

UNILEÃO  
CENTRO UNIVERSITÁRIO DR. LEÃO SAMPAIO  
CURSO BACHARELADO EM SERVIÇO SOCIAL

**RAFAELLE NASCIMENTO LIRA**

A INTERAÇÃO MULTIDISCIPLINAR ENTRE A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA  
FAMÍLIA E O NÚCLEO DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA EM JUAZEIRO DO  
NORTE – CE.

JUAZEIRO DO NORTE – CE  
2019

RAFAELLE NASCIMENTO LIRA

A INTERAÇÃO MULTIDISCIPLINAR ENTRE A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA  
FAMÍLIA E O NÚCLEO DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA EM JUAZEIRO DO  
NORTE – CE.

Monografia apresentada à Coordenação do Curso de  
Graduação em Serviço Social do Centro Universitário Dr.  
Leão Sampaio, como requisito para obtenção do grau de  
bacharel/licenciatura em Serviço Social.

Orientador: Prof. Ms. Jamille de Lima Vieira

JUAZEIRO DO NORTE – CE

2019

RAFAELLE NASCIMENTO LIRA

A INTERAÇÃO MULTIDISCIPLINAR ENTRE A ESTRATÉGIA DE  
SAÚDE DA FAMÍLIA E O NÚCLEO DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA EM  
JUAZEIRO DO NORTE – CE.

Monografia apresentada à Coordenação do Curso de  
Graduação em Serviço Social do Centro Universitário Dr.  
Leão Sampaio, como requisito para obtenção do grau de  
bacharel/licenciatura em Serviço Social.  
Orientadora: Prof. Ms. Jamille de Lima Vieira

Data de aprovação \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_

BANCA EXAMINADORA:

---

Prof. Ms Jamille de Lima Vieira  
Orientadora

---

1. Prof. Esp. Pautilia Ferraz Araruna  
1º Examinador

---

Prof. Esp. Jásca Vieira de Caldas  
2º Examinador

JUAZEIRO DO NORTE – CE  
2019

Dedico este trabalho a minha mãe Socorro, especialmente as minhas filhas Letícia e Larissa, que me deram a garra pra continuar nessa caminhada. Obrigada mãe por nunca ter desistido de mim e sempre acreditou na minha capacidade, e aos meus amigos. Obrigada mãe, pelo apoio, e por tudo que fez e faz por eu e minhas filhas.

## **AGRADECIMENTOS.**

Primeiramente á Deus, pela minha mãe Socorro que sempre me apoio e me ajudou nessa longa, cansativa caminhada, uma mulher forte, batalhadora e guerreira, que mesmo nas dificuldades fez do impossível o possível para que esse sonho se tornasse realidade. Tudo que eu disser será pouco para expressar toda a gratidão que te devo mãe, primeiro pelo dom da vida, e segundo pelo trabalho que te dei desde a infância até agora na fase adulta, quer dizer as preocupações só aumentaram, tornaram-se mais intensas, o trabalho em cuidar das minhas pequenas, Maria Leticia e Larissa Vitória. Tenho uma dívida eterna com a senhora, que transcende o tempo e o espaço. Obrigada mãe por todo o esforço, dedicação, preocupação e pelos incentivos, mesmo quando eu desacreditei da minha capacidade, a senhora não desistiu de mim.

Minhas filhas que vieram no meio desses anos e que só me deram mais e mais vontade de lutar, correr atrás e terminar essa árdua caminhada, que não foi fácil, muitas vezes levando-as para aulas, realizando as atividades comigo, essa vai ser uma linda historia para quando elas crescerem, e terão orgulho da mamãe.

Em especial a minha grande amiga Shara que conheci na faculdade e que ao longo desses anos, só veio a fazer mais parte da minha vida, acrescentar felicidade, companheirismo, dedicação e claro paciência, me ajudou bastantes com minhas filhas, me aconselhando nesse projeto na vida, amiga muito obrigada por tudo, serei eternamente grata.

A minha comadre Jackelany, que nunca mediu esforços em me ajuda com tudo, nesses anos, sempre sempre que podia claro, as minhas amigas Samyra, Neide e minha tia Sandra que ficaram com minhas filhas, para que eu comparecesse as aulas e estágio, me ajudando na criação e crescimento delas como profissional, com tranquilidade sabendo que estavam bem assistidas, obrigada a todos (as) que fizeram parte dessa caminhada.

À minha orientadora Jamille, uma pessoa incrível, e que me ensinou bastante. Agradeço pelos conselhos e gentilezas durante o estágio I e II e na conclusão nesse projeto com paciência. Dentre todos os professores é a que mais irei lembrar, seja pela simplicidade ou pelo sorriso, a forma mais singela de cativar as pessoas, pela paciência e disponibilidade em contribuir para a concretização desse trabalho.

E a todas as pessoas que contribuíram direta ou indiretamente para que esse sonho se tornasse realidade.

## RESUMO

O referido trabalho relata uma discussão acerca da Interação multidisciplinar entre a ESF e o NASF : um diálogo necessário. As dificuldades encontradas na saúde pública no Brasil, buscando classificar as principais dificuldades apresentadas no SUS, e os profissionais que atuam frente e esses impasses diante das objeções encontradas na saúde pública. A escolha deste tema surgiu a partir de observações do cotidiano do NASF (assistente social), durante o estágio supervisionado I e II, por identificar um grande fluxo de usuários em busca dos de melhorias, atendimentos a domicílio e em grupo. Serão apresentados os marcos históricos da saúde a partir da década de 1987 e as mudanças ocorridas em função da promulgação da Constituição Federal de 1988, em especial o exaltado Movimento da Reforma Sanitária, e a importância da 8ª Conferência Nacional de Saúde para a construção das bases de um novo modelo de saúde, que a posteriori resulta na promulgação da CF/88 e as novas configurações, por fim a criação do NASF . Em seguida, caracterizar as atribuições e competências gerais do assistente social e, posteriormente, enfatizar as ações do profissional na saúde, acerca dos paradigmas por meio de atuação dos profissionais e da equipe multidisciplinar que atendem aos usuários da ESF. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, de caráter exploratório e descritivo, de abordagem qualitativa, que é um método de estudando as suas particularidades e experiências individuais. Todo esse percurso possibilitou respostas às dificuldades enfrentadas pelo o SUS, e pelas equipes e para superá-las deve-se instituir uma melhorias estruturais, nos profissionais pra melhor esse dialogo entre os que ali atuam todos os dias. Salienta-se que, é de suma importância que a decisões federais acerca do rumo das políticas sociais sejam compartilhadas com a população de forma a incluí-las na pauta das discussões.

**Palavras chaves:** Saúde. NASF. Diretrizes. Saúde pública.

## ABSTRACT

This paper reports a discussion about the multidisciplinary interaction between the FHS and NASF: a necessary dialogue. The difficulties encountered in public health in Brazil, seeking to classify the main difficulties presented in the SUS, and the professionals who act in front and these impasses before the objections found in public health. The choice of this theme emerged from observations of NASF's daily life (social worker), during supervised stage I and II, because it identified a large flow of users seeking improvements, home care and group care. The historical landmarks of health will be presented from the decade of 1987 and the changes that occurred due to the promulgation of the Federal Constitution of 1988, in particular the exalted Movement of the Health Reform, and the importance of the 8th National Health Conference for the construction of the bases. of a new health model, which a posteriori results in the promulgation of CF / 88 and the new configurations, finally the creation of NASF. Then characterize the general duties and competences of the social worker and, later, emphasize the actions of the health professional, about the paradigms through the action of professionals and the multidisciplinary team that serve the users of the FHS. This is a bibliographical research, exploratory and descriptive, with a qualitative approach, which is a method of studying their particularities and individual experiences. This whole course has made it possible to respond to the difficulties faced by the SUS, and by the teams, and in order to overcome them, structural improvements must be instituted in the professionals to better this dialogue between those who work there every day. It is emphasized that it is extremely important that federal decisions about the direction of social policies are shared with the population in order to include them in the discussion agenda.

**Keywords:** Health. NASF. Guidelines Public health.

## LISTA DE SIGLAS

AB – Atenção Básica

ACS - Agente Comunitário de Saúde.

APS - Atenção Primária à Saúde.

CRAS – Centro de Referência de Assistência Social

ESF - Estratégia Saúde da Família.

NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde.

PAB - Piso de Atenção Básica.

PDSUS - Pacto em Defesa do SUS

PSE- Programa Saúde na Educação.

PSF - Programa Saúde da Família.

PG - Pacto de Gestão.

SF- Saúde da Família.

SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica.

SUDS - Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde.

SUS – Sistema Único de Saúde.

UBS – Unidades Saúde da Família.

## **LISTA DE CHARGES.**

<b>CHARGE I - PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO.....</b>	<b>42</b>
<b>CHARGE II - ONU PEDE CUIDADOS MÉDICOS PARA TODOS NO DIA MUNDIAL DA SAÚDE.....</b>	<b>43</b>
<b>CHARGE III - FALTA DE BENEFÍCIOS.....</b>	<b>44</b>
<b>CHARGE IV - A RELAÇÃO DO NASF COM A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.....</b>	<b>45</b>

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	10
<b>CAPÍTULO I - RESGASTE HISTÓRICO DA POLÍTICA DA SAÚDE.....</b>	<b>12</b>
1.1 A POLÍTICA DA SAÚDE NO BRASIL: APÓS 8º CONFERÊNCIA.....	14
1.2 O SUS: CARACTERÍSTICAS, OBJETIVOS, PRINCÍPIOS E SUA REFORMA....	19
<b>CAPITULO II - A POLITICA DE SAÚDE E SAÚDE E SUA MATERIALIZAÇÃO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.....</b>	<b>27</b>
2.1 DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF) Á CRIAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF).....	27
2.2 SERVIÇO SOCIAL NO TRABALHO INTERSETORIAL DO NASF.....	30
2.3 ESF E NASF: UM DIÁLOGO NECESSÁRIO.....	39
<b>CAPITULO III – A INTERAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DO ESF E O NASF.....</b>	<b>41</b>
3.1 PROCEDIMENTOS METODOLOGICOS.....	41
3.2 TEMA DE FORMA LÚDICA.....	43
3.3 ANÁLISE DOS DADOS.....	47
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	51
REFERÊNCIAS.....	53
ANEXO.....	58

## INTRODUÇÃO.

A presente pesquisa intitulada, A interação multidisciplinar entre a estratégia da saúde família e o Núcleo de Apoio a Saúde da Família tem o intuito de identificar os paradigmas entre o Assistente Social com os profissionais de saúde na atuação a respeito dos atendimentos da Estratégia da saúde da Família.

Nessa lógica, o intuito é desenvolver um projeto de pesquisa que possibilite observar a interação do NASF com a equipe da Saúde da Família; de forma isso acontece; e como sucedem os meios para que sejam solucionadas as demandas dos usuários dos serviços deste.

A precarização do trabalho não só das estruturas, como falta de equipamentos, água, banheiros para os profissionais e para o público alvo, demora dos atendimentos e nas entregas de exames e desorganizações da equipe da saúde, que infelizmente sempre teve e vai ter dentro do UBS, sem se quer dá a devida assistência aos usuários. Estas dificuldades constituem apenas alguns dos entraves existentes na execução dos serviços, que acabam por barrar o bom desempenho da própria parceria NASF e ESF's.

Diante de tais aspectos, o objetivo geral é Compreender como acontece a interação entre a Equipe multidisciplinar da ESF e com o NASF. Para tanto, neste estudo será apresentada uma breve discussão acerca da história da saúde. Além de discorrer sobre a materialização da política de saúde no âmbito do NASF e ESF, bem como identificar como acontece o diálogo entre os profissionais de ambos os serviços.

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, de caráter exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa. Uma característica bastante relevante desta natureza da pesquisa diz respeito a possibilidade de reconstruir traços históricos acerca de um determinado objeto/situação a ser estudado, através das fontes secundárias.

Este trabalho encontra-se estruturado da seguinte maneira: O Capítulo I, descreve o resgate histórico da política de saúde, perpassando pela evolução da saúde enquanto política pública no Brasil; No Capítulo II, é discutida a materialização da referida política na domínio da Estratégia Saúde da Família. Ao Capítulo III compete a discussão da interação dos profissionais do ESF e o NASF.

Assim sendo, o primeiro capítulo está descrito da seguinte forma: Capítulo I – Resgate histórico da política de saúde: 1.1 A política da saúde no Brasil após a 8ª

Conferência Nacional; 1.2 O SUS: características, objetivos, princípios e sua reforma.

No segundo capítulo trata-se da sua materialização, configurando-se da seguinte maneira: Capítulo II – A política de saúde e sua materialização na estratégia saúde da família: 2.1 Do programa saúde da família (PSF) à criação da Estratégia Saúde da Família (ESF); 2.2 Serviço Social no trabalho intersetorial do NASF; 2.3 ESF e NASF: Um diálogo possível.

No terceiro capítulo serão apresentados os procedimentos metodológicos. Sendo este intitulado: Capítulo III: A interação dos profissionais do ESF e o NASF. Subdividido em: 3.1 procedimentos metodológicos; 3.2 Tema de forma lúdica.

Desse modo, o presente trabalho propõe-se a apresentar, de forma clara, os paradigmas entre o Assistente Social com os profissionais de saúde, na atuação, a respeito dos atendimentos da Estratégia da saúde da família, ou seja, a interação entre a Equipe multidisciplinar da ESF e com o NASF.

## **CAPÍTULO I – RESGASTE HISTÓRICO DA POLÍTICA DA SAÚDE**

Este capítulo pretende situar o percurso histórico da política de saúde, tomando como marco os antecedentes da década de 1970 e as mudanças ocorridas em função da promulgação da Constituição Federal de 1988. Para a primeira parte, nos deteremos a explicitar a representatividade do cenário dos anos de 1970 e suas implicações na política de saúde.

Para a segunda seção, apresenta-se a saúde após 8<sup>o</sup> conferência, uma nova perspectiva do sistema único de saúde do Brasil, avanços, conquistas e realidade sobre o Sistema. Posteriormente a criação do SUS suas legislações, seus princípios e diretrizes e arcabouço legal, a lei orgânica da saúde esquematizada nº 8.080 e nº 8.142 /90, que concerne ações desenvolvidas no campo da saúde.

