



AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE DOS NÚCLEOS AMPLIADOS DE SAÚDE DA FAMÍLIA E ATENÇÃO BÁSICA

Carine Vendruscolo*
Denise Antunes de Azambuja Zocche**
Maria Elisabeth Kleba***
Kátia Jamile da Silva****
Dara Montag Portaluppi*****
Jacqueline Duarte*****
Juliana Andreia Duarte Araújo*****

RESUMO

Objetivo: analisar ações dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB) em Santa Catarina, na perspectiva da promoção da saúde. **Método:** pesquisa qualitativa mediante entrevistas realizadas em grupo com 43 profissionais de cinco equipes do Nasf-AB, entre setembro e novembro de 2017. As informações foram tratadas por meio de análise temática de conteúdo. **Resultados:** os profissionais demonstram relacionar suas ações aos determinantes sociais tendo por base a realidade do território, embora com pouca utilização de indicadores para planejamento das ações. Eles dialogam com outros núcleos de conhecimento no próprio Nasf e com profissionais da equipe de referência, nesse caso, priorizando a atuação compartilhada. Há pouca participação em conselhos representativos ou, mesmo, iniciativas intersetoriais no território, apesar de os dados indicarem iniciativas interdisciplinares ou com outros serviços da Rede de Atenção à Saúde. **Conclusão:** há ações de promoção da saúde, em seu sentido coletivo e social, desenvolvidas pelos profissionais do Nasf-AB, prevalecendo práticas educativas sem grupos com usuários. Destacam-se a aspiração em promover o empoderamento individual e comunitário, com vistas ao aumento da autonomia dos sujeitos e, por conseguinte, da resolutividade da Atenção Primária à Saúde.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde; Promoção da saúde; Saúde da família; Equipe multiprofissional; Colaboração intersetorial.

INTRODUÇÃO

A Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde (PS) emerge de um movimento internacional na defesa de um modelo sanitário que destaca fatores ambientais, sociais, políticos, econômicos, comportamentais e biológicos como determinantes do processo saúde-doença. Produzido em 1986, na primeira Conferência Internacional sobre PS, o documento ressalta processos que possibilitem ao indivíduo e comunidade aumentar sua autonomia para a qualidade de vida e de saúde, compreendida, não como mais um objetivo de vida, mas como recurso para viver⁽¹⁾. Esse movimento influenciou a Reforma Sanitária e contribuiu para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS)⁽²⁾.

A Atenção Primária à Saúde (APS), ordenadora da Rede de Atenção à Saúde (RAS), assume, no Brasil, a denominação de Atenção Básica e exerce papel central na formulação de políticas de saúde para a qualificação do SUS. Estruturada por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), esse nível de atenção opera como locus privilegiado de ações de PS, com enfoque familiar e comunitário e abordagem de problemas psicossociais e socio sanitários. A ESF procura qualificar a atenção por meio de equipes de Saúde da Família (eSF), compostas por médico, enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem, agentes comunitários de saúde (ACS), podendo incluir profissionais de saúde bucal⁽³⁾.

Para preencher a lacuna herdada do modelo

*Professora do Departamento de Enfermagem. Pós-doutora, Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC). Chapecó, SC, Brasil. E-mail: carine.vendruscolo@udesc.br. ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-5163-4789>.

**Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem. Doutora em Enfermagem, UDESC. Chapecó, SC, Brasil. E-mail: denise.zocche@udesc.br. ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0003-4754-8439>.

***Enfermeira, professora (aposentada). Pós-Doutora em Enfermagem, Educadora e Consultora independente. Chapecó, SC, Brasil. E-mail: kleba@unochapeco.edu.br. ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-6703-8375>.

****Enfermeira. Graduada em Enfermagem, Espaço Viver Bem – Unimed Chapecó. Chapecó, SC, Brasil. E-mail: katiajamiledasilva@gmail.com. ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0001-8645-1184>.

*****Enfermeira. Enfermeira. Pós-graduada em Atenção Básica e Saúde Coletiva da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul. Farroupilha, RS, Brasil. E-mail: dara.portaluppi@hotmail.com. ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0003-4156-9482>.

*****Enfermeira. Mestre, Secretária Municipal de Saúde. Itapiranga, SC, Brasil. E-mail: jacqueline_hermes@hotmail.com. ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0003-0201-9920>.

*****Enfermeira. Mestre em Enfermagem, Secretária Municipal de Saúde. Xanxerê, SC, Brasil. E-mail: ju_duarte@hotmail.com. ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-2747-3348>.

biomédico, centrado no ideário curativista e hospitalocêntrico, a PS ganhou destaque no Brasil a partir do conceito ampliado de saúde⁽⁴⁾. Suas diretrizes foram inseridas na Constituição Federal (1988) e na Lei Orgânica de Saúde (1990). No entanto, a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) só foi instituída em 2006. Orientado pelos pressupostos da Carta de Ottawa, o documento, revisado em 2014, destaca a importância dos fatores condicionantes e determinantes da saúde e tem como pressupostos a intra e a intersectorialidade e a criação de redes de corresponsabilidade que buscam a melhoria da qualidade de vida, embora recomende, também, cuidados voltados à diminuição de riscos e à prevenção de doenças⁽⁴⁻⁵⁾.

