004.
8. Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 5ª ed. São Paulo: Atlas; 1999.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/1996. Brasília: CNS; 1996.
10. Buss PM. Uma introdução ao conceito de promoção da Saúde. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Ed Fiocruz; 2003.
11. Campos GW, Barros RB, Castro AM. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. Ciênc Saúde Coletiva. 2004; 9(3):745-9.
12. Czeresnia D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Ed Fiocruz; 2003.
13. Tancredi FB, Barrios RSL, Ferreira JHG. Planejamento em saúde: saúde e cidadania. São Paulo: Fundação Petrópolis; 1998.
14. Ribeiro ME, Pires D, Blank VLG. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no programa saúde da família. Cad Saúde Pública. 2004; 20(2):438-46.
15. São Paulo. Prefeitura Municipal de São Paulo. Coordenação da atenção básica estratégia saúde da família: diretrizes e parâmetros norteadores das ações dos núcleos de apoio a saúde da família. São Paulo; 2009.
16. Lancman S, Barros JO. Estratégia de Saúde da Família (ESF), núcleo de apoio à saúde da família (NASF) e terapia ocupacional: problematizando as interfaces. Rev Terap Ocup USP. 2011; 22(3).
17. Peduzzi M. Trabalho em equipe. Dicionário da educação profissional em saúde. Fundação Oswaldo Cruz. [Citado 2012 out. 03]. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/d/Trabalho_em_Equipe_ts.pdf>.

Submissão: novembro/2012

Aprovação: setembro/2013