Em meados da década de 70, o Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde SUDS, exclusivamente oferecia serviços de promoção e prevenção das enfermidades, como vacinas para doenças infecciosas da época. A previdência social apenas ofertava assistência médica aos trabalhadores que contribuía com a mesma. Aqueles que não possuíam carteira assinada não se beneficiavam com a saúde “pública”. Em seguida, serão abordados aspectos pertinentes para a concretude dos princípios do SUS, posteriormente descrever a emergência do SUS e seu arcabouço. No transcorrer da discussão.

Os estabelecimentos que realizavam atendimentos maioria privada ou de convênios, cuidando somente das doenças e jamais a saúde, cada procedimento tinha seu custo diferenciado e cobrado dos demais.

As proposições desse movimento popular para a melhoria da saúde pública, iniciado em pleno regime autoritário da Ditadura Militar, eram dirigidas basicamente à construção de uma nova política de saúde efetivamente democrática, considerando a descentralização, universalização e unificação como elementos essenciais para a reforma do setor.

“A política social, no período de 1974 a 1979, teve por objetivo obter maior efetividade no enfrentamento da “questão social<sup>1</sup>”, a fim de canalizar as reivindicações e pressões populares” (BRAVO; 2014,p.7).

---

<sup>1</sup> Questão Social é um conjunto de expressões que definem as desigualdades da sociedade. Disponível em: <https://www.significados.com.br/questao-social/>.

Várias foram às propostas de implantação de uma rede de serviços voltada para a atenção primária à saúde, com hierarquização, descentralização e universalização, iniciando-se já a partir do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), em 1976.

Em 1980, foi criado o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE)<sup>2</sup> - que, na realidade, nunca saiu do papel -, logo seguida pelo plano do Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP)<sup>3</sup>, em 1982 a partir do qual foi implementada a política de Ações Integradas de Saúde (AIS), em 1983. Essas constituíram uma estratégia de extrema importância para o processo de descentralização da saúde (BRASIL, 2019).

Em 1987, foi criado o SUDS em coalizão entre o INAMPS<sup>4</sup> e os governos estaduais, com a finalidade de tornar os cuidados e a própria assistência prestada aos enfermos, no que se referem à saúde, ações descentralizadas, e, por consequência disso implementados os distritos sanitários. Sendo assim, é nesse contexto que o governo começa a repassar recursos federais para municípios e estados. Nesse cenário de surgimento do SUDS acaba proporcionando o nascimento imediato do SUS.

Naquela época, a sociedade brasileira ao mesmo tempo em que vivenciou um processo de democratização política superando o regime ditatorial instaurado em 64, experimentou uma profunda e prolongada crise econômica que persiste. As decepções com a transição democrática ocorreram, principalmente, com seu giro conservador após 1988, não se traduzindo em ganhos materiais para a massa da população (BRAVO - 2014, p.8.).

---

<sup>2</sup> O *PREVSAÚDE*, segundo seu anteprojeto, visa a reordenar o modelo da prestação de serviços do setor, para adequá-lo às necessidades prioritárias da população e aos meios disponíveis para custeá-lo. Representa uma adaptação à problemática deste País daquelas diretrizes traçadas na Conferência da OMS em Alma-Ata, no ano de 1978, que deu ênfase à assistência primária e à extensão de cobertura. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71671981000100001](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71671981000100001)

<sup>3</sup> O CONASP, sob orientação de seu presidente, o prof. Aloysio de Salles Fonseca, submeteu ao Ministro da Previdência e Assistência Social, que o aprovou, o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social (Portaria Ministerial nº 3062/82). Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71671983000200001](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71671983000200001)

<sup>4</sup> INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, autarquia federal, foi criado em 1977, pela Lei nº 6.439, que instituiu o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (Sinpas), definindo um novo desenho institucional para o sistema previdenciário, voltado para a especialização e integração de suas diferentes atividades e instituições. Disponível em: <http://www.fgv.br/cpd/doc/acervo/dicionarios/verbete-tematico/instituto-nacional-de-assistencia-medica-da-previdencia-social-inamps>.

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988 ou “Constituição cidadã”, a política é então consolidada como um dever do Estado e direito de todos os cidadãos, ‘A reformulação do Sistema Nacional de Saúde’ e ‘O financiamento setorial’.

Portanto, a criação desta é destinada a todos os interesses, do individual ao coletivo e de responsabilidade única do Estado. Assim sendo, a assistência médica deve ser prestada de forma integral para todos, com serviços hierarquizados, segundo parâmetros técnicos, e a sua gestão descentralizada. Estabelece ainda que o custeio do Sistema deverá ser essencialmente governamental, por intermédio da União, estados e municípios, e as ações governamentais submetidas a órgão colegiados oficiais os Conselhos de Saúde, com representação paritária entre usuários e prestadores de serviço (BRASIL, 1988).

Como disposto no artigo 7º, a participação da comunidade se dá sobre a gestão dos recursos investidos no Sistema, que se cria os Conselhos de Saúde legitimando os organismos de representação de governos estatais, posto isto começou a ser discutido a procedência desses fundos na prática” (BRASIL, 1988).

Com a Constituição Federal institucionalizada a saúde é colocada pela primeira vez em pauta e ponto de discussão dando ênfase como política pública. O Sistema Único de Saúde foi uma construção histórica como o único sistema no mundo a atender a tantos usuários de forma integral e um sistema de saúde que está em construção com o intuito de estar disponível a toda população brasileira.

### **1.1 A POLÍTICA DA SAÚDE NO BRASIL: APÓS 8º CONFERÊNCIA.**

De acordo com Arlindo Gómez, militante do movimento sanitário e atual chefe de gabinete da presidência da Fiocruz, a experiência acumulada pelo movimento foi responsável pelo sucesso da 8ª CNS, analisa Gómez:

O que tivemos em 1986 não aconteceu de repente, nem foi coisa de uma ou duas cabeças geniais. Foi o amadurecimento de todo esse processo de pesquisa, prática, reflexão e ensino que se fez por mais de dez anos. Quando chegamos à Conferência, isso já estava maduro. E a proposta de uma nova Constituição, que já estava em pauta, era um espaço para que novas ideias em relação à saúde fossem colocadas. O país estava aberto para se redefinir, para decidir qual era a função do Estado e o que cabia à sociedade. (GÓMEZ *apud* CHAGAS; p.1, 2008).

A saúde pública ao longo dos anos teve papéis democráticos de mobilização sociais, criadas para o controle das instâncias estaduais que no comprimento desses espaços dentro das conferências com a finalidade de defender a saúde e controlar os gastos públicos, e nesse contexto o papel da sociedade foi relevante no campo na saúde pública brasileira e nos processos de tomadas de decisões políticas: as *minorias*<sup>5</sup>, nesse sentido, a superação das desigualdades e exclusão social.

Diante desse contexto, podemos afirmar que a universalização, a integralidade, a descentralização, a hierarquização e a participação popular, são definidas como princípio do SUS, pela CF de 1988. Mesmo sabendo que esses princípios ainda não tenham alcançado sua perfeição, não podemos negar seus significativos avanços no processo de materialização do SUS, que vem ocorrendo, nos últimos anos, mesmo o sistema sendo o mais usado do Brasil ainda se tem muitas coisas a serem melhoradas e efetivadas dentro das normas, e suas diretrizes que vamos pronunciar a seguir entre essas modificações as NOB's, as NOAS e o pacto pela saúde.

Nesse mesmo ano outro instrumento importante são as Normas Operacionais (NOBS) que definem as estratégias que reorientam a operacionalidade do sistema. Apresentam como objetivos induzir e estimular mudanças, aprofundar e reorientar a implantação do SUS, definir novos objetivos estratégicos, regular as relações entre gestores e normatizar o SUS.

As NOB's surgiram decorrentes dos acontecimentos que posteriormente em 1986 com a VIII conferência que ocasionou a criação do SUDS, a CF88, nesse processo do SUS, e a lei 8.080 e 8.142/90 e por fim o SUS para em fim a sua consolidação.

Porém, as NOB's, por sua vez sofreram suas mudanças em 1991, 1993 e 1996, essas edições procederam com os objetivos de viabilizar e garantir direitos à saúde de acordo com a CF88, daí foi aprovação mediante negociações entre a sociedade a CNS e a Tripartite<sup>6</sup>, para aprofundar e reorientar o SUS, na sua

---

<sup>5</sup> De acordo com Pâmela Morais: minorias são a população LGBT, a população negra, povos indígenas, mulheres, entre outros. Estudantes, aposentados e moradores do campo também são grupos que geralmente se organizam para levar reivindicações mais específicas às suas necessidades até os órgãos competentes. Disponível em: <https://www.politize.com.br/saude-e-cidadania-participacao-popular/>.

<sup>6</sup> A Comissão Intergestores Tripartite (CIT) é reconhecida como uma inovação gerencial na política pública de saúde. Constituem-se como fóruns permanentes de negociação, articulação e decisão

implementação, definindo assim suas diretrizes, objetivos, e as relações entre seus gestores com o propósito de normatizar o SUS.

O SUS antes e depois, de acordo com Gouveia, 2013:

A gestão do SUS ainda era muito centralizada no nível federal, pois INAMPS, só foi extinto em 1993: Os Municípios eram essencialmente os gerentes das unidades, por tanto; eram prestadores de serviços e não gestores; A maioria dos Estados continuavam como prestadores do serviço de saúde, pois poucos assumiram a gestão do SUS em 87 (GOUVEIA; p.116, 2013).

Por tanto a NOB 91 almejava recursos federais dos governos tanto estaduais como municipais, com isso estrategicamente criou os seguintes meios a AIH<sup>7</sup>, a FEM<sup>8</sup> e o SIH<sup>9</sup> e por fim os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, com o objetivo de criar estratégias e controlar política da saúde, em conjunto com seus gestores, profissionais e prestadores de serviços da saúde para a melhoria dos usuários do sistema.

Sem demora o Governo em associação com Municípios e o Estado e o MS, definiram daí, a NOB 93 para objetivar e ampliar consequentemente aprimorar assim a relação descentralizada do sistema e aperfeiçoar o sistema de gestão, desta forma comandando o SUS criando uma comissão com três esferas do governo.

“Esta comissão se criou o Fator de Apoio ao Estado (FAE), que são repasses do Governo Federal aos Estados, o Sistema de Informação Ambulatoriais (SIA) que é um instrumento de cadastro e controle de orçamento, para controle dos gestores e a Comissão Intergestores (CIT E CIB), que são fóruns de negociações formadas por gestores das instâncias Federal, Estadual e Municipal”. (GOUVEIA; p. 117, 2013).

A CIT é uma Comissão Intergestora da Tripartite que com a contribuição das três esferas que falamos a cima, fazem parte os Estados, Municípios, DF e da União, estas comissões são para definir as diretrizes, estratégias, programas e projetos referente ao SUS, essas decisões primeiramente são analisadas pelo CIT (Municipal), realizando fóruns com o MS e o CONASS, essas comissões são

---

entre os gestores nos aspectos operacionais e na construção de pactos nacionais, estaduais e regionais no Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://www.saude.gov.br/gestao-do-sus/articulacao-interfederativa/comissao-intergestores-tripartite>.

<sup>7</sup> AIH, Autorização de Internação Hospitalar, que passa a ser a maneira pela qual os portadores de serviços de todo país são remunerados; Gouveia, 2013.p, 116.

<sup>8</sup> FEM, Fator de Estímulo à Municipalização, que são repasses do Governo Federal aos Municípios; Gouveia, 2013.p, 116.

<sup>9</sup> SIH, Sistema de Informação Hospitalar, que funciona como um banco de dados de informações relacionadas à assistência e à administração dos serviços de saúde. Gouveia, 2013.p, 116.

definidas com quinze membros, são eles cinco que a Secretária de Saúde designa das secretárias dos municípios, cinco do CONASS e cinco do Conselho dos Secretários Municipais de Saúde (CONEMS).

Decisões estas, tomadas dentro dos fóruns da CIT, quando são decididas, essas deliberações não são em imediato aprovadas, daí chegam a CIB, que são os setores da Secretaria Estadual de Saúde (SES), o Conselho dos Secretários Municipais de Saúde (CONEMS), e gestores das secretarias de seus municípios e estados se reúnem, com essas participações são realizadas e organizadas para assim articular o que poderá ser melhorado no SUS mediante as gestões.

Nesse cenário cria-se a comissão dos gestores, parcialmente essas decisões são manipuladas pelos municípios, na NOB 93, elabora-se assim a terceira instância gestora do SUS, as deliberações só chegam a serem discutidas pela CIB, posteriormente que foram articuladas nos municípios e suas estâncias, são elas as questões contrariam aos pactos de saúde e a política do SUS, ou aqueles que envolvem a própria União.

Neste mesmo ano NOB-SUS, procurou restaurar o compromisso da implantação do SUS e estabelecer o princípio da municipalização. A população foi à grande beneficiada com a incorporação de itens de alta complexidade, que antes eram restritos aos contribuintes da previdência (BRASIL, 1993).

Posto isso, em cada nova edição da NOB, os gestores foram sendo responsáveis pelos recursos do setor de saúde, desta maneira distanciando seu financiamento, posto isso, a participação dos estados e municípios sendo transferida responsabilidade da União, as NOB'S foram as principais tentativas para realização do SUS, por tanto a cada novo passo um novo SUS.

Por sua vez, os gestores e a comando das três esferas de governo, em 96 cria a NOB 96 com a finalidade de transferir a responsabilidade do poder municipal e seus habitantes passando para o Estado, DF e União, que determina: por tanto recompondo o modelo assistencial substituindo para a gestão da Atenção Básica de Saúde<sup>10</sup>, criando o pagamento por produção<sup>11</sup>, o cartão SUS - MUNICIPAL<sup>12</sup>, o

---

<sup>10</sup>Atenção Básica de Saúde ou Política: Veja como a experiência acumulada de movimentos sociais, usuários, trabalhadores e gestores das três esferas de governo contribuem para a consolidação do SUS. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/atencao-primaria>.

<sup>11</sup> Pagamento por produção: percentual da transferência automática e regular (fundo a fundo) dos recursos federais aos Municípios, reduzindo, assim, a transferência por renumeração por serviços produzidos. (GOUVEIA; p. 119, 2013).

PAB<sup>13</sup> que custeia as ações serviços da atenção, tal como de Vigilância Sanitária, e como principal instrumento o PPI<sup>14</sup>, transferindo assim as duas responsabilidades de gestão para habilitantes e municípios<sup>15</sup>.