Diante dos recorrentes desafios da APS no Brasil, o Ministério da Saúde (MS) cria, em 2008, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), atualmente, Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB), para ampliar a abrangência das ações colaborativas com as equipes de referência da ESF, bem como a sua resolubilidade^(3,6). Os Nasf-AB são constituídos por profissionais especialistas e devem ser integrados à APS para desenvolver o matriciamento com a eSF, oferecendo suporte especializado às demandas mediante conhecimentos específicos e ações compartilhadas.

O apoio matricial é a principal atividade dos Nasf-AB e pode ser desenvolvido em duas dimensões: apoio técnico-pedagógico, para promover movimentos de educação permanente com os profissionais da eSF, e apoio clínico-assistencial, no qual realizam atendimento clínico individual ou coletivo por demanda específica⁽⁷⁻⁸⁾. Em ambas as dimensões, cabe aos Núcleos desenvolver ações na perspectiva da PS a partir de atividades de educação permanente e continuada com a equipe e educação popular, envolvendo usuários e comunidade, com foco na mudança em hábitos e estilos de vida, como: alimentação saudável; práticas de atividades físicas; ações de enfrentamento do uso de tabaco e outras drogas; e ações de empoderamento comunitário e promoção da cidadania^(3,6-7).

Em revisão da literatura sobre a atuação do Nasf-AB⁽⁹⁾, identificou-se que as ações de PS raramente são realizadas pelos Núcleos. Os autores destacam que dar conta de ações ampliadas para enfrentar e resolver problemas relacionados aos determinantes sociais está muito além das ações e serviços

ofertados pelas eSF ou pelo Nasf-AB, para os quais é possível abordar tais determinantes em uma dimensão, no máximo, individual e comunitária. As ações desenvolvidas pelas equipes, “ditas” promotoras da saúde, por vezes, situam-se no campo da prevenção de doenças. Assim, o trabalho do Nasf-AB, no âmbito da PS, via de regra, converge para a ampliação da qualidade do cuidado, na direção da prevenção, podendo impactar na acessibilidade e na resolatividade⁽¹⁰⁾.

Com base em estudos^(2,4,8-11) que evidenciam desafios para atuar na PS no âmbito da APS, considera-se relevante analisar as ações desenvolvidas pelos Nasf-AB, em Santa Catarina (SC), na perspectiva da Promoção da Saúde, objetivo deste artigo. Considera-se a atuação dos profissionais dessas equipes substancial para a resolatividade da APS e, por conseguinte, para a PS. Por esse motivo, gestores, profissionais e a comunidade em geral precisam ter clareza acerca da natureza das práticas que competem aos Núcleos, bem como das lacunas e desafios relacionados.

MÉTODO

Pesquisa descritivo-exploratória com abordagem qualitativa. Realizaram-se entrevistas semiestruturadas em grupo com profissionais de cinco equipes de Nasf, uma de cada município de SC, entre setembro a novembro de 2017. Participaram 43 profissionais ao todo. As cinco equipes de Nasf-AB foram estabelecidas por sorteio, contemplando quatro das oito Macrorregiões de Saúde do Estado, adequadas conforme viabilidade de acesso aos pesquisadores. O quantitativo de equipes e profissionais também foi mediado pelo critério de saturação de dados. A organização dos participantes por diferentes categorias profissionais contou com a seguinte disposição: sete assistentes sociais; sete profissionais de educação física; sete farmacêuticos; seis fisioterapeutas; nove nutricionistas; seis psicólogos; e um fonoaudiólogo. Estes foram incluídos conforme disponibilidade no dia da coleta de dados. As entrevistas tiveram duração média de duas horas, sendo conduzidas por um entrevistador, um relator (que realizava anotações sobre perfil e sequência dos falantes) e apoiadores (que circulavam pela sala com os gravadores); e foram gravadas e transcritas na íntegra.

Os critérios de inclusão dos participantes foram:

atuar nas equipes do Nasf, em um dos municípios selecionados; estar no cargo há, no mínimo, seis meses. Critério de exclusão: profissionais afastados do trabalho por qualquer motivo.

As informações passaram por análise temática de conteúdo⁽¹²⁾: pré-análise do material produzido, iniciando-se com a leitura flutuante das transcrições das falas a fim de constituir o *corpus* das informações. A fase exploratória resultou na primeira codificação para alcançar o núcleo de compreensão/sentido do texto. Finalmente, procedeu-se o recorte do texto em unidades de registro, as quais deram origem a duas categorias: “reconhecendo a realidade do território para planejar e implementar as ações” e “políticas públicas, participação social e atuação intersetorial”.

Para fins de análise e discussão, utilizou-se o conceito de Promoção da Saúde a partir de uma vertente crítica que enfatiza os aspectos relacionados ao cuidado integral, interprofissional, e que considera a determinação social do processo saúde-doença-atenção e a intersetorialidade como centrais na organização e implementação do cuidado. Foram considerados aspectos de educação e aqueles ligados à cultura e aos comportamentos individuais, com ênfase na ressignificação compartilhada da vida, evitando a tendência medicalizante e controladora da prescrição de comportamentos ditos saudáveis, de viés autoritário e pouco efetivo⁽⁸⁾.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos sob parecer n. 1.812.835/2016. A identidade dos participantes foi preservada e os municípios foram identificados com as letras A, B, C, D e E, antecedidas pela categoria profissional ou de trabalho do participante.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 43 profissionais que participaram das entrevistas, 25 (58,1%) eram mulheres. A pós-graduação *lato sensu* (n=42/97,6%) foi o nível de formação prevalente em 42 (97,6%) dos pesquisados e 1 (2,3%) tinha doutorado, titulação máxima entre as respostas. A atuação no Nasf-AB, de três a quatro anos, foi a de maior frequência, 32 (74,0%) entre os profissionais.

