

Percepção e prática da promoção da saúde na estratégia saúde da família em um centro de saúde em São Paulo, Brasil

Perception and practice of health promotion in the family health strategy in a health centre in São Paulo, Brazil

Percepción y práctica de la promoción de la salud en la estrategia de salud familiar en un centro de salud en São Paulo, Brasil

Andreia Kaori Sasaki. Atenção Primária à Saúde Santa Marcelina (APS Santa Marcelina). São Paulo, SP, Brasil. dekasasaki@hotmail.com
(*Autora correspondente*)

Maressa Priscila Daga de Souza Ribeiro. Atenção Primária à Saúde Santa Marcelina (APS Santa Marcelina). São Paulo, SP, Brasil.
maressa@aps.santamarcelina.org

Resumo

A Atenção Primária à Saúde no Brasil tem na Estratégia Saúde da Família (ESF) uma proposta de reorganização dos serviços de saúde e, para isso, aposta em uma mudança de paradigma a partir dos preceitos da promoção da saúde. Considerando esse complexo cenário de transformação, este estudo pretende compreender e discutir as percepções dos profissionais da ESF e as ações realizadas à luz do referencial teórico da promoção da saúde. Trata-se de um estudo de caso com abordagem qualitativa, desenvolvido por meio da técnica de análise temática para análise dos dados. Os sujeitos da pesquisa são profissionais que compõem as equipes da ESF de uma Unidade de Saúde no extremo leste da cidade de São Paulo. Depois da análise dos dados, constatou-se que as formulações e práticas referentes à promoção da saúde parecem estar ligadas ao seu conceito mais restrito, reconhecido como prevenção de doenças. Quanto à organização do trabalho, os profissionais apontam uma estruturação em torno de 'pacotes fechados', destinados a grupos de risco, objetivando principalmente cura e prevenção, e destacam o lugar secundário da promoção. Conclui-se que são necessárias políticas públicas potentes e transversais, que consigam mudar a formação profissional e a organização dos serviços sob a ótica da promoção da saúde.

Abstract

In Brazil, Primary Health Care has in the Family Health Strategy (FHS) a proposal for the reorganization of health services; to this end, it focuses on a paradigm shift based on health promotion principles. Considering this complex scenario of transformation, this study aimed to explore and discuss health staff understanding and their difficulties in carrying out their health related activities in accordance with the theoretical construct of health promotion. This case study is a descriptive and exploratory research, with a qualitative approach, using the thematic analysis technique. The participants in this research were the health professionals who compose the family health teams of a Health Center in the far eastern section of the city of São Paulo. After analyzing the data, it was found that the concepts and practices related to health promotion seem to be linked to the narrower concept of disease prevention. Regarding work organization, health professionals pointed out their activities as structured around closed packages of risk groups, aiming mainly at prevention and cure, highlighting health promotion as occupying a second role. In conclusion, transversal powerful public policies are necessary for transforming the professional background and organization of services from the perspective of health promotion.

Resumen

La Atención Primaria de la Salud en Brasil tiene en la Estrategia de Salud Familiar (ESF) una propuesta para la reorganización de los servicios de salud, y apuesta al cambio de paradigma a partir de los principios de la promoción de la salud. A partir de ese complejo escenario de transformación, el objetivo de este estudio fue comprender y discutir las percepciones y las acciones de los profesionales de la ESF a luz del marco teórico de promoción de la salud. Se trata de un estudio de caso con enfoque cualitativo, desarrollado con la técnica de análisis temático de datos. Los sujetos de la investigación fueron profesionales que componen los equipos de la ESF de una Unidad de Salud en el extremo Este de la ciudad de San Pablo. Se constató que las formulaciones y prácticas de promoción de la salud parecen estar relacionadas con su concepto más estricto: la prevención de enfermedades. En cuanto a la organización del trabajo, los profesionales relataron una estructuración en "paquetes cerrados", destinados a los grupos de riesgo, objetivando principalmente cura y prevención, y mencionaron el lugar secundario que ocupa la promoción. Se concluye que son necesarias políticas públicas potentes y transversales que conduzcan al cambio en la formación profesional y en la organización de los servicios, desde la perspectiva de promoción de la salud.

Como citar: Sasaki AK, Ribeiro MPDS. Percepção e prática da promoção da saúde na estratégia saúde da família em um centro de saúde em São Paulo, Brasil. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2013; 8(28):155-63. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmf8\(28\)664](http://dx.doi.org/10.5712/rbmf8(28)664)

Palavras-chave:

Programa Saúde da Família
Promoção da Saúde
Atenção Primária à Saúde

Keywords:

Family Health Program
Health Promotion
Primary Health Care

Palabras clave:

Programa de Salud Familiar
Promoción de la Salud
Atención Primaria de la Salud

Parecer CEP:

Secretaria Municipal da
Saúde de São Paulo - SMS/
SP parecer n.º 56653 de
02/08/2012.

Conflito de interesses:

declaram não haver.
Recebido em: 07/11/2012
Aprovado em: 24/05/2013

Introdução

A partir de 1990, o Ministério da Saúde fortaleceu investimentos na reorganização do modelo de atenção baseado na Atenção Primária à Saúde (APS)¹. Um marco importante desse período foi a implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF), que surgiu inicialmente para estender a cobertura assistencial às áreas de maior risco social². Ao perder o caráter de programa, a ESF passou a ser vista como uma estratégia de (re) estruturação dos serviços de saúde, a partir do debate quanto à insuficiência das práticas e arranjos organizacionais vigentes^{3,4}.

A ESF propõe uma nova visão de saúde e dos processos de intervenção nas ações de promoção, prevenção, reabilitação e recuperação da saúde⁵. Sua organização preconiza um modelo de atenção que vai além da prestação de assistência médica individual, agindo na proteção e na promoção da saúde dos indivíduos de forma integral e contínua¹. Tais preposições e atribuições destacam as ações de promoção da saúde como importante campo de atuação da ESF, a partir do enfrentamento dos determinantes do processo saúde-doença da população, abrangendo a concepção de saúde de forma ampla.

A Promoção da Saúde (PS) surgiu como reação às críticas da concepção biomédica hegemônica, pela sua insuficiência em enfrentar a complexidade dos problemas de saúde da população. Apesar de introduzir críticas ao modelo dominante, a PS foi inicialmente utilizada para caracterizar um nível de atenção da medicina preventiva e, só ao longo do tempo, seu conteúdo foi ampliado⁶. Tal fato ocorreu mais intensamente nos últimos vinte anos, com três conferências internacionais que abordaram esse tema, em Ottawa, Adelaide e Sandvål, e que são responsáveis pelo seu conceito atual⁷.

Esse conceito pressupõe a saúde como direito de cidadania e se expressa em melhores condições de vida, serviços mais resolutivos e ações integrais, com foco na intersetorialidade e na participação popular⁷. Ressalta-se que o ideário da PS de fato contribuiu para o debate das práticas em saúde, propondo a ampliação do seu conceito, e destacando a importância das ações integradas e das intervenções nos determinantes sociais⁶. Abrem-se, contudo, novos questionamentos a serem analisados, já que as discussões contemporâneas no campo da promoção destacam variações em seu arcabouço teórico com implicações relevantes^{6,8}.

Um primeiro dilema apresentou-se no debate em torno de seu modelo. Pela polarização histórica de seu entendimento, a promoção da saúde pode ser dividida em dois modelos: regulador e emancipador. A primeira apresenta-se focada nos hábitos individuais e propõe mudança nos estilos de vida; e a segunda, emancipatória, está voltada aos determinantes sociais, que reconhecem a saúde enquanto conceito ampliado⁹. A discussão, quanto a esses dois modelos, tenciona outra dicotomia, agora entre o amplo e o restrito, produzindo uma falsa diferenciação em que as propostas coletivas são tidas como amplas, e as restritas como individuais⁹.

Como reflexo dessa divisão parece existir também uma separação entre a clínica e a promoção da saúde. A clínica, dentro da tradição sanitária, ficou de fora das análises, restando-lhe somente críticas quanto à sua hegemonia e à pretensão de resolver os problemas de saúde pela cura de doenças em sua dimensão individual¹⁰. Tal fato leva à falsa proposição de que a clínica e a promoção da saúde são opostas, e não complementares na produção de saúde e na integralidade¹⁰.

Outro dilema está no emprego dos termos empoderamento e autonomia. O termo 'autonomia' torna-se contraditório ao especificar como fatores que determinariam o estado de saúde ou doença certos estilos de vida: o cuidado com a saúde passa a ser responsabilidade do próprio indivíduo, cabendo a ele adotar comportamentos e hábitos que promovam sua saúde⁶. Da mesma forma, o termo 'empoderamento', em sua concepção de empoderamento psicológico, aproxima-se do ideário behaviorista, no momento em que compreende a saúde como uma questão individual⁸.

Dessa forma, o processo que torna os indivíduos coparticipantes na busca por melhores condições de saúde pode tornar-se um processo ambíguo, na medida em que tanto pode instrumentalizar para torná-los atores-chave, quanto pode culpabilizá-los e responsabilizá-los pela não saúde⁹. Esse aspecto, no contexto das sociedades capitalistas neoliberais, pode representar uma autonomia regulada, em que há estímulo à livre escolha, segundo a lógica de mercado, e diminuição da responsabilidade do Estado em relação à saúde das populações¹¹. A promoção da saúde como um campo das práticas sanitárias exige, portanto, repensar o significado da autonomia das pessoas em seus modos de vida, mas sem culpabilizá-las e sem negar o papel do Estado na elaboração de políticas e na criação de oportunidades para as escolhas em saúde¹².

A partir das discussões explicitadas, nota-se a existência de um debate extenso em relação ao que é a promoção da saúde e como desenvolvê-la⁹. Diante dessas reflexões, torna-se importante compreender como tais pressupostos atingem a prática dos serviços de saúde, sobretudo para propiciar práticas de promoção, comprometidas com o fortalecimento da vertente que se considera mais condizente com a produção de saúde. Considerada a ESF uma forma de vislumbrar uma mudança de paradigma pela promoção da saúde, o objetivo deste estudo foi compreender e discutir as percepções e ações realizadas pelos profissionais da ESF à luz do referencial teórico da promoção da saúde.

Método

Trata-se de um estudo de caso com abordagem qualitativa. Esta abordagem foi escolhida pela complexidade e subjetividade do objeto de estudo, já que esta permite o descobrimento ou aprofundamento de processos sociais, pois trabalha com o universo de significados, valores e atitudes¹³. Por tratar-se de uma investigação dentro de uma realidade concreta, foi escolhido o estudo de caso, por ser uma metodologia aplicada para avaliar ou descrever situações dinâmicas em que o elemento humano está presente¹⁴.

A coleta dos dados foi feita a partir de entrevista semiestruturada, gravada e posteriormente transcrita. As questões propostas abrangem o entendimento do conceito de promoção da saúde, as ações realizadas, e as limitações sentidas pelos profissionais para sua realização. Para o tratamento dos dados, utilizou-se a Análise Temática, que constrói núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência significa algo para o objeto¹⁵.

O cenário foi uma Unidade de Saúde do extremo leste da cidade de São Paulo, gerenciada pela Organização Social Santa Marcelina, vinculada à Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo por contrato. As Organizações Sociais (OS), entidades de interesse social e de utilidade pública, são associações civis sem fins lucrativos e foram criadas em 1995, a partir do Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado¹⁶.

A Unidade em questão é composta por cinco equipes, totalizando quarenta e cinco profissionais vinculados às equipes de Saúde da Família. A escolha da amostra foi aleatória, por meio de sorteio, segundo os critérios de inclusão: aceitar participar da pesquisa e estar vinculado à ESF da unidade há mais de um ano. A população objeto de estudo envolveu oito sujeitos: dois de cada categoria profissional. Na apresentação dos resultados, esses sujeitos foram identificados por letras, de acordo com a categoria profissional: enfermeiro (E); auxiliar de enfermagem (AE); médico (M); e agente comunitário de saúde (ACS). O estudo foi submetido e aprovado pela Coordenadoria Regional Leste e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura da cidade de São Paulo, parecer n.º 56653.

Resultados

Entendimento do conceito de promoção da saúde

Em relação ao entendimento do conceito de Promoção da Saúde, a análise das falas dos sujeitos da pesquisa revela um conceito ligado à concepção de saúde. Esta parece ser entendida como ausência de doenças e a promoção como prevenção de agravos. Tais elementos estão contidos nas falas:

Promoção da saúde é tudo aquilo que você pode prevenir [...]. (AE2)

[...] é sempre você tá antecipando uma doença, é...você tá avaliando a alimentação do paciente, [...] evitar na verdade a doença, [...]. (M1)

[...] prevenir essas doenças, diabetes, hipertensão, e outros tipos de doenças [...]. (E1)

Apesar de não evidenciado na maioria das falas, alguns entrevistados formularam de forma mais abrangente, extrapolando o campo dos determinantes biológicos e incluindo determinantes sociais no conceito:

Promoção da saúde é você trabalhar com [...] essa conscientização da problemática social em si. (M2)

A gente sabe que a saúde não é só o bem-estar físico, tem a questão social, tem a questão cultural [...]. (AE1)

Ações realizadas pelas equipes

Quanto às ações de promoção realizadas pelas equipes, os sujeitos acreditam realizar tais ações e citam grupos, visitas domiciliares e consultas médicas e de enfermagem como principais atividades promotoras de saúde. A educação em saúde é destacada como principal estratégia, a partir de palestras educativas e orientações dadas em consultas e visitas.

[...] através de orientações, em grupos realizados na unidade, em visitas domiciliares [...]. (M2)

[...] ela pode ser feita através de orientações, ações educativas, e até mesmo consultas [...]. (E1)

A análise das ações educativas citadas evidencia uma abordagem com pouca participação do usuário, sugerindo que estão voltadas para mudança de comportamento em relação a hábitos considerados inadequados. Além disso, a organização dessas ações parece estar voltada para grupos e patologias específicas.

[...] tá sempre ensinando... educando eles a se alimentar melhor, tomar medicação [...]. (ACS 2)

[...] grupo referente a cada tema, pré-diabético, hipertensão, alimentação, alimentação saudável, o que pode evitar ter uma hipertensão, com menos sal, menos gordura, uma comida hipossódica, hipocalórica, nós trabalhamos na saúde muita orientação [...]. (AE2)

Mesmo que prevaleça a abordagem com enfoque na mudança de comportamento, vislumbra-se um avanço a partir de uma abordagem mais ampla, em que a escuta e o vínculo são elementos valorizados. Vale ressaltar que, mesmo não existindo significativas diferenças entre as falas, segundo a categoria profissional, esse aspecto parece destacar-se mais entre os ACS.

[...] eu chego, converso com as pessoas e vejo como elas estão em relação à saúde, se elas precisam de alguma orientação, a gente procura tirar as dúvidas [...]. (ACS 1)

[...] Então no começo é muito assim, do conhecimento... quando você inicia você começa a conhecer melhor... passar tranquilidade, sentir confiança, principalmente... eles têm você como membro da família [...]. (ACS 2)

Em relação às ações mais abrangentes, somente uma fala emerge incorporando macrodeterminantes como educação, lazer e cultura. Além disso, poucos profissionais incluíram estratégias importantes dentro do campo de atuação da PS, como o apoio matricial do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e a intersetorialidade. O trabalho com outros setores e com o NASF parece ser ainda frágil, considerando que, mesmo apontadas como algo positivo, apenas dois profissionais citam tais estratégias.

Olha, promover a saúde na verdade acho que o que falta só são aquelas ações que fogem do nosso limite [...] isso já vai mais ao nível de governo, do que a gente dispõe aqui na comunidade que é carente. Ainda falta muita infraestrutura pra se chegar a suprir essas necessidades, então aqui ao lado a gente tem um CEU (Centro Educacional Unificado) que deu uma melhora significativa, onde a gente tem a questão do teatro, de escola, de música, de dança, de aula de violão, temos a questão da piscina, praticar natação, [...]. (AE1)

Então a gente tem várias redes no PSF, então a gente tem o CRAS, o ação família, a gente tem no NASF, pra ajudar nesta parte social. A minha área é uma área bem complicadinha em relação a social mesmo, [...] acho que promoção da saúde também engloba isso, dando orientações e dando caminhos, né... através das redes mesmo [...]. (E2)

[...] com o apoio da equipe multiprofissional, que é a equipe do NASF, que acolhe esses pacientes no dia a dia. (M2)

Dificuldades relacionadas à promoção da saúde

Quanto às dificuldades relacionadas à promoção da saúde, para os profissionais, o espaço para as ações de promoção da saúde é limitado, e eles têm dificuldade de voltar seu trabalho para ações diretamente de promoção da saúde.

[...] porque a lógica é cuidar de quem já tá doente, ou que tem uma situação especial [...] saiu desse foco, essa não consegue mais ter acesso [...]. (E1)

[...] e aquela outra parte de população que seria de... de promover mesmo a saúde, daquela que não tem a doença, fica mais limitado mesmo... nosso atendimento à maioria das pessoas é pra quem já tem a doença [...]. (M1)

Os demais fatores citados estão ligados à demanda excessiva, à cobrança por produtividade e à burocratização do trabalho. Outro fator limitante refere-se à formação profissional e foi apontado por apenas um entrevistado:

[...] não sei se por nossa população ser muita, não ter AMA próximo, as pessoas vêm muito aqui nesse posto, então muitas vezes você tem muita gente pra atender aqui [...]. (AE2)

[...] é muito exigido, muitas exigências, muita burocracia [...]. (ACS1)

[...] porque tava sendo cobrado muito, número, número, número, se for indo só por questão de número, pra mostrar que tá vendo todo mundo, vai ter mais pessoas doentes [...]. (ACS2)

Acho que uma coisa sobre a promoção já começa com a nossa formação, a nossa formação já é muito voltada pra doença [...]. (E1)

Discussão

O campo da promoção da saúde sofreu transformações ao longo do tempo, podendo ser dividido em dois momentos: no primeiro momento seu entendimento foi dirigido à transformação de comportamentos de risco, com foco em recomendações normativas de mudanças de hábitos; no segundo, a promoção foi entendida como um amplo espectro de determinantes que incluem moradia, saneamento, nutrição, boas condições de trabalho e educação⁷.

A análise das entrevistas revela que o conceito presente na maioria das falas está ligado ao primeiro momento. Tal fato se aproxima de outros estudos, em que os profissionais mostram uma visão de saúde centrada na doença, e o termo promoção é reconhecido como prevenção⁵. Poucos profissionais ampliaram o entendimento do termo, incluindo determinantes sociais e culturais no conceito. Essa incorporação é importante, pois avança em relação às ações consideradas de promoção, extrapolando o campo da prevenção das doenças. E mesmo nestas falas não foram citados elementos importantes, como autonomia e participação popular, coincidindo com estudos que mostram que, embora os profissionais avancem na visão acerca da saúde, revelam limites, na medida em que não incorporam as noções de autonomia e empoderamento¹⁷.

Quanto às ações desenvolvidas, os sujeitos acreditam realizar atividades de promoção e exemplificam com palestras educativas em grupos e orientações dadas em visitas e consultas. Eles elegem a educação em saúde como principal estratégia adotada. A educação em saúde é realmente ferramenta essencial à promoção e, para isso, necessita ser centrada na problematização do dia a dia e na valorização da experiência de indivíduos e grupos sociais¹⁸. Nessa lógica, busca o desenvolvimento da autonomia dos indivíduos no cuidado com a saúde¹⁷.

Em relação às falas analisadas, a maior parte mostra um distanciamento dessa compreensão, mantendo uma metodologia tradicional com foco na mudança de comportamento. Os profissionais não evidenciam a busca por uma reflexão crítica com a comunidade e parece não existir a participação ativa dos usuários nas ações. O 'modelo preventivo' de educação em saúde é baseado na biomedicina e objetiva prevenir doenças¹⁹. Esse modelo, apesar de ter seu papel dentro da promoção da saúde, parece ser pouco efetivo diante da complexidade do processo saúde-doença enfrentado pelas equipes. Apesar desse quase hegemônico caráter preventivo, voltado para a mudança de comportamento, vislumbra-se a coexistência de uma abordagem ampliada, que valoriza o vínculo e a escuta qualificada. Esses elementos são destacados em algumas falas, sobretudo nas dos ACS.

Tal fato, de certa forma, é esperado pela especificidade do trabalho dos ACS, relatado em outros estudos, mostrando que, ao mesmo tempo que apresentam elementos do modelo tradicional, sobrepõem a este a valorização do vínculo e da confiança, o exercício da escuta e a percepção da necessidade de apoio nas situações de sofrimento relativas às condições de vida da população²⁰. Como esse profissional tem o papel de elo entre comunidade e serviço de saúde²⁰, tal fato aproxima também as equipes das reais necessidades da população e do ideário da promoção da saúde.

A análise do conjunto das ações relatadas pelos profissionais converge para outros estudos à medida que identifica avanços em busca de formas de promover a saúde que rompem com o modelo tradicional, pois apontam para a possibilidade da promoção ser incorporada como um conceito transversal nas atividades ofertadas pelos serviços de saúde¹². Ao mesmo tempo, destaca-se o desafio, que continua grande, constatada a quase ausência, entre as falas, de uma visão que valorize questões sociais, políticas e culturais²¹. No sentido mais amplo das ações de promoção, somente uma fala inclui ações mais abrangentes, relacionadas à qualidade de vida, educação, lazer e cultura. O fato de considerar que são ações que fogem do limite de atuação coincide com a aparente falta de ações intersetoriais e interdisciplinares.

A intersetorialidade é indispensável à promoção da saúde que, ao atuar perante determinantes sociais, necessita da intervenção de múltiplos setores²². Em verdade, a promoção é desenvolvida nos diversos espaços da vida cotidiana: escolas, igrejas, comércios, áreas de lazer, serviços de saúde, organizações não governamentais¹². Mesmo sendo apenas um dos dispositivos promotores de saúde, os serviços de saúde possuem um potencial articulador dessas ações¹², que não precisam ser desencadeadas pelas equipes de saúde, mas poderão ser apoiadas e articuladas por elas. Isso não se percebe nas falas analisadas.

Outros estudos demonstram a dificuldade de ampliar as ações conjuntas além do setor saúde, e as justificativas quanto a essa limitação são relatadas como fragilidade de vínculo entre equipes e equipamentos sociais e a baixa capacidade de as equipes elaborarem e planejarem ações integradas a outros setores^{12,17}. Além disso, alguns profissionais justificam que não têm tempo e governabilidade para assumi-las²³.

Quanto à interdisciplinaridade, pode ser vista como instrumento viabilizador da promoção, podendo ocorrer com o Apoio Matricial, um arranjo organizacional para o trabalho em saúde proposto por Campos e Domitti²⁴, que foi inaugurado em Campinas nos Serviços de Saúde Mental e incorporado a outros programas do Ministério da Saúde²⁴. Configura-se como um suporte técnico especializado, ofertado a uma equipe a fim de ampliar seu campo de atuação e qualificar suas ações²⁴.

Na ESF, o apoio matricial é atribuído ao Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), criado em 2008, com vistas a apoiar as Equipes de Saúde da Família (SF), compartilhando as práticas em saúde²⁵. O NASF é composto por uma equipe multidisciplinar e o apoio é dado de duas formas: a partir da oferta de assistência especializada ao usuário, nas situações de maior complexidade e pelo suporte técnico pedagógico às equipes de SF²⁴. Alguns autores, ao pesquisarem a relação ESF e NASF, discutem como pontos de conflito a implantação irregular do NASF, a falta de capacitação para sua atuação, a má definição de papéis e atribuições e os processos de trabalho conflituosos com as ESF²⁶. Tais conflitos não foram citados pelos profissionais, porém podem estar relacionados a certa fragilidade nessa relação, pois, como nas ações intersetoriais, poucos profissionais citaram ações conjuntas ou a partir do apoio do NASF como estratégia para o alcance da promoção da saúde.

Em relação às dificuldades sentidas pelos profissionais, as falas apontam elementos da organização do trabalho, assim como a demanda excessiva e a formação profissional como os principais dificultadores. Quanto à organização do serviço, relatam que o espaço para as ações de promoção da saúde é limitado, o que, aliado à cobrança por produtividade e à burocratização, parece estar vinculado a uma organização segundo o modelo biomédico, com a lógica da produção centrada na cura, orientada pela fragmentação dos procedimentos, pela tecnificação da assistência e pela mecanização do ato em saúde²⁷. Além disso, esse lugar limitado da promoção está, em grande parte, ligado à demanda excessiva, fator também enfatizado nas falas, trazendo um paradoxo ao tema da promoção.

Mesmo que a promoção da saúde e os referenciais teóricos que a sustentam - responsabilização, intersetorialidade, participação popular, políticas públicas saudáveis - apresentem-se como solução para as questões de exclusão social, o atendimento às necessidades de um território marcado por iniquidades coloca a promoção da saúde em uma posição secundária nas prioridades de ação do serviço¹².

Considerados esses aspectos, o desafio que se coloca é o equilíbrio entre o cuidado clínico e as ações de promoção e prevenção. Para isso, é necessário tanto potencializar ações de prevenção e de cuidado clínico, para que estejam mais próximas do ideário da promoção da saúde, o que já mostra alguns promissores avanços no trabalho das equipes colaboradoras deste estudo, quanto fomentar ações de promoção em seu aspecto mais amplo, relativo às ações específicas de caráter mais participativo, empoderador e politizante²⁸, em que parece ocorrer maior dificuldade das equipes em atuar.

Diante das dificuldades relatadas, parece necessário que tais desafios sejam apoiados por mudanças nos arranjos institucionais de trabalho, para que a organização do serviço ocorra de forma que o fluxo do cuidado clínico transcorra permitindo o acesso da população, ao mesmo tempo que existam momentos para reflexão, avaliação e gestão do trabalho, execução de atividades territoriais, coletivas e intersetoriais^{21,28}. Tais desafios remetem também à formação profissional, citada apenas por um profissional, mas que mostra ser necessária uma formação mais próxima do trabalho na APS, pois permanece o modelo universitário tradicional, focado somente na atenção curativo-individual pautada na fragmentação e no reducionismo²⁹, que pouco prepara o profissional para atuar diante dessa complexa realidade.

Considera-se também importante uma reflexão a respeito da formação dos profissionais já inseridos no serviço, embora isso não tenha sido mencionado nas falas. Trata-se de um fator a ser considerado, sobretudo na formação do ACS, que demonstrou ser um ator importante nas ações de promoção da saúde. Como os ACS são os menos escolarizados e profissionalizados, evidencia-se a importância do trabalho conjunto entre os profissionais da equipe, para que sejam apoiados e exercitem esse campo de cuidado e intervenção de forma interdisciplinar²⁸.

Em relação à gestão do serviço, cabe lembrar que o caso estudado apresenta um tipo específico de gestão: a organização social. As discussões quanto à implantação e ampliação desse modelo estão longe de ser consenso. De um lado, alguns autores argumentam a respeito da ineficácia da gestão pública do Estado e da necessidade de sua modernização, em que as OSs, em parceria com o Estado, recebem competências, tornando mais ágil a gestão do serviço público³⁰. Em contrapartida a essa visão, para alguns autores, o Terceiro Setor seria a substituição do Estado nas questões sociais, pela terceirização em consonância com o projeto neoliberal de minimalismo estatal³¹.

Considera-se que, embora este estudo traga um modelo de gestão específico e não hegemônico em todo o País, de certa forma os resultados encontrados corroboram com outros estudos referentes ao tema, realizados em serviços com gestão direta. Mesmo assim, o fato de nenhum profissional citar a questão do modelo de gestão coloca-se como um limite do estudo, por não conseguir explorar mais profundamente as diferenças em relação a essa especificidade na visão dos profissionais. Propõe-se, portanto, a realização de outros estudos que aprofundem tal enfoque.

Considerações finais

A reflexão sobre os resultados deste estudo aponta para alguns avanços em relação à promoção da saúde, porém mostra que persistem limitações a serem enfrentadas quanto à sua efetivação na prática da ESF.

As formulações e práticas acerca da promoção da saúde parecem estar ligadas, predominantemente, ao seu conceito mais restrito, reconhecido como prevenção de doenças pela maioria dos profissionais. O estudo também aponta para alguns avanços em relação à promoção, quanto à possibilidade de ser incorporada como um conceito transversal nas atividades ofertadas pelos serviços de saúde. Isso ocorre à medida que elementos, como o vínculo e a escuta qualificada, são valorizados e utilizados para maior aproximação entre as equipes e as reais necessidades da população.

Quanto à organização do trabalho, os profissionais apontam uma estruturação em torno de pacotes fechados destinados a grupos de risco, objetivando principalmente a cura-prevenção. Somam-se a demanda excessiva, a burocratização do trabalho, e a cobrança por produtividade, apontadas como dificultadores para a realização de ações de promoção da saúde, sobretudo para ações mais amplas e intersetoriais.

Considera-se necessário repensar essa estruturação do trabalho, para que seja garantido o cuidado clínico em quantidade e qualidade adequadas, e que ao mesmo tempo exista espaço para ações de promoção de saúde. É preciso considerar, também, que, para o alcance dessa mudança, os serviços devem ser pautados em políticas públicas intersetoriais e inovadoras, que consolidem ferramentas fundamentais para sua efetivação, como trabalho interdisciplinar, apoio matricial e intersetorialidade, entre outras. Por fim, dada a complexidade do trabalho em saúde, é preciso olhar para o trabalhador, que às vezes tem a missão de cuidar, mudar e transformar, sem apoio, as mudanças estruturais necessárias.

Referências

1. Giovanella L, Mendonça MHM. Atenção Primária Saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 575-620.
2. Escorel S, Giovanella L, Mendonça MHM, Senna MCM. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Rev Panam Salud Pública*. 2007; 21(2): 164-176.
3. Viana ALD, Dal Poz MR. Reforma do sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*. 2005; 15(Suppl): 225-264. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312005000300011>
4. Gil CRL. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. *Cad Saúde Pública* 2006; 22(6): 1171-1181. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006000600006>
5. Horta NC, Sena RR, Silva MEO, Oliveira SR, Rezende VA. A prática das equipes de saúde da família: desafios para a promoção de saúde. *Rev Bras Enferm*. 2009; 62(4): 524-529. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672009000400005>
6. Furtado MA. Promoção da saúde e seu alcance biopolítico: a ênfase no discurso da autonomia. [Dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2010. Portuguese.
7. Buss PM. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. 3. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 15-37.
8. Resende SRC, Gastaldo D. Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista. *Ciênc Saúde Coletiva* 2008; 13(Suppl 2): 2029-2040. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000900007>
9. Silva PFA. Os sentidos e disputas na construção da Política Nacional de Promoção da Saúde. [Dissertação]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. 140 p. Portuguese.
10. Onocko RC. A promoção à Saúde e a clínica: O dilema "promocionista". In: Castro A, Malo M, editors. *SUS: Ressignificando a promoção da saúde*. São Paulo: Hucitec: OPAS, 2006. p. 63-73.
11. Czeresnia D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: Czeresnia D, Freitas CM, editors. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. 3. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 39-54.
12. Silva KL. Promoção da saúde em espaços sociais da vida Cotidiana. [Tese]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2009. Portuguese.
13. Minayo MCS. *Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade*. 26. ed. Petrópolis: Editora Vozes; 2007. 108 p.
14. Martins GA. Estudo de caso: uma reflexão sobre a aplicabilidade em Pesquisas no Brasil. *RCO*. 2008; 2(2): 8-18.
15. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11. ed. São Paulo: Hucitec/Rio de Janeiro: Abrasco, 2008. 407 p.
16. Ibañez N, Vecina Neto G. Modelos de gestão e o SUS. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007; 12(Suppl):1831-1840. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000700006>
17. Rodrigues CC, Ribeiro KSQS. Promoção da saúde: a concepção dos profissionais de uma unidade de saúde da família. *Trabalho, Educação e Saúde*. 2012; 10(2): 235-255. <http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462012000200004>
18. Alves GG, Aerts D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011; 16(1):319-325. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000100034>
19. Oliveira DL. A 'nova' saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2005; 13(3):423-31. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692005000300018>
20. Dantas MBP, Silva MRF, Feliciano KVO. Subjetividade e diálogo na educação em saúde: práticas de agentes comunitários em equipe de saúde da família. *Rev. APS*. 2010; 13(4): 432-444.
21. Tesser CD, Garcia AV, Vendruscolo C, Argenta CE. Estratégia saúde da família e análise da realidade social: subsídios para políticas de promoção da saúde e educação permanente. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011; 16(11): 4295-4306. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001200002>
22. Sícóli JL, Nascimento PR. Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. *Interface (Botucatu)*. 2003; 7(12): 101-122. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832003000100008>
23. Souza MF. O Programa Saúde da Família no Brasil: análise do acesso à atenção básica. *Rev Bras Enferm*. 2008; 61(2): 153-158. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672008000200002>
24. Campos GWS, Domitti AC. Apoio Matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad Saúde Pública*. 2007; 23(2): 399-407. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000200016>
25. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Brasília; 2008 [acesso em 20 jun. 2010]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria154_04_03_08_re.pdf
26. Lancman S, Barros JO. Estratégia de Saúde da Família (ESF), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e terapia ocupacional: problematizando interfaces. *Rev Ter Ocup Univ SP*. 2011; 22(3): 263-269.
27. Rodrigues MP, Lima KC, Roncalli AG. A representação social do cuidado no programa saúde da família na cidade de Natal. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2008; 13(1):71-82. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000100012>

28. Tesser CD, Garcia AV, Carine Vendruscolo C, Argenta CE. Promoção da saúde e cuidado, símbolos e práticas. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011; 16(11): 4307-4314.
29. Moretti-Pires RO. Complexidade em Saúde da Família e formação do futuro profissional de saúde. *Interface*. 2009; 13(30): 153-66. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832009000300013>
30. Junqueira LAP. A gestão intersetorial das políticas sociais e o terceiro setor. *Rev Saúde Soc*. 2004; 13(1): 25-36. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/7105>
31. Montañó C. O projeto neoliberal de resposta à “questão social” e a funcionalidade do terceiro setor. *Rev Lutas Sociais*. 2002; (8):53-64.