

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
CAPITULO I - AS POLÍTICAS SOCIAIS NO ÂMBITO MUNDIAL	13
1.1 As Políticas Sociais no Brasil	18
1.2 A Política de Saúde no Brasil	23
CAPÍTULO II - CONSIDERAÇÕES ACERCA DA IMPLANTAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS	28
2.1 O Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS	33
2.2 O Programa de Saúde da Família – PSF.....	34
CAPÍTULO III - TRAÇADO METODOLÓGICO E RESULTADOS DA DISCUSSÃO	37
3.1 Metodologia.....	37
3.2 Resultados e Discussões	38
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	45
REFERÊNCIAL	47
APÊNDICE	49

INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem por objetivo conhecer a percepção dos usuários do Programa Saúde da Família - (PSF) localizado no bairro Timbaubas no município de Juazeiro do Norte-Ce, mais precisamente sobre a opinião destes acerca da implantação do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) junto a Equipe de Saúde da Família (ESF) que atua nesse Programa de Saúde da Família (PSF).

O interesse pelo tema surgiu durante o estágio supervisionado I e II do curso de graduação em serviço social, como também do interesse da autora em obter um conhecimento mais aprofundado sobre o funcionamento do programa e da instituição na qual ele esta inserido. Este estudo tem relevância tanto para a autora enquanto pesquisadora, como para os usuários da política em questão, à medida que as informações levantadas sobre as práticas existentes no PSF poderão servir de incentivo a outros estudos com a mesma temática que possivelmente irá contribuir com uma práxis baseada na ética profissional e na garantia de direitos.

A principio foi elaborado projeto de pesquisa no qual a temática principal seria investigar sobre “a percepção do usuário acerca da implantação do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF)”, o objetivo principal apresentado no projeto seria, analisar através da opinião dos usuários as mudanças ocorridas no PSF a partir da inserção do NASF, quais suas principais necessidades e que estratégias poderiam ser desenvolvidas pela equipe multidisciplinar para suprir tais necessidades.

Por tratar-se de um programa novo ainda em busca do seu espaço, as questões que nortearam esse estudo versam sobre a lógica de que a falta de divulgação sobre sua existência, talvez fosse à causa da pouca procura, outra questão, que se buscou analisar foi em relação à integração dos profissionais do NASF com a comunidade, quais seriam os resultados de suas ações mediante uma maior aproximação destes com a população usuária dos serviços.

Ressalta-se que desde a Constituição de 1988 se vem tentando implementar políticas públicas de saúde capazes de atender à grande demanda da população. Primeiro com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que vem se consolidar na década de 1990 através da lei de número 8.080, Lei Orgânica da Saúde (LOS), a partir dessa lei, se cria na mesma década o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) como estratégia de atenção primária a

saúde, posteriormente agrega-se a esse o (PSF) o qual vem se consolidar mais tarde como porta de entrada da saúde primária.

Desde sua criação em 1994, o PSF vem atuando em vários municípios nas quatro regiões: Sul e Sudeste; Norte e Nordeste, porém, os profissionais que compõem a Equipe de Saúde da Família (ESF) estiveram sempre buscando expandir suas ações. Pode-se considerar que a criação do (NASF) foi uma conquista advinda das reivindicações desses profissionais junto ao Ministério da Saúde.

O NASF foi criado em 2008 pelo Ministério da Saúde para atuar junto às Equipes de Saúde da Família (ESF) na perspectiva de somar melhorias no atendimento e conseqüentemente na qualidade de vida da população, quando se trata de um programa no qual atuam profissionais de diversas áreas e que desenvolvem suas ações “com centralidade na família como um todo, não só em casos de doenças, mas principalmente na prevenção e no cuidado para que ela não chegue”.

Diante do exposto, o primeiro capítulo faz uma retrospectiva sobre o surgimento das políticas sociais no âmbito mundial abordando desde o liberalismo, o surgimento da política social como medida de proteção social, os anos de ouro do Welfare State até o neoliberalismo. Depois se faz uma abordagem sobre o surgimento das políticas sociais no Brasil, enfocando o período de criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPS) criadas pelo deputado Eloy chaves na década de 1920, a era Vargas da década de 1930, o período ditatorial que vai de 1964 a 1984 e adentrando a década de 1990, a ênfase maior é sobre a política de saúde no Brasil, quando se faz um resgate histórico desde seu surgimento até a atualidade.

O segundo capítulo trata da Política de Saúde enfocando prioritariamente o surgimento do SUS, seu desenvolvimento e consolidação, a criação do PACS, do PSF e posteriormente do NASF.

O terceiro capítulo traz uma análise da percepção dos usuários do PSF 14 localizado no bairro Timbaubas na cidade de Juazeiro do Norte CE, acerca da implantação do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) nesta comunidade. Ainda neste capítulo está explícito o roteiro dos procedimentos metodológicos utilizados na pesquisa, como também a apresentação das discussões acerca da percepção dos usuários.