Em 1996, as NOB's tendo como a mais importante NOB/SUS 01-96 são responsáveis por atender as necessidades do cidadão com requisitos de Gestão Plena da Atenção Básica e Gestão Plena do Sistema Municipal, onde o Município passou a ser responsável, dentre outras, pela elaboração da programação municipal dos serviços básicos de saúde bem como pelos serviços de referência ambulatorial especializada e hospitalar; executar ações básicas de vigilância sanitária e epidemiológica, de média e alta complexidade; manter os sistemas de cadastros atualizados e avaliar o impacto das ações do sistema sobre as condições de saúde da população e do meio ambiente (BRASIL, 1996).

A implementação e as responsabilidades em conjunto com os municípios, estaduais e do DF e o MS, na intenção de garantir avanços na política da saúde assumem o Pacto pela Vida nesse acordo tem a responsabilidade na organização do SUS.

Muitas iniciativas foram tomadas para a implementação do SUS, o Pacto pela saúde instituiu-se como um conjunto de reformas nas relações institucionais e no fortalecimento do SUS, buscando saída para essas tribulações que proferirei mas sobre o pacto no próximo tópico.

---

<sup>12</sup> Cartão SUS-MUNICIPAL, com numeração nacional, de modo a identificar o cidadão com o seu sistema e agregá-lo ao sistema nacional. Essa numeração possibilita uma melhor referência em todo o País. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203\\_05\\_11\\_1996.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html).

<sup>12</sup> O PAB é composto de uma parte fixa (PAB fixo) destinada a todos os municípios e de uma parte variável (PAB variável) que consiste em montante de recursos financeiros destinados a estimular a implantação intermunicipal e garante o atendimento de urgência por qualquer serviço de saúde, estatal ou privado, em todo o País. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203\\_05\\_11\\_1996.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html).

<sup>13</sup> O PAB é composto de uma parte fixa (PAB fixo) destinada a todos os municípios e de uma parte variável (PAB variável) que consiste em montante de recursos financeiros destinados a estimular a implantação das seguintes estratégias nacionais de reorganização do modelo de atenção à saúde. Disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus\\_az\\_garantindo\\_saude\\_municipios\\_3ed\\_p2.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_az_garantindo_saude_municipios_3ed_p2.pdf).

<sup>14</sup> A Programação Pactuada e Integrada é um processo instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde onde, em consonância com o processo de planejamento, são definidas e quantificadas as ações de saúde para população residente em cada território, bem como efetuados os pactos intergestores para garantia de acesso da população aos serviços de saúde. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/ses/perfil/gestor/documentos-de-planejamento-em-saude/programacao-pactuada-e-integrada>.

<sup>15</sup> Condições Municipais: a) Municípios- Gestão Plena da Atenção Básica (GPAB) e Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM); Estado – Gestão Avançada do Sistema Estadual e Gestão Plena do Sistema Estadual (GOUVEIA; p.120, 2013).

## 1.2 O SUS: CARACTERÍSTICAS, OBJETIVOS, PRINCÍPIOS E SUA REFORMA.

A construção do SUS foi o resultado das lutas sociais brasileira, pela Reforma Sanitária<sup>16</sup>, fruto da 8ª Conferência Nacional de Saúde que ampliou o conceito de saúde realizada em 1986 – promoção, proteção e recuperação –, instituída na Constituição de 1988, tendo como embasamento à definição da saúde no que cerne a Seguridade Social, como direito de todos e dever do Estado, na Constituição Federal de 1988, a qual vigora até os dias de hoje, legitimando assim o SUS.

Os CNS tiveram muitos ganhos com as lutas da população por mais melhoria na saúde pública, com esses conflitos os movimentos ansiavam por três eixos: 1) saúde como direito; 2) reformulação do Sistema Nacional de Saúde 3) financiamento do setor. Nesse processo a mobilização social teve conquistas da saúde antes e depois a 8ª conferência, nessa perspectiva democrática que ofereceu um novo caráter as conferências concedendo sentidos à presença da sociedade civil sobre as políticas públicas no país, que foi o marco para a história da saúde pública no Brasil.

Diante disso o INAMPS busca estratégias no campo da saúde, ações sociais para seu benefício próprio, no esforço de ampliar a saúde, assistência médico-hospitalar em seu caráter universal. Desta forma o financiamento do mesmo foi mantido a princípio, preservando assim e assegurando a sua estabilidade, por três anos aos a divulgação da lei que institui o SUS.

O INAMPS, só foi dizimado em 1993 pela lei nº 8.689, de 27 de julho, no parágrafo único do seu artigo primeiro, a lei que extinguiu o INAMPS estabelecia que:

As funções, competências, atividades e atribuições do INAMPS serão absorvidas pelas instâncias federal, estadual e municipal gestoras do Sistema Único de Saúde, de acordo com as respectivas competências, critérios e demais disposições das Leis nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.142, de 28 de dezembro de 1990. (BRASIL, 1990).

---

<sup>16</sup> Reforma sanitária: O movimento da Reforma Sanitária nasceu no contexto da luta contra a ditadura, no início da década de 1970. A expressão foi usada para se referir ao conjunto de ideias que se tinha em relação às mudanças e transformações necessárias na área da saúde. Essas mudanças não abarcavam apenas o sistema, mas todo o setor saúde, em busca da melhoria das condições de vida da população. Disponível em: <https://pensesus.fiocruz.br/reforma-sanitaria>.

Desta forma o financiamento do INAMPS, foi mantido a princípio, preservando e assegurando assim a estabilidade do SUS, em caráter universal. Resguardando assim o INAMPS, em sua totalidade.

Mantendo seus recursos tais como a logística do financiamento, dado partida disto o SUS se inicia atuando na universalidade na área de assistência á saúde, sendo comparado e aperfeiçoado.

Porém, o SUS, não adota a própria logística para financiar seus recursos com tudo o seu capital vem dos estados que garantia assim a sua manutenção. Entretanto os estados com maior desenvolvimento que contavam com mais recursos tinham maiores proporções.

Nos anos seguintes, o INSS, deixava de repassar para o Ministério da Saúde recursos, gerando um enorme atraso na disponibilidade orçamentária. Em 1993 o SUS passa por grandes, contrariedade financeira que desonra sua responsabilidade constitucional e os compromissos que resulta na elucidação da Constituição Federal e da Lei Orgânica da Saúde.

A Lei 8.080 instituiu o Sistema Único de Saúde, com comando único em cada esfera de governo e definiu o Ministério da Saúde como gestor no âmbito da União. A Lei, no seu Capítulo II – Dos Princípios e Diretrizes, Art. 7º, estabelece entre os princípios do SUS a “universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência”, em sua organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Isso se constituiu numa grande alteração da situação até então vigente. O Brasil passou a contar com um sistema público de saúde único e universal (IBIDEM).

Conseqüentemente os governantes não aprovaram a lei em sua totalidade, sendo vetados vários artigos desta regulamentação, na área das verbas da união para os estados e municípios, vindo a acorrer vários movimentos sociais e protestos na área da saúde como médicos, enfermeiros etc. Contra aos vetos, com tanta pressão social, Fernando Collor de Mello e seus governantes, votaram e criou à lei nº 8.142/90 que foi um completo da lei orgânica ela veio com tudo que foi vetado a princípio, regulamentando os repasses do governo Federal para os estados e municípios, que aprofundaremos, mas a frente.

O SUS é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, sendo o único a garantir assistência integral e completamente gratuita para a totalidade da população, inclusive aos pacientes portadores do HIV, sintomáticos ou não, aos

pacientes renais crônicos e aos pacientes com câncer. “A Rede Ambulatorial do SUS é constituída por 56.642 unidades, sendo realizados, em média, 350 milhões de atendimentos ao ano. Esta assistência estende-se da atenção básica até os atendimentos ambulatoriais de alta complexidade”. (REHEM; p.17,2002).

Os princípios e objetivos estratégicos da política de saúde, e para cada campo da atenção na saúde (promoção da saúde, articulação intersetorial, vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, saúde do trabalhador, assistência à saúde, entre outros) (IBIDEM).

Alguns desses princípios estão na Lei 8.080: “Artigo 4º: O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público”.

Essas ações vêm mantendo toda assistência do sistema de saúde, na garantia dos direitos e serviços prestados pelo mesmo, os estados e municípios tem este tributo, tanto direta como indiretamente com cidadãos e a obrigação moral de prestar todo esse amparo para aqueles que dela necessita.

Decidido os objetivos e ações da saúde que se encontram no artigo 5º: Execução de ações: a) de vigilância sanitária; b) de vigilância epidemiológica; c) de saúde do trabalhador; d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica; Formulação da política e na execução de ações de saneamento básico; Ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde; Vigilância nutricional e a orientação alimentar; Controle e fiscalização; Incentivo ao desenvolvimento científico e tecnológico (BRASIL, 1990).

Essas atribuições no artigo 5º cabem a todos os profissionais da área da saúde em todo o território nacional, visando assim à melhoria á saúde, ao cuidado aos surtos, inclusive aqueles que estão, mas vulneráveis<sup>17</sup>.

Nos seguintes artigos na lei serão mencionadas as atribuições, diretrizes e do SUS, e de seus associados:

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:1.descentralização;2.atendimento integral; 3.participação da comunidade. Parágrafo único. O Sistema Único

---

<sup>17</sup> Vulnerável é algo ou alguém que está suscetível a ser ferido, ofendido ou tocado. Vulnerável significa uma pessoa frágil e incapaz de algum ato. O termo é geralmente atribuído a mulheres, crianças e idosos, que possuem maior fragilidade perante outros grupos da sociedade. Disponível em <https://www.significados.com.br/vulneravel/>.

de Saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recurso do orçamento da Seguridade Social da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.

Essas atividades frente a saúde pública que aliciam a população de forma única, igualitária, garantem não apenas a prevenção como o direito desses usuários a atendimento a domicílio e continuidade, a prestação dos serviços atribuindo por tanto aos Governantes dos municípios e Estados se comprometam com esse sistema, que vem direto dos setores que compõem o SUS.

Através da Portaria GM/MS nº 399, de 22/2/06 e nº 699, de 30/3/06. Passando a vigorar o Termo de Compromisso e Gestão (TCG) que contemplava atribuições dos entes federados bem como os indicadores de monitoramento e avaliação dos Pactos. Nas suas três dimensões, Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e Gestão do SUS, foram estabelecidas compromissos entre os gestores em torno de prioridades que apresentem impacto sobre a situação de saúde da população brasileira e entre eles o fortalecimento da Atenção Básica (BRASIL, 2006).

Dimensões estas que ampliaram os princípios, atendimento e respeito os usuários do SUS estimulando por sua vez as relações entre os gestores, profissionais dentro e fora das áreas dos atendimentos prestados, e na sua continuidade.

O PV é “o compromisso entre os gestores do SUS em torno de prioridades, estabelecidas através de metas nacionais, estaduais ou municipais, que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira” (IBIDEM). As prioridades pactuadas apresentam-se divididas em seis grandes vertentes: a saúde do idoso, o controle de câncer de colo de útero e de mama, a redução da mortalidade infantil e materna, o fortalecimento de capacitação de respostas às doenças emergentes e endemias com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza, a promoção da saúde e o fortalecimento da atenção básica (IBIDEM).

O Trabalho dos profissionais da saúde se consolida na atuação da prevenção e promoção, diante do ciclo dos usuários que necessitam do tratamento contínuo, da rede, efetivando por tanto a Implantação Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, o idoso com 60 anos ou mais, contribuindo com cobertura de 80% em

exames no tratamento do câncer do colo do útero e de mama, com objetivos e metas nas áreas citadas a cima (IBIDEM), com ênfase nas doenças.

Com tudo, na promoção á saúde com realce em novos hábitos saudáveis, com atividades físicas, alimentação e combate ao tabagismo e obesidade adulta e infantil, no que diz respeito ao fortalecimento a Atenção Básica, consolidando a ESF, desse modo, dentro das redes de atenção á Saúde de todos.

O PDSUS expressa “o compromisso entre os gestores do SUS com o desenvolvimento e a articulação de ações que visem qualificar e assegurar o SUS como política pública” ( *apud*, Fadel, Schneider, Moimaz, Saliba – 2009.p, 451.) Assim, por meio de iniciativas como a (re)politização da saúde, com a retomada das discussões sobre os desafios atuais e futuros do SUS, as novas modalidades de gestão, a ampliação e o fortalecimento das relações com os movimentos sociais em prol da saúde e da cidadania, o controle social e ainda a transparência de seu processo de fiscalização, como instrumentos para uma construção coparticipava do sistema.

Defendendo e fortalecendo os princípios essenciais da Política Pública, as ações da PDsus que foram bem harmonizadas, pelas três instâncias federais, descritos na CF88, são concretizadas nesse Pacto, preservando os direitos dos usuários, na procura dos atendimentos no setor privado e público afirmando com tudo seus digno acolhimento ao procurar um médico.

A Portaria Nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, Estabelecer as diretrizes para a Gestão do SUS (PG), “com ênfase na Descentralização; Regionalização; Financiamento; Programação Pactuada e Integrada; Regulação; Participação e Controle Social; Planejamento; Gestão do Trabalho e Educação na Saúde”. (Brasil – 2006). Nessa perspectiva o PG apoia a qualificação, renovando, reforçando a importância do compromisso do controle social, esse pacto prontamente assim aprofundando-se um pouco mais no âmbito da gestão SUS nas três esferas do governo, e com critérios e princípios.

O princípio da regionalização, assegurado pela Constituição Federal 1988 e pela Lei nº 8.080, adquire a função de eixo estruturante do PG. As unidades pactuadas são “recortes territoriais inseridos em um espaço geográfico contínuo, identificadas pelos gestores municipais e estaduais a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados do território” (*apud*, Giovanella. p,156), cuja composição deve acatar

os seguintes critérios: contiguidade entre os municípios, respeito à identidade expressa no cotidiano redes de comunicação; existência de fluxos assistenciais que devam ser alterados, se necessário, para a organização da rede de atenção à saúde.

Nessa perspectiva;

O PG surge na atual conjuntura brasileira como uma oportunidade real de melhoria no acesso e na qualidade dos serviços e de resolução dos problemas operacionais não equacionados com as NOB e as NOAS, possibilitando assim a redução das iniquidades macrorregionais, estaduais e regionais, no que diz respeito às ações e serviços em saúde (SALIBA; p. 454, 2009).

Perante essas condições, que são contrário à moral se opondo aos princípios do SUS, universalidade, a integralidade e a equidade que consiste na CF88, na sua universalidade que garante os direitos à saúde de todos, que em contra partida desrespeitam por sua vez a atuação do sistema, desestruturando sua função para com a sociedade, mediante isto as NOB'S e NOAS, vem para garantir os direitos aos cidadãos e usuários do sistema.

O SUS representa uma conquista da sociedade brasileira porque promove a justiça social, para o atendimento a todos os indivíduos. Além disso, é o maior sistema público de saúde do mundo, atendendo a cerca de 190 milhões de pessoas, sendo que 80% delas dependem exclusivamente do sistema para tratar da saúde. (Conselho Nacional de Saúde, 2009).

Apesar dos avanços que o SUS representou ao país, o processo de financiamento está entre os principais problemas enfrentados desde a sua criação. A instabilidade dos parâmetros sobre gastos em saúde coloca em risco uma das maiores conquistas da sociedade brasileira, comprometendo a prestação de um serviço de qualidade e acessível a todos. Mesmo sabendo que esses princípios ainda não tenham alcançado sua perfeição, não podemos negar seus significativos avanços no processo de materialização do SUS, que vem ocorrendo, nos últimos anos.

Nesses 30 anos do SUS, que passou e passa por várias edições, mudanças e vetos, nos deparamos neste ano de 2016 com a crise que acarretou na Emenda Constitucional 95 de 2016, que limita os gastos públicos por 20 anos inclusive da saúde pública,

A crise econômica afetou as instituições públicas de saúde, que por tanto já precarizadas vem tendo um aumento das demandas por conta do desemprego no país, muitos deixam de pagar seus planos particulares e recorrem ao SUS, nesse momento a saúde se vê com maiores pessoas em busca de atendimento com surtos que se expandiram no Brasil e assim a necessidade demais desembolso público.

Visto isto, a criação da EC-95/20, que estabelece um congelamento dos gastos na saúde pública em até 20 anos, nas esferas municipais e estaduais, que sofrem bicotes pelos executivos, do legislativo e do judiciário, na tentativa de privatizar a saúde mediante a emenda, o sub financiamento do SUS que vem tendo dificuldade desde CF88. Essa ameaça do capital não é tão visível como as filas, a falta de profissionais ou o acesso aos medicamentos, tem sido menos problematizada e investigada.

A falta de prioridade ao SUS e os ataques visando ao seu desmonte foram reforçados pela crise econômica, pelas políticas de austeridade fiscal e, especialmente, pela Emenda Constitucional 95 (EC-95/2016) que congela o orçamento público durante vinte anos<sup>2</sup>. Assim, o governo Temer deu continuidade e aprofundou a hegemonia contrária ao SUS, tornando-o ainda mais reduzido, com o risco de se tornar um simulacro (PAIM, 2008).

Pesquisas recente mostram uma nova resolutiva novo organograma, que o ministro Luís Henrique Mandetta autorizou o decreto que traz uma nova estrutura nas áreas do Ministério da Saúde e suas secretarias, e excluindo algumas delas inclusive.

Entre as novidades está a apresentação de duas novas secretarias e uma diretoria de combate à corrupção: Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS)<sup>18</sup>, Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (SAES)<sup>19</sup> e Diretoria de

---

<sup>18</sup> Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS) que tem como missão principal a expansão e qualificação dos serviços da área por meio da Estratégia de Saúde da Família, articulará suas ações centrada nas pessoas e na articulação com a rede de saúde. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/45454-novo-organograma-traz-mais-resolutividade-ao-sus>.

<sup>19</sup> Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (SAES). A secretaria fará o controle da qualidade e avaliação dos serviços especializados disponibilizados pelo SUS à população, além de identificar os serviços de referência para o estabelecimento de padrões técnicos no atendimento de urgência e emergência; atenção hospitalar; domiciliar e segurança do paciente. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/45454-novo-organograma-traz-mais-resolutividade-ao-sus>.

Integridade (DINTEG)<sup>20</sup>. O Decreto que autoriza as mudanças foi assinado pelo presidente da República, Jair Bolsonaro, e publicado no Diário Oficial da União (D.O.U), nesta segunda-feira (20), com data de 31 de maio para entrar em vigor (BRASIL, 2019).

Ficam mantidas a Secretaria Executiva (SE), que supervisiona e coordena as atividades das Secretarias integrantes da estrutura do Ministério da Saúde e das entidades a ele vinculadas como as autarquias, fundações e empresas públicas; a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS); a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) e a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI). Esta última reforça o entendimento entre a pasta e lideranças indígenas que acordaram sobre a manutenção da Assistência da Saúde Indígena nos moldes da estrutura anterior. Já a Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde (SCTIE) passa a contar com a Coordenação Geral de Planejamento e Orçamento, que tem atribuições relacionadas à aquisição de medicamentos e insumos. A SCTIE era a única secretaria do Ministério da Saúde, mesmo gestora de orçamento, que não possuía CGPO na estrutura (BRASIL, 2019).

Essas novas secretarias, realocam recursos, remaneja e mudam diretrizes importantes do Ministério, beneficiando a União, a gestão da Saúde e as três esferas do governo que buscam a regulamentação assistencial do SUS.

Desta forma o sistema sempre passa por dificuldades financeiras, para a prestação dos serviços, atendimento etc. Por tanto mesmo com a CF88, NOB'S, o SUS, ainda precisa ser aperfeiçoado, fiscalizado, por seus órgãos e pela participação popular, que acredito ser a principal força do povo dentro de qualquer serviço público, as denúncias e fiscalização de quem estão ali em uso, desses atendimentos todos os dias e toda hora os Brasileiros.

---

<sup>20</sup>Diretoria de integridade, Entre os órgãos de assistência direta ao ministro da Saúde que passam a existir, está a Diretoria de Integridade. O órgão tem na sua especificidade a supervisão das atividades de controle interno, ouvidoria, correição e ética a serem consideradas em todos os âmbitos de atribuições da pasta. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/45454-novo-organograma-traz-mais-resolutividade-ao-sus>.

## **CAPITULO II – A POLITICA DE SAÚDE E SAÚDE E SUA MATERIALIZAÇÃO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.**

Este capítulo pretende situar o percurso, sobre a política da saúde materializada no âmbito e foco no Programa Saúde da Família e sua consolidação, o surgimento da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e a ampliação do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) que surgiu para auxiliar os PSF, nos atendimentos de forma contínua e também domiciliar, adentrando no âmbito da família do indivíduo, dentro e fora dos postos de saúde.

Para a segunda seção, apresenta-se uma prévia discussão sobre a interação da equipe de Atenção Básica (AB) e o NASF, tanto para o atendimento tal como, para discussões de casos dos usuários, programas de organizações que foram lançados pelo município, e qual melhor rede lhes auxiliam nesses casos isoladamente, melhorando a forma de atender aos usuários e seus familiares e necessidades inclusas nos PSF's.

### **2.1 DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF) Á CRIAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF).**

Ao longo desses 30 anos de existência, o SUS avançou historicamente com medidas como a descentralização e a municipalização de ações e serviços, o fortalecimento da atenção básica; a ampliação de ações de prevenção a doenças; o investimento em pesquisa e desenvolvimento científico-tecnológico de equipamentos e insumos estratégicos, como vacinas e medicamentos; o desenvolvimento de sistemas de informação e de gestão para monitorar resultados; a ampliação no número de trabalhadores em saúde, e a maior participação e controle social por meio da atuação efetiva dos Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde.

Meramente em meados dos anos 90 a efetivação e implementação do programa de Agentes Comunitários de saúde (PACS<sup>21</sup>):

É um antecessor do PSF, pois uma das variáveis importantes que o primeiro introduziu e que se relaciona diretamente com o segundo é que

---

<sup>21</sup> O PACS foi formulado tendo como objetivo central contribuir para a redução da mortalidade infantil e mortalidade materna, principalmente nas regiões Norte e Nordeste, através de extensão de cobertura dos serviços de saúde para as áreas mais pobres e desvalidas. (VIANA, DAL POZ-2005,p.231).

pela primeira vez há um enfoque na família e não no indivíduo, dentro das práticas de saúde (VIANA – 2005, p.230).

Após quatro anos que o PSF veio inovando a política de saúde, que trabalha de maneira na atenção primária à saúde, tendo a família como centro de atenção e não somente o indivíduo doente, com as equipes multidisciplinares e intersetoriais, para melhor o acesso à população que antes só teriam atendimento em hospitais e mesmo assim nunca contínuos.

Diante das dificuldades, agravamentos perante a comunidade ainda sem acesso a saúde principalmente em municípios de médio e pequeno porte, nesses territórios a rede até então não estava chegando com qualidade as famílias e a comunidade daí se cria a partir de 2003, “o Projeto de Expansão e Consolidação à Saúde da Família – PROESF<sup>22</sup> em execução em 187 municípios brasileiros e nas 27 Unidades da Federação.” (BRASIL, 2012, p,123).

Para auxiliar o programa que nunca chegou a esses territórios, sem acesso a saúde, portanto nunca estabelecendo vínculos com seus usuários e redes de acessos, sem retornos por consequência dos arquivos documentais que devem ser entreguem aos usuários pra esses encaminhamentos, entrego nas redes e devolvido as ESF's, com a finalidade de controle das demandas.

Com isso, em 28 de março de 2006, através da Portaria nº GM/648, o Ministério da Saúde na gestão do então Ministro José Gomes Temporão, publicou aquilo que é considerado o marco histórico para a consolidação nacional e a expansão da Estratégia de Saúde da Família, visando a reorganização da atenção básica no Brasil: a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB, alterando e revogando dezenas de Portarias existentes até então. (Pinto, Giovanella, 2018 . p,03)

Posteriormente, algumas alterações na portaria, só em “2008 ela veio para ampliar resolutividade das ações e serviços de atenção básica foram implementados os Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF)”. (Pinto, Giovanella – 2018, p,1905).

O PACS, foi observado pelo MS, que os agentes dentro dos PSF's, eram de suma importância para os municípios desta forma, o processo de implementação

---

<sup>22</sup> Com o intuito de contribuir para a implantação e consolidação da ESF nos municípios que possuem mais de 100 mil habitantes e incentivar a melhoria da qualidade dos processos de trabalho e do desempenho dos serviços de saúde no país, o Ministério da Saúde, com o apoio do Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento – BIRD. Disponível em <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/15668>

dos agentes e seleção para de fato a sua diligencia, esse processo passa pela escola e capacitação desses profissionais que vão as ruas e trazem as demandas que muitas vezes não são percebidas pelos profissionais do PSF's.

As unidades trabalham com diretrizes e princípios que caracterizam sua operacionalização de caráter complementar e hierárquico, dentre eles Adscrição da clientela<sup>23</sup>, Cadastramento das famílias<sup>24</sup>, Instalação das unidades de Saúde da Família<sup>25</sup>, Composição das equipes<sup>26</sup>, essas diretrizes possibilitam o trabalho da equipe e pré - estabelecida uma descrição da população que será atendida naquela unidade facilitando o reconhecimento e atendimento as demandas e conflitos para de fato realizar a territorialização da comunidade e mapeamento como doentes e enfermos.

Princípios estes que não somente esperar as demandas chegarem, mais essa nova forma de atendimento agindo previamente nesse modelo de atenção á saúde, que tem como incumbência conhecer a realidade da comunidade, e seus familiares no meio em vivem, para assim um planejamento familiar nos três eixos principais da ESF; programação, execução e avaliação. No seu território agindo para uma composição de suas obrigações de forma uma ágil resolutividade dos usuários.

Vale ressaltar o "Programa de Saúde da Família e foi criada, na Fundação Nacional de Saúde, dentro do Departamento de Operações, a Coordenação de Saúde da Comunidade (COSAC<sup>27</sup>)" (VIANA - 2005, p 233).

Algumas das atribuições da estratégia da equipe multidisciplinar que ali estão, não somente a doença, promoção e prevenção, pois como porta de entrada,

---

<sup>23</sup> Adscrição da clientela: unidade de Saúde da Família deve trabalhar com a definição de um território de abrangência, que significa a área sob sua responsabilidade. (BRASIL,1997).

<sup>24</sup> Cadastramento das famílias: As equipes de saúde deverão realizar o cadastramento das famílias através de visitas aos domicílios, segundo a definição da área territorial pré-estabelecida para a adscrição. Nesse processo serão identificados os componentes familiares, a morbidade referida, as condições de moradia, saneamento e condições ambientais das áreas onde essas famílias estão inseridas. (BRASIL,1997).

<sup>25</sup> Instalação das unidades de Saúde da Família: As unidades de Saúde da Família deverão ser instaladas nos postos de saúde, centros de saúde ou unidades básicas de saúde já existentes no município, ou naquelas a serem reformadas ou construídas de acordo com a programação municipal em áreas que não possuem nenhum equipamento de saúde. (BRASIL,1997).

<sup>26</sup> Composição das equipes: É recomendável que a equipe de uma unidade de Saúde da Família seja composta, no mínimo, por um médico de família ou generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS).(BRASIL,1997).

<sup>27</sup> COSAC; uma gerência específica para o programa. Essa coordenação agregava três programas: o de Agentes Comunitários, o da Saúde da Família e o de Interiorização do SUS (VIANA- 2005.p, 233).

tratar aos seus usuários de forma ininterrupta esse vínculo, mesmo com aparição de doenças ou não, porém com foco na família, com serviços da rede, agindo, cuidando, identificando nas visitas domiciliares e escutas o que estão nas entrelinhas das conversas mesmo que não mencionado, de natureza igual àqueles que residem longe da sua dos postos de atendimento. Atribuições estas não apenas compete a equipe, mas a todos que nos posto de atendimento efetua seu trabalho e funções.

Vale lembrar que o trabalho coletivo em equipes multiprofissionais não isenta o assistente social de competências e atribuições profissionais, mas exige maior clareza em relação às funções privativas do assistente social e a afirmação da identidade profissional, como condição potencializadora do trabalho conjunto. (apud, S A N A R E, 2009, p.31).

Diante destas atribuições dentro dos PSF's, os profissionais têm como competências em parceria com outros profissionais o planejamento, educação permanente, intervenção e avaliação dos usuários tais como, auxiliar nos princípios e permanência da territorialização percebendo o território e observando como responsabilidade sanitária.

É importante ressaltar que contribuir na resolutividade dos conflitos estabelecendo vínculos, desta forma os indivíduos e familiares, melhorando a qualidade de vida da comunidade, fortalecendo o social e coletivo, reforçando ações intersetoriais e interdisciplinares, atuando com participação popular, para atender as necessidades dos usuários focalizando na prevenção, recuperação e controle social.

## **2.2 Serviço Social no trabalho Intersetorial do NASF.**

Numa perspectiva de ampliar a equipe profissional com os já existentes, trazendo assim estratégias para a promoção da saúde e dos direitos dos usuários, organizando, apoiando e ampliando assim os serviços do seu território de abrangência. Exemplo disso é o aumento das Equipes de Saúde da Família (ESF), no intuito de aprimorar a proteção na saúde e de seus respectivos gestores em prol da população brasileira.

Conforme o Código de Ética (CE), os profissionais de serviço social e seus direitos por lei que regulamenta profissão asseguram que quaisquer espaços em

que o Assistente Social (A.S), atue sendo aqueles executados na saúde ou não. Esses direitos garantem, orientam e respaldam o profissional diante também de seus deveres, tanto nos espaços públicos, tantos privados da saúde, que são assegurados no art. 2º do Código de Ética:

Art 2º Constituem direitos Art. 2º - Constituem direitos do/a assistente social: a) garantia e defesa de suas atribuições e prerrogativas; b) livre exercício das atividades; c) participação na elaboração e gerenciamento das políticas sociais; d) inviolabilidade do local de trabalho e respectivos arquivos e documentação, garantindo o sigilo profissional; e) desagravo público por ofensa; f) aprimoramento profissional de forma contínua; g) pronunciamento em matéria; h) ampla autonomia no exercício da profissão; i) liberdade na realização de seus estudos e pesquisas. (Barroco, 2012, p, 140 á 154).

Estes direitos e deveres do artigo que assegura orientar o profissional, dentro dos espaços, garantindo assim os principais princípios éticos do profissional, tanto na rede pública quanto na privada, com liberdade sem interferências dos espaços em que atua, para que não faça nada que fira suas ideias e especificadas no Código de Ética.

Estes direitos e deveres do artigo que assegura orientar o profissional, dentro dos espaços, garantindo assim os principais princípios éticos do profissional, tanto na rede pública quanto na privada, com liberdade sem interferências dos espaços em que atua, para que não faça nada que fira suas ideias e especificadas no Código de Ética (CE).

Os profissionais de Serviço Social tende a seguirem um CE, que assegura os direitos e deveres dentro dos espaços sócios ocupacionais, o trabalho do assistente social na saúde, é pensado em ajuda a equipe AB, pela efetivação dos direitos dos usuários, em conjunto com os profissionais, estimulando a interdisciplinaridade da atenção em saúde, conhecendo a realidade dos usuários, “as perspectivas neoliberais para a saúde e para as políticas sociais, já que este macula direitos e conquistas da população defendidos pelo projeto ético-político profissional”( Brasil – 2010, p,31).

Assim, compreende-se que cabe ao Serviço Social – numa ação necessariamente articulada com outros segmentos que defendem o aprofundamento do Sistema Único de Saúde (SUS) – formular estratégias que busquem reforçar ou criar experiências nos serviços de saúde que efetivem o direito social à saúde, atentando que o trabalho do assistente social que queira ter como norte o projeto- ético político profissional tem de,

necessariamente, estar articulado ao projeto da reforma sanitária ( *apud*, Brasil - 2010 p,29 e 30).

Uma das variáveis estratégias nacionais, que compõem o Piso de Atenção Básica (PAB), que está relacionado ao custeio da assistência básica com responsabilidade municipal, a partir do Pacto pela Saúde, é o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), que de acordo com o Ministério da Saúde (2009), foi criada pelo mesmo, mediante a Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, republicada em quatro de março do mesmo ano, no intuito de somar forças com o ESF.

A Portaria acima citada nos mostra que de acordo com a modalidade do NASF, os incentivos são repassados do Fundo Nacional da Saúde para o Fundo Municipal de Saúde. Definida também pela mesma Portaria nos traz como pressupostos diferentes políticas nacionais como: de Atenção Básica; de Promoção da Saúde; de Integração da Pessoa com Deficiência; de Alimentação e Nutrição; de Saúde da Criança e do Adolescente; de Atenção Integral à Saúde da Mulher; de Práticas Integrativas e Complementares; de Assistência Farmacêutica; da Pessoa Idosa; de Saúde Mental; de Humanização em Saúde, além da Política Nacional de Assistência Social. Para conceituar o NASF, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009, p. 10) menciona:

O NASF é uma estratégia inovadora que tem por objetivo apoiar, ampliar, aperfeiçoar a atenção e a gestão da saúde na Atenção Básica/Saúde da Família. Seus requisitos são além do conhecimento técnico, a responsabilidade por determinado número de equipes de SF e o desenvolvimento de habilidades relacionadas ao paradigma da saúde da família. Deve estar comprometido, também, com a promoção de mudanças na atitude e na atuação dos profissionais da SF e entre sua própria equipe (NASF), incluindo na atuação ações intersetoriais e interdisciplinares, promoção, prevenção, reabilitação da saúde e cura, além de humanização de serviços, educação permanente, promoção da integralidade e da organização territorial dos serviços de saúde.

Sendo assim, o NASF é formado por profissionais de diversas disciplinas, como: o assistente social, o psicólogo, o educador físico, o farmacêutico e o fisioterapeuta, que atuam em equipe com parceria dos profissionais das equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), onde juntos numa interdisciplinaridade se responsabilizam em apoiar as práticas em saúde nos territórios em que compete à equipe, mediante critérios que priorizam as necessidades territoriais.

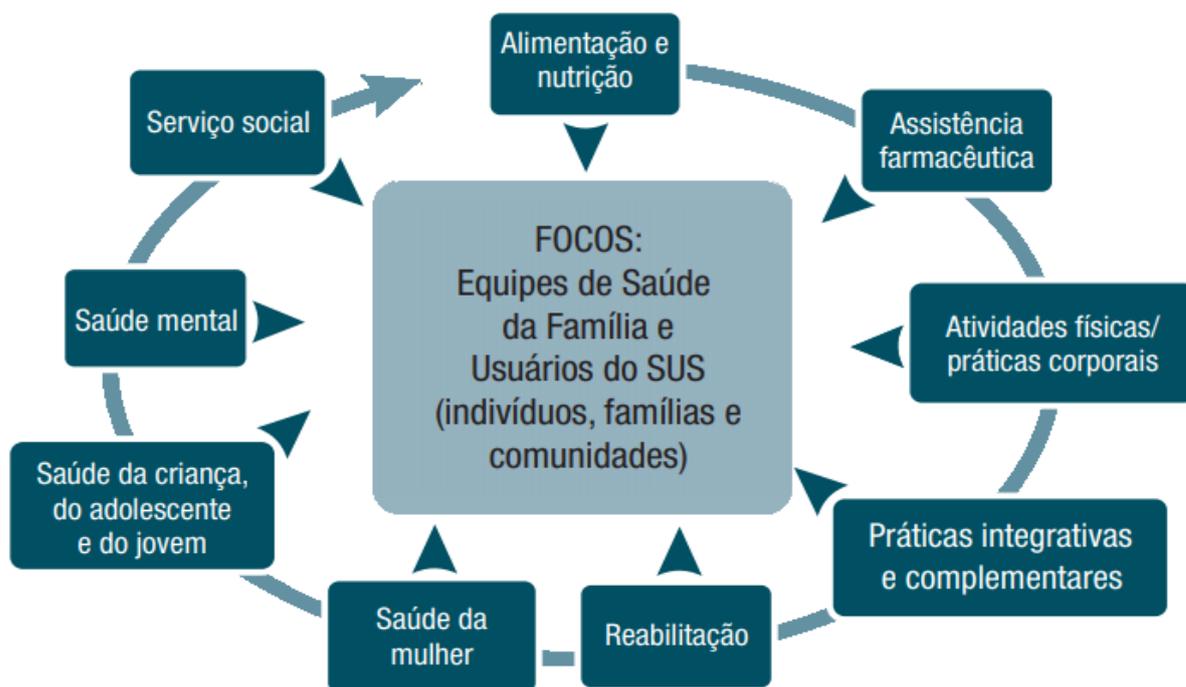


Figura 16 – Síntese da ideias vinculadas ao Apoio Matricial – apoio das temáticas do NASF e respectivos focos de atuação junto à ESF  
Fonte: BRASIL, 2010.

O NASF deverá ser composto por no mínimo cinco profissionais, que atuem numa territorialização que é adequado para abranger de forma intersetorial, com ações estratégicas, vinculadas a no mínimo oito equipes de saúde da família e no máximo vinte. O esclarecimento do verbo apoiar vem lembrar o termo principal do NASF, que surge para apoiar as equipes de PSF, logo denominada de apoio matricial<sup>28</sup>, que é desenvolvido por profissionais que embora não tenham uma relação cotidiana com o usuário, mas direcionarão os problemas de saúde dos mesmos a uma rede assistencial necessária a cada caso. Pois de acordo com a publicação de Mendes (2009, apud Brasil, CONASS, 2011, p. 137):

As Redes de Atenção à Saúde são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permite ofertar uma atenção contínua e integral à determinada população, coordenada pela Atenção Primária à Saúde – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada e com responsabilidade sanitária e econômica por esta população.

<sup>28</sup>Apoio matricial: *O apoio matricial é um arranjo organizacional que viabiliza o suporte técnico em áreas específicas para as equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde* (MS, Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental, 2005). Disponível em: <https://www.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/enfermagem/apoio-matricial-ou-matriciamento/43916>.

Contribuindo à atenção da saúde de uma gama de profissionais a serviço da população, bem como políticas para a tomada de decisões, garantindo todo um cuidado específico, o que reforçaria assim o papel da APS, ao mesmo tempo em que teriam bons resultados em relação à melhoria da qualidade de vida dos usuários, de tal modo que tornariam os serviços satisfatórios. Pois é exatamente nessa rede, que o NASF inserido dentro da APS, vem para garantir ações junto com as equipes de referência, especializando serviços na proteção do cuidado, operando deste modo mudanças.

Um dos aspectos relevantes do método de trabalho dessa equipe multiprofissional é como as tarefas são determinadas entre o gestor, a equipe do NASF e a equipe de PSF, que precisam ser atentamente planejada com o papel de apoiar diretrizes e critérios clínicos e sanitários, onde o que prevalece é a flexibilização dessa relação, ou seja, como eles interdisciplinar entre si. Lembrando que o NASF terá que se responsabilizar tanto com a população, quanto com a equipe de ESF, pois a sua atuação será avaliada por ambas, onde a equipe do NASF, sendo vinculado à equipe de SF, terá que enfrentar desafios compartilhando e contribuindo com os resultados para os usuários de sua cobertura, bem como de sua ação na equipe aqui referida. Vale destacar que o NASF tem sua missão que segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009, p. 16).

Podem então ser estabelecidos como pontos de síntese na missão do NASF os seguintes aspectos: a) O NASF não se constitui porta de entrada do sistema para os usuários, mas apoio às equipes de Saúde da Família; b) Vincula-se a um número de equipes de Saúde da Família em territórios definidos, conforme sua classificação; c) A equipe do NASF e as equipes de Saúde da Família criarão espaços de discussões para gestão do cuidado: reuniões e atendimentos compartilhados constituindo processo de aprendizado coletivo; d) O NASF deve ter como eixos de trabalho a responsabilização, gestão compartilhada e apoio à coordenação do cuidado, que se pretende pela Saúde da Família.

Alguns princípios só nos deixa claro que o trabalho em equipe é sim mais proveitoso e com melhor possibilidade de juntos atingirem soluções com eficácia que possam integralizar o atendimento à população. Sobre o trabalho em equipe, lamamoto (2002, P. 41 apud CFESS, 2009, p. 23), considera que “São as diferenças de especializações que permitem atribuir unidade à equipe, enriquecendo-a e, ao mesmo tempo, preservando aquelas diferenças”, ou seja, o trabalho em equipe, se interdisciplinam, adquirindo outros conhecimentos, mas que cada profissional se diferencia dos demais que atuam na saúde.

Definição para se alcançar a integralidade, está na maneira de como organizar com seriedade as técnicas dos serviços de saúde de forma que seja a realidade das necessidades dos usuários, buscando assim equilibrar a demanda com o que foi planejado, ao mesmo tempo em que abrange a inclusão da família aos serviços de saúde.

Além da integralidade, a ampliação do NASF deve ser orientada por outros princípios e diretrizes como, por exemplo, a participação social, a interdisciplinaridade, a intersetorialidade, a educação popular em saúde, o território, a educação permanente em saúde, na promoção da saúde e na humanização, que venham assim representar o trabalho das equipes do NASF em união com as equipes de PSF, apoiando as mesmas para que assim haja o desenvolvimento das decisões na qualidade de promover a saúde para o seu público alvo.



Quadro - Componentes do Projeto de Saúde no Território Fonte: BRASIL, 2010, p.31.

E para que esse trabalho aconteça com responsabilidade tanto individual como coletivo, os profissionais do NASF dependem de como vão articular e trabalhar em conjunto apoiando as equipes de PSF. Podendo assim os mesmos utilizar das sugestões dadas pelas Diretrizes do NASF, em forma de organização. Sugestões essas, que são: Agendas de trabalho, para que assim possam estabelecer definição de indicadores e metas, atividades pedagógicas e trabalhos em grupos, logo, terão reuniões de equipe que irá ocasionar negociações para que tenham metas de atividades que valorize o trabalho da equipe.

O público alvo que procura as ESF apresenta uma diversidade de problemas, seja físico, psicológico e até social e para melhor desenvolvimento de ações que previnam e promova a saúde desse público, a equipe de PSF ligada ao Núcleo de Apoio à Saúde da Família, devem se responsabilizar pelos casos e deverá ser esclarecido ao usuário que solicitam os cuidados ou orientação que também são de suas próprias responsabilidades a solução da demanda em questão.

O atendimento pode ser dado de forma individual ou coletiva, bem como visitas domiciliares o que procede a relação da multidisciplinaridade e a conquista da capacidade de novas técnicas, pois o NASF se apropria dos serviços, dos programas, de instituições, dos projetos e das políticas que pretende garantir a saúde por meio do SUS, o que poderá contribuir com a sua concretização.

E um dos maiores desafios do programa saúde da família é a própria concentração em busca de variar estratégias que reorganizem a atenção básica para que assim não se torne apenas um programa que cubra as mazelas das populações carentes. Diante dessa discussão, Bravo 2009, p. 104 assegura:

O programa precisa ter sua direção modificada na perspectiva de prover atenção básica em saúde para toda a população de acordo com os princípios da universalidade. Para garantir a integralidade, o programa precisa ter como meta a (re) organização do sistema como um todo, prevendo a articulação da atenção básica com os demais níveis de assistência.

Assim a responsabilidade das equipes de ESF com apoio do NASF é fortalecer e edificar a APS no intuito de prevenir e promover a saúde da comunidade de forma integral, alcançando assim um dos princípios do SUS, não esgotando a possibilidade de um desafio coletivo, até porque efetivar direitos não é trabalho particular só da saúde e sim de outros órgãos, por existir problemas que são centrados em todo um contexto histórico econômico, cultural e social.

Contudo, não podemos esquecer que o NASF é um programa descentralizado do SUS que acabou de nascer e que lentamente caminha com tropeços e que poderá amadurecer a cada passo dado através de serviços de saúde oferecidos pelo SUS, concretizando assim o mesmo, buscando a melhoria na assistência da saúde à população brasileira com avanços que ainda poderão ser celebrados.

Visando muitos dos desafios, esses que são essenciais estão permanentemente colocados à APS, como a ampliação progressiva de sua cobertura populacional e sua integração à rede assistencial, ligados tanto ao aumento de sua resolutividade quanto de sua capacidade de compartilhar e fazer a coordenação do cuidado. O NASF, como organismo vinculado à equipe de PSF, compartilha tais desafios e deve contribuir para o aumento da resolutividade e a efetivação da coordenação integrada do cuidado na APS. Assim, apoio e compartilhamento de responsabilidades são aspectos centrais da missão dos NASF.

O NASF é uma equipe composta por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das Equipes Saúde da Família, das Equipes de Atenção Básica para populações específicas, compartilhando as práticas e saberes em saúde nos territórios sob responsabilidade destas equipes.

Criado com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, o NASF deve buscar contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS, principalmente por intermédio da ampliação da clínica, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários e ambientais dentro dos territórios.

Outro aspecto-chave no processo de trabalho dos profissionais é a definição das tarefas a serem estabelecidas e ajustadas entre gestor, equipe do NASF e equipe de PSF e que devem ser definidas e detalhadas de forma cuidadosa, em função de uma construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias e de critérios para acionar o apoio. Nessa relação entre gestor, equipe de PSF e equipe do NASF, deve imperar a flexibilidade, tanto para os critérios como para as próprias atividades do apoiador, ou seja, tudo isso deve ser considerado de forma dinâmica e sempre sujeita a reavaliação e reprogramação. Essa é uma tarefa importante dos gestores. Devem-se estar atentos também:

Explicitar e negociar atividades e objetivos prioritários; definir claramente quem são os seus usuários; avaliar a capacidade de articulação com as equipes de PSF e o trabalho em conjunto com elas; identificar as possíveis corresponsabilidades e parceria; construir e acompanhar as incumbências mediante indicadores de impacto.

À identificação segue-se a elaboração e consolidação de um entendimento mais aprofundado da situação/necessidade em saúde, no qual se trabalhará com:

- (a) justificativa da priorização de certa área e/ou população vulnerável ou em risco;
- (b) compreensão do processo histórico e social singular daquele território que produziu a vulnerabilidade/risco;
- (c) definição dos objetivos das equipes de saúde com relação à área e/ou população – desejos, limites, possibilidades;
- (d) estabelecimento das ações que seriam efetivas para alcançar os objetivos das equipes de saúde;
- (e) identificação de outros atores sociais e/ou instituições seria importante para o projeto e poderiam com ele estar comprometidos. (Diretrizes do NASF - p, 29,30)

O NASF possui alguns processos de trabalho que é pra serem realizados junto com a equipe que de acordo com os termos da Portaria nº 154, existem duas modalidades de NASF: o NASF 1, composto por no mínimo cinco profissionais com formação universitária, entre os seguintes: psicólogo, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico ginecologista, profissional da educação física, médico homeopata, nutricionista, médico acupunturista, médico pediatra, médico psiquiatra e terapeuta ocupacional.

Cada um desses NASF deve estar vinculado a um mínimo de oito e máximo de 20 equipes de SF, exceto nos estados da Região Norte, onde o número mínimo passa a ser cinco. O NASF 2 deverá ter no mínimo três profissionais, entre os seguintes: psicólogo, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, profissional da educação física, nutricionista e terapeuta ocupacional; e se vincular a no mínimo três equipes de SF.

A definição dos profissionais que irão compor cada tipo de NASF é de responsabilidade do gestor municipal, seguindo, entretanto, critérios de prioridade identificados a partir das necessidades locais e da disponibilidade de profissionais de cada uma das diferentes ocupações.

O NASF organizará o seu processo de trabalho com foco nos territórios de sua responsabilidade, conjuntamente com as equipes de PSF que a ele se vinculam de forma a priorizar as ações de:

- (a) Atendimento compartilhado, para uma intervenção interdisciplinar;
- (b) Intervenções específicas do profissional do NASF com os usuários e/ou famílias, com discussão e negociação a priori com os profissionais da equipe de PSF responsáveis pelo caso;
- (c) Ações comuns nos territórios de sua responsabilidade desenvolvidas de forma articulada com as equipes de PSF. (Diretrizes do NASF, p, 20,21).

Este trabalho do NASF e a ESF em simultaneamente, tem como fator comum identificar, solucionar, acionar as redes se necessário para acessória nas atividades com as famílias e seus usuários dentro e fora dos postos, no território, pactuando idéias e metas em conjunto com a população que participa diretamente nessas ações.

### **2.3 ESF E NASF: UM DIÁLOGO NECESSÁRIO.**

O trabalho multidisciplinar, ou seja, em grupo com outros profissionais de nível superior que atuam na estratégia, reuniões para a interação do trabalho e demandas dos utilizadores do sistema, definindo e identificando as metas, como número de usuários, para o atendimento e é repassada a particularidade de cada um deles, anteriormente da escuta, para melhor atendimento, compreensão e resolutividades.

Essas reuniões podem acontecer tanto com todos os profissionais, como apenas um ou dois, para melhor compreensão do caso, diagnóstico e tratamento continua, redução dos conflitos e para acionar melhor as redes para auxiliar nesse atendimento para daí a escuta, individual ou compartilhada.

Para a organização e o desenvolvimento do processo de trabalho do NASF, algumas ferramentas tecnológicas podem ser enumeradas, seja de apoio à gestão, como a Pactuação do Apoio, seja de apoio à atenção, das quais são exemplos: o apoio matricial, a Clínica Ampliada, o Projeto Terapêutico Singular (PTS) e o Projeto de Saúde no Território (PST). (Brasil- 2010. p,24).

Estas organizações formulam o trabalho dos profissionais, a Pactuação do Apoio, por sua vez, “as reuniões de matriciamento são primordiais para a pactuação das ações a serem realizadas pelo NASF, assim como para o gerenciamento conjunto das agendas dos profissionais de apoio e das equipes” (BRASIL-2014, p 56), o sigilo claro também faz parte dessa Pactuação, que acontece entre os profissionais e se necessário é repactuada.

A proposta de apoio matricial que veio para reorganiza saúde, para prover desafios que são postos a os profissionais quando solicitado a rede, “favorece maior articulação e qualificação da rede de serviços que compõe o sistema de saúde a equipe de referência se responsabilizaria pela atenção contínua ao usuário”

(BRASIL-2014, p, 91), que de suma importância, já que se constitui a atenção como porta de entrada, essa contribuição matricial das equipes que nunca somente exclusiva do NASF, também desenvolvidas por outras modalidades em diversos serviços da saúde.

Sem embargo a clínica ampliada nada mais é, um forma de identificar sintomas e informações que cada profissional da atenção, possuem para ampliar e objetivar a inserção de instrumentos dentro da necessidade de cada atenção, no plano real de suas situações e aperfeiçoar o trabalho. Auxiliando o profissional no diagnóstico terapêutico compartilhado, com outros profissionais da atenção, uma série de decisões sobre cada problema em sua dimensão de forma unilateral e compartilhada. Com o objetivo as epidemias e doenças, a transformação dos “meios” ou instrumentos de trabalho e claro dando o suporte para os profissionais de saúde.

Processo que se intercalam tais como o Projeto Terapêutico Singular (PTS) que nada mais é um conjunto de decisões que vem ao longo das organizações do PSF e NASF, que aumentam a aplicabilidade dos atendimentos tanto individual ou coletivo, em conjunto e de formação para um acolhimento mais prudente de forma individual ou compartilhada e específica.

O PTS é instrumento de organização do cuidado em saúde construído entre equipe e usuário, considerando as singularidades do sujeito e a complexidade de cada caso. No PTS, a identificação das necessidades de saúde, a discussão do diagnóstico e a definição do cuidado são compartilhadas, o que leva a aumento da eficácia dos tratamentos, pois a ampliação da comunicação traz o fortalecimento dos vínculos e o aumento do grau de corresponsabilização (BRASIL, 2009b, p. 42).

O PTS tem quatro momentos; Diagnóstico e análise: Definição de ações e metas: Divisão de responsabilidades: e Reavaliação. O NASF e equipe de Atenção Básica (AB), tem como pautas nas reuniões esses momentos dentre outros que falaremos a seguir, sempre com o mesmo propósito a formação de uma melhor acolhimento para o fortalecimento do vínculo entre a AB e o NASF e seus usuários. (Brasil – 2014,p,74)

Já o Projeto de Saúde no Território (PST), tem como finalidade de fazer uma pesquisa no território do posto analisando assim as doenças tais como, AIDS, hipertensão, diabéticos e enfermos, realizando um quadro em cada posto com esses dados, identificando a população que tanto estão em risco como

economicamente vulnerável, mapeados de casas e organizados em cores diferenciados os “pacientes”, e doenças e quais ACS estão nessas áreas. Esse mapeamento de fato é realizado com ajuda da equipe de AC, enfermeiros e médicos das unidades elaborando uma análise de cada situação problema.

Periodicamente, o grupo responsável pela gestão do PST, ou seja, os profissionais da ESF e do NASF e os representantes dos usuários, além dos parceiros de outros setores, deve se reunir para realizar a avaliação e a reflexão sobre os resultados, corrigindo eventuais distorções, mantendo ações ou modificando o curso do PST, cuja principal finalidade é a produção de saúde integral à comunidade, que se refletirá no perfil de morbimortalidade. (Lacerda e Moretti-Pires -2016,p,80).

Notarialmente diante dessas formas de organizações para o andamento dos atendimentos e trabalho, que são regulamentadas pelo MS, em cadernos e muitas vezes não são cumpridas e nem vistoriadas, pelos órgãos e gestores, a equipe de AB, o NASF e seus profissionais, equipe multidisciplinar a rede que auxiliam e que estão nas proximidades das unidades. Que são realizar reuniões periodicamente com seus profissionais e colaboradores, esse interação é necessária e obrigatória para analisar, organizar, ministrar os atendimentos, áreas de vulnerabilidade, o que de fato observado durante o estagio I e II, que mal acontecem e quando acontecem são rápidas, por telefone ou sem todos das equipes que deveram está presente, para claro, melhor resolutividade e identificação desses problemas.

### **CAPITULO III – A INTERAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DO ESF E O NASF.**

#### **3.1 PROCEDIMENTOS METODOLOGICOS.**

Esta pesquisa trata-se de um estudo de natureza documental, baseada em uma revisão de literatura, de natureza qualitativa descritiva. Tendo como instrumento de coleta de dados a observação participativa e exploração dos diários de campo na busca de fontes sucintas para analisar os desafios do trabalho do Assistente Social do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), a partir da minha vivência no Estágio Supervisionado I e II no Município de Juazeiro do Norte- CE no período de Março de 2017 até Novembro de 2017.

O diário de campo é uma forma de registro de observações que o aluno tem diante das intervenções do A.S, ou qualquer outro profissional, no qual facilita o processo de aprendizagem e entendimento mediante o trabalho, que por sua vez é um documento.

Para Lewgoy e Arruda (2004, p. 123-124), o diário consiste em um instrumento capaz de possibilitar “o exercício acadêmico na busca da identidade profissional” à medida que, através de aproximações sucessivas e críticas, pode-se realizar uma “reflexão da ação profissional cotidiana, revendo seus limites e desafios”. (APUD, Lima - 2007, p.95).

Essa é uma pesquisa de abordagem qualitativa de natureza explicativa, que é um método de investigação científica de ordem bibliográfica que se focam no caráter subjetivo do objeto analisado, por observação, estudando as suas particularidades, experiências individuais, interação entre as equipes, sobre a gestão dos equipamentos, ações, atividades feitas pelos profissionais dentro e fora dos postos.

A pesquisa bibliográfica é feita a partir do levantamento de referências teóricas já analisadas, e publicadas por meios escritos e eletrônicos, como livros, artigos científicos, páginas de web site. Qualquer trabalho científico inicia-se com uma pesquisa bibliográfica, que permite ao pesquisador conhecer o que já se estudou sobre o assunto. Existem, porém pesquisas científicas que se baseiam unicamente na pesquisa bibliográfica, procurando referências teóricas publicadas com o objetivo de recolher informações ou conhecimentos prévios sobre o problema a respeito do qual se procura a resposta (FONSECA, 2002, p. 32).

Este tipo de pesquisa exploratória tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses. A grande maioria dessas pesquisas envolve: (a) levantamento bibliográfico; (b) entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado; e (c) análise de exemplos que estimulem a compreensão (GIL, 2007). Essas pesquisas podem ser classificadas como: pesquisa bibliográfica e estudo de caso (GIL, 2007).

Visto que foi pesquisada em plataformas digitais, por artigos, cadernos da Atenção Básica do Ministério da Saúde, simultaneamente uma pesquisa bibliográfica procura explicar um problema a partir de referências teóricas

publicadas em documentos, pode ser realizada independentemente ou como parte de outras pesquisas, ela busca conhecer e analisar as contribuições culturais ou científicas sobre um determinado assunto, tema ou problema, é feita com o intuito de recolher ou acerca de uma hipótese que se quer experimentar.

Sendo assim, podemos reconhecer que a forma como se pretende analisar um problema ou o enfoque adotado é que de fato, exige uma metodologia seja ela qualitativa ou quantitativa.

Sobre a pesquisa documental, segundo GIL (2008), A pesquisa documental assemelha-se muito com a pesquisa bibliográfica. Ambas adotam o mesmo procedimento na coleta de dados. A diferença está, essencialmente, no tipo de fonte que cada uma utiliza. Enquanto a pesquisa documental utiliza fontes primárias, a pesquisa bibliográfica utiliza fontes secundárias.

A pesquisa documental aponta as seguintes vantagens: a) os documentos consistem em fonte rica e estável de dados; b) baixo custo; e c) não exige contato com os sujeitos da pesquisa. As críticas mais frequentes referem-se à subjetividade no conteúdo registrado e a não representatividade (GIL, 2002, p. 46).

O autor salienta que as observações sobre as discussões coletivas entre profissionais, ou entre estes e os usuários dos serviços, ou entre os profissionais e a instituição, ou ainda entre usuários e instituição também podem ser registradas no diário de campo, uma vez que trazem outros pontos de vista para o cotidiano do profissional relator.

### **3.2 O TEMA DE FORMA LÚDICA.**

Nesse ponto de vista o que falar da precarização da saúde no Brasil, um dos países que mais se gasta com saúde, menos se tem atendimento de qualidade, estruturas, equipamentos, a precarização do trabalho na saúde pública, onde um dos principais problemas é o subfinanciamento.

#### **CHARGE I PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO**



Fonte: <http://saudeprimariaaps.blogspot.com.br/>

Diante da charge apresentada podemos analisar a forte presença problemas estes, que afetam indiretamente os profissionais, tanto quanto os usuários do sistema, com a Lei nº 8.080, demandando atenção e medidas para organizar os gastos.

O Ministério da Saúde do Brasil reconhece a existência de múltiplas formas de trabalho precário em saúde e elabora, através da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, um "Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS" com estratégias definidas para a reversão do quadro. (Pires – 2009).

## CHARGE II

### ONU pede cuidados médicos para todos no Dia Mundial da Saúde



**Fonte:** <http://blogdoeliomar.com.br/2018/04/07/onu-pede-cuidados-medicos-para-todos-no-dia-mundial-da-saude/>

Como podemos ver na imagem acima apresentada, a garantia de direitos principalmente os da saúde vem sendo uns dos grandes problemas mundiais, não apenas no Brasil, mas aqui os cofres públicos são os que mais gastamos com saúde, e para onde vai esse dinheiro? Filas enormes para simples procedimentos, como medicamentos, exames de sangue, a população passa meses e anos esperando, e aqueles mais caros, ou de urgência, até uma simples condução de pacientes enfermos que precisam ir de casa pra uma consulta ou exame, a demora em tudo na saúde nesse país.

Assim como cita a ONU em 2018 “metade da população mundial ainda tem falta de acesso a cuidados essenciais de saúde. E todos os anos cerca de 100 milhões de pessoas são empurradas para uma situação de pobreza extrema devido a custos médicos.” (Lima – 2018; p,01).

Como vimos na CF88 “saúde dever do Estado e direitos todos”, devia ter um ponto de interrogação no final dessa frase na CF88, se é direitos de todos porque muitos da população, ainda estão sem esse acesso, e quando tem sem qualidade, e depois de um longo tempo de espera e nessa espera que sugue a outra indagação.

### Charge III



**Fonte:** <http://www.diariodigital.com.br/charges/rede-municipal-de-saude/115182/>.

A charge referida acima mostra uma realidade que está cada vez mais constante nos dias atuais, os profissionais que estão frentes destes atendimentos possuem por sua vez uma “vida” saudável?, Quem leva o crédito nesse sistema falido? São perguntas que nesta charge acima pode ser indagadas, profissionais com cargas horarias exaustivas, usuários almejam por atendimento a espera da morte, será mesmo o SUS que tanto gasta e é um modelo entre outros países, que sai ganhando jamais são os usuários.

#### Charge IV

Saúde pública no Brasil a partir de 2019.



Ricardo Welbert

Fonte: <http://divinews.com/2018/11/19/charge-saude-publica-no-brasil-a-partir-de-2019/>

A charge acima retrata a precarização, dentro das UBS, muitas famílias vão ate as unidade de pronto atendimento a procura do medico, ou enfermeira que são os principais e que ficam frente dos atendimentos para identificar as demandas, e fazem os encaminhamentos e procedimentos iniciais, com essas famílias, crianças etc. Sem médicos o sistema fica impossibilitado de ser realizado, e todo os sistema tanto das equipes AB, como dos outros profissionais ficam alterado, pois sem os

médicos cubanas que vieram a parte do programa mais médicos(PMM)<sup>29</sup>, que fortaleceu a rede de AB, e deixou um vazio, quando o presidente Bolsonaro altera o PMM, deixando vários e vários locais sem atendimentos médico.

### **3.3 ANÁLISES DOS DADOS.**

Neste ponto, iremos fazer uma análise diante das observações do Estágio Supervisionado I e II no Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) em diversos bairros no Município de Juazeiro do Norte- CE.

Esta vivência me proporcionou uma expansão para meu conhecimento e analisar as delimitações do trabalho do Assistente Social na prática, que até então me encontrava-se apenas numa visão teórica.

Considerando as UB, é a principal porta de entrada da saúde, que resolvem grandes partes das emergências de seus usuários, mas quando o equipamento não apresenta mais conhecimento pra tais resolutividades, a demanda é encaminhada para o NASF, usuários estes que não vem de forma espontânea. A ESF, e as equipes multiprofissionais, compostas por agentes comunitários de saúde, enfermeiro, técnico de enfermagem, médico de família e comunidade, cirurgião-dentista, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal, é público alvo para atendimento do NASF através de capacitação, reunião de grupo para fortalecimento de vínculo com a equipe.

Para que o trabalho em equipe aconteça é importante um momento entre a própria equipe, para que ela possa planejar, discutir e propôr as ações de melhoria no trabalho. Sendo assim, nem sempre esse trabalho é possível do espaço de interação entre o NASF e o PSF.

De acordo com o registro do diário de campo nos dias 24, de abril de e 31 de maio e 14 de junho 2017, estava marcado uma capacitação com os profissionais e as ACS , no entrando uma mínima parcela de profissionais se fez presente, os que foram no inicial se ausentaram, ficando apenas as ACS, no qual nas explicações durante a capacitação que o NASF segundo o PAMAC, fazendo com que as ACS trabalhassem de forma unificadas com o NASF realizando assim o

---

<sup>29</sup> O Programa Mais Médicos (PMM): é parte de um amplo esforço do Governo Federal, com apoio de estados e municípios, para a melhoria do atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em : <http://www.maismedicos.gov.br/conheca-programa>.

devido encaminhamento, e estudo de caso com os profissionais, havendo assim vantagens e interação entre as ACS e a equipe do NASF.

Esta capacitação que o NASF promoveu foi para melhor entender o seu trabalho dentro dos PSF, e da equipe multidisciplinar que possui em todos os postos de atendimento com intuito de promover à promoção a saúde, frisando que as capacitações são exigências da Secretaria Municipal de Saúde para aprimorar o serviço prestado à comunidade, essa ação tem a finalidade de capacitar os funcionários para aprimorar o trabalho e garantir melhor qualidade de vida para a população daquela região, o encontro abordou as temáticas do NASF, quais as medicações que podem ser pedidas ao farmacêutico, de acordo com a portaria:

Pela Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, configuram-se como equipes multiprofissionais que atuam de forma integrada com as equipes de Saúde da Família (eSF), as equipes de atenção básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais) e com o Programa Academia da Saúde. Esta atuação integrada permite realizar discussões de casos clínicos, possibilita o atendimento compartilhado entre profissionais tanto na Unidade de Saúde como nas visitas domiciliares, permite a construção conjunta de projetos terapêuticos de forma que amplia e qualifica as intervenções no território e na saúde de grupos populacionais. Essas ações de saúde também podem ser intersetoriais, com foco prioritário nas ações de prevenção e promoção da saúde. Com a publicação da Portaria 3.124, de 28 de dezembro de 2012, o 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. (BRASIL – 2006).

A importância dessas portarias nesses lugares de extrema vulnerabilidade social, para melhorar o suporte feito pela equipe do NASF, com os profissionais, que atuam de maneira integrada, trabalhando com a equipe de referência da saúde da família que são as agentes de saúde, matriciadora que é a equipe do NASF, para uma população específica, compartilhando práticas e saberes de saúde com as equipes de referências apoiadas para auxiliar o manejo e solucionar os problemas clínicos e sanitários bem como agregando práticas na atenção básica e ampliando o seu esboço e ofertas. Sem este entendimento do trabalho a interação não acontece de forma, correta assim desestrutura todo o sistema.

Desta forma aqueles que continuaram e permaneceram nas capacitações realizaram um trabalho matricial e encaminhamentos com devida regularização, nos

dias 04 de abril, 02 e 30 de maio, e 22,29 de agosto de 2017 realizamos visitas, atendimentos compartilhados todos eles fielmente encaminhando e estudos com a ajuda e acompanhamento das referidas ACS, que facilmente foram solucionadas, encaminhadas para redes responsáveis, caminhando assim o trabalho num fluxo mais adequado, vale ressaltar que esse foi um ponto positivo das capacitações e da presença fiel das ACS's, em todos os posto no qual foi feita a capacitação.

Desta forma o trabalho caminha de á vista disso, os usuários foram bem assistidos com resolutividade das suas particularidades, acionadas a rede de forma corretar e ágil tudo graças ao estudo de caso, em conjunto com as ACS's, a devida interação sem prejudica os atendimentos das equipes AB e do NASF.

No citado (Diário de campo, 2017), no dia 07 de abril, foi realizado a territorialização junto ao posto para fazer uma territorialização com o objetivo de Identificar onde estão os equipamentos nos bairros que podem trabalhar junto ao NASF. Que também é um trabalho em conjunto com os PSF, nos reunimos com as agentes de saúde com a finalidade de identificar, igrejas, creches, ONG's e entre outros equipamentos que possam trabalha junto ao NASF para assim melhorar a qualidade de saúde da população que ali residem, foi encontrados creches, escolas que trabalhamos o Programa Saúde nas Escolas (PSE)<sup>30</sup>, para combater o uso de drogas etc.

O CRAS umas das maiores e melhores redes de apoio ao NASF, possibilitando tirar crianças e adolescentes das ruas, a coxinha comunitária realizando cadastros e encaminhamentos das famílias que dela necessita, realizando um trabalho territorial, para a melhoria da vida da comunidade, e realizar um devido encaminhamento sabendo onde tem como e quando encaminha, identificando a necessidade de cada usuário e família no todo.

Considerando a Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, que aprova as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde 2006, bem como a:

Portaria nº 699/GM, de 30 de março de 2006, que regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão, resolve:Art. 2º Estabelecer que os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF

---

<sup>30</sup> O Programa Saúde na Escola (PSE), política intersetorial da Saúde e da Educação, foi instituído em 2007. Nele, as políticas de saúde e educação voltadas às crianças, adolescentes, jovens e adultos da educação pública brasileira se unem para promover saúde e educação integral dos estudantes da rede pública de ensino. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/programa-saude-na-escola>.

constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, atuem em parceria com os profissionais das Equipes Saúde da Família - ESF, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das ESF, atuando diretamente no apoio às equipes e na unidade na qual o NASF está cadastrado. (Brasil – 2006).

Para fins durante a minha investigação através da análise de dados pude constatar vários fatores que comprovam as dificuldades do trabalho do Assistente Social com foco na saúde que diante principalmente da precarização do trabalho e a falta de parceiras no trabalho em rede seja na ESF ou nos equipamentos sócios assistenciais no qual se construí como porta de entrada para a consolidação das demandas o profissional encontra barreiras para o adiantamento do serviço como vimos nas charges apresentadas e nos diários de campo salientados.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS.**

Foi realizado pesquisas em artigos nos cadernos no Ministério da Saúde, para identificar os fatores que determinam o trabalho em equipe do NASF, os seus objetivos, suas diretrizes, os desafios encontrados diariamente nessa relação de trabalho, para que esse relacionamento venha a ser mais igualitário, para assim revolver as demandas da sociedade, que são postas ali, a todo hora para esses profissionais da área da saúde.

Em virtude dos fatos mencionados, entende-se que a política da saúde na perspectiva do direito teve origem na intensa mobilização de movimentos sociais na década de 1980, especialmente no Movimento da Reforma Sanitária brasileira, culminando na 8ª Conferência Nacional de Saúde, que institui o conceito amplo de saúde, “saúde como direitos de todos e dever do Estado”, sendo a posteriori consumado e assegurado na promulgação da Constituição Federal de 1988. No entanto, esse contexto de glórias foi interrompido com o processo de Reforma do Estado, o qual resultou na onda privatizante das instituições e políticas públicas, e conseqüentemente na regressividade das políticas sociais.

Em detrimento dessas construções históricas, e refletindo acerca dos avanços na distribuição dos serviços públicos de saúde, percebeu-se que estes contribuíram bastante para a nova configuração do conceito amplo, universal, integral e equitativo de saúde, e mesmo em um contexto totalmente adverso, com implantação da ideologia neoliberal, ainda se luta por mudanças. Foram nessas circunstâncias que gestaram-se as Leis Orgânicas de saúde para enfatizar as atribuições e competências dos gestores, e a participação popular como requisito do controle social.

Tais dificuldades encontram respaldo na desenfreada corrida do Estado em servir de cofre reserva ao setor privado, e desse modo atender aos interesses do capital financeiro, realizando a devida destruição d renda e impostos com a saúde pública, no enfrentamento da “Questão Social”, infraestrutura dos equipamentos, salários e melhores condições para os usuários e trabalhadores.

Assim sendo, e de acordo com os estudos realizados para a construção da presente pesquisa, constatou-se que as hipóteses aqui sugeridas são de fato perceptíveis na realidade brasileira, pois se notou que fundo público é historicamente desvinculado de suas reais funções, encontrando subsídios na

postura do Estado em favor dos interesses dominantes. E mais, que as dificuldades decorrentes do subfinanciamento e a cobertura duplicata do sistema de saúde, consequência da dualidade público x privado, são resultados da desregulamentação do Estado, tanto dos recursos financeiros destinados ao custeio da saúde quanto da ausência deste na organização dos serviços.

Logo, enquanto essas questões não forem sanadas as dificuldades de materialização da política de saúde continuarão a existir. Haja vista, o compromisso do Estado em distribuir saúde pública universal, cabendo-lhe, desse modo, regular os serviços, “dever do Estado” e reafirmar ao setor privado a função de complementar.

Diante de tais aspectos, é evidente que o Estado prioriza aspectos econômicos e desregulamenta os direitos sociais, tornando-se máximo para a economia e mínimo para o social. Como bem mostrado nas diversas formas de surrupiar o fundo público para atender aos interesses do capital financeiro.

Sendo assim, ao invés de reformar a máquina pública do Estado, deve -se instituir uma reforma tributária pautada na igualdade de arrecadação, de acordo com a renda de cada indivíduo, assegurando, na figura do Estado, que as arrecadações desses impostos sejam destinados para o custeio das políticas sociais. Salienta-se que, é de suma importância que a decisões federais, no concerne a direção das políticas públicas, sejam compartilhadas com a população de forma a incluí-las na pauta das discussões. E também exigir que os gestores cumpram com suas atribuições e responsabilidades.

## REFERÊNCIAS:

**A construção do SUS como Política Pública:** avanços e impasses. Disponível em:

[https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca\\_virtual/esf/1/...politico.../Unidade\\_4.pdf](https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/...politico.../Unidade_4.pdf)

Acesso em:

AMADO, L. Cervo; BERVIAN Pedro A. **Metodologia científica:** 5ª Edição. Editora Mcgraw Hill. 1983.

BRAVO, Maria Inês. **Política de saúde no Brasil**. In: CFESS/ CEAD. Capacitação em Serviço Social e Política Social. Módulo III: Política Social. Brasília: UnB-CEAD/ CFESS, 2000. Disponível em: [http://www.fnepas.org.br/pdf/servico\\_social\\_saude/texto1-5.pdf](http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto1-5.pdf) Acesso em:

BRASIL. **CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA- DIRETRIZES DO NASF:** Núcleo de Apoio a Saúde da Família. A trajetória histórica da saúde no Brasil. Brasília.

BRASIL. PROGRAMA MAIS MÉDICOS - GOVERNO FEDERAL: . Disponível em: <http://www.maismedicos.gov.br/conheca-programa>. Acessado em : 28 de novembro de 2019.

\_\_\_\_. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Sistema Único de Saúde /Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2011. 291 p.

\_\_\_\_. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Supremo Tribunal Federal, Secretaria de Documentação. 533 p. Atualizada até a EC n. 101/2019. Versão atualizada em 2017. Brasília, 2017. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/legislacaoConstituicao/anexo/CF.pdf> Acesso em:

\_\_\_\_. **Ministério da Saúde**. Secretaria de atenção primária à saúde. 2019. Disponível em: [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br) Acesso em:

\_\_\_\_. **Cadernos de atenção básica- diretrizes do NASF:** Núcleo de Apoio a Saúde da Família. A trajetória histórica da saúde no Brasil. Ministério da saúde. Brasília, 2010. Disponível em: [http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape\\_esf.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_esf.php) Acesso em:

\_\_\_\_. **Texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988**. As alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais. Brasília, 1988. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)

\_\_\_\_. Lei de Nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. **Lei Orgânica de Saúde**. Brasília, 1990. Disponível em: <file:///C:/Windows/system32/config/systemprofile/Downloads/lei-8080-19-setembro-1990-365093-normaatualizada-pl.pdf>. Acesso em:

\_\_\_\_. Congresso Nacional. Lei de Nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Lei Orgânica de Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços

correspondentes e dá outras providências. Brasília – DF. **Diário Oficial da União**. 1990. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8142\\_281290.htm](http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8142_281290.htm)  
Acesso em:

\_\_\_\_. Oficina de qualificação do NASF. **Ministério da saúde**. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção básica. Brasília, 2010. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/geral/OficinaQualificacaoNASF.pdf>

\_\_\_\_. **Constituição da república federativa do Brasil de 1988**. Brasília. 1998. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)  
Acesso em:

\_\_\_\_. Caderno de atenção básica. Diretrizes do NASF. **Ministério da saúde**. Brasília, 2009. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno\\_atencao\\_basica\\_diretrizes\\_nasf.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf)  
Acesso em:

\_\_\_\_. Ministério da saúde/Gabinete do ministro. PORTARIA Nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Dispõe sobre o pacto pela saúde – consolidação do sus e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. Brasília – DF. **Diário Oficial da União**. 2019. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399\\_22\\_02\\_2006.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html)  
Acessado em 13 de novembro de 2019.

\_\_\_\_. Guia de apoio a gestão estadual do SUS. **Conselho Nacional de secretários de saúde/CONASS**. Brasília — DF 2015. Disponível em: [https://www.conass.org.br/guiainformacao/wp-content/uploads/2016/03/Manual\\_planejamento\\_sus.pdf](https://www.conass.org.br/guiainformacao/wp-content/uploads/2016/03/Manual_planejamento_sus.pdf) acessado dia 14/09/2019

\_\_\_\_. Diretrizes operacionais: Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Ministério da saúde. Brasília – DF. 2006 – disponível em: <http://www.saude.mppr.mp.br/arquivos/File/volume1.pdf> Acesso em 14/09/2019.

CHAGAS, Juliana; TORRES, Raquel. **Oitava Conferência Nacional de Saúde: o SUS ganha forma**. EPSJV/Fiocruz. 2008. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/printpdf/7622> Acesso em : 18 de agosto de 2019.

**CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE: contribuições para a construção do SUS**. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/cns/index.php> acessado em 15/09/2019

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Código de ética do assistente social/ Lei de regulamentação da profissão**. CFESS. 10ª edição. Brasília. 2012. Disponível em: [http://www.cfess.org.br/arquivos/CEP\\_CFESS-SITE.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_CFESS-SITE.pdf) Acesso em: 15/09/2019

FADEL, Cristina Berger [et.al]. Administração pública: o pacto pela saúde como uma nova estratégia de racionalização das ações e serviços de saúde no Brasil. **Revista de Administração pública – RAP**. Rio de Janeiro 43(2):445-56,

MAR./ABR. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rap/v43n2/v43n2a08.pdf>  
Acesso em:

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Reforma sanitária**. Fiocruz. Disponível em: <https://pensesus.fiocruz.br/reforma-sanitaria> acessado em 15/09/2019 acessado 15/09/2019.

\_\_\_\_. **Políticas Públicas de Saúde e Processo de Trabalho em Saúde da Família**. Fiocruz. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/15668/1/A%20estrat%c3%a9gia%20de%20sa%c3%bade%20da%20fam%c3%adlia%2020Hist%c3%b3rico%20da%20estrat%c3%a9gia%20de%20sa%c3%bade%20da%20fam%c3%adlia.pdf> Acesso em: 17 DE SETEMBRO

GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo (Orgs). **Métodos de pesquisa**. UFRGS. 1ª edição. 2009. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/cursopgdr/downloadsSerie/derad005.pdf> Acesso em: 13 de novembro de 2019.

GAMA, Alessandra S. da. GOUVEIA, Luciana E. **SUS esquematizado**. 3ª edição. Rio de Janeiro, 2003.

JUNIOR, Clovis da Silva Melo. **Saúde da família: uma proposta de reorganização no processo de trabalho de uma unidade básica de saúde**. 2015. 33p. Dissertação (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família). Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG. Juiz de Fora – MG. 2015. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/saude-familia-proposta-reorganizacao-processo-trabalho.pdf> Acesso em: 13 de novembro de 2019.

LACERDA, Josimari Telino de; MORETTI-PIRES, Rodrigo Otávio (Orgs). **Processo de trabalho na atenção básica**. Universidade Federal de Santa Catarina. 2ª edição. Universidade Federal de Santa Catarina/ UFSC. Florianópolis, 2016. 102 p Disponível: <https://unasus.ufsc.br/atencaobasica/files/2017/10/Processo-de-Trabalho-na-Aten%C3%A7%C3%A3o-B%C3%A1sica-ilovepdf-compressed.pdf> Acessado em: 15/10/2019.

LIMA, Fabiana Araújo [et.al]. A trajetória do Serviço Social na residência multiprofissional em saúde da família de Sobral – CE. Sobral – CE. **Revista Sanare**. v.8,n.2,p.26-35,jul./dez.2009.

LIMA, Telma Cristiane Sasso de; MIOTO, Regina Célia Tamasso; PRA, Keli Regina Dal. A documentação no cotidiano da intervenção dos assistentes sociais: algumas considerações acerca do diário de campo. **Revista Textos & Contextos**. v. 6 n. 1 p. 93-104. jan./jun. Porto Alegre, 2007. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/1048/3234> Acesso em 6 de novembro de 2019.

LIMA, Eliomar de. ONU pede cuidados médicos para todos no dia mundial da saúde. Agência Nacional. 2018. Disponível em: <http://blogdoeliomar.com.br/2018/04/07/onu-pede-cuidados-medicos-para-todos-no-dia-mundial-da-saude/> Acesso em: 08 outubro de 2019.

**MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de. [et.al]. Atenção primária à saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2018. Disponível em:** <https://books.google.com.br/books?id=S7ibDwAAQBAJ&pg=PA156&lpg=PA156&dq=%E2%80%9C>. acessado em : 13 de novembro de 2019.

MINISTERIO DA SAUDE. **Comissão intergestores tripartite.** 2019. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/gestao-dous/articulacaointerfederativa/comissaointergestores-tripartite> Acesso em: 7 de setembro de 2019.

MINISTERIO DA SAUDE. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família – Volume 1: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano.** Cadernos de Atenção Básica, no 39. Ministério da saúde. Brasília – DF, 2014. Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo\\_apoio\\_saude\\_familia\\_cab39.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf) Acesso em:13 de novembro de 2019.

MINISTERIO DA SAUDE. **O SUS.** Conselho Nacional de Saúde, 2009. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/web\\_sus20anos/sus.html](http://conselho.saude.gov.br/web_sus20anos/sus.html) acessado em 18 de agosto de 2019.

MINISTERIO DA SAUDE. **Novo organograma traz mais resolutividade ao SUS.** 2019. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/45454-novo-organograma-traz-mais-resolutividade-ao-sus> Acesso em:

MINISTERIO DA SAÚDE. **Diretrizes Operacionais: Pacto pela a vida, em defesa do SUS e de GESTÃO.** Ministério da saúde. 2ª Ed. Brasília - DF, 2006.

**MORAIS, Pâmela. Saúde e cidadania: A importância da participação popular no SUS.** Politize, 2018. Disponível em: <https://www.politize.com.br/saude-e-cidadania-participacao-popular/> Acessado em 15 de Setembro. 2019.

PAIM, Jairnilson Silva. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, 23(6):1723-1728, 2018 Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-1723.pdf>. Acesso em: 27 de agosto de 2019.

**PENSAMENTO LÍQUIDO.** Disponível em: <https://pensamentoliquido.com.br/brasil-um-pais-em-chamas/saude-publica-no-brasil/> Acesso em: 22 de outubro de 2019.

PIRES, Denise Elvira. **Precarização do trabalho em saúde.** Dicionário da educação profissional em saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Manginhos – RJ, 2009. Disponível em:

<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/pretrasau.html> Acesso em: 17 de setembro de 2019.

**Quando foi iniciada a Estratégia de Saúde da Família no Brasil?** 2015. <https://aps.bvs.br/aps/quando-foi-iniciada-a-estrategia-de-saude-da-familia-no-brasil/> Acesso em: 17 de setembro de 2019.

A construção do SUS como Política Pública: avanços e impasses.

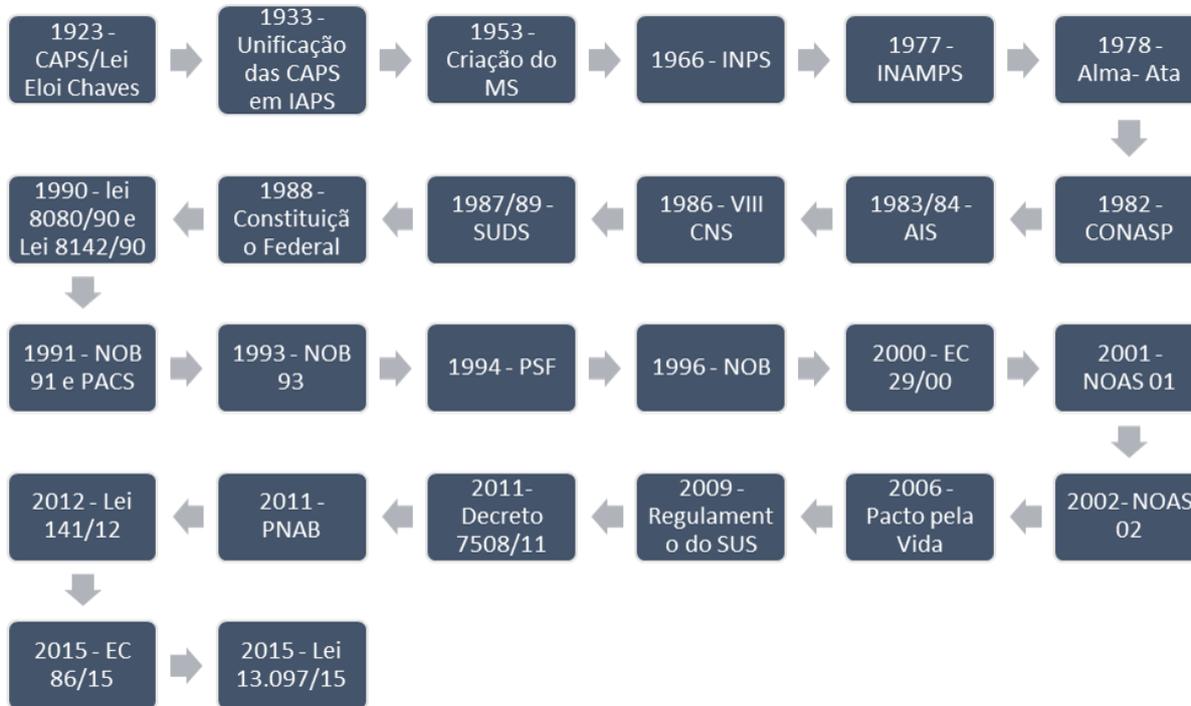
PINTO, Luiz Felipe; GIOVANELLA, Ligia. Do programa à estratégia saúde da família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**. 23(6):1903-1913, 2018. <https://www.scielo.org/article/csc/2018.v23n6/1903-1914/> . Acesso em: 04 de outubro de 2019.

VIANA, Ana Luiza D'ávila; POZ, Mario Roberto Dal. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o programa de saúde da família. **Rev. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 15(Suplemento):225-264, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v15s0/v15s0a11> Acesso em: 04 de outubro de 2019.

WELBERT, Ricardo. **Charge: saúde pública no Brasil a partir de 2019**. Divinews. 2018. Disponível em: <http://divinews.com/2018/11/19/charge-saude-publica-no-brasil-a-partir-de-2019/> .acessado em 08 outubro de 2019.

## ANEXOS.

### Linha do Tempo – Fatos marcantes na Construção das Políticas de Saúde no Brasil.



Fonte: <https://www.e-sanar.com.br/aluno/mural-post/259,linha-do-tempo-fatos-marcantes-na-construcao-das-politicas-de-saude-no-brasil.html>.