



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA
CENTRO DE ARTES, HUMANIDADES E LETRAS
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

NÚBIA DA SILVA ARAÚJO

DICOTOMIA ENTRE AUXILIAR E ATENDER:

Relação entre o Núcleo de Apoio a Saúde da Família e as Equipes de Saúde da Família de São Gonçalo dos Campos/BA.

CACHOEIRA-BA

2014

NÚBIA DA SILVA ARAÚJO

DICOTOMIA ENTRE AUXILIAR E ATENDER:

Relação entre o Núcleo de Apoio a Saúde da Família e as Equipes de Saúde da Família de São Gonçalo dos Campos/BA

Monografia apresentada ao Colegiado do Curso de Graduação em Serviço Social da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia para a obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social.

Professor Orientador: Ms. Francisco Henrique da Costa Rozendo.

CACHOEIRA-BA

2014

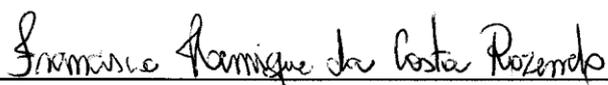
NÚBIA DA SILVA ARAÚJO

DICOTOMIA ENTRE AUXILIAR E ATENDER:

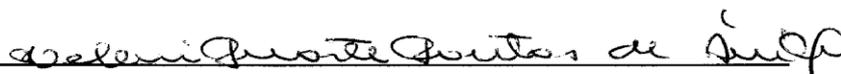
Relação entre o Núcleo de Apoio a Saúde da Família e as Equipes de Saúde da Família de São
Gonçalo dos Campos/BA.

Cachoeira – BA, aprovada em 10/04/2014.

BANCA EXAMINADORA



Prof. Ms. Francisco Henrique da Costa Rozendo
(Orientador – UFRB)



Prof.^a Dr.^a Heleni Duarte Dantas de Ávila
(Membro Interno – UFRB)



Prof.^a Dr.^a Valéria dos Santos Noronha Miranda
(Membro Interno – UFRB)

RESUMO

O presente trabalho objetiva identificar algumas lacunas existentes na relação do Núcleo de Saúde da Família com as Equipes de Saúde da Família da cidade de São Gonçalo dos Campos/BA. Para tanto, foi desenvolvido uma pesquisa bibliográfica, pesquisa documental seguida da observação participante, que compreende o período do estágio supervisionado I, II e III, realizado no Núcleo de Apoio a Saúde da Família de São Gonçalo dos Campos/BA, e a aplicação de questionários. Sendo assim, o primeiro capítulo consiste em uma contextualização histórica abordando o que havia no Brasil enquanto serviço de saúde antes e depois do Movimento de Reforma Sanitária. O segundo capítulo traz algumas considerações atinentes a Atenção Primária à Saúde no mundo, bem como no Brasil. O terceiro capítulo apresenta a cidade de São Gonçalo dos Campos/BA e suas peculiaridades atinentes à saúde, bem como o resultado da pesquisa. Com a pesquisa, percebeu-se que os profissionais tanto do NASF quanto das equipes de saúde da família não sabem como o apoio matricial deve ser materializado no cotidiano profissional, por esse motivo, o NASF de São Gonçalo dos Campos está perdendo sua identidade.

Palavras-chave: Atenção Básica. Estratégia de Saúde da Família. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Apoio Matricial.

ABSTRACT

This paper aims to identify some gaps in respect of the Center for Family Health São Gonçalo dos Campos with Family Health Teams in the same city. To that end, we developed literature, documentary research followed by participant observation, which covers the period of supervised practice I, II and III, held Center for Family Health São Gonçalo dos Campos, and a questionnaire. Thus, the first chapter in a story context is addressing what was in Brazil while the health service before and after the Health Reform Movement. The second chapter presents some considerations relating to primary health care in the world as well as in Brazil. The third chapter presents the city of São Gonçalo dos Campos / BA and its peculiarities related to health as well as the search result. Through research, it was realized that both professionals as NASF of family health teams do not know how the matrix support should be materialized according to professional practice, there fore, the NASF of São Gonçalo dos Campos is losing its identity.

Keywords: Primary Care. Family Health Strategy. Support Center for Family Health. Matrix Support.

LISTA DE SIGLAS

ABRASCO – Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
ACS – Agentes Comunitários de Saúde
AIS – Ações Integradas de Saúde
APS – Atenção Primária a Saúde
CAP's – Caixas de Aposentadoria e Pensões
CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CBO – Código Brasileiro de Ocupações
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CONASP – Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária
CS – Centros de Saúde
ESF – Estratégia de Saúde da Família
FUNASA – Fundação Nacional de Saúde
FUNRURAL – Fundo de Assistência e Previdência do Trabalho Rural
IAP's – Institutos de Aposentadorias e Pensões
IAPAS – Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS – Instituto Nacional de Previdência Social
INSS – Instituto Nacional de Seguridade Social
MARE – Ministério da Administração e Reforma do Estado
MEC – Ministério da Educação e Cultura
MPAS – Ministério da Previdência e Assistência Social
MS – Ministério da Saúde
NASF – Núcleos de Apoio a Saúde da Família
NOAS – Normas Operacionais de Assistência a Saúde
NOB – Normas Operacionais Básicas
OMS – Organização Mundial de Saúde
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PIASS – Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
POI – Programação - Orçamentação Integrada
PTS – Projeto Terapêutico Singular

PREV-SAÚDE – Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde

PS – Posto da Saúde

PSE – Programa Saúde nas Escolas

PSF – Programa Saúde da Família

PST – Projeto de Saúde no Território

SF – Saúde da Família

SINPAS – Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social

SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidades Básicas de Saúde

USF – Unidade de Saúde da Família

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	08
2 A SAÚDE ANTES E DEPOIS DA REFORMA SANITÁRIA	12
2.1 A saúde antes da Reforma Sanitária	12
2.2 Reforma Sanitária	18
2.3 Constitucionalização do direito a saúde	21
2.4 As leis que materializam o SUS	23
2.5 Como funciona o SUS	26
3 ATENÇÃO BÁSICA NO BRASIL	28
3.1 Atenção Primária à Saúde	28
3.2 Atenção Primária à Saúde no Brasil	32
3.3 Atenção Básica	34
3.4 Estratégia de Saúde da Família	38
3.5 Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)	40
4 O PAPEL DO NASF EM SÃO GONÇALO DOS CAMPOS	47
4.1 A saúde em São Gonçalo dos Campos	47
4.2 Núcleo de Apoio à Saúde da Família de São Gonçalo dos Campos	49
4.3 O Apoio Matricial prestado pelo NASF às equipes de Saúde da Família	50
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	55
REFERÊNCIAS	56

APÊNDICE

ANEXO

1 INTRODUÇÃO

O Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) foi criado pelo Ministério da Saúde em 2008 e apresenta enquanto alvo central auxiliar, estender, aprimorar a atenção e a gestão da saúde na Atenção Básica, bem como a Saúde da Família (SF). Compromete-se com a promoção de mudanças no costume e no desempenho dos profissionais da Saúde da Família e entre o próprio quadro do núcleo.

O NASF deve ser composto por um grupo de profissionais de diferentes áreas de conhecimento que atuem em conjunto com os profissionais das Equipes de Saúde da Família, compartilhando e apoiando as práticas de saúde na região sob encargo das equipes.

A função central do núcleo é o de prestar apoio matricial, sugere uma maneira para operar-se essa relação horizontal com base em procedimentos dialógicos, as equipes SF, em outras palavras, assegura de maneira dinâmica e interativa a retaguarda as equipes de referência.

O apoio matricial possui duas dimensões de suporte, a saber: assistencial, desenvolve ação clínica direta com os usuários, no entanto, deve ser desenvolvido de modo ocasional; técnico- pedagógica, produz ação de apoio educativo com e para a equipe.

Vale ressaltar que o NASF tem duas responsabilidades esteadas em dois pilares: sobre a população e sobre a equipe de SF, no mesmo patamar.

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família de São Gonçalo dos Campos/BA, situada à Rua Dionísio Assunção, nº 13, centro, foi implantado em julho de 2010, começou a funcionar em agosto do mesmo ano.

Composto por uma equipe multiprofissional, a princípio, contou com a disponibilidade dos profissionais que já trabalhavam no município, o critério utilizado para escolha desses partiu da necessidade da população, ou seja, aqueles profissionais que não faziam parte do quadro de profissionais das unidades de saúde da família.

O NASF em questão possui nutricionista, educador físico, farmacêutica, assistente social, fisioterapeutas que deveriam atuar em conjunto como as unidades de saúde família e os agentes de saúde.

No período de estágio supervisionado ficou perceptível à falta de relação mais concreta entre o NASF e as equipes de SF referenciadas, o serviço do núcleo deveria ser em parceria e direcionado as equipes, contudo, na cidade em questão, é a própria população que na maioria das vezes procura os serviços do NASF e, nesse processo, não há uma contra referência.

O que dificulta a eficácia dos serviços de saúde local, ou seja, a demanda do hospital consequentemente tem aumentado consideravelmente.

Com este trabalho almeja-se identificar onde se encontra a falha no apoio matricial que o NASF deveria prestar as equipes de SF.

Dessa maneira, com a presente pesquisa pretende-se descortinar o motivo pelo qual o NASF da cidade de São Gonçalo dos Campos/BA não está desenvolvendo seu papel de Apoio Matricial junto às equipes de Saúde da Família, para tanto se adotou uma metodologia de abordagem qualitativa, uma vez que, consoante Minayo (2009),

Ela trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores, e das atitudes. [...] O universo da produção humana que não pode ser resumida no mundo das relações, das representações e da intencionalidade é o objeto da pesquisa qualitativa dificilmente pode ser traduzido em números e indicadores quantitativos (p. 21).

A aproximação com o objeto, iniciou-se mediante pesquisa bibliografia, ou seja, partiu de materiais já publicados, como: livros, teses, dissertações, artigos, revistas, entre outros, a fim de proporcionar um aprofundamento teórico sobre a temática.

Realizou-se, também, a pesquisa documental, a partir das leis e portarias referentes ao tema, pois conforme Neves, esta “é constituída pelo exame de materiais que ainda não receberam um trato analítico ou que podem ser reexaminadas com vistas a uma interpretação nova ou complementar” (1998, p. 3).

Nesse panorama, levou-se em consideração o que foi observado no período de Estágio Supervisionado I, II e III no Núcleo de Apoio a Saúde da Família no período de junho de 2012 a dezembro de 2013, utilizando-se como instrumento de pesquisa a observação participante, que consiste na participação no cotidiano profissional dos sujeitos da pesquisa.

Dessa maneira, também foi realizada a pesquisa de campo, visto que, os dados foram coletados onde eles acontecem, isto é, direcionado para o estudo do indivíduo e do grupo. De acordo Rodrigues (2007), aquela objetiva estudar e perceber as relações estabelecidas.

No que se refere ao lócus da pesquisa, a cidade possui 11 unidades de saúde da Família, por conta do tempo, foi escolhida apenas uma para a pesquisa, conhecida como Unidade de Saúde da Família da Estação inaugurada no dia de 5 de junho de 1990.

A equipe de Saúde da Família da escolhida é composta por: um médico generalista, uma enfermeira, auxiliar de enfermagem, duas recepcionistas, dentista e uma auxiliar e

agentes comunitários de saúde. Destes, participaram da pesquisa a enfermeira, a técnica de enfermagem e a agente de saúde.

A pesquisa também contemplou os profissionais do NASF, a saber: educador físico, assistente social e nutricionista. Todos possuem três anos de formados, o educador físico está no núcleo a um ano e dois meses, a assistente social a dois anos e seis meses e a nutricionais trabalha no NASF desde a fundação, isto é, a três anos.

Foram utilizados questionários semiabertos, estes que conforma Mascarenhas (2011) têm o objetivo de levantar opiniões, crenças, anseios, interesses, expectativas e situações vivenciadas. Os mesmos foram aplicados aos profissionais do NASF e os da equipe de saúde.

Sem do assim, o trabalho está subdividido em três capítulos essenciais para o entendimento da temática.

O primeiro capítulo consiste em uma contextualização histórica abordando o que havia no Brasil enquanto serviço de saúde antes da Reforma Sanitária ressalta o momento de eclosão da Reforma Sanitária no Brasil e, conseqüentemente, de uma nova maneira de se pensar a saúde no país. Nesse panorama, a Constituição Federal de 1988 garante o direito à saúde, apresentando-lhe uma seção exclusiva, incluída no tripé da Seguridade Social. Contudo, esta política de saúde necessitava de leis que a materializasse, para tanto foram promulgadas as leis 8.080/90, 8.142/90 e as normas operacionais, a primeira estabelece os critérios para o funcionamento do Sistema Único de Saúde, a segunda, institui a criação dos fundos específicos, bem como, a participação social em deliberações referentes à saúde e o controle social por meio dos conselhos e conferências.

O segundo capítulo traz algumas considerações atinentes a Atenção Primária à Saúde no mundo, bem como no Brasil, em que as primeiras iniciativas semelhantes ao que se entendia enquanto Atenção Primária foi desenvolvida pelos Centros de Saúde, contudo, aquela no presente país adquire uma terminologia própria denominada de Atenção Básica, pois o termo Atenção Primária remetia a uma atenção primitiva, por sua vez, a nova nomenclatura possibilita compreendê-la enquanto a porta de entrada para a rede assistencial da saúde, interligada aos demais níveis de atenção.

Nesse panorama, a Estratégia de Saúde da Família surge para reorganizar o modelo de atenção à saúde no SUS, entendendo a saúde enquanto direito. Tais ações são materializadas pelas equipes de Saúde da Família. Nessa perspectiva, para ampliar a resolutividade e a abrangência da Estratégia de Saúde da Família e da Atenção Básica, em 2008, é criado o Núcleo de Apoio a Saúde da Família com o objetivo de auxiliar o trabalho das equipes de Saúde da Família.

O terceiro capítulo apresenta a cidade de São Gonçalo dos Campos/BA e suas peculiaridades atinentes à saúde, as equipes de saúde existentes na cidade, bem como a equipe escolhida para participarem da pesquisa. Ainda neste capítulo, será apresentado o Núcleo de Saúde da Família responsável por dar retaguarda às equipes e por fim, serão expostos os resultados da pesquisa.

Em suma, é um tema inovador, uma vez que, não é muito discutido no âmbito acadêmico, não há um número significativo de trabalhos científicos referentes a apoio matricial, nem ao papel desenvolvido pelo NASF no que tange as equipes de saúde da família. Dessa maneira, com o mesmo objetiva-se despertar a curiosidade de outros pesquisadores não só para o apoio matricial que o NASF presta as equipes de saúde da família, mas para todo o campo da saúde como um todo.

Bem com, proporcionar aos gestores locais a possibilidade de identificar as lacunas existentes entre o Núcleo de Apoio a Saúde da Família e as equipes de saúde da família para que possam trabalhar em cima da mesma no intuito de preenchê-las.

2 A SAÚDE ANTES E DEPOIS DA REFORMA SANITÁRIA

A realidade social, na década de oitenta, era de exclusão da maior parte dos cidadãos do direito à saúde, que se constituía na assistência prestada pelo Instituto Nacional de Previdência Social. Assim, a Reforma Sanitária Brasileira foi proposta em um momento de intensas mudanças e sempre pretendeu ser mais do que apenas uma reforma setorial. Almejava-se, desde seus primórdios, que pudesse servir à democracia e à consolidação da cidadania no país. Dessa maneira, na esteira deste processo democrático, o chamado movimento sanitário tinha proposições concretas, tendo como a primeira delas, a saúde como direito de todo o cidadão. Assim, discorreremos nesse capítulo sobre a contextualização histórica que marcar esse período.

2.1 A saúde antes da Reforma Sanitária

O período da República Velha (1889-1930) caracterizou-se pela criação de normas, organizações sanitárias e mudanças práticas que até o momento não existiam.

Afirma Paim (2009), que a organização de serviços de saúde no Brasil, nesse contexto, era obscura e complicada. O que havia era uma espécie de não sistema marcado pela omissão do poder público, caracterizado pela separação entre as ações de saúde pública e a assistência médico-hospitalar.

De acordo Paim (2011), no início do século XX, as campanhas de saúde pública eram realizadas baseados em padrões quase militares. Salienta-se, que nesse período o objetivo dessa campanha era de “limpar” os espaços em que as mercadorias exportáveis circulavam.

Consoante Paim (2009), o aparelho público de saúde no Brasil surgiu a partir de três vias, a saber: saúde pública, medicina previdenciária e a medicina do trabalhador. O que existia enquanto saúde pública não passava de campanhas para erradicação da malária, tuberculose e a vacinação contra a varíola, não possuindo assim nenhuma relação com os demais subsistemas.

A organização dos serviços de saúde no Brasil antes do SUS vivia em mundos separados: de um lado, as ações voltadas para a prevenção, o ambiente e a coletividade, conhecidas como *saúde pública*; de outro, a saúde do trabalhador, inserida no Ministério do Trabalho; e, ainda, as ações

curativas e individuais, integrando a *medicina previdenciária* e as modalidades de assistência médico liberal, filantrópica e, progressivamente empresarial (PAIM, 2009, p. 31, grifo original).

Nesse contexto, medicina previdenciária iniciou-se por meio das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs)¹. As mesmas eram de natureza privada, organizadas por empresas, limitadas a algumas categorias profissionais, segundo Boschetti (2006), “era a primeira vez, portanto, que se garantia aos trabalhadores assalariados do setor urbano o direito ao atendimento médico, a medicamento, a aposentadoria e a pensão em caso de morte” (p. 16).

A autora ainda afirma que, na década de 1930 com a intensificação da intervenção estatal, as CAP's foram somados aos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP's), que foram criados, financiados e controlados pelo Estado. Sendo assim, diferentemente das CAP's as IAP's eram de natureza pública, organizados por categoria profissional e subordinado ao Ministério do Trabalho, da Indústria e do Comércio.

No entanto, após 1938 o governo brasileiro adotou uma política que, além de não criar mais CAP's, transformava as existentes em IAP's, “a expansão das IAP's seguiu uma lógica de cobertura progressiva de certas categorias profissionais reconhecidas legalmente pelo Estado e consideradas necessárias ao desenvolvimento produtivo da época” (BOSCHETTI, 2006, p. 22).

Nesse panorama, de acordo Escorel (2008), “até 1964, a assistência médica previdenciária era prestada, principalmente, pela rede de serviços próprios dos IAPs, compostas por hospitais, ambulatórios e consultórios médicos” (p. 386).

Em 1966, os institutos foram unificados no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS)². Este englobava um grande número de trabalhadores assalariados urbanos inseridos no mercado privado.

A partir da criação do INPS, a saúde passou a ser terceirizada,

O INPS passou a ser o grande comprador de serviços privados de saúde, estimulando um padrão de organização da prática médica orientado pelo

¹ As Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAP's) foram criadas a partir da Lei Eloy Chagas, esta apresentava as bases para a construção de um sistema previdenciário brasileiro além de, conforma Boschetti (2006), obrigar as empresas a instituírem as CAP's.

² Atualmente conhecido como Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS).

lucro. O credenciamento e a remuneração por Unidades de Serviço (US) foi um fator incontrolável de corrupção: os serviços inventavam pacientes ou ações que não tinham sido praticadas ou faziam apenas aquelas que eram mais bem remuneradas, como o parto por cesariana ao invés do parto normal (ESCOREL, 2008, p. 386).

Consoante o Ministério da Saúde (2006), este ainda estabelecia convênios com as empresas com a intenção de realizar atendimento ao trabalhador no próprio ambiente de trabalho. Dessa maneira, o acesso aos serviços de saúde se dava pelo acesso que os trabalhadores tinham ao emprego formal, que ao contribuir para a previdência social garantia aos mesmos o acesso a uma saúde previdenciária.

Vale salientar que partir de 1971, o INPS além de prestar serviços às pessoas inseridas de forma legal no mercado de trabalho, estendia seus serviços aos trabalhadores rurais cadastrados no Fundo de Assistência e Previdência do Trabalho Rural (FUNRURAL)³ semelhante ao tratamento oferecido aos trabalhadores urbanos.

Sendo assim, de acordo Paim (2009) a parte da população que não estava inserida no mercado de trabalho tinham que pagar por serviços médicos e hospitalares, denominada pelo autor de medicina liberal, ou recorrer a instituições filantrópicas, postos de saúde e hospitais municipais e estaduais, denominado de medicina filantrópica.

Conforme Heimann (2000),

Até a primeira metade da década de setenta, o desenvolvimento de ações e serviços permaneceu praticamente restrito as experiências dos programas comunitários de saúde, inspirados, em regra, no modelo da Medicina Comunitária, que nos Estados Unidos da América dirigia-se às populações pobres e negras. Adotaram, desta forma modelo focal de medicina ou saúde comunitária (p. 25-26).

É perceptível que se tratava de um serviço básico de saúde direcionado a população carente que residiam na periferia ou em áreas rurais sem acesso aos demais serviços de saúde.

A centralização do sistema prosseguiria ao longo da década de 1970, com a

³ O Fundo de Assistência e Previdência do Trabalho Rural foi criado com a finalidade de subsidiar o pagamento de benefícios assistenciais a trabalhadores rurais.

criação do Ministério da Previdência e Assistência Social, do Sinpas – Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social, do Inamps – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social e do Iapas – Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social, (BRASIL, 2006, p. 38).

O Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) foi criado em 1974, responsável pela assistência médica individual e o auxílio-doença contributivo. Nesse decurso, em 1977 foi criado Sistema Nacional de Assistência Médica da Previdência Social com o objetivo de formular e sugerir políticas e previdência e assistência médica e farmacêutica e de assistência social.

O Sinamps substitui, assim, a concepção original de proteção social dividida por categorias profissionais por uma organização funcional. Ele tornou-se uma reunião de várias instituições, cada um correspondendo à função que tradicionalmente havia assumido ao longo dos anos. Assim, o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS criado em 1966) garantia os benefícios implementados sob a lógica do seguro social (aposentadorias, pensões e auxílios); o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, (Inamps, também criado em 1966) responsabilizava-se pela assistência médica da população segurada pela previdência [...] o Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (Iapas, criado em 1977) era responsável pelo controle financeiro e patrimonial (BOSCHETTI, 2006, p.56).

Nesse período, afirma Souza (2002) que os brasileiros estavam divididos entre: os que podiam pagar por serviços de saúde, os que tinham direito a assistência à saúde oferecida pelo INAMPS e os que não possuíam nenhum direito.

Apesar da hegemonia dominante, consoante Heimann (2000), não foi empecilho para o desenvolvimento tanto na esfera do Estado quanto na sociedade iniciativas que apontassem a necessidade e a possibilidade de criação de políticas nessa área.

Nesse panorama, em 1976 foi criado o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) com o objetivo de estruturar a saúde básica para comunidades pequenas, comunidades de até 20 mil habitantes, criando condições para que as prefeituras se envolvessem nas ações referentes à área de saúde e saneamento. Ou seja, estabelecia um novo modelo de atendimento à saúde da população, estendendo suas ações aos territórios mais carentes.

Conseqüentemente, a realização da Conferência de Alma-Ata indicava que a condução da política de saúde no país afinava-se com as propostas dos organismos internacionais que promoveram o importante evento. A Declaração de Alma-Ata, por sua vez, indicava que os caminhos percorridos pelo Brasil para a extensão de cobertura com ênfase na atenção primária de saúde e, de certo modo, para a descentralização, eram considerados válidos pelos organismos internacionais. Não surpreendeu, portanto, a decisão do governo de ratificar a Declaração de Alma-Ata⁴ durante a Assembleia Mundial de Saúde em 1979 (PAIM, 1998, p. 7).

Diante desse cenário, a Declaração de Alma-Ata tornou-se, no período correspondente a 1980 a 1990, referência primordial para as reformas sanitárias ocorridas em vários países, uma vez que, esta apresentava uma série de recomendações a cerca da atuação primária de saúde.

Nesse contexto, o Ministério da Saúde formulou uma proposta de ampliação do PIASS para todo o país denominado de PRO-SAÚDE⁵, contudo, com a realização de VII Conferência Nacional de Saúde⁶ apresentado enquanto tema central “Serviços Básicos de Saúde”, o Ministério da Saúde articulou-se com o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) o que resultou na substituição do PRO-SAÚDE pelo Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE).

Segundo Paim (2007),

O PREV-SAÚDE, na sua versão original apresentava três objetivos: a) estender a cobertura por serviços básicos de saúde a toda a população; b) reorganizar o setor público de saúde, pela articulação das diversas instituições existentes e pela reordenação da oferta de serviços, implicando a redução dos custos unitários e no aumento da produtividade dos recursos disponíveis; c) promover a melhoria das condições gerais do ambiente com ênfase em sistemas simplificados de abastecimento d'água e em medidas sanitárias necessárias ao controle da esquistossomose e da doença de Chagas (p. 80-81).

⁴ A Declaração Alma-Ata foi o resultado da I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde realizada em 1978 em Alma-Ata, no Cazaquistão, antiga União Soviética, por iniciativa da Organização Mundial de Saúde (OMS) e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF).

⁵ A primeira versão do projeto iria chamar-se PRO-SAÚDE, no entanto, afirma Paim (1998) que por oposição do Ministério da Previdência passou-se a chamar PREV-SAÚDE.

⁶ A VII Conferência Nacional de Saúde ocorreu em 1980 no Palácio do Itamaraty em Brasília- DF, apresentando enquanto tema “Extensão das ações de saúde por meio de serviços básicos”.

Sendo assim, a PREV-SAÚDE correspondia a uma ação que visava o redirecionamento do sistema de saúde, por meio da articulação entre os dois Ministérios e as Secretarias estaduais e municipais. Apresentava um conjunto de diretrizes que reforçava a Atenção Primária a Saúde (APS), como: participação comunitária; regionalização; hierarquia de serviços; serviços de referência e contra referência; articulação das ações de prevenção e cura; entre outras (PAIM, 1998).

Na década de 70 o mundo passa por uma crise no modelo de financiamento médico, devido à inflação médica gerada pelos próprios profissionais da área. A assistência médica curativa no Brasil tem sido caracterizada, em maior ou menor grau, por uma compra de serviços privados. Isto tem ocorrido ora pelo pagamento direto do usuário ao médico, ora pelo pagamento indireto (pelas empresas) através de serviços próprios, conveniados ou comprados no mercado (ESCOREL, 2008, p. 390).

Diante do exposto, na década de 1980 a crise em torno da previdência torna-se pública impedindo assim a implementação do programa.

No intuito de responder a mesma, o Governo Federal criou o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP)⁷ designado de sugerir medidas saneadoras contundentes no campo da assistência médico- hospitalar.

Nesse panorama, foi criado em 1984 o Programa de Ações Integradas de Saúde (AIS)⁸. Segundo Heimann (2000),

Pode-se dizer que representou a primeira ação de grandes proporções rumo ao aperfeiçoamento do sistema de saúde. Tendo como propósito fundamental promover a gestão e a programação conjunta das três esferas do poder público, as AIS se apresentam da seguinte maneira: assinatura de convênios entre os níveis de governo, a formulação de planos de saúde e a instalação de *comissões interinstitucionais de saúde* no âmbito estadual, regional, municipal e local (p. 28, grifo original).

As AIS correspondem ao período de 1984 a 1987, corroborando com os autores,

⁷ O CONASP foi criado a partir do Decreto nº 86.329/81, este possuía representação mista, não paritária, entre Estado e sociedade, com predomínio da última.

⁸ As AIS foram criadas mediante portaria interministerial abarcando o Ministério da Educação e Cultura (MEC), Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) e o Ministério da Saúde (MS).

proporcionaram o alargamento da capacidade da rede pública, principalmente no campo ambulatorial, além de atingir o maior nível de articulação entre instituições. Nesse período, mediante a mobilização social e a crise em torno da Previdência Social e conseqüentemente da Saúde ganhava energia o movimento pela reforma sanitária envolvendo tanto a população quanto os profissionais do setor.

2.2 Reforma Sanitária

O termo Reforma Sanitária⁹, refere-se a experiências de formulação normativa e institucional no âmbito da assistência à saúde dos cidadãos em países desenvolvidos e subdesenvolvidos como: Espanha, Itália, Brasil.

Este segundo Elias (1993), foi inserido no país no início dos anos 1970 por meio dos Departamentos de Medicina Previdenciária das escolas médicas constituindo o Movimento de Reforma Sanitária atuante no momento de transição entre o regime de ditadura militar para o governo civil.

A Reforma Sanitária surge como ideia, ou seja, uma percepção, uma representação, um pensamento inicial. Vinculava-se de um lado à crítica feita aos limites do movimento ideológico da Medicina Preventiva e, de outro, à busca de alternativas para a crise da saúde durante o autoritarismo (PAIM, 2009, p. 31).

Tal movimento questionava a maneira com que o Estado intervia nas demandas relativas à saúde em demarcava o modo de conduzir a saúde pública.

De acordo Escorel (2008),

Havia, na composição originária do movimento sanitário, três vertentes principais: o movimento estudantil e o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes); os movimentos de Médicos Residentes e de Renovação Médica; e os profissionais das áreas de docência e pesquisa das universidades. A primeira caracteriza-se por difundir a teoria da medicina social. A segunda significou a atuação política na arena concreta do mundo do trabalho. A terceira construiu o marco teórico – o referencial ideológico –

⁹ A Reforma Sanitária também foi um partido política.

do movimento, e nela se formaram os agentes reprodutores e os novos construtores desse marco (p. 389).

O Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES)¹⁰ é considerado por Paim (2007) peça essencial do movimento sanitário enquanto movimento social organizado. Uma vez que, ao exporem em 1979 o documento “A questão democrática na área da saúde”, no I Simpósio de Política Nacional de Saúde da Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados, o CEBES estabeleceu, pela primeira vez, a proposta atinente ao Sistema Único de Saúde (SUS), expondo um conjunto de diretrizes e princípios necessários a sua criação. Tal documento significou um marco na edificação da proposta da Reforma Sanitária, passou de uma ideia para um conjunto de proposições concretas.

Outra instituição importante nesse processo foi a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO)¹¹, está constituiu-se em meados dos anos 1970, um interlocutor político essencial em discussões em torno das políticas de saúde, além de promover a exposição e troca de informações e estudos sobre a temática.

Nesse compendio e a partir desta temática é que a esfera da medicina social passa a ser conhecida como Saúde Coletiva. De acordo Cohn (1989),

A nova denominação deixaria marcas profundas na produção da área. Ao substituir-se ‘Medicina’ por ‘Saúde’ ampliava-se o objeto, tornando-o mais abrangente, o que passa a exigir uma nova delimitação do campo. E ao substituir-se o Social pelo Coletivo, torna este mais inespecífico, exigindo que seja rastreado em sua totalidade, (p. 126).

Em vista disso, foi possibilitado um novo olhar direcionado ao binômio saúde/doença, a prática da medicina e as próprias políticas de saúde.

Mais adiante, o movimento atingiu seu auge em 1986, com a realização da VIII

¹⁰ O Centro Brasileiro de Estudos de Saúde foi criado em julho de 1976 na 32ª Reunião Anual da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência debatendo questões atinentes a democratização da saúde, apresentando-se como um intelectual coletivo apto a reestruturar a saúde.

¹¹ A ABRASCO foi criada em 1979 durante a I Reunião sobre Formação e Utilização de Pessoal de Nível Superior na Área da Saúde Pública, com o objetivo de atuar como auxiliar e articulador entre centros de treinamento, ensino e pesquisa em Saúde Coletiva para fortalecimento das entidades associadas, assim como o alargamento das relações entre comunidade técnico-científica e serviços de saúde.

Conferência Nacional da Saúde¹², esta foi balizada em três eixos centrais, a saber: saúde como direito inerente a cidadania, reformulação do sistema nacional e o financiamento da saúde. Nesse contexto, o movimento assumiu a defesa da descentralização, propondo a criação de um sistema de saúde unificado, igualitário, descentralizado, participativo, universal e integral.

Conforme Bravo (2009),

A 8ª Conferência, numa articulação bem diversa das anteriores, contou com a participação de cerca de quatro mil e quinhentas pessoas, dentre os quais mil delegados. Representou, inegavelmente, um marco, pois introduziu no cenário da discussão da saúde a sociedade (p. 96).

Nesse contexto, a saúde superou a esfera setorial, fazendo referência à sociedade enquanto totalidade, sugerindo não só um sistema único, mas principalmente a reforma sanitária.

Enquanto a reforma era implantada, várias iniciativas emergiam nesta direção. Sendo assim, em 1987 a Assembleia Nacional Constituinte iniciava a elaboração da nova Constituição, ao passo em que o Ministério da Previdência e Assistência Social, em parceria com algumas secretarias, articulava a proposta do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS),

Em julho de 1987 foi aprovada a criação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS), uma estratégia transitória para a chegada ao Sistema Único de Saúde, que estabelecia a transferência dos serviços de saúde para os estados e municípios; o estabelecimento de um gestor único de saúde em cada esfera de governo e a transferência para os níveis descentralizados dos instrumentos de controle sobre o setor privado (ESCOREL, 2008, 392).

O sistema possuía um conjunto de diretrizes que seriam amadurecidas e firmadas como pressupostos para o processo de descentralização da saúde. Segundo Heimann (2000), de modo a democratizar o acesso a serviços de saúde.

O SUDS foi visualizado enquanto ponte para a instalação do Sistema Único de Saúde

¹²A VIII Conferência Nacional de Saúde convocada por decreto realizada em Brasília, Distrito Federal, no dia 17 a 21 de março de 1986.

(SUS) durante a reforma sanitária. Aquele constitui convênios entre as esferas federal, estadual e municipal, avançando ao comprar serviços do campo de setor público, repassar recursos baseando-se na Programação- Orçamento Integrada (POI)¹³ e criação de conselhos estaduais e municipais paritários e deliberativos.

Nesse bojo, consoante Paim (1998) respaldado pelo decreto presidencial, a implantação do SUDS segregou recursos e descentralizou os processos decisórios para o campo dos estados, além de possibilitar a descentralização das ações e serviços de saúde, como: a municipalização que correspondia à incorporação dos municípios na prestação de serviços e, de forma parcial, a gestão da saúde por meio dos convênios com secretarias estaduais de saúde e a distritalização que almeja a incorporação de modelos assistências alternativos direcionados para a população de um determinado território.

Nesse sentido, estabeleceu-se a Comissão Nacional de Reforma Sanitária¹⁴ com o objetivo de fiscalizar e acompanhar o processo da constituinte.

2.3 A Constitucionalização do direito a saúde

Em 05 de outubro de 1988 é promulgada a nova Constituição Federal baseada em princípios democráticos de modo a atender a aspiração de toda a população.

No caso da saúde, pela primeira vez era constitucionalmente estabelecido o princípio de seguridade social no país, e também a saúde foi considerada em seção exclusiva (Art. 196 a Art. 200) que consagrava princípios pelos quais o movimento da reforma sanitária vinha lutando. Em primeiro lugar consolidava-se a universalização da assistência iniciada com o SUDS: não mais restrita apenas aos trabalhadores formalmente inseridos no mercado de trabalho, e seus dependentes, mas acessível a todo cidadão. Em segundo lugar incorporou-se de maneira explícita a descentralização da gestão do sistema, com direção única em cada esfera de governo. Não menos importante é a determinação constitucional da integração da atenção, efetivada por meio das ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação (HEIMANN, 2000, p. 31).

A saúde é inserida no tripé da seguridade social, juntamente com a previdência e

¹³ A Programação- Orçamento Integrada (POI) é um instrumento que autoriza os repasses no âmbito da saúde conforme o desempenho, sem a obrigação de negociar com os convênios e aditivos ano a ano.

¹⁴ Hoje corresponde ao Conselho Nacional de Saúde.

assistência. É reconhecida enquanto direito fundamental¹⁵ e social¹⁶, universal intrínseco a condição de cidadão previstos no Art. 6º, que abre o Capítulo II (Dos Direitos Sociais) do Título II (Dos Direitos Fundamentais) da Constituição de 1988. Tal conquista remete a lutas e esforços despendidos pelo movimento de reforma sanitária.

Nesse panorama,

Dentre os direitos sociais, o direito à saúde foi eleito pelo constituinte como de peculiar importância. A forma como foi tratada, em capítulo próprio, demonstra o cuidado que se teve com esse bem jurídico. Com efeito, o direito à saúde, por estar intimamente atrelado ao direito à vida, manifesta a proteção constitucional à dignidade da pessoa humana (MOURA, 2013, p. 1).

Pela primeira vez, uma constituição do Brasil possuía uma seção exclusiva contendo cinco artigos reservados a saúde, Artigo 196 a 200.

O primeiro atinente a saúde, Art. 196, segundo Paim (2009) destaca a compromisso do Estado em garantir políticas sociais e econômicas que almejassem a redução de riscos de doença e de outros agravos, afirmando o acesso universal e igualitário a ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação.

O segundo, Art. 197, dispõe que o setor público enquanto responsável pela saúde deve fiscalizar, regular e controlar os serviços e ações.

O terceiro, Art.198, afirma que os serviços e ações compõem uma rede regionalizada e hierarquizada organizado conforme diretrizes como: descentralização, atenção integral e participação comunitária.

Descentralização [...] significa que a gestão do sistema passa para os municípios, com a consequente transferência de recursos financeiros pela União, além da cooperação técnica. [...] O atendimento integral, como destacado anteriormente, envolve a promoção, prevenção e recuperação da

¹⁵“Direitos fundamentais são direitos público-subjetivos de pessoas (físicas ou jurídicas), contidos em dispositivos constitucionais” (LEOCÁDIO, 2010, p. 11).

¹⁶“Os direitos sociais são aqueles que têm por objetivo garantir aos indivíduos condições materiais tidas como imprescindíveis para o pleno gozo dos seus direitos, por isso tendem a exigir do Estado uma intervenção na ordem social que assegure os critérios de justiça distributiva, assim diferentemente dos direitos a liberdade, se realizam por meio de atuação estatal com a finalidade de diminuir as desigualdades sociais, por isso tendem a possuir um custo excessivamente alto e a se realizar em longo prazo” (PESSOA, 2014, p. 1).

saúde [...] A participação comunitária expressa uma orientação para democratizar os serviços e as decisões em relação à saúde (PAIM, 2009, p. 49-50).

O Art. 199 atenta para o fato de as instituições privadas de saúde poderem atuar enquanto complementares aos realizados serviços pelo Sistema Único de Saúde (SUS) como se fossem públicos também.

O último artigo, Art. 200, destinado à saúde dispõe sobre as atribuições que competem ao SUS, como: controlar e fiscalizar o que for de interesse da saúde; realizar ações de vigilância sanitária, epidemiológica e de saúde do trabalhador; participar da formulação e execução de políticas; auxiliar na proteção do meio ambiente, entre outros.

No entanto, mesmo com o SUS já aprovado pela Constituição seria necessária uma legislação específica que elucidasse o que estava disposto na Constituição.

2.4 As leis que materializam o SUS

Em 19 de setembro de 1990 é aprovada a Lei Orgânica de Saúde mediante a Lei 8.080/90. A mesma estabelece o modo de funcionamento do SUS, isto é, condições para a efetivação da promoção, prevenção e recuperação da saúde, bem como organização e funcionamento dos serviços.

Amplia o conceito de saúde ao expor no segundo parágrafo que,

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país (BRASIL, 1990).

Tal conceito, segundo Paim (2009) extrapola as dimensões biológicas e ecológicas as saúde humana. Em outras palavras, a saúde é visualizada enquanto garantia de bem estar físico, mental e social, ou seja, garantia da qualidade de vida.

A partir de então, o SUS é definido como um conjunto de ações e serviços desenvolvidos por instituições públicas dos três níveis de governo e de fundações mantidas

pelo poder público.

No que concerne aos princípios, destacam-se: a universalidade, ou seja, todos os cidadãos têm direito a saúde; a integralidade, conjunto integrado de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos; a equidade, todo cidadão é igual diante do SUS, sendo assim devem ser igualmente tratados.

Contudo, no momento de regulamentação, conforme Bastos e Weber,

O texto sofreu cortes na maioria dos artigos e incisos que tratavam do financiamento do Sistema, dentre eles um que capitaneava para a saúde impostos sobre bebidas alcoólicas e cigarros. Perderam-se também todas as partes que tratavam da fiscalização pela população, por meio de Conselhos Gestores, dos serviços comprados de instituições privadas e as que detalhavam a forma que seria dada a composição do Controle Social. No total foram vinte e seis vetos presidenciais a Lei 8.080 (BASTOS e WEBER, 2012, p.675).

Nessa conjuntura, ao passo que se criou problemas concernentes a implantação do SUS, houve uma mobilização do Congresso Nacional e dos parlamentares que o defendiam. Sendo assim, em pouco tempo foi redigido um novo texto e estabelecidas negociações necessárias para a aprovação de uma lei complementar.

Em 28 de dezembro do mesmo ano é aprovada a Lei 8.142/90 que estabelece a criação de fundos específicos para o repasse de verbas e contas da saúde, cria formas de participação da comunidade nas decisões políticas de saúde e instâncias de controle social por meio das conferências e conselhos de saúde.

Corroborando com Heimann (2000), “as leis 8.080 e 8.142, de 1990, complementando os princípios estabelecidos pela nova Constituição, apresentam os parâmetros que deveriam regular o funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS)” (p. 32). Em suma, ambas regulamentam a política de saúde no Brasil.

Conforme Paim (2009), no início anos 1990 estados e municípios depararam-se com dificuldades para a implantação das competências e atribuições previstas na lei, por outro lado, o governo federal resistiu em financiar o sistema.

Diante de tal situação, o Ministério da Saúde criou uma série de portarias denominados de normas operacionais¹⁷: NOB-91, NOB-93, NOB-96, NOAS-2000 e NOAS-

¹⁷As NOBs são portarias do Ministério da Saúde criadas para regular e definir os escopos e táticas atinentes a descentralização da política pública de saúde.

2002. Com o objetivo de promover a materialização do SUS, por parte do poder público e municipal e do distrito federal enquanto gestor da atenção à saúde.

As normas tinham o objetivo de estimular transformações, nortear a implantação do SUS, determinar novos objetivos, prioridades e diretrizes, orientar a relação entre gestores e normatizar o SUS.

Desta forma, NOB – Nº 01/91, estabelece regras operacionais e necessárias ao gerenciamento de ações e serviços de saúde como controle, acompanhamento e fiscalização de recursos. A NOB-93 formaliza as deliberações aprovadas na 9ª Conferencia Nacional de Saúde, disciplina o processo de descentralização das ações e serviços da saúde. A NOB-96 reafirma o papel das Unidades Federativas, ressaltando a reorganização do sistema de saúde.

Já as Normas Operacionais de Assistência a Saúde¹⁸ (NOAS, 2001), segundo o Ministério da Saúde (2001),

baseia-se, portanto, no reconhecimento da regionalização em saúde fundamental para a consolidação dos princípios de universalidade, equidade no acesso e integralidade da atenção, nesse momento específico da implementação do Sistema Único de Saúde (p. 5).

A Noas- 2002, por sua vez,

amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios (BRASIL, 2002, p.5).

As normas foram essenciais na história do SUS, visto que mobilizou o interesse de técnicos e gestores sobre a temática.

Nesse bojo, em 2006, as normas foram acopladas em um documento denominado de Pacto da Saúde que lista metas, atribuições e prazos preestabelecidos com o intuito de

¹⁸ As NOAs surgem a partir do aparecimento de problemas no momento de implantação da NOB-96, objetivando a promoção da equidade na alocação de recursos, bem como o acesso igualitário da população em todos os níveis de atenção a saúde.

fortalecer compromisso dos gestores do SUS diante das prioridades referentes à condição de saúde da população do país.

A partir daí, foi aprovada uma Comissão Permanente de Consolidação e Revisão de Atos Normativos, por conta do número expressivo de normas e portarias determinadas pelo Ministério da Saúde. Conforme Paim (2009), mais adiante, no intuito de promover o reconhecimento e valorização do SUS mediante normatização legal é criado o Regulamento do Sistema Único de Saúde.

2.5 Como funciona o SUS

O SUS é um conjunto de serviços e ações de promoção, prevenção e recuperação universais, de acesso igualitário estruturado a partir de uma rede hierarquizada e regionalizada, esta remete ao fato de os serviços serem distribuídos em todo o território, aquela atenta para o fato de os recursos disponíveis serem utilizados de maneira racional.

Além disso, os serviços e ações são subdivididos a partir do seu nível de complexidade, de acordo com o Ministério da Saúde (2005),

Essa estruturação visa à melhor programação e planejamento das ações e serviços do sistema. Não se deve, porém, considerar um desses níveis de atenção mais relevante que outro, porque a atenção à Saúde deve ser integral. A prioridade para todos os municípios é ter a atenção básica operando em condições plenas e com eficácia, (p. 33).

Sendo assim, tendo como parâmetro o grau de complexidade dos serviços, estes são organizados em: atenção básica ou atenção primária a saúde, atenção ambulatorial especializada ou de média complexidade e a atenção hospitalar ou alta complexidade.

A Atenção Básica ou atenção primária a saúde é a porta de entrada da rede assistencial de saúde, “constitui o primeiro nível de atenção no interior do sistema de saúde e engloba um conjunto de ações de caráter individual e coletivo, envolvendo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação” (PAIM, 2009, p. 60).

No presente nível, a população acessa serviços considerados como básicos aptos a atender o maior número de problemas de saúde apresentados pela comunidade, a saber: clínico geral, pediatria, obstetrícia, ginecologia e emergências referentes às áreas

mencionadas.

Nesse nível da atenção à Saúde, o atendimento aos usuários deve seguir uma cadeia progressiva, garantindo o acesso aos cuidados e às tecnologias necessárias e adequadas à prevenção e ao enfrentamento das doenças, para prolongamento da vida. A atenção básica é o ponto de contato preferencial dos usuários com SUS e seu primeiro contato, realizado pelas especialidades básicas da Saúde, (BRASIL, 2005, p. 35).

Esta apresenta a Saúde da Família como estratégia de organizada tem como característica central o estabelecimento de vínculos e corresponsabilidade com a comunidade. Suas ações são materializadas pela equipes de Saúde da Família, composta por uma equipe multiprofissional, nas unidades de saúde da família e/ou domicílios.

Também compete a Atenção Básica a realização de encaminhamentos necessários aos usuários para atendimentos nos demais níveis de atenção: média e alta complexidade. Dessa maneira, se os problemas de saúde apresentados pela população forem mais difíceis e complicados estes serão encaminhados para os demais níveis.

A Atenção Ambulatorial Especializada ou de Média Complexidade¹⁹ consiste em ações e serviços que tendem a acolher os principais problemas de saúde e agravos da população, ou seja, problemas que necessitam de disponibilidade dos profissionais especializados e recursos tecnológicos direcionados a apoio diagnóstico e terapêutico.

Dentre os procedimentos desenvolvidos nesse nível estão: cirurgias ambulatoriais especializadas; procedimentos traumato-ortopédicos; ações especializadas em odontologia; patologia clínica; anatomopatologia e citopatologia; radiodiagnóstico; exames ultrassonográficos; diagnose; fisioterapia; terapias especializadas; próteses e órteses; anestesia.

Diante disso são responsáveis pelo atendimento ambulatoriais especializados, clínicas e unidades de pronto atendimento.

No topo da pirâmide encontra-se Atenção Hospitalar ou Alta Complexidade que realiza procedimentos que necessitam de tecnologia avançada e de alto custo, “objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à Saúde (atenção básica e de média complexidade)”, (BRASIL, 2005, p. 27).

Realiza procedimentos como: cirurgia, procedimentos cardiológicos, procedimentos

¹⁹ A Atenção de média complexidade foi criada mediante o Decreto nº4.726 de 2003, que aprovou a estrutura regimental do Ministério da Saúde.

neurocirúrgicos, diálise, quimioterapia, radioterapia, hemoterapia, entre outros.

É importante frisar que, os níveis não são independentes, um não anula o outro, dessa maneira, estão interligados por meio de um sistema de referência e contra referência.

3 A ATENÇÃO BÁSICA NO BRASIL

Os princípios fundamentais da atenção básica no Brasil são: integralidade, qualidade, equidade e, sobretudo, participação social. Basilados nesses pilares, a expansão e a qualificação da atenção básica, organizadas pela estratégia Saúde da Família, compõe parte do conjunto de prioridades políticas apresentadas pelo Ministério da Saúde aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde. Esta concepção supera a antiga proposição de caráter exclusivamente centrado na doença, desenvolvendo-se por meio de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipes, dirigidas às populações de territórios delimitados, pelos quais assumem responsabilidade.

O maior desafio é o de ampliar as fronteiras de atuação visando uma maior resolubilidade da atenção, em que a Saúde da Família possa ser compreendida como a estratégia principal para mudança deste sistema, que deverá sempre se integrar a todo o contexto de reorganização do sistema de saúde.

3.1 Atenção Primária à Saúde

A Atenção Primária à Saúde é um modo de organização dos serviços de saúde caracterizado pelo atendimento às necessidades e anseios familiares. Consiste no primeiro contato com o sistema de saúde e é responsável pela organização do cuidado à saúde de indivíduos, famílias e comunidades.

Nos últimos dois séculos, houve alguns momentos imprescindíveis na construção do que se pode chamar atualmente de atenção primária. De acordo o Secretário de Municipal de Fortaleza/CE, no II Seminário Internacional de Atenção Primária²⁰ (2006), inicialmente pode-se destacar o momento Bismarquiano marcado pela luta de trabalhadores e, conseqüentemente, pelas conquistas na esfera da saúde; o segundo momento compreende a Revolução de 1917, esta que mostrou para o mundo a possibilidade de se pensar à saúde como um direito do cidadão e dever do Estado.

Posteriormente, temos no contexto da Segunda Guerra Mundial uma maior

²⁰ II Seminário Internacional de Atenção Primária Saúde da Família teve como tema “A Saúde da Família construindo a integralidade do cuidado” realizado em Fortaleza/CE no período de 3 a 5 de setembro do ano de 2006. Nela foram abordados temas como: Atenção Primária no Mundo: experiência e desafios; Gestão da Clínica em Saúde da Família; Formação e Educação Permanente em Saúde da Família; Integralidade e Qualidade em Atenção Primária a Saúde.

visibilidade para a saúde e sistemas nacionais de saúde enquanto conquista dos trabalhadores; outro momento essencial nessa discussão foi a Conferência de Alma-Ata que introduziu uma nova ideia a cerca da atenção primária, que serviu de modelo para todo o mundo.

Conforme o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS)²¹ (2011), os Estados Unidos, em 1990 propôs a criação de redes de atenção à saúde, tal ideia estendeu-se ao Canadá e a Europa Ocidental e apresentava que,

Os elementos centrais nesses sistemas: a responsabilização por uma população, o foco na melhoria dos níveis de saúde dessa população, a oferta de um contínuo de serviços, a coordenação dos cuidados pela atenção primária à saúde, a integração clínica e o pagamento por capitação (BRASIL, 2011, p. 12).

Diante do exposto, o trabalho precursor foi o Relatório Dawson²², em 1920, ainda segundo o autor supracitado, os temas fundamentais foram à conexão da medicina preventiva com a curativa, a função do médico generalista, a atenção primária enquanto porta de entrada do sistema de saúde, as unidades ambulatoriais enquanto campo ação da atenção secundária e os hospitais da atenção terciária. Ressalta-se que no presente relatório, Bertrand Dawson utiliza, pela primeira vez, o termo de atenção primária.

Segundo Connil (2008), aquele introduz na sociedade a ideia de atenção primária interligada aos conceitos de hierarquização e regionalização do cuidado. Em outras palavras, pensou a atenção primária mais próxima do conceito atual, ou seja, enquanto um modelo de organização do sistema de saúde.

Consoante Aguiar (2003),

Esse profissional concebeu a idéia de regionalização dos serviços de saúde na Inglaterra a partir da implantação de “Centros de saúde primários”, ou “*Primaryhealth centers*”, vinculados a distritos, que deveriam ser instituições preparadas para prover serviços de medicina curativa e preventiva através de médicos generalistas (*general practitioners*) (p. 32).

²¹O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) é uma entidade sem fins lucrativos com a finalidade de representar as Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal. Criado em 3 de fevereiro de 1982, o órgão tem sede em Brasília, Distrito Federal.

²²No presente relatório, Dawson sistematiza os serviços médicos e os afins de modo a estarem disponíveis para a população de uma área específica.

Tais centros funcionavam enquanto porta de entrada para os demais serviços de saúde.

Conforme Starfield (2002), o relatório apresentava um modelo de coordenação dos serviços de saúde centrados em três distintos níveis de serviços: centros de saúde primários, centros de saúde secundários e hospitais-escola. Este serviu como pilar para a formulação do conceito de regionalização, enquanto um sistema estruturado de serviços delineado para rebater as mais variadas necessidades da população.

Diante disso, com esse documento, o governo inglês contestava o modelo flexneriano americano²³ de alicerce curativo, baseado no reducionismo biológico e no individualismo, ao mesmo tempo em que, representava uma referência para a edificação do modelo de saúde inglês.

Em contrapartida, segundo Aguiar (2003 apud Melo, 2009), já existia muito antes da Conferência de Alma-Ata experiências parecidas com o que se tem enquanto atenção primária em países como a Alemanha, a Rússia e a Inglaterra.

Por outro lado, de acordo com Matta e Morosini²⁴,

Esta concepção elaborada pelo governo inglês influenciou a organização dos sistemas de saúde de todo o mundo, definindo duas características básicas da APS. A primeira seria a regionalização, ou seja, os serviços de saúde devem estar organizados de forma a atender as diversas regiões nacionais, através da sua distribuição a partir de bases populacionais, bem como devem identificar as necessidades de saúde de cada região. A segunda característica é a integralidade, que fortalece a indissociabilidade entre ações curativas e preventivas (p. 24).

Corroborando com os autores supracitados, os elevados custos com os serviços de saúde, por conta da utilização de tecnologias, abalavam a manutenção da economia da saúde dos países desenvolvidos, impulsionando a optarem por formas de organização baseada em menores gastos e mais eficácia. Em contraposição, países em desenvolvimento e pobres sofriam com a precariedade dos serviços de saúde e deficiência do acesso a cuidados essenciais.

²³ Segundo o modelo flexneriano, o estudo da medicina deveria ser centrado na doença de maneira individual e concreta. Considerando a doença como um processo natural, biológico.

²⁴ Texto disponível em http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/d/Atencao_Primary_a_Saude_recortado.pdf.

As iniquidades observadas no campo da saúde em vários países, aliadas aos crescentes custos da atenção à saúde em todo o mundo e ao surgimento de diversas experiências de cuidados primários, fizeram com que a Organização Mundial da Saúde (OMS) fomentasse, na década de setenta, o debate em torno de alternativas viáveis para a extensão dos cuidados à saúde a todos os que não possuíam alguma forma de assistência. Reconhecendo a dificuldade de se garantir esses objetivos através do acesso amplo e irrestrito aos serviços médicos – o que geraria custos impraticáveis aos sistemas nacionais de saúde – procurou-se estimular a discussão de meios capazes de cumprir o objetivo da extensão dos cuidados à saúde, bem como de experiências alternativas de cuidados primários existentes à época (AGUIAR, 2003, p. 42).

Nesse panorama, em 1977 a Assembleia Mundial de Saúde estabelece que a principal meta²⁵ governamental naquele momento seria a ampliação do nível de saúde da população até o ano 2000.

Melo (2009) assevera que os anos de 1977 e 1978 destacam-se pelo alargamento da discussão em torno da atenção primária a saúde em todo o mundo, marcado por eventos promovidos pelo OMS como: a Reunião do Comitê de Peritos em APS da Região da África; a Quarta Reunião Especial de Países Membros da OPAS; a Reunião Conjunta da OMS e do UNICEF para países da Região do Mediterrâneo Oriental; a Conferência sobre APS para países da região do Pacífico Ocidental; a Reunião Conjunta da OMS e do UNICEF sobre APS na Região do Sudeste Asiático; a Conferência sobre APS em países industrializados e o Congresso Internacional de ONGs sobre APS, em Halifax, no Canadá em 1978.

Nesse bojo, em 1978 a Organização Mundial da Saúde (OMS) em parceria com o Fundo das Nações Unidas (UNICEF) promove a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma-Ata, no Cazaquistão, antiga União Soviética. Nela foram propostos acordos e metas entre os países membros com o objetivo de atingir o maior índice de saúde da população até o ano de 2000 por meio da atenção primária a saúde. A Declaração de Alma-Ata, como ficou conhecida o acordo assinado entre 134 países define os cuidados primários a saúde como,

Cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter

²⁵Conhecida como “Saúde para todos no ano 2000”, tal meta almejava que até o ano 2000 os cidadãos do mundo a partir da qualidade da saúde pudessem levar uma vida social produtiva economicamente.

em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constitui a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (OPAS/OMS, 1978).

Sendo assim, a atenção primária deve nortear-se pelos problemas centrais de saúde da comunidade, além de desenvolver serviços de promoção à saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação. Nesse panorama, a atenção primária a saúde vai além de serviços básicos, abarcando também fatores sociais, culturais e de desenvolvimento. Assim, Ribeiro (2007) afirma que “a APS passa a ser compreendida como uma possibilidade de prestação de serviço compatível com custos menores e como recurso para organizar a produção da assistência” (p. 10).

A Declaração de Alma-Ata recomenda a construção de serviços locais direcionados às necessidades da população no âmbito da saúde balizados em uma perspectiva interdisciplinar, norteadas pela participação social na gestão e monitoramento de atividades.

Além disso, consoante Starfield (2002), o documento descreve elementos básicos para o desenvolvimento da atenção primária, a saber: educação em saúde, saneamento ambiental, assistência materno infantil, preservação de doenças endêmicas locais, tratamento de doenças e lesões, distribuição de medicamentos, promoção da distribuição de alimentos, imunização contra doenças.

No Brasil, na busca de um novo de organização para o binômio saúde/doença, conforme Mendonça, Vasconcellos e Viana (2008), a atenção primária ganha força e as primeiras experiências desse modelo são os centros de saúde.

3.2 Atenção Primária à Saúde no Brasil

No Brasil, as experiências de Atenção Primária à Saúde foram introduzidas de maneira embrionária desde o século XX por meio dos Centros de Saúde, os mesmos foram criados enquanto unidades complexas que, por sete décadas, desenvolveram o papel de Atenção Primária no Brasil.

Conforme Ribeiro (2007),

Na década de 20, ainda que em caráter embrionário, um movimento começa a se formar no Brasil em prol da instalação de ambulatórios permanentes desenvolvendo ações polivalentes e com orientação basicamente preventiva, denominados de centros de saúde (CS) (p. 93).

Nesse panorama, os primeiros centros de saúde foram implantados em 1925 na cidade de São Paulo, a saber: o Centro de Saúde do Brás, o Centro de Saúde do Bom Retiro e o Centro de Saúde do Instituto de Hygiene. Estes representavam uma nova percepção a cerca da saúde pública.

Dessa maneira, os mesmos representavam uma nova forma de organização dos serviços de saúde, tendo por alicerce a população e o trabalho era baseado em educação sanitária, ainda que mantivessem o caráter dicotômico entre ações curativas e preventivas.

Campos (2006) assevera que os centros representavam uma proposta de rede de atenção caracterizada pela continuidade, à proximidade da comunidade e a promoção de conhecimento referente à higiene, em especial, conhecimentos sobre saúde pública atinentes a novos desafios instaurados pela industrialização e urbanização.

As unidades que constituem a rede de atenção básica tiveram diferentes terminologias de acordo com o período histórico que representavam, sendo que centro de saúde (CS) foi o termo mais comum, pois a APS encontrou no centro de saúde, ou centros comunitários de saúde, os serviços em que esta modalidade de atenção se instala até os dias atuais. Assim, os CS são as 'primeiras designações dos serviços que viriam a constituir a rede básica de saúde com sua configuração atual' (RIBEIRO, 2007, p. 88).

Nessa perspectiva, Connil (2008) afirma que a partir da década de 1970, apareceram inúmeras iniciativas que objetivavam o alargamento nos centros de saúde, de serviços dirigidos a população de baixa renda.

Com o advento da Conferência de Alma-Ata, em 1978, foram desembocados novos fundamentos que possibilitariam um alarmante crescimento e desenvolvimento da rede básica. Além disso, com o movimento de Reforma Sanitária, em 1986, foram implantadas unidades em comunidades carentes.

Nessas circunstâncias,

Os Centros e Postos de Saúde passaram a ser privilegiados como estabelecimentos sanitários destinados a prestar serviços básicos à população, agora, não só em atividades de prevenção e realização de exames periódicos. Passou-se também a prestar assistência nas áreas básicas: clínica, pediatria e gineco-obstetrícia. Esse processo de descentralização da saúde previdenciária e da subsequente municipalização do sistema de saúde brasileiro se consolidou definitivamente com a promulgação da Constituição de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) (CAMPOS, 2006, p. 136).

Nesse contexto, Matta e Morosini afirmam que, nas décadas apresentadas, experiências como Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e as Ações Integradas de Saúde (AIS) associadas à constitucionalização e regulamentação do SUS permitiram a edificação de uma política destinada a atenção básica visando a reorganização do modelo assistencial.

Nesse entendimento, a Atenção Primária no Brasil é definida como um modelo de coordenação do sistema de saúde direcionada a população carente, ou como determina Nunan (2006), “como a organização de um nível isolado de atenção” (p. 113). Conforme os princípios do SUS, tal atenção deve ser orientada a partir da universalidade, humanização, responsabilidade, participação social e equidade. No entanto, a atenção primária no Brasil possui uma terminologia própria, o que possibilitou visualizá-la de modo mais abrangente e inclusiva.

3.3 A Atenção Básica no Brasil

No Brasil, foi criada uma terminologia própria para designar a Atenção Primária denominada de Atenção Básica, esta se distingue daquela, pois,

A noção de que “os cuidados primários de saúde, ao assumirem, na primeira metade da década de oitenta, um caráter de programa de medicina simplificada para os pobres de áreas urbanas e rurais, em vez de uma

estratégia de reorientação do sistema de serviços de saúde” acabou por afastar o tema do centro das discussões à época (PAIM, 1998). É interessante observar que a utilização pelo Ministério da Saúde do termo atenção básica para designar atenção primária apresenta-se como reflexo da necessidade de diferenciação entre a proposta da saúde da família e a dos “cuidados primários de saúde”, interpretados como política de focalização e atenção primitiva à saúde (BRASIL, 2011, p. 13-14).

Diante do exposto, a nova nomenclatura conduz a pensar um serviço de saúde que busca a integração com os demais, que seja base para as ações de atenção a saúde, além de ter acesso a todo o sistema de saúde.

Sendo assim, é definida pela Política Nacional de Atenção Básica como:

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos, (BRASIL, 2012, p. 19).

Tal política é norteada por um conjunto de ações de saúde, na esfera coletiva e individual que abarca a promoção, prevenção, proteção, tratamento, reabilitação, redução de danos e a conservação da saúde. Deve atuar de modo descentralizado e capilarizado, desenvolvendo-se o mais próximo possível da população, além de ser o contato inicial dos usuários com a rede de atenção a saúde.

No intuito de atender a tais requisitos, em 1991 foi criado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) que de acordo Aguiar (2003), consiste em um auxiliar no processo de implantação do SUS e da estruturação dos serviços de saúde locais devido à articulação entre agentes e comunidade e, articulação entre o programa e as esferas estadual e municipal.

Corroborando com o autor supracitado, “consideram o PACS um ponto de partida para o enfoque da família como unidade das ações programáticas de saúde e para a introdução da noção de *cobertura* de área às famílias assistidas” (AGUIAR, 2003, p. 103).

Não obstante, em 1994 foi criado o Programa Saúde da Família (PSF), este de acordo Melo (2009), a princípio foi apresentado como um programa que fazia parte da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA)²⁶, implantado por intermédio do Ministério da Saúde, estados e municípios. O foco do programa era a atenção à pessoas que apresentassem maior risco de adoecer e/ou morrer e àqueles que não tinham acesso constante a serviços de saúde, primando por serviços de promoção e proteção.

Ainda consoante Melo (2009), sob pressão do Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE) para redefinir suas atribuições o Ministério da Saúde determina o Programa como orientador da atenção à saúde no Brasil.

Para Viana (2010),

O Programa Saúde da Família (PSF), estratégia oficial do Ministério da Saúde desde 1994, para estruturar a assistência à saúde, mediante ampliação da atenção básica, propõe ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, de acordo com os princípios e diretrizes da universalização da assistência, participação pular, integralidade no cuidado, regionalização do planejamento e descentralização das ações, (p. 1).

No entanto, assegura Aguiar (2003), que pouco a pouco, o Programa Saúde da Família perde seu caráter de programa e passa a ser visualizado pelo Ministério da Saúde como uma estratégia, tendo em vista a reorganização e reestruturação do SUS.

Portanto, a Estratégia de Saúde da Família surge a partir de experiências bem sucedidas. Segundo Álvares (2006), inicialmente esta se norteava por propostas de promoção, proteção e recuperação da saúde apoiados por uma equipe multiprofissional em um território definido.

Conforme Figueiredo²⁷ é uma das estratégias centrais para a reorientação do modelo assistencial do SUS. Busca “reorganizar os serviços e reorientar as práticas profissionais na

²⁶A FUNASA é órgão gerenciador do Ministério da Saúde do Brasil responsável pela promoção de inclusão social por intermédio de ações saneamento básico com o objetivo de prevenir e controlar doenças.

²⁷ Texto disponível em http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_5.pdf.

lógica [...] da promoção da qualidade de vida da população” (p. 55).

Nessas circunstâncias, em 2006 é aprovada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)²⁸ que possibilita a revisão e concretização das diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, Estratégia de Saúde da Família (ESF) e Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Consoante o II Seminário Internacional de Atenção Primária (2006),

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) define princípios gerais para a Atenção Básica e coloca a Saúde da Família como uma estratégia de mudança do modelo de atenção, substituindo uma rede que já existia, criando novas redes e atuando de pró-ativa em territórios definidos com planejamento de acordo com o diagnóstico e de modo integrado na comunidade (p. 21).

A PNAB foi atualizada em 2011²⁹ oferecendo inovações no que diz respeito, a conceitos e a introdução de elementos pertinentes ao papel da Atenção Básica na orientação das redes de atenção.

Fontenelle (2012) assevera que

De forma geral, a nova PNAB manteve a essência da anterior e incorporou [...] os núcleos de apoio à Saúde da Família (NASF), as equipes de Saúde da Família ribeirinhas e unidades de saúde fluviais, e a presença de profissionais de saúde bucal das equipes de Saúde da Família nas equipes de agentes comunitários de saúde (ACS), através da consolidação das respectivas portarias, além de regulamentar os Consultórios de Rua e, no âmbito da atenção primária à saúde, o Programa Saúde na Escola (PSE), (p. 2).

Estabelece ainda, as responsabilidades do Ministério da Saúde, das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Define a infraestrutura e o funcionamento da Atenção Básica,

²⁸ A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é regulamentada por meio da Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006 esta que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

²⁹ Esta é atualizada em 2011 por meio da Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Ampliando a abrangência dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF), universalizando o Programa Saúde nas Escolas (PSE), criando o Telessaúde, ou seja, um sistema de informação.

implantação e credenciamento das equipes e o financiamento Atenção Básica

Aquela, ainda define a Estratégia de Saúde da Família como um modelo de organização da Atenção Básica no Brasil, substituindo assim “a nomenclatura da Saúde da Família de ‘programa’ para ‘estratégia’” (BRASIL, 2011, p. 78).

3.4 Estratégia de Saúde da Família

A Atenção Básica é organizada pela Estratégia de Saúde da Família, a concretização desta está associada à reorientação e mudança do modelo assistencial. Segundo Brasil (2009),

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) como componente estruturante do sistema de saúde brasileiro tem provocado um importante movimento com o intuito de reordenar o modelo de atenção no SUS. O principal propósito da ESF é reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto das famílias e, com isso, melhorar a qualidade de vida da população (p. 9).

Consiste, assim, em um sistema edificado a partir do direito a saúde, bem como da igualdade no momento do cuidado, além de ser hierarquizado e regionalizado.

Conforme Brasil (2011),

A proposta do modelo de atenção do SUS através da Estratégia Saúde da Família exigiu uma mudança no processo de trabalho da equipe de saúde, que deixa de focar apenas na atenção às condições agudas e passa a ter seu foco dirigido às condições crônicas, à promoção e manutenção da saúde. Nessa mudança do processo de trabalho, as atribuições dos membros da equipe não são estanques, assim como não o é o processo saúde-doença da população sob cuidado (p. 61).

Para Mendonça, Vasconcellos e Viana (2008), a ESF não visa apenas à organização, mas também, atenta para temas complexos que anteriormente eram ignorados pelo profissional da saúde, como: o contexto socioambiental urbano, o cuidado direcionado para o núcleo familiar em seu desenvolvimento e o processo de adoecimento, noção de família, sua composição, organização e estratégia de sobrevivência nas classes populares.

Sendo assim, conforme Viana (2010), a ESF adota elementos provenientes de outros modelos, como da Medicina Preventiva³⁰, da saúde comunitária³¹, da saúde coletiva³² e da promoção da saúde³³ no intuito de atender as necessidades da população.

Nesse panorama, no atinente a ESF “são assim estipulados seus atributos essenciais: o acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde, a continuidade e a integralidade da atenção, e a coordenação da atenção dentro do sistema” (BRASIL, 2009, p.7).

Figueiredo apresenta enquanto princípios norteadores: a integralidade e hierarquização, ou seja, os serviços de saúde estão organizados conforme níveis de complexidade crescentes; a territorialização e a adscrição da clientela, a Unidade de Saúde da Família é responsável por um território definido, pelo cadastramento e acompanhamento da população; equipe multiprofissional, composta por especialista de diferentes áreas de conhecimento; caráter substitutivo, substituir práticas tradicionais por um novo processo de trabalho.

O autor ainda assevera que os principais programas executados pela ESF são: atenção à saúde da criança; atenção à saúde da mulher; controle de hipertensão e diabetes; controle de tuberculose; eliminação de hanseníase; ações de saúde bucal.

Nesse contexto, “as equipes de SF são responsáveis pela promoção da saúde, pelo atendimento da demanda espontânea e programada, por atividades de prevenção de doenças, manutenção de saúde e atenção a fases específicas do ciclo de vida” (BRASIL, 2011, p.61).

Diante disso, é válido ainda incrementar com Mendonça, Vasconcelos e Viana:

[...] o Saúde da Família define-se por um conjunto de ações e serviços que vão além da assistência médica, estruturando-se com base no reconhecimento das necessidades da população, apreendidas a partir do estabelecimento de um vínculo social entre população e profissionais, em contato permanente com o ambiente territorial (2008, p. 4).

³⁰ A Medicina preventiva objetiva prevenir doenças ao invés de tratar e/ou curar os sintomas com a intenção de melhorar a qualidade de vida dos usuários.

³¹ A saúde comunitária almeja a resolução de fatores que influenciam na saúde da população, como: ambiente, estrutura social, distribuição de recursos, entre outros.

³² A saúde coletiva visa à prevenção do desenvolvimento ou a dispersão de patologias ou outros problemas mediante a implantação de aspectos sanitários atinentes a cultura e as necessidades locais.

³³ Conforme Buss (2010), “a promoção da saúde é o resultado de um conjunto de fatores sociais, econômicos, políticos e culturais, coletivos e individuais, que se combinam de forma particular em cada sociedade e em conjunturas específicas, resultando em sociedades mais ou menos saudáveis”, (p. 1).

As ações da ESF são materializadas pelas equipes de Saúde da Família. Estas no processo de mudança no âmbito da saúde ganham novas atribuições, passando assim a ser “corresponsável pelo processo de atenção aos problemas, assim como pelas práticas promotoras de saúde, respeitando-se os limites de cada categoria profissional” (BRASIL, 2011, p. 61). Nesse contexto, os profissionais precisam ser flexíveis para adaptarem-se a situação da população.

As equipes de Saúde da Família, consoante a Política Nacional de Atenção Básica, necessita de uma equipe multiprofissional composta por, no mínimo, um médico generalista, um enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS), podendo ainda acrescentar na composição original profissionais de saúde bucal como: um cirurgião dentista e um auxiliar. Os profissionais que compõem a equipe variam de acordo a necessidade da população e/ou da decisão do gestor.

Salienta-se que, a equipes de Saúde da Família deve responsabilizar-se por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo que a média recomendada pelo Ministério da Saúde é de 3.000. Conforme a Política Nacional de Atenção Básica (2006), o número de ACS precisa ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com o máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família.

As equipes atuam em um território definido, sobretudo, nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), nas residências e em espaços comunitários.

3.5 Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF)

O Ministério da Saúde criou os NASF, por intermédio da Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, republicada em 04 de março de 2008, no intuito de apoiar a inclusão da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e intensificar o alcance, resolutividade, territorialização e regionalização, assim como as ações da Atenção Primária a Saúde (APS) no Brasil.

A criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, em janeiro de 2008, se constitui como um passo importante para a consolidação da Estratégia de Saúde da Família e especialmente para o desenvolvimento e aprimoramento de um novo modelo de exercício do trabalho em equipe multiprofissional. Nele, as diretrizes da integralidade, qualidade, equidade e participação social devem ser concretizadas em ações coletivas centradas no desenvolvimento

humano e na promoção da saúde, capazes de produzir saúde para além do marco individualista, assistencialista e medicalizante (MÂNGIA, LANCMAN, 2008, p. 1).

Surgiu como uma tática inovadora que tem como alvo amparar, estender, aprimorar a atenção e a gestão da saúde na Atenção Básica, bem como a Saúde da Família. Comprometendo-se com a promoção de mudanças no costume e, no desempenho dos profissionais da Saúde da Família e, entre o próprio quadro do NASF.

Conforme Nascimento e Oliveira (2010), o NASF

busca qualificar e complementar o trabalho das equipes de Saúde da Família, atuando de forma compartilhada para superar a lógica fragmentada ainda hegemônica no cuidado à saúde, visando à construção de redes de atenção e cuidado, e colaborando para que se alcance a plena integralidade do cuidado físico e mental aos usuários do SUS (p. 93).

A integralidade é considerada a diretriz norteadora do NASF, esta pode ser compreendida de três dimensões, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009),

(a) a abordagem integral do indivíduo levando em consideração seu contexto social, familiar e cultural e com garantia de cuidado longitudinal; (b) as práticas de saúde organizadas a partir da integração das ações de promoção, prevenção, reabilitação e cura; além de (c) a organização do sistema de saúde de forma a garantir o acesso às redes de atenção, conforme as necessidades de sua população (p. 16).

A atenção integral é apreendida como um sinal de uma boa medicina, como uma maneira de estruturar práticas eficazes em saúde. Um valor que deverá está presente na postura dos profissionais no contato com os usuários. Assim, “a integralidade é tomada como ampliação de horizontes de intervenção sobre problemas” (BRASIL, 2009, p. 17).

Nesse bojo, visa atuar e fortalecer oito diretrizes na atenção básica: intersectorialidade e interdisciplinaridade, promoção, prevenção, reabilitação da saúde e cura, além da humanização de serviços, educação permanente, promoção da integralidade e da organização dos serviços no interior do território.

Bem com, de acordo a Portaria GM nº 154 (2008), o NASF apresenta como base políticas nacionais variadas, a saber: a atenção básica; promoção de saúde; integração da pessoa deficiente; alimentação e nutrição; saúde da criança e do adolescente; atenção integral à saúde da mulher; práticas integrativas e complementares; assistência farmacêutica; pessoa idosa; saúde mental humanização em saúde, além da política nacional de assistência social.

Diante do exposto, o escopo do NASF é a edificação de uma rede de cuidados materializada junto à equipe, assim como as equipes de SF devem instituir ambientes de discussões internas e externas tendo como escopo o aprendizado coletivo. Para tanto, o Núcleo almeja a superação da lógica fragmentada da saúde para a constituição de redes de prevenção e cura, no intuito de obter a plenitude da integralidade do cuidado corporal e espiritual, ou seja, psicomotora dos usuários do SUS, sempre articulado as equipes SF.

Atualmente regulamentado pela Portaria GM nº 2.488³⁴, de 21 de outubro de 2011, o NASF é constituído por uma equipe composta por profissionais de diferentes áreas de conhecimento que devem atuar em parceria com os profissionais das Equipes de Saúde da Família, bem como da Atenção Básica para populações específicas (Consultórios na Rua, equipes Ribeirinhas e Fluviais) e Academiada Saúde, compartilhando as práticas em saúde no interior do território em parceria com as unidades de saúde. Ou seja, expandir a rede de atendimento.

O NASF está organizado em modalidades. Na modalidade 1, o núcleo deverá está vinculado a no mínimo 5 e no máximo 9 equipes de saúde da família, sendo 200 horas semanais, em que cada profissional deverá ter no mínimo 20 horas e no máximo 80 horas semanais.

Na modalidade 2, o deverá está vinculado a no mínimo 3 e no máximo 4 equipes de saúde da família, sendo 120 horas semanais, em que cada profissional deverá trabalhar no mínimo 20 horas e no máximo 40 horas semanais.

A partir da Portaria GM nº 3124³⁵, de 28 de dezembro de 2012, foi criada uma terceira modalidade do NASF.

Com a publicação da Portaria 3.124, de 28 de dezembro de 2012, o

³⁴ Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

³⁵ A presente Portaria define as diretrizes e normas para a organização e o funcionamento dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) no âmbito da Atenção Básica, cria a Modalidade de NASF 3 e dá outras providências.

Ministério da Saúde criou uma terceira modalidade de conformação de equipe: o NASF 3, abrindo a possibilidade de qualquer município do Brasil faça implantação de equipes NASF, desde que tenha ao menos uma equipe de Saúde da Família (DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2012, p. 1).

Sendo assim, na modalidade 3, deverá está vinculado a no mínimo 1 e no máximo 2 equipes de saúde da família, sendo 80 horas semanais em que cada profissional deverá ter no mínimo 20 horas e no máximo 40 horas semanais. Vale salientar que nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que 20 horas.

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (2012), dentre as ocupações regulamentadas pelo Código Brasileiro de Ocupações (CBO)³⁶ que poderão compor o quadro de profissionais das modalidades do NASF estão: médico acupunturista; assistente social; educador físico; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; médico ginecologista/obstetra; médico homeopata; nutricionista; médico pediatra; psicólogo; médico psiquiatra; terapeuta ocupacional; médico geriatra; médico internista (clínica médica); médico do trabalho; médico veterinário; profissional com formação em arte e educação; e profissional de saúde sanitaria.

Conforme a Política supracitada,

A composição de cada um dos NASF será definida pelos gestores municipais, seguindo os critérios de prioridade identificados a partir dos dados epidemiológicos e das necessidades locais e das equipes de saúde que serão apoiadas (BRASIL, 2012, p. 73).

Sendo assim, as demandas deverão chegar ao Núcleo mediante as equipes de saúde e, as ações desenvolvidas para respondê-las deverão ser previamente discutidas e realizadas em parceria com as equipes de Saúde da Família e a comunidade.

Salienta-se, que o NASF tem dupla responsabilidade: sobre a população e sobre a ação das equipes de saúde da família, no mesmo patamar, ou seja, “seu desempenho deverá ser avaliado não só por indicadores de resultado para a população, mas também por indicadores de resultado da sua ação na equipe” (BRASIL, 2009, p. 13).

Dentre as ferramentas utilizadas nesse processo encontram-se: a Clínica Ampliada, o

³⁶“A Classificação Brasileira de Ocupações - CBO, instituída por portaria ministerial nº. 397, de 9 de outubro de 2002, tem por finalidade a identificação das ocupações no mercado de trabalho, para fins classificatórios junto aos registros administrativos e domiciliares”, (PORTAL DO TRABALHO E DO EMPREGO, 2014, p.1).

Projeto Terapêutico Singular (PTS) e o Projeto de Saúde no Território (PST).

A Clínica Ampliada remete a prática da atenção à saúde, de acordo Nascimento e Oliveira (2010),

A proposta do NASF tem na clínica ampliada o conceito norteador das ações, não para reduzir os usuários a um recorte diagnóstico ou por áreas profissionais, mas como uma ferramenta para que os profissionais e gestores dos serviços de saúde possam enxergar e atuar na clínica para além dos pedaços fragmentados, sem deixar de reconhecer e utilizar o potencial desses saberes (p. 93- 94).

Consiste em um espaço privilegiado do apoio matricial e conseqüentemente do NASF. Caracterizada pelo: apreensão expandida do processo saúde- doença; construção compartilhada de diagnósticos; ampliação do objeto de trabalho; a modificação dos instrumentos de trabalho; suporte para os profissionais de saúde.

O Projeto Terapêutico Singular de acordo o Ministério da Saúde (2009),

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial, se necessário. Geralmente é dedicado a situações mais complexas (p. 27).

Isto é, o PTS consiste em uma variação do estudo de caso em que a equipe expõe suas opiniões no intuito de definir propostas para responder a demandas podendo ser elaborada para indivíduos, grupos ou familiares.

O Projeto de Saúde no Território, por sua vez, consiste em uma estratégia das Equipes de Saúde da Família e do NASF para realizar ações reais na produção de saúde de um território.

O PST é uma estratégia para o desenvolvimento de ações compartilhadas entre os serviços de saúde do território e outros setores e políticas, visando impacto na produção da saúde territorial, que tenham foco investir na qualidade de vida e na autonomia de sujeitos e comunidades (NASCIMENTO e OLIVEIRA, 2010, p. 94).

Nesse panorama, o projeto deve ser fundamentado na promoção da saúde, na participação e intersectorialidade, assim como em demandas.

Em suma, a função central do NASF, nesse contexto, é o de prestar apoio matricial, visto que não se constitui enquanto porta de entrada. Sendo assim,

Intervenções diretas do Nasf frente a usuários e famílias podem ser realizadas, mas sempre sob encaminhamento das equipes de SF com discussões e negociação *a priori* entre os profissionais responsáveis pelo caso (BRASIL, 2009, p. 8).

Diante disso, consiste em uma retaguarda especializada que de acordo Cunha e Campos (2011) foi criada com o propósito de materializar o apoio matricial junto às equipes de saúde da família, contudo não é um serviço exclusivo do núcleo.

Isso significa, em síntese, uma estratégia de organização do trabalho em saúde que acontece a partir da integração entre equipes envolvidas na atenção às situações/problemas comuns um dado território. Esta integração ocorre na perspectiva de compartilhar as ações de saúde, através da troca de saberes entre os diversos profissionais e elaboração de projetos comuns de intervenção (BRASIL, 2013, p. 12).

Consiste em arranjo assistencial que, tem em vista o alargamento da clínica no interior da Estratégia de Saúde da Família, substituindo a lógica de simples encaminhamentos pela co-responsabilização territorial.

Em contraste com os modelos convencionais de prestação de cuidados, que primam pela assistência curativa, especializada, fragmentada e individual, a proposta de trabalho do NASF busca superar essa lógica, em direção à co-responsabilização e gestão integrada do cuidado, por meio de atendimentos compartilhados e projetos terapêuticos que envolvam os usuários e que sejam capazes de considerar a singularidade dos sujeitos assistidos (NASCIMENTO e OLIVEIRA, 2010, p. 93).

Este modelo de gestão permite que profissionais pertençam a uma equipe, ao mesmo tempo em que funcionem como apoio para outras equipes de referência sempre que

necessário.

Sendo assim, consoante o Ministério da Saúde (2009), o NASF consiste em uma experiência de utilização do conceito de Equipe de Referência e Apoio Matricial³⁷, ou seja, consiste em um espaço de prática tanto de Equipe de Referência quanto de Apoio Matricial.

³⁷ Os conceitos de Equipe de Referência e Apoio Matricial foram criados por Gastão Wagner de Sousa Campos, Professor do Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, mediante pesquisa atinente a reforma das organizações e do trabalho em saúde definida como “Política, modelo de atenção e de gestão: investigação teórica e metodológica”, financiada pelo CNPq. Os pioneiros na adoção desse modelo de gestão da saúde foram os serviços de saúde mental, de atenção básica e o hospital municipal de Campinas em São Paulo, Belo Horizonte em Minas Gerais e na cidade de Rosário na Argentina (CUNHA e CAMPOS, 2011, p. 964).

4 O PAPEL DO NASF EM SÃO GONÇALO DOS CAMPOS

São Gonçalo dos Campos é um município brasileiro localizado no estado da Bahia, especificamente, na Região Metropolitana de Feira de Santana. É o segundo município mais populoso da região, com cerca de 36.641 habitantes de acordo o IBGE (2013).

No atinente a saúde, a rede pública municipal de São Gonçalo dos Campos é composta por 01 Hospital Municipal, 11 Unidades de Saúde da Família, 09 Unidades Satélites de Saúde, 01 Centro de Atenção Psicossocial e 02 equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família cadastrada no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

A proposta de intervenção do NASF desenvolvida desde a implantação do Programa no município de São Gonçalo dos Campos, buscou empreender um processo de interação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, tendo em vista que o NASF estava em construção em todo território nacional com o objetivo de contribuir para promover a integralidade das ações das equipes de saúde da família (ESF), associada a uma qualificação de auxílio a população. Assim a Secretaria de Saúde elencou as categorias profissionais para compor o NASF, de acordo com o perfil epidemiológico, quantificação de serviços instalados e estudo das principais demandas de cada área.

Nesse sentido, discutiremos nesse capítulo sobre as especificidades do trabalho do NASF e ESF, no que concerne ao entendimento destes profissionais sobre o apoio matricial e como se materializa na realidade pesquisada.

4.1 A saúde em São Gonçalo dos Campos

A Secretaria Municipal de Saúde de São Gonçalo dos Campos funciona na Sede do Município, onde também são realizadas as reuniões do Conselho Municipal de Saúde. As atividades desenvolvidas pela Secretaria são norteadas pelas ações pactuadas e planejadas para atender às necessidades dos Serviços realizados pelas USF's, Serviços de Vigilância Epidemiológica, Serviços de Vigilância Sanitária, Central Municipal de Regulação, Coordenação de Atenção Básica, Coordenação de NASF, Coordenação de Saúde Bucal, Coordenação do Programa Saúde na Escola, Coordenação de Assistência Farmacêutica, Coordenação de Saúde Mental, Coordenação do Sistema de Informação em Saúde e Coordenação do Hospital Municipal.

O Hospital Municipal Prof. José Maria de Magalhães Neto, único hospital da cidade,

está situado na Sede do Município, possui 36 leitos para internamento, sendo 29 destinados a Clínica Médica e Cirúrgica e 07 para Clínica Pediátrica.

Recentemente foi inaugurado 01 Centro Cirúrgico com 02 salas para realização de cirurgias. Dispõe de 05 Consultórios Médicos, 3 leitos para nebulização, 01 leito para curativo, 01 leito para pequenas cirurgias e 05 leitos para pacientes em observação.

Corresponde a serviços de média complexidade, sendo assim, dispõe das seguintes especialidades: Cardiologia, Cirurgia, Dermatologia, Pediatria, Endocrinologia, Ortopedia, Oftalmologia, Urologia, Otorrinolaringologia, Psicologia e Ginecologia que assistem à população local e de cidades circunvizinhas, além do ambulatório de fisioterapia que funciona diariamente.

A cidade possui 05 Unidades de Saúde da Família na sede, a saber: USF Arthur Brandão, USF Estação, USF Lavanderia, USF José Sarney, USF Murilo Leite e 06 na zona rural: USF Boa Vista, USF Dona Sinhá, USF Joel Marcos, USF Mercês, USF Santana, USF São João.

Bem como, as Unidades Satélites³⁸ que foram implantadas e organizadas para facilitar o acesso aos serviços de saúde dos munícipes que residem em áreas distantes das USFs. São eles: PS Afligidos, PS Cajueiro e PS Tabua que fazem parte da área adscrita da USF Santana; PS Brotas, PS Ferrobilha, PS Jacaré que pertencem a USF Dona Sinhá; PS Cruz a USF Boa Vista e PS Mata do Capim, PS Tapera do Joaquim a USF Mercês.

Ainda existem deslocamentos para realização de atendimentos em outras localidades, como: Povoados de Cristovão e Xavante feitos pela equipe da USF Joel Marcos, localidade do Jenipapo em Mercês feito pela equipe de Mercês, Povoados de Pousos de Jacú, Murici e Urubu (Baixinha) feitos pela equipe da USF Dona Sinhá e ainda o Povoado conhecido como Ilha de São Gonçalo que é um deslocamento feito pela equipe da USF Boa Vista. Ou seja, as USF cobram 100% da população local.

As equipes de saúde da família, em sua maioria são compostas por 01 médico, 01 enfermeiro, 01 odontólogo, 02 técnicos de enfermagem, 01 auxiliar de saúde bucal, 01 recepcionista e 01 auxiliar de serviços geral e Agentes Comunitários de Saúde. Vale ressaltar que atualmente há 57 ACS cadastrados e trabalhando no município.

Segundo dados da Atenção Básica em 2013 foram realizados cerca de 33.875 atendimentos médicos nas Unidades de Saúde da Família e 25. 219 atendimentos de

³⁸ Uma vez na semana a equipe de Saúde da Família desloca-se até uma localidade em que não há unidade de saúde da família para atender a população local está é denominada de Unidade de Saúde Satélite.

enfermagem.

A Unidade de Saúde da Família, unidade escolhida para o desenvolvimento da pesquisa, foi inaugurada no dia 5 de junho de 1990 e como as demais equipes da cidade é composta pela equipe apresentada anteriormente.

A presente unidade funciona mediante agendamentos e demandas espontâneas, ou seja, são agendados cerca de 30 atendimentos diários, 15 para o turno matutino e 15 para o vespertino, contudo, este número pode subir para mais ou menos 60 atendimentos por dia.

Sendo assim, na USF da Estação foram realizados 6.682 atendimentos médicos e 3.706 atendimentos de enfermagem em 2013.

4.2 Núcleo de Apoio à Saúde da Família de São Gonçalo dos Campos

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família de São Gonçalo dos Campos, localizada no centro da cidade, foi implantado em julho de 2010 e começou a funcionar em agosto do mesmo ano. Sendo iniciativa da prefeitura e secretaria de saúde do município, compõe, diretamente, as atividades referentes à Secretaria Municipal de Saúde da cidade e tem o apoio incondicional de prefeitura local.

Composto por uma equipe multiprofissional, a princípio, contou com a disponibilidade dos profissionais que já trabalhavam no município, uma vez que o núcleo possui um quadro de profissionais habilitados para esse trabalho. O critério utilizado para escolha desses partiu da necessidade da população, ou seja, profissionais que não faziam parte da equipe de saúde da família.

O NASF em questão dispõe de nutricionista, educador físico, farmacêutica, assistente social, dois fisioterapeutas que deveriam atuar em conjunto como as unidades de saúde família e os agentes de saúde.

As demandas deveriam chegar ao NASF por intermédio das equipes de saúde da família, todavia, na maioria das vezes, é a população que recorre aos serviços do núcleo, nesse panorama, as principais demandas atendidas pela instituição estão relacionadas à promoção, prevenção e educação em saúde.

Dessa maneira, eventualmente são desenvolvidas palestras com o objetivo de orientar a população sobre seus direitos, manipulação de medicamentos, hábitos alimentares, postura corporal, higiene em geral, doenças (maneiras de evitar e de tratar).

Bem como, diariamente são realizados atendimentos nos postos e/ou domiciliares,

desenvolvendo muito mais a dimensão assistencial que a técnico- pedagógica.

O NASF também desenvolve atividades como a concessão de medicamentos e exames de alto custo a pacientes que necessitam, além de acompanhamentos domiciliares com fisioterapeuta e/ ou nutricionista.

Após a aprovação da Portaria GM nº 3124, no presente ano foi implantado um novo NASF na cidade. Este é composto por assistente social, dois educadores físicos, terapeuta ocupacional e uma médica.

Sendo assim, ambos correspondem à modalidade I, visto que, como na cidade há onze unidades, o primeiro NASF está associado a cinco e o segundo está ligado a seis equipes de saúde da família.

4.3 O Apoio Matricial prestado pelo NASF às equipes de Saúde da Família

A experiência do NASF enquanto articulação dos cuidados primários em saúde e as ações e serviços de saúde mental, enfatizando a inter-relação entre o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) e equipe básica é bem contundente quando se pleiteia relacionar a importância do apoio matricial como estratégia na melhoria da logística e qualidade do serviço.

Tanto os profissionais do NASF, quanto para os da equipe de saúde da família, o NASF na Atenção Básica tem o papel de apoiar as unidades de saúde da família, todavia no atinente a conceituação de equipe de referência e apoio matricial, o ponto de destaque da pesquisa e do trabalho do NASF, observou-se que nenhum profissional consegue conceituá-los, uma vez que todos apresentam respostas não condizentes com os seus objetivos, pois conforme o Ministério da Saúde (2009), o NASF é uma instituição de natureza pública que tem como objetivo ampliar a rede de atendimentos, dando auxílio às ações das equipes de Saúde da Família, criando espaço para a obtenção de novos saberes. Em outras palavras, na Atenção Básica, o NASF tem o papel de dar suporte às Equipes de Saúde da Família e não as unidades.

Além do mais, no concernente a relação das equipes de Saúde com o NASF obteve-se respostas variadas, na qual a resposta que mais se aproxima do que deveria ser o grupo é a resposta da assistente social, uma vez que ela usou como subsídio o Caderno de Diretrizes do NASF editado pelo Ministério da Saúde em 2009. Segundo ela, o NASF deveria “atuar em conjunto com os profissionais das equipes de Saúde da Família, compartilhando e apoiando as

práticas em saúde nos territórios de sua responsabilidade”.

Ainda assim, a partir das respostas percebe-se que não há de fato uma relação concreta entre as equipes de Saúde e o NASF. O que reforça o que foi observado no período do Estágio Supervisionado, ou seja, não há troca do núcleo com as equipes de saúde, dificilmente as equipes recorrem ao núcleo, assim como o NASF também não vai de encontro às equipes. Fazendo com que durante todo o período de observação viesse à tona a reflexão de que “ninguém é tão bom quantos todos juntos” (ALEK MOURA, 2008).

Talvez essas disparidades sejam por falta de dialogicidade, tendo em vista que os profissionais do NASF são contratados fora de alguns liames legais, dentre os profissionais da equipe escolhida, apenas as agentes comunitárias de saúde são concursadas, os demais são contratadas de maneira informal. E até mesmo em alguns casos, as opiniões são incipientes, haja vista o conceito um tanto equivocado da nutricionista do NASF, que a propósito, inverteu alguns conceitos caracterizando as equipes de saúde enquanto apoio matricial do núcleo.

Ainda nesta compreensão, a equipe ou profissional de referência são aqueles que possuem a responsabilidade de conduzir um caso individual, grupal e/ou comunitário. Refere-se a um novo modelo de referência entre profissionais e usuários, em outras palavras, objetiva estreitar os laços existentes entre profissionais e usuários. Conforme Cunha e Campos (2011),

O termo ‘responsabilidade pela coordenação e condução’ refere-se à tarefa de encarregar-se da atenção ao longo do tempo, ou seja, de maneira longitudinal, à semelhança do preconizado para equipes de saúde da família na atenção básica. [...] significa o desenvolvimento de uma capacidade de diálogo para compreensão sobre os objetivos de cada recorte disciplinar e proposta terapêutica, buscando analisar as intersecções entre diagnósticos e tratamentos, definir prioridades, evitar iatrogênicas e, a partir de um vínculo terapêutico com o usuário, viabilizar sua participação (e/ou de sua família) nos processos de decisão clínicos (p. 965).

O presente conceito, de acordo Campos (1999), pressupõe a criação de um padrão de atendimento mais personalizado e singularizado.

Consiste em um grupo multiprofissional e interdisciplinar que possui uma clientela específica sob sua responsabilidade, ou seja, um conjunto de profissionais de diversas especialidades considerados fundamentais na condução de um mesmo problema de saúde.

A equipe de saúde é a equipe de referência da população, assim como o NASF é a equipe de referência das equipes de saúde da família, este ainda desenvolve apoio matricial as

equipes de saúde.

Sendo assim, apoio matricial consiste em uma retaguarda especializada às equipes e profissionais responsáveis pela atenção a problemas de saúde, de modo personalizado e interativo. Atua mediante o conceito de núcleo e de campo, ou seja,

Os saberes específicos de cada profissional envolvido, seus domínios técnicos e experienciais, constituem o Núcleo de saber de cada um deles. Os saberes e práticas em comum, articulados em torno de um mesmo objeto de trabalho, constituem o Campo (da saúde, das práticas de saúde, do cuidado, da vida em comum) (NUNES, 2007, p. 263).

Campos e Domitti (2007) apresentam o “apoio matricial” como uma metodologia de trabalho complementar e preestabelecida em sistemas hierárquicos, como: “mecanismos de referência e contra-referência, protocolos e centros de regulação” (p. 1548).

Ainda de acordo aos autores, o termo apoio matricial é composto por dois conceitos bases,

O termo matriz carrega vários sentidos; por um lado, em sua origem latina, significa o lugar onde se geram e se criam coisas; por outro, foi utilizado para indicar um conjunto de números que guardam relação entre si quer os analisemos na vertical, na horizontal ou em linhas transversais. Pois bem, o emprego desse nome – matricial – indica essa possibilidade, a de sugerir que profissionais de referência e especialistas mantenham uma relação horizontal, e não apenas vertical como recomenda a tradição dos sistemas de saúde (CAMPOS e DOMITTI, 2007, p. 1550).

O termo “apoio” remete a maneira como essa relação será estabelecida, isto é, propõe uma metodologia de trabalho entre equipe de referência e especialista, baseada no diálogo e não mais na autoridade.

No referente à maneira como as demandas chegam ao NASF, tanto a assistente social quanto o educador físico e a nutricionista afirmaram que as demandas chegam ao núcleo por intermédio das equipes de saúde da família, uma vez que aquele possui uma ficha de encaminhamento.

Na lógica as demandas realmente deveriam chegar ao NASF por meio das equipes e aquelas deveriam ser resolvidas de forma conjunta entre o núcleo e as equipes, todavia na

maioria das vezes é a população que solicita os serviços do NASF. A existência de uma ficha de encaminhamento não revela realmente o seu processo de trabalho, uma vez que, esta não é utilizada com frequência.

Por outro lado, constantemente encaminham a ficha de solicitação de visita domiciliar para o NASF, esta na maioria das vezes chega por intermédio das agentes comunitárias de saúde ou da própria população local.

O mesmo aconteceu quando questionamos a equipe sobre a periodicidade em que costumam acionar os serviços do NASF, apresentando-nos que o núcleo desenvolve atividades na unidade sempre que solicitado. No entanto, não é comum solicitarem os serviços do núcleo, exceto em caso de visita domiciliar. Como mostra dados de 2013, foram 86 encaminhamentos da unidade da Estação para o NASF, estas solicitações estão subdividas em visitas domiciliares e atendimentos, e 03 petições de palestras.

Segundo o Ministério da Saúde (2009) o apoio matricial desenvolvido pelo NASF possui duas dimensões de suporte, a saber: assistencial, desenvolve ação clínica direta com os usuários, no entanto, deve ser desenvolvido de modo ocasional; técnico- pedagógica, produz ação de apoio educativo com e para a equipe, de modo a ampliar as possibilidades de intervenção. Ressalta-se que as dimensões mesclam-se em diversos momentos.

Sendo assim, conforme os profissionais do NASF dentre as principais atividades desenvolvidas pelos profissionais no núcleo estão relacionados à promoção e prevenção de doenças como: prevenção de doenças; visitas domiciliares; atendimentos individuais; resgate de grupos; trabalhos educativos; feiras de saúde e projeto terapêutico.

Conforme a produtividade do NASF no ano de 2013, na Unidade de Saúde da Família de Estação realizou 126 visitas domiciliares. Salienta-se que estas visitas não são atribuições do núcleo. Ainda se reportando a produção do núcleo, foram realizadas 171 palestras no ano de 2013, sendo que a cada grupo de 10 pessoas considera-se como uma palestra, ou seja, se em uma palestra houver 100 participantes é registrado pelo núcleo como 10 palestras. Devido a fatos incongruentes, não há como saber ao certo a quantidade palestras realizadas anualmente.

No mesmo ano, em 2013, foram realizados 194 atendimentos individuais, desse modo, tais dados comprovam que a atividade mais desenvolvida no NASF é o atendimento, ou seja, a dimensão de suporte do apoio matricial mais utilizada é a assistencial, a que deveria ser usada apenas de modo ocasional.

Diante do exposto, percebe-se que o NASF de São Gonçalo dos Campos não desenvolve ainda a função para a qual verdadeiramente foi criado, visto que tem perdido sua

identidade de apoio matricial.

Porém, algumas medidas já estão sendo tomadas no intuito de mudar tal situação. Na nova roupagem do núcleo, a mudança contundente foi à contratação de uma coordenadora, bem como foi solicitado que os profissionais desenvolvessem o Projeto Terapêutico Singular em todas as unidades de saúde na tentativa de estreitar os laços entre as equipes e os profissionais do NASF. Visto que, no PTS, como fora explanado anteriormente, os profissionais do NASF em parceria com a equipe de saúde da família irão discutir casos individuais, grupais e/ou comunitários no intuito de responder as demandas da população, ou seja, serão ações compartilhadas fortalecendo assim o objetivo central do NASF que é o de apoiar as equipes de saúde da família.

Um dos maiores desafios para a efetivação do apoio matricial consiste no trabalho em grupo/equipe. Uma vez que, este deve ser desenvolvido em espaços coletivos, com definição de horário de funcionamento, deve ter a garantia do sigilo, assim como, todos os assuntos devem ser discutidos de forma harmoniosa no intuito de chegar a um consenso.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em resumo, a saúde pode ser dividida em antes e depois do movimento de reforma sanitária, uma vez que, antes apenas as pessoas que estavam inseridas formalmente no mercado de trabalho tinham direito a serviços de saúde e depois a saúde passa a ser um direito de todos e dever do Estado.

Nesse contexto, a Atenção Básica, o primeiro nível de atenção, considerado a porta de entrada para os serviços de saúde é organizado mediante a Estratégia de Saúde da Família, ou seja, equipes de saúde da família. Nesse panorama, o Núcleo de Saúde da Família foi criado com a intenção de expandir e fortalecer as ações da Estratégia de Saúde da Família.

O núcleo tem o papel de prestar apoio matricial às equipes de Saúde da Família, aquele na cidade de São Gonçalo dos Campos conforme os resultados da pesquisa têm perdido sua identidade de apoio matricial.

Vale destacar a relevância de cada município avaliar qual o impacto das ações realizadas pelo NASF nos indicadores de saúde e no processo de trabalho das equipes de saúde da família. Além disso, a avaliação das ações implantadas e implementadas também é considerada uma das principais atribuições dos profissionais do NASF. E ainda nesse compêndio, serve como ressalva que o desenvolvimento de ações multidisciplinares e intersectoriais são relevantes, também para ampliar o conhecimento da população e dos outros profissionais de saúde sobre o trabalho do NASF.

Destaca-se a necessidade de analisar com maior profundidade como o processo de trabalho dos profissionais que atuam no NASF pode contribuir para transformar a prática profissional, ampliando suas competências e habilidades na atuação interdisciplinar e desenvolvimento de ações de prevenção de doenças e promoção à saúde.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Raphael Augusto Teixeira de. **A construção internacional do conceito de atenção primária à saúde (APS) e sua influência na emergência e consolidação do sistema único de saúde no Brasil.** Dissertação de Mestrado. Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2007.

BOSCHETTI, Ivanete. **Seguridade Social e Trabalho: paradoxo na construção das políticas de previdência e assistência social no Brasil.** Brasília: Letras Livres: Editora UnB, 2006.

BRASIL. **Cuidados Primários de Saúde:** Relatório da Conferencia Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978. Brasília, 1979.

_____. **Constituição Federal de 1988.** Constituição da Republica Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial.** Brasília, 1990, Seção I.

_____. Lei nº 8142/90. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial,** Brasília, 1990.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família:** uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília. Ministério da Saúde, 1997.

_____. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96** - Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde da família:** uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde; 1998.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Regionalização da assistência à saúde:** aprofundando a descentralização com equidade no acesso. Brasília: Ministério da Saúde, 2001

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. **Regionalização da Assistência à Saúde:** aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde. 2. ed. revista e atualizada. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. **O sistema público de saúde brasileiro.** Brasília: Editora MS. 2003.

_____. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z:** garantindo saúde nos municípios. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção

Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Coletânea de Normas para o Controle Social no Sistema Único de Saúde**. 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. (Cadernos de Atenção Básica, n. 27).

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Brasília: CONASS, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRAVO, Maria Inês Souza. Políticas de Saúde no Brasil. In: MOTA, Ana Elizabete [et al.]. **Serviço Social e Saúde**. São Paulo: Cortez, 2009.

CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera. **A organização dos serviços de Atenção Primária à Saúde no Brasil**. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Rio de Janeiro. v.2, n° 6, 2006. p. 131 – 147.

CAMPOS, G.W.S. **Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde**. In: Ciência & Saúde Coletiva – Abrasco, 1999. v.4, n.2

CAMPOS, G.W.S., DOMITTI, A.C. **Apoio Matricial e Equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde**. Cad. Saúde pública, Rio de Janeiro, 23(2): 399-407, fev. 2007.

COHN, Amélia. **Caminhos da Reforma Sanitária**. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/ln/n19/a09n19.pdf>> Acesso em 12 de dezembro de 2013.

CONILL, E. M. **Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil**. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24 Sup1: S7-S27, 2008.

CUNHA, G.T., CAMPOS, G.W.S. **Apoio Matricial e Atenção Primária a Saúde**. Saúde Soc. São Paulo, v.20, n.4, p.961-970, 2011.

ELIAS, Paulo Eduardo. **Análises sobre a reforma sanitária e concepções políticas subjacentes: a visão autoritária do ideário progressista**. Revista Saúde e Sociedade. São Paulo, 1993.

SCOREL, S. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: GIOVANELLA, L. et al. (org.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. P. 385-434.

FREITAS, C. M. A Vigilância da Saúde para a Promoção da Saúde. In: CZERESNIA, D., FREITAS, C. M. (org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. p. 141- 159.

FIGUEIREDO, Elisabeth Niglio de. **Estratégia Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família: diretrizes e fundamentos**. Disponível em <http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_5.pdf> Acesso em 04 de dezembro de 2013.

FONTENELLE, Leonardo Ferreira. **Mudanças recentes na Política Nacional de Atenção Básica: uma análise crítica**. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Florianópolis, 2012.

HEIMANN, Luiza S. [et al]. **Descentralização do Sistema Único de Saúde: trilhando a autonomia municipal**. São Paulo: Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos, 2000.

MASCARENHAS, P. S. **Manual para elaboração de trabalho acadêmico**. Feira de Santana: Ideia viva, 20011.

MATTA, Gustavo Corrêa, MOROSINI, Valéria Guimarães. **Atenção Primária à Saúde**. Disponível em <http://www.epsvj.fiocruz.br/upload/d/Atencao_Primaria_a_Saude_recortado.pdf> Acesso em 03 de dezembro de 2013.

MELO, Rutinéia Jacob de. **Atenção primária à saúde e atenção básica à saúde: os discursos ideopolíticos do ministério da saúde**. Disponível em <<http://web3.ufes.br/ppgps/sites/web3.ufes.br/ppgps/files/Rutineia%20J.%20de%20Melopdf>> Acesso em 07 de janeiro de 2014.

MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de, VASCONCELLOS Miguel Murat, VIANA, Ana Luíza d'Ávila. **Atenção Primária à Saúde no Brasil**. Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 24 Supl1:S4-S5, 2008.

MINAYO, M. C. S. (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 28. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

NASCIMENTO Débora Dupas Gonçalves do, OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos. **Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família**. O Mundo da Saúde. São Paulo, 2010.

NEVES, José Luis. **Pesquisa qualitativa: características, usos e possibilidades**. In: Cadernos de Pesquisa de Administração, São Paulo, v.1, n.3, 2º semestre/1996. Disponível em: <http://www.ead.fea.usp.br/cad-pesq/arquivos/C03-art06.pdf>, acesso em: 30 de março de 2014.

OPAS/OMS. Declaração de Alma-Ata. **Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde. 1978**. Disponível em <<http://www.egov.ufsc.br/portal/sites/default/files/anexos/15657-15658-1-PB.pdf>> Acesso em 09 de dezembro de 2013.

PAGLIOSA, Fernando Luiz, ROS, Marco Aurélio da. **O Relatório Flexner: Para o Bem e Para o Mal**. REVISTA BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA. 32 (4) : 492–499; 2008.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: J.S. Paim, 2007.

PAIM, Jairnilson [et al]. **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios**. Disponível em <www.thelancet.com> Acesso em 27 de fevereiro de 2014.

RIBEIRO, Fátima Aparecida. **Atenção Primária (APS) e o Sistema de Saúde no Brasil**: uma perspectiva histórica. São Paulo, 2007.

RODRIGUES, William Costa. **Metodologia Científica**. FAETEC/IST. Paracambi: 2007, p. 2-40. Disponível em: http://professor.ucg.br/SiteDocente/admin/arquivosUpload/3922/material/Willian%20Costa%20Rodrigues_metodologia_cientifica.pdf, acesso em: 30 de março de 2014.

SAMPAIO, Luis Fernando Rolim. **II Seminário Internacional de Atenção Primária/saúde da Família**. Fortaleza: Ministério da Saúde, 2006.

SOUZA. C. C. B. X. de, AYRES, S. **Metodologia de apoio matricial em saúde**: ferramenta de transformação dos modos de organização na saúde. Disponível em <http://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/texto_10.pdf>. Acesso em: 08 de outubro de 2013.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

APÊNDICE A - Questionário dos profissionais do NASF

I PERFIL DO PROFISSIONAL:

1 Idade: _____

2 Formação: _____

3 Tempo de formado: _____

4 Tempo de ingresso na instituição: _____

5 Forma de ingresso na instituição:

() Concurso público () Contrato () Processo seletivo () Indicação

() Outro, qual? _____

6 Tipo de regime de contratação:

() Contrato sem carteira assinada () Contrato com carteira assinada

() Contrato por tempo de serviço () Prestação de serviço

() Outro, qual? _____

II SOBRE O TRABALHO PROFISSIONAL:

7 Qual o papel do NASF na Atenção Básica?

8 Qual a relação entre NASF e as equipes de Saúde da Família?

9 O que você entende por equipe de referência e apoio matricial?

10 Como as demandas chegam ao NASF?

11 Como é a relação dos profissionais do NASF com a população?

12 Quais as principais atividades desenvolvidas pelo núcleo?

13 Qual sua função dentro do NASF?

14 Quais são as principais atividades que você desenvolve no NASF?

APÊNDICE B – Questionário da equipe de Saúde da Família

I PERFIL DO PROFISSIONAL:

1 Idade: _____

2 Formação: _____

3 Tempo de formado: _____

4 Tempo de ingresso na instituição: _____

5 Forma de ingresso na instituição:

() Concurso público () Contrato () Processo seletivo () Indicação

() Outro, qual? _____

6 Tipo de regime de contratação:

() Contrato sem carteira assinada () Contrato com carteira assinada

() Contrato por tempo de serviço () Prestação de serviço

() Outro, qual? _____

II SOBRE O TRABALHO PROFISSIONAL:

7 Qual o papel do NASF na Atenção Básica?

8 Qual a relação entre as equipes de Saúde da Família e o NASF?

9 O que você entende por equipe de referência e apoio matricial?

10 A equipe costuma acionar os serviços do NASF? Em que circunstâncias?

11 O NASF desenvolve atividades nessa unidade de saúde? Que atividade? Com que frequência?

ANEXO B – Relação de pacientes que necessitam de Atendimento Domiciliar por profissionais do NASF



Prefeitura Municipal São Gonçalo dos Campos
Avenida Aníbal Pedreira, 01-Centro CGC14-060.602/0001- 49

Secretaria Municipal de Saúde
Rua Professor Dionísio Assunção, nº. 13
São Gonçalo dos Campos/BA

NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família

RELAÇÃO DE PACIENTES QUE NECESSITAM DE ATENDIMENTO DOMICILIAR POR PROFISSIONAIS DO NASF

AS	Assistente Social – Monique Leal
EF	Educador Físico – Gabriel Lêdo
FA	Farmacêutica – Carolina Almeida

FI	Fisioterapeuta – Girleno Gomes
NU	Nutricionista – Elisabete Lacerda

USF: _____	Profissionais Solicitados: <i>AS; NU</i>	
Nome: _____	Apelido: <i>Gleuzinha</i>	
Patologia Principal/Associada: <i>Saúde Mental</i>		
Endereço (Rua/Bairro e Ponto de Referência): <i>Lot. Ouro Verde</i>		Telefone: () _____
ACS: _____	Telefone ACS: _____	Telefone Enf ^a : , , _____