A seguir, serão apresentadas e discutidas as categorias oriundas da análise.

Reconhecendo a realidade do território para planejar e implementar as ações

Os dados revelaram que os profissionais reconhecem problemas prevalentes do território e conseguem relacionar a determinação social do processo saúde e doença, considerando seus aspectos sociais a partir de uma perspectiva mais crítica do que a abordagem positivista da história natural da doença⁽¹³⁾. Frente esse contexto, mobilizam, quando possível, os ACS, profissionais das eSF ou, mesmo, colegas de outros núcleos de conhecimento para o diálogo, priorizando a definição de planos para atuação compartilhada.

[...] Claro que é discutido, sim, até porque o problema do tabagismo vem associado com outras coisas: drogas, bebidas, depressão. Eu tenho me deparado com alguns problemas que eu não consegui resolver e acabei chamando a psicóloga, porque me assustou. [...] nesses problemas maiores, você vai e aciona a equipe, aciona a psicóloga, assistente social [...] (Farmacêutica - D).

A gente faz um vínculo com a estratégia [SF] e a agente comunitária, e estabelece nesse plano terapêutico, [no qual] a agente vai até a casa [domicílio] mais frequentemente, para observar como está, se tem risco, se tem suporte familiar, aciona um médico, também aciona e compartilha com a enfermeira. [...] (Psicólogo - B).

A perspectiva de atuação colaborativa ou interprofissional tangencia os discursos. Ela implica as relações entre diferentes profissões, na compreensão mútua e exploração de meios para combinar conhecimentos, para melhorar a prestação de serviços, a segurança do usuário e a qualidade do cuidado. O trabalho interprofissional incita discussões de casos clínicos, atendimento compartilhado entre profissionais e favorece a construção de projetos terapêuticos⁽¹⁴⁾. Contudo, chama a atenção no depoimento que a atuação institucional dos profissionais do Nasf-AB ainda está vinculada ao núcleo de especialidades, o que potencializa sua competência específica, porém negligencia a atuação interprofissional e a necessária articulação entre serviços para fomentar a coordenação do cuidado pela APS/AB por meio da ESF⁽¹⁰⁾.

O relato abaixo evidencia tal aspecto e demonstra preocupação por parte do profissional em atender as necessidades de saúde dos usuários: “[...] você aciona a equipe, aciona a psicóloga, assistente social [...]”. Destaca-se, entre as ações dos profissionais, aquelas relacionadas à PS e aos

campos da Carta de Ottawa: políticas públicas saudáveis; ambientes favoráveis à saúde; reorientação dos serviços de saúde; empoderamento comunitário e desenvolvimento de habilidades pessoais⁽¹⁾.

Nessa vertente, encontramos aproximação com outro estudo⁽¹⁵⁾ que revela, no âmbito da APS/AB, que os ACS têm participado de atividades de apoio matricial com frequência consideravelmente maior do que os demais profissionais da eSF. No caso deste estudo, os ACS constituem fonte relevante de informações para o planejamento de ações de PS pelos profissionais do Nasf-AB, o que indica a sua disponibilidade para o diálogo. Esta reverbera para a equipe, pois as informações possibilitam levar à pauta, tanto da eSF, quanto do Nasf-AB, elementos para tomada de decisão e atuação compartilhada. Por outro lado, é interessante destacar que o substrato político do ACS vem sendo, progressivamente, debilitado nos últimos documentos que orientam a APS/AB, como a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)⁽³⁾. O próprio termo “comunidade” é menos utilizado e, quando aparece, seu significado não indica a participação política que o trabalho do ACS deveria promover, se restringindo ao local de execução das atividades de promoção e prevenção⁽¹⁶⁾.

Coerente com recentes estudos sobre o Nasf - AB⁽¹⁷⁾, esta pesquisa revelou que ainda há pouca utilização de indicadores epidemiológicos do território para planejamento das ações:

A gente trabalha muito pouco com os indicadores de saúde. As equipes se valem muito pouco disso na hora de fazer um planejamento, a avaliação **(Psicóloga - A)**.

Segundo os participantes, isso tem a ver com a pouca cobrança da gestão aliada à cultura de não valorização do planejamento em saúde, ou seja, planejar não é uma prática recorrente entre as equipes, como revelam os trechos:

[...] mas não que se estude isso [indicadores do território] para ver o que é o mais necessário naquele território. No meu Nasf não é feito isso, avaliar quais são as principais demandas da Unidade para, então, fazer alguma atividade. Eu percebo, claramente, que a gente falha muito na questão do hipertenso e no diabético, mas a Unidade não faz nada para mudar isso. A gestão não nos cobra isso, falta um pouco da cobrança nesse sentido de melhorar alguns índices. **(Farmacêutica - A)**.

[...] já trabalhei em outros municípios em que as ações eram norteadas de acordo com os indicadores, aqui a nossa Unidade não tem essa cultura. Semana passada, eu estava em um grupo com a coordenadora da Unidade e uma paciente perguntando qual seria a prevalência da obesidade aqui, eu olhei para a coordenadora e ela disse que não tínhamos esse dado, ela perguntou de diabéticos e hipertensos e também não havia nada a ser informado. A paciente disse: mas vocês que trabalham aqui, não sabem? [...] a nossa população e as Unidades não conhecem o quanto tem de gestantes e nós também não, não sabemos a prevalência, a gente vai atendendo o que vai aparecendo. **(Nutricionista - A)**.

Todavia, os depoimentos demonstram que os profissionais têm consciência da necessidade de reconhecer os determinantes de saúde do território para o desenvolvimento das ações:

[...] a gente tem priorizado fazer a territorialização em todas as Unidades, para estar verificando as potencialidades e as dificuldades desse território e como que a gente pode incluir isso no nosso trabalho. Estamos nesse processo de conhecer o território, fotografando, fazendo relatos, e aí pontuar o que vai ser mais importante trabalhar em cada território [...] tem muitas questões de esgoto a céu aberto, gerenciamento de saúde, questão da alimentação, falta de acesso a educação, enfim. E então, a ideia é essa, de estar nesse processo. Estamos construindo, não temos um diagnóstico fechado ainda, mas estamos em construção **(Assistente Social - B)**.

Essa articulação entre questões sociais e a saúde, na perspectiva das políticas públicas, vai ao encontro do princípio da integralidade e consolida as diretrizes do SUS, ampliando a capacidade política de todos os atores sociais para agir na direção dessas complexas questões sociais⁽¹³⁾.

Frente os dados expostos, constatou-se que ainda há necessidade de investir na articulação das ações desenvolvidas pelas equipes com os propósitos preconizados pela APS/AB, pois foram sinalizadas fragilidades numa das primeiras etapas do processo de trabalho, que é o planejamento. Expressões como “a gestão não nos cobra isso, falta um pouco da cobrança nesse sentido de melhorar alguns índices” revelam que as ações não são pensadas a partir de um planejamento em equipe e intequipes, e sim, muito por demandas espontâneas ou pelo interesse e por iniciativas pontuais dos profissionais. Quando o profissional revela que não conhece os indicadores de morbidade e fatores de risco, expõe uma fragilidade de organização do seu processo de trabalho.

Nesse contexto, o estudo corroborou as pesquisas sobre os modelos teóricos e lógicos do Nasf, com foco no trabalho integrado às eSF, que apontam a insuficiência de dispositivos organizacionais para apoiar o trabalho compartilhado, bem como insuficiência de mecanismos para monitoramento e avaliação dos resultados alcançados⁽¹⁸⁾.

O planejamento é uma das diretrizes da PNPS, que destaca a necessidade de reconhecer os contextos e respeitar as diversidades locais na definição de ações territorializadas. Nessa perspectiva, o planejamento viabiliza o desenvolvimento de ações de modo articulado, não apenas aos serviços da RAS, mas também à outros setores da administração pública, “compondo compromissos e corresponsabilidades para reduzir a vulnerabilidade e os riscos à saúde vinculados aos determinantes sociais”^(5:s/p). O que se observa é que equipes de saúde da APS, em geral, conseguem gerenciar suas ações, mas são poucas as que, efetivamente, recorrem ao planejamento e o realizam a partir do reconhecimento parcial da própria RAS de sua referência⁽¹⁹⁾.

Políticas públicas, participação social e atuação intersetorial

Os resultados evidenciam baixo envolvimento quanto à participação dos profissionais em conselhos representativos e, quando isso ocorre, destacam-se instâncias em nível municipal:

[...] nós trabalhamos pouco nessa lógica, mas há alguma representatividade nos Conselhos Municipais, de Saúde, Conselho de Assistência Social [...](Assistente social - C).

Entre os princípios da PNPS constam a participação social e a autonomia, relacionados à inclusão de pontos de vista dos indivíduos, grupos e coletividades na identificação de problemas e soluções e na valorização de potencialidades, de modo a favorecer a corresponsabilidade no planejamento, execução e avaliação de ações de PS⁽⁵⁾.

Outro princípio é o empoderamento, que implica motivação e garantia de condições para que pessoas e coletivos assumam o controle sobre a tomada de decisão sobre suas vidas e sobre os determinantes sociais, de acordo com o contexto sócio-econômico-cultural. A participação e o controle social são

destacados, ainda, entre os eixos operacionais da PNPS, sendo consideradas estratégias relevantes para a PS. Esses implicam ampliar a inclusão de pessoas e grupos sociais na elaboração de políticas públicas e decisões que afetam a vida dos indivíduos, da comunidade e seus contextos⁽⁵⁾. Além de representar novas tecnologias relativas à oferta e prestação de serviços, ações ou iniciativas de PS requerem a construção de espaços que favoreçam a produção social de saúde, nos quais indivíduos e grupos possam participar, atribuindo sentidos, recusando ou afirmando a relevância das temáticas e ações propostas, revelando suas necessidades e desejos⁽¹⁷⁾.

O resultado encontrado corrobora achados de outros estudos que identificaram a participação comunitária como prática pouco evidenciada entre as iniciativas de trabalho intersetorial no âmbito da APS/AB, na perspectiva da PS⁽¹⁵⁾, bem como, poucas iniciativas relacionadas à articulação do Nasf-AB com equipamentos sociais do território⁽⁹⁾. Quando ocorre, a articulação acontece com instituições do poder público, a exemplo do Centro de Referência da Assistência Social (CRAS), em detrimento de movimentos sociais e lideranças comunitárias⁽⁹⁾. Embora as ações intersetoriais sejam consideradas fundamentais para o desenvolvimento da PS, estudos apontam a necessidade de reforço das habilidades dos agentes nas políticas dessa natureza por meio de estratégias educativas⁽²⁰⁻²¹⁾.

Os conselhos locais são espaços que favorecem a mobilização e participação da comunidade nos assuntos relativos à saúde, ampliando sua capacidade e seu poder para atuar na formulação, implementação e fiscalização de políticas e ações com repercussões em suas condições de vida. Como espaço de aprendizado e exercício da cidadania, os conselhos locais possibilitam o diálogo e o compartilhamento de saberes, aspectos fundamentais nos processos de empoderamento, associados à PS⁽²³⁾. Em recente revisão de literatura sobre conteúdos e características das ações desenvolvidas pelo Nasf-AB, identificou-se incipiente comunicação direta e permanente com a população do território, incluindo a divulgação de atividades desenvolvidas pela unidade de saúde nos espaços da comunidade⁽¹³⁾ para o que os conselhos locais se revelam como espaços favoráveis de discussão e de práticas.

As informações deixam clara a dificuldade na realização de atividades com a escola, apesar das

tentativas em atuar intersetorialmente ou com outros serviços da Rede. É perceptível a compreensão dos profissionais sobre sua atuação na prevenção de agravos e na PS no âmbito da APS e, também, da relação que fazem da PS com as Políticas Públicas e a atuação intersetorial:

Eu estou atuando bastante nessa parte da violência contra crianças e alcoolismo; mas, gostaria de ter mais ferramentas e poder. O alcoolismo, por exemplo, eu só consigo fazer visita na família para ver se, quem sabe um dia, o paciente vai se tratar. Preciso muito de ferramentas para resolver casos mais complicados. Eu gostaria de fazer mais promoção da saúde na Atenção Primária; eu estou há vários meses discutindo com duas Unidades de Saúde para fazer trabalho na escola, está difícil se organizar com o posto e também com a escola.[...] trabalhar com a prevenção também é difícil **(Assistente Social - A)**.

[...] se a gente pudesse trabalhar na escola, algumas questões não estariam acontecendo dessa maneira. Ou a gente corre atrás da demanda ou a gente faz promoção. Hoje a minha agenda está em torno de atender e fazer grupos de promoção. [...] Querendo ou não, a gente está falando de uma doença já instalada, sabemos que nosso paciente evolui e melhora, mas que, eventualmente, pode piorar, porque a doença é crônica já na maioria dos casos **(Psicóloga - A)**.

As Unidades fazem determinadas atividades porque, talvez, sejam obrigadas ou porque são cobradas, de certa forma, para fazer uma atividade na escola ou para fazer uma coisa diferente. Agora, um trabalho efetivo na escola, por exemplo, para avaliar e ver se melhorou índices, se diminuiu a gravidez na adolescência, isso não acontece muito **(Farmacêutica - E)**.

A articulação entre saúde e educação é estratégia central do Programa Saúde na Escola (PSE), criado em 2007 pelo Ministério da Saúde com o objetivo de promover a atenção integral aos educandos no contexto escolar. O PSE tem sido referido como inovação no campo da atuação intersetorial e da promoção de direitos de cidadania, pois fortalece a comunicação entre escola, unidade de saúde e comunidade⁽²³⁾ e promove gestão compartilhada no planejamento, na execução e na avaliação das ações. Entretanto, estudos indicam que a intervenção prioriza ações voltadas para a identificação e prevenção de doenças no formato de avaliação clínica e/ou palestras⁽²⁴⁾.

Em relação aos encaminhamentos para especialistas ou para outros níveis de atenção à saúde, as informações indicam uma atuação do

Nasf-AB, em certa medida, voltada à ordenação da Rede na relação que estabelecem com o Centro de Referência a Saúde do Trabalhador (CEREST) e o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS):

No caso do serviço social, a gente está com um trabalho em conjunto com o CEREST, e se observou que os indicadores mostravam que muita gente sofria acidente de trabalho, mas não recebia um atendimento rápido. Então, temos uma parceria entre CEREST e Nasf, para melhorar esses indicadores. [...] Teve uma vez que a equipe [SF] falou que uma mulher apanhava do marido, só que eles já me passaram sem esperanças: “ah, você olha e tal, mas está assim há vários anos, não vai mudar”, e eu mesmo encaminhei. Fiz os trâmites sem muita esperança, porque eles, que são muito mais experientes, moram no Bairro há muito tempo, falaram assim. Mas aí, não só graças a um serviço, mas a vários juntos, principalmente a lei Maria da Penha, dessa vez, quando foi feito o trâmite, a mulher separou desse ex-marido que batia nela. Então, tem umas coisas que estão andando, em termos de políticas públicas [...] **(Assistente Social - A)**.

[...] a referência e contrarreferência [...] melhorou alguma coisa, quando a gente manda para o CAPS, pelo Nasf, a gente já liga, perguntam se estamos encaminhando paciente, então eles acolhem [...] o nosso CAPS também tem uma lista de espera imensa, então, quando não atende essas pessoas, elas costumam voltar para a Atenção Básica, precisam validar as suas receitas com a gente **(Psicólogo - B)**.

Os profissionais do Nasf-AB acompanham e organizam o fluxo dos usuários quando os encaminham para serviços como o CAPS ou o CEREST. Por vezes, assumem a perspectiva individual e familiar de atenção ao usuário por meio de visitas domiciliares voltadas a problemas específicos, dentre os quais, a violência obteve destaque nas narrativas. A cultura da paz, que consta como um dos objetivos da PNPS, sugere a corresponsabilização dos setores em criar oportunidades de convivência, solidariedade, respeito à vida e fortalecimento de vínculos mediante o desenvolvimento de tecnologias sociais que reduzam a violência e a construção de práticas solidárias por meio da educação, do diálogo e da cooperação, podendo ser uma estratégia política para a transformação da realidade social⁽⁵⁾.

Os profissionais contam com o apoio de outros serviços da Rede de Atenção, como demonstram os dados, sendo destacados relatos sobre ações de PS e prevenção da violência. Sobre isso, a PNPS sugere a organização da vigilância desses eventos com ações

educativas, de capacitação e de apoio às medidas normativas com vistas à institucionalização de programas de proteção. Dentre os recursos intersetoriais, destacam-se a Lei Maria da Penha (Lei no 11.340, de 7/8/2006) e outras agendas, inclusive locais, que buscam alianças fora do setor saúde⁽²⁵⁾.

Dados de pesquisas nacionais sobre desafios de usuários frente a atuação da eSF e do Nasf destacam que as equipes ainda não dão conta de garantir acesso e articulação com os demais pontos da Rede por falta de arranjos efetivos de comunicação e troca de informações entre os serviços^(19,26).

Foi possível identificar concepções de PS dos profissionais que implicam suas ações e, em certa medida, convergem com conhecimentos e discussões sobre o processo saúde-doença e seus determinantes numa ótica pós Carta de Ottawa. Porém, houveram menções genéricas sobre a PS como sinônimo da prevenção de doenças, remetendo ao modelo de Leavell e Clark⁽²⁷⁾, numa perspectiva direcionada à mudança de comportamento dos indivíduos e ausência da menção à qualidade de vida. Essa visão denota um reducionismo da PS e do amplo conjunto de elementos que constituem determinantes sociais que interferem na qualidade de vida dos usuários e coletividades⁽¹³⁾.

O “modelo biomédico” ainda permanece hegemônico no ideário das equipes e parece dificultar o trabalho do Nasf-AB. Esse modelo tem influenciado a organização dos serviços e a produção de conhecimentos em saúde, não apenas no Brasil. Ele deriva das questões levantadas no Relatório Flexner, publicado nos Estados Unidos em 1910, numa dura crítica à configuração das escolas médicas. O movimento contrário à sua hegemonia assume destaque internacional nos anos 1970⁽²⁸⁾. Contudo, mesmo nas atuais instituições formadoras, tal modelo predomina. São apresentadas propostas que fortalecem a incorporação do ensino tecnológico de alta complexidade, com custos elevados, práticas de diagnóstico e terapia, modelos tradicionais de seleção de conteúdos e avaliação, com destaque para a importância das especialidades, características do modelo biomédico⁽²⁹⁾.

Mudanças na articulação entre Nasf e ESF requerem investimentos constantes e representam iniciativas importantes para o fortalecimento da atuação interprofissional. A Organização Mundial

da Saúde (OMS) propõe a Educação Interprofissional (EIP), que se efetiva quando estudantes de duas ou mais profissões aprendem sobre os outros, com os outros e entre si para possibilitar a colaboração eficaz e melhorar os resultados na saúde⁽³⁰⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na atuação do Nasf-AB nos municípios estudados, pode-se concluir que há iniciativas para o desenvolvimento de ações de PS, assim como movimentos que tangenciam o empoderamento individual e comunitário com vistas à resolutividade da APS. A PS pode ser reconhecida, em certa medida, incorporada no espaço micropolítico da produção de saúde, em sua concepção ampliada. Contudo, permanecem desafios como a não participação em conselhos representativos, poucas iniciativas intersetoriais de articulação entre profissionais e entre serviços, bem como a atuação institucional dos profissionais fortemente vinculada ao núcleo do especialista.

Decorridos mais de 30 anos da criação do SUS, ainda estamos longe de superar o modelo centrado na doença e na assistência hospitalar, sobretudo no atual momento de crise do Sistema. Permanecem desafios fundamentais oriundos da formação de profissionais, ainda predominantemente centrada no modelo biomédico, mas também, dos recentes cortes financeiros e políticas que retrocedem em relação ao fomento de ações promotoras da saúde, com consequências expressivas nos modos de organizar e implementar diretrizes e princípios da ESF, que se consagrou como principal estratégia de reorientação do modelo assistencial no Brasil.

As ações de os, desenvolvidas pelo Nasf-AB, convergente com outros estudos na saúde coletiva, não parecem consolidadas a ponto de alterarem, de forma expressiva, o modo de produzir saúde nos territórios e enfrentar os determinantes sociais do processo saúde-doença. Destaca-se, nessa perspectiva, a necessidade de os diferentes atores conhecer e se engajar, efetivamente, na implementação das políticas estruturantes e de outros documentos, os quais, desde a criação do SUS, vêm sendo construídos como instrumentos consistentes e orientadores da organização das ações e serviços na área da saúde no Brasil. A PNPS é um desses instrumentos, constituindo-se como política transversal e inspiradora para a tradução do conceito

ampliado em práticas efetivas no cotidiano da atuação das equipes do Nasf-AB e da SF em prol da saúde e da qualidade de vida.

Deve-se considerar como limitação deste estudo o fato de as entrevistas terem sido realizadas em

cinco municípios do estado, possibilitando conhecer a realidade de um número restrito de profissionais e localidades. Outra limitação na discussão dos achados está relacionada com o número reduzido de estudos sobre a temática.

HEALTH PROMOTION ACTIONS IN THE EXTENDED FAMILY HEALTH AND BASIC HEALTHCARE CENTERS

ABSTRACT

Objective: to analyze actions by the Extended Family Health and Primary Care Centers (Nasf-AB) in Santa Catarina, from the perspective of health promotion. **Method:** this is qualitative research through group interviews with 43 professionals from five Nasf-AB teams, between September and November 2017. The information was treated through thematic content analysis. **Results:** the professionals related their actions to the social determinants based on the reality of the territory, although with little use of indicators for planning the actions. They dialogued with other knowledge centers in the Nasf and with professionals from the reference team, in this case, prioritizing shared action. There is little participation in representative councils or even intersectoral initiatives in the territory, although the data indicate interdisciplinary initiatives or with other services of the Health Care Network. **Conclusion:** there are health promotion actions, in their collective and social sense, developed by Nasf-AB professionals, with educational practices prevailing without user groups. We highlight the aspiration to promote individual and community empowerment, increasing the individuals' autonomy and, therefore, the resolution of Primary Health Care.

Keywords: Primary health care; Health promotion; Family health; Multiprofessional Team; Intersectoral collaboration.

ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD DE LOS NÚCLEOS AMPLIADOS DE SALUD DE LA FAMILIA Y ATENCIÓN BÁSICA

RESUMEN

Objetivo: analizar las acciones de los Núcleos Ampliados de Salud de la Familia y Atención Básica (Nasf-AB) en Santa Catarina-Brasil, en la perspectiva de la promoción de la salud. **Método:** investigación cualitativa a través de entrevistas realizadas en grupo con 43 profesionales de cinco equipos de Nasf-AB, entre septiembre y noviembre de 2017. Las informaciones fueron tratadas por medio de análisis temático de contenido. **Resultados:** los profesionales demuestran relacionar sus acciones a los determinantes sociales teniendo por base la realidad del territorio, pero con poca utilización de indicadores para la planificación de las acciones. Ellos dialogan con otros núcleos de conocimiento en el propio Nasf con profesionales del equipo de referencia, e neste caso, priorizando la actuación compartida. Hay poca participación en consejos representativos o, incluso, iniciativas intersectoriales en el territorio, pese a que los datos indiquen iniciativas interdisciplinarias con otros servicios de la Red de Atención a la Salud. **Conclusión:** hay acciones de promoción de la salud, en su sentido colectivo y social, desarrolladas por los profesionales de Nasf-AB, prevaleciendo las prácticas educativas sin grupos con usuarios. Se destaca el anhelo en fomentar el empoderamiento individual y comunitario, con el fin de aumentar la autonomía de los sujetos y, por consiguiente, de la resolución de la Atención Primaria de la Salud.

Palabras clave: Atención primaria de la salud; Promoción de la salud; Salud de la familia; Equipo Multiprofesional; Colaboración Intersectorial.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization [Internet]. Geneva: The Organization; c2020 [cited 2020 Aug 23]. Ottawa Charter for Health Promotion; [about 4 screens]. Available from: <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>.
2. Heidemann ITSB, Wosny AM, Boehs AE. Promoção da saúde na atenção básica: estudo baseado no método de Paulo Freire. Ciênc. Saúde Colet. 2014;19(8):3553-9. Doi:<https://doi.org/10.1590/1413-81232014198.11342013>.
3. 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: Ministério da Saúde, Diário Oficial da União, 22 set. 2017, pag. 68, Seção 1. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017-19308031>.

4. Carvalho FFB, Cohen SC, Akerman M. Refletindo sobre o instituído na promoção da saúde para problematizar 'dogmas'. Saúde Debate. 2017 set.;41(esp. 3):265-76. Doi: <https://doi.org/10.1590/0103-11042017S320>.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Brasília: Ministério da Saúde, Diário Oficial da União, 13 nov. 2014, pag. 68, Seção 1. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=68&data=13/11/2014>.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. p. 152.
7. Campos GWS, Figueiredo MD, Pereira Júnior N, Castro CP. A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. Interface (Botucatu, Online). 2014;18(suppl. 1): 983-95. Doi: <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0324>.
8. Tesser CD. Núcleos de Apoio à Saúde da Família, seus potenciais e entraves: uma interpretação a partir da atenção

primária à saúde. Interface (Botucatu, Online). 2017; 21(62):565-78. Doi: <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0939>.

9. Arce VAR, Teixeira CF. Atividades desenvolvidas por profissionais de núcleos de apoio à saúde da família: revisão da literatura. Trab. Educ. Saúde. 2018 set./dez.;16(3):1443-64. Doi: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00158>.

10. Vendruscolo C, Ferraz F, Tesser CD, Trindade LL. Family health support center: an intersection between primary and secondary health care. Texto Contexto Enferm. 2019;28:e20170560. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2017-0560>.

11. Brocardo D, Andrade CLT, Fausto MCR, Lima SML. Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf): panorama nacional a partir de dados do PMAQ. Saúde Debate. 2018 set.;42(esp.1):130-44. Doi: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S109>.

12. Minayo MCS. O desafio do conhecimento pesquisa qualitativa em saúde. 4ª ed. São Paulo: Hucitec; 2014.

13. Garbois JA, Sodré F, Dalbello-Araújo M. Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde. Saúde Debate. 2017 jan./mar.;41(112):63-76. Doi: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711206>.

14. Araújo TAM, Vasconcelos ACCP, Pessoa TRRF, Forte FDS. Multiprofissionalidade e interprofissionalidade em uma residência hospitalar: o olhar de residentes e preceptores. Interface (Botucatu, Online). 2017; 21(62):601-13. Doi: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0295>.

15. Amaral CEM, Torrenté MON, Torrenté M, Moreira CP. Matrix support in Mental Health in primary care: the effects on the understanding and case management of community health workers. Interface (Botucatu, Online). 2018;22(66):801-12. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622017.0473>.

16. Morosini MV, Fonseca AF. Community workers in Primary Health Care in Brazil: an inventory of achievements and challenges. Saúde Debate. 2018;42(esp.1):261-74. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042018s117>.

17. Prado NMBL, Santos AM. Promoção da saúde na Atenção Primária à Saúde: sistematização de desafios e estratégias intersetoriais. Saúde Debate. 2018 set.;42(esp.1):379-95. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042018s126>.

18. Souza TT, Calvo MCM. Evaluation of the Family Health Support Centers focusing on the integration to supported teams. Rev. Saúde Pública. 2018;52(41):1-11. Doi: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2018052000122>.

19. Silva KAB, Juliani CMCM, Spagnuolo RS, Mori NLR, Baptista SCPD, Martin LB. Challenges in the process of referral of users in health care networks: multiprofessional perspective. Ciênc., Cuid. Saúde. 2018 Jul/Set;17(3):e43568. Doi: <https://doi.org/10.4025/ciencucidsaude.v17i3.43568>.

20. Alves MDSM, Gaíva MAM. Health promotion actions on nursing consultation to child. Ciênc., Cuid. Saúde. 2019 Apr-Jun;18(2):e45101.

Doi: <https://doi.org/10.4025/ciencucidsaude.v18i2.45101>.

21. Tess BH, Aith FMA. Intersectoral health-related policies: the use of a legal and theoretical framework to propose a typology to a case study in a Brazilian municipality. Ciênc. Saúde Colet. 2014 Nov;19(11):4449-56.

Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-812320141911.19282013>.

22. Busana JA, HeidemannITSB, Wendhausen ALP. Popular participation in a local health council: limits and potentials. Texto Contexto Enferm. 2015 Apr-Jun;24(2):442-9. Doi: <https://doi.org/10.1590/0104-07072015000702014>.

23. Chiari APG, Ferreira RC, Akerman M, Amaral JHL, Machado KM, Senna MIB. Rede intersectorial do Programa Saúde na Escola: sujeitos, percepções e práticas. Cad. Saúde Pública. 2018;34(5):e00104217. Doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00104217>.

24. Sousa MC, Esperidião MA, Medina MG. Intersectorality in the 'Health in Schools' Program: an evaluation of the political-management process and working practices. Ciênc. Saúde Colet. 2017;22(6):1781-90. Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017226.24262016>.

25. Malta DC, Reis AAC, Jaime PC, Moraes Neto OL, Silva MMA, Akermam M. Brazil's Unified Health System and the National Health Promotion Policy: prospects, results, progress and challenges in times of crisis. Ciênc. Saúde Colet. 2018; 23(6):1799-809. Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.04782018>.

26. Melo EA, Miranda L, Silva AM, Limeira RMN. Dez anos dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf): problematizando alguns desafios. Saúde Debate. 2018 set.;42(esp.1):328-40. Doi: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S122>.

27. Leavell H, Clarck EG. Medicina Preventiva. São Paulo: McGraw-Hill; 1976.

28. Fertoni HP, Pires DEP, Biff D, Scherer MDA. The health care model: concepts and challenges for primary health care in Brazil. Ciênc. Saúde Coletiva. 2015 jun.;20(6):1869-78. Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.13272014>.

29. Vendruscolo C, Trindade LL, Maffissoni AL, Martini JG, Silva Filho CC, Sandri JVA. Implication of the training and continuing education process for the interprofessional performance. Rev. Bras. Enferm. 2020 Mar.; 73(2):e20180359. Doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0359>.

30. Mikael SSE, Cassiani SHB, Silva FAM. The PAHO/WHO Regional Network of Interprofessional Health Education. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2017 Oct;25:e2866. Doi: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0000.2866>.

Endereço para correspondência: Carine Vendruscolo. Rua Mato Grosso, 545-E, Apartamento 302, Jardim Itália, Chapecó, SC, Brasil, CEP: 89814-080. E-mail: carine.vendruscolo@udesc.br

Data de recebimento: 20/01/2020

Data de aprovação: 12/09/2020

Apoio Financeiro:

Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Estado de Santa Catarina (FAPESC), contrato 2016tr2209 – Projeto: “Núcleos de Apoio a Saúde da Família: movimentos de Educação Permanente para a Promoção da Saúde mediante realidade social do território”, PPSUS 10/2015.