As considerações finais tratam da percepção do usuário acerca da realidade observada, bem como pretende despertar o interesse em outros estudantes ou pesquisadores da área sobre o tema em questão.

CAPITULO I - AS POLÍTICAS SOCIAIS NO ÂMBITO MUNDIAL

As políticas sociais surgiram no âmbito do sistema capitalista com intuito de responder às questões sociais advindas da Revolução Industrial.

As reflexões acerca dessa temática têm demonstrado que seu entendimento não é uma questão puramente formal, ou teórica. Mas, diz respeito ao complexo movimento societário da burguesia na sociedade capitalista. As políticas sociais foram constituídas num processo de múltiplas determinações a partir dos conflitos oriundos da contradição existente entre o capital e o trabalho. Neste sentido, foi evoluindo de forma lenta e parcial com o objetivo primordial de corrigir os efeitos malignos produzidos pelo crescimento capitalista enquanto estratégia governamental.

De acordo com Behring e Boschetti (2006) as políticas sociais tiveram sua gênese num período histórico em que o liberalismo enquanto doutrina política foi predominante, preconizando o livre mercado bem como a não intervenção do Estado nas relações econômicas e sociais. Até o final do século XIX, o Estado aliado à classe burguesa era executor de apenas três funções: “a defesa contra os inimigos externos; a proteção de todo o indivíduo de ofensas dirigidas por outros indivíduos; e o provimento de obras públicas que não pudessem ser iniciada pela iniciativa privada “(BOBBIO, 1988).

Essa concepção certamente colocava o Estado numa situação de total irresponsabilidade perante a questão social. No entanto, de acordo com o desenvolvimento industrial e com a exploração cada vez maior da classe trabalhadora, sendo que as condições de vida e trabalho dos segmentos mais pobres tornavam-se cada vez mais aviltantes, estes se encontram em condição de total desamparo e começam a reivindicar, através dos movimentos sociais os quais passam a ser tratados como caso de polícia.

As lutas da classe trabalhadora não pararam, mesmo com a repressão e a força bruta com que eram tratados, continuavam lutando em busca de direitos e de reconhecimento enquanto sujeito social.

No final do século XIX, a figura do Estado passa a reconhecer a questão social e passa a tratá-la não mais como caso de polícia e sim de política.

Podem-se apontar alguns elementos constitutivos da noção de relação entre sociedade e Estado nesse período, nas seguintes questões:

Com o predomínio dos princípios ferozmente definidos pelos liberais e assumidos pelo Estado capitalista, não é difícil compreender que a resposta dada a questão social no final do século XIX foi, sobretudo repressiva e apenas incorporou algumas demandas da classe trabalhadora, transformando as reivindicações em leis que estabeleciam melhorias tímidas e parciais nas condições de vida dos trabalhadores, sem atingir, portanto, o cerne da questão social. (BEHRING; BOSCHETTI, 2006, p. 63).

As mudanças que ocorreram nesse momento aconteceram de forma fragmentada, ou seja, o Estado começava timidamente a mudar suas concepções acerca da questão social e, é por essa ótica, que podemos dizer que a classe trabalhadora mesmo mediante inúmeras dificuldades, conforme Barbalet (1989), "conseguiu assegurar importantes conquistas na dimensão dos direitos políticos, como o direito de voto, de organização em sindicatos e partidos, de livre expressão e manifestação".

O surgimento das políticas sociais foi gradual e diferenciado entre os países, dependendo dos movimentos de organização e pressão da classe trabalhadora, do grau de desenvolvimento das forças produtivas, e das correlações e composições de força no âmbito do Estado (BEHRING; BOSCHETTI, 2008, p. 64).

Em resposta a tais reivindicações surge o primeiro modelo de seguro social, implantado na Alemanha no final do século XIX, por Otto Von Bismarck, o qual ficou conhecido como modelo Bismarckiano de seguro social e serviu de subsídio para que o Estado efetivasse de fato suas ações.

De acordo com as afirmações de Behring e Boschetti (2006) "esse modelo de seguro consolidou-se pela criação de caixas de saúde e de aposentadoria para atender apenas uma parcela da população, ou seja, os benefícios eram destinados aos trabalhadores contribuintes e suas famílias, pois advinham de rendimentos descontados na folha de pagamento".

O modelo Bismarckiano é identificado como sistema de seguros sociais, pois suas características assemelham-se à de seguros privados. Os benefícios cobrem principalmente (e às vezes exclusivamente) os trabalhadores contribuintes e suas famílias; o acesso é condicionado a uma contribuição direta anterior e o montante das prestações é proporcional à contribuição efetivada (BEHRING; BOSCHETTI, 2006, p.66).

Conforme a autora, nesse contexto, já se tinha noção por parte do Estado da necessidade de concepção de políticas sociais capazes de dar as respostas que há muito tempo se esperava em meio aos graves problemas oriundos da questão social, que se fortalecia cada vez mais. Via-se com clareza a urgência de uma política que pudesse atender principalmente os trabalhadores que por motivo de velhice ou doença crônica iriam necessitar de um respaldo continuo cabendo essa responsabilidade ao Estado.

Para o autor Behring e Boschetti (2006, p. 67) “Tratava-se de um seguro social para atender somente algumas categorias da população, posteriormente vários países da Europa aderiram ao modelo e a ele, acrescentaram outras medidas de proteção como: pensão para idosos e proteção para os desempregados.”

Até a década de 1930, alguns direitos já haviam sido reconhecidos, porém foi em meados da década de 1940 que as políticas sociais passaram a ocupar lugar de destaque em meio às ações do Estado.

Em 1929 por causa da desenfredda concorrência entre grandes empresas, se deu uma crise que abalou o mundo inteiro a qual ficou conhecida como a crise de 1929 e que culminou com um grande número de desempregados, redução de gastos com o social e um aumento considerável da pobreza. Após esta crise abre-se espaço para a teoria Keynesiana e com ela surge o Estado de Bem Estar Social- (EBES). “As idéias desenvolvidas a partir do modelo Bismarckiano com base na lógica dos seguros são uma das primeiras iniciativas desse Estado de Bem Estar Social” (PEREIRA, 2008).

A teoria Keynesiana da qual se originou o Welfare State ou mais precisamente o Estado de Bem Estar Social, segundo Behring e Boschetti (2006) teve seus primórdios no leste da Europa onde o capitalismo estava mais avançado. Sua emergência aconteceu no segundo pós-guerra, num contexto marcado pela crise econômica mundial, trazendo ainda as marcas da queda da bolsa de Nova York em 1929.

O Estado de Bem Estar Social teve seu desenvolvimento propiciado por vários determinantes. Um marco importante desse processo está atrelado ao modo de produção fordista na combinação de “produção em massa para consumo de massa para uma nova política de controle e gerência do trabalho, uma nova estética e uma nova psicologia, em suma um novo tipo de sociedade democrática, racionalizada, modernista e populista” (HARVEY, 1993, p. 121).

Entende-se, portanto que:

Houve, naquele momento, uma melhoria efetiva das condições de vida dos trabalhadores fora da fábrica, com acessos ao consumo e ao lazer que não existiam no período anterior, bem como uma sensação de estabilidade no emprego, em contexto de pleno emprego Keynesino, diluindo a radicalidade das lutas e levando a crer na possibilidade de combinar acumulação e certos níveis de desigualdade (BEHRING; BOSCHETTI, 2006; p. 89).

Assim, se tinha por parte dos trabalhadores naquele contexto, a ampliação dos direitos trabalhistas e a ascensão aos bens por eles produzidos. Havia certa estabilidade tanto no social como no econômico e, aliado a esses dois fatores uma satisfação pessoal.

O avanço do Estado de Bem Estar Social – (EBES) culminou com acordos estabelecidos entre as classes trabalhadoras e capitalistas, segundo (Pierson, 1991, p. 130) “as origens do Welfare State ficou marcada como a “idade de ouro” das políticas sociais os acordos estabelecidos nesse momento, serviram de base para a consolidação de novas legislações sociais na seguinte perspectiva:

Deu-se o crescimento incremental de mudança demográfica, expresso pelo aumento da população idosa nos países capitalistas centrais, que ampliou os gastos com aposentadoria e saúde, e pelo aumento da taxa da população economicamente inativa que mudou a relação contribuinte (ativo) e usuário das pensões (inativo). Outro ponto que merece ser destaque é a expansão de programas sociais que foi bastante similar em quase todos os países: primeiro a cobertura de acidentes de trabalho seguido pelo seguro-doença e invalidez, pensões a idoso, seguro-desemprego e por ultimo, auxílio-maternidade, em relação a cobertura, os primeiros beneficiados foram os trabalhadores de industrias estratégicas, seguidos pelos trabalhadores rurais, dependentes, trabalhadores autônomos, e, por ultimo a população como um todo (PIERSON, 1991: 111-114, apud BEHRING; BOSCHETTI, 2006 p.92-93).

Vale ressaltar que além da luta da classe trabalhadora para a conquista definitiva das políticas sociais, existe outro fator que é de fundamental importância destacar, trata-se do Plano Beveridge nascido na Inglaterra na década de 1940, que contrario ao plano Bismarckiano e com uma visão universalizante objetivava outra forma de organização. Para Marshall (1967, p.81) o plano era:

O plano Beveridge consistiu em fazer uma fusão das medidas esparsas já existentes, ampliar e consolidar os vários planos de seguro social, padronizar os benefícios e incluir novos benefícios como seguro acidente de trabalho, abono familiar ou salário-família, seguro-desemprego e outros seis auxílios sociais: auxílio funeral, auxílio-maternidade, abono nupcial, benefícios para esposas abandonadas, assistência às donas de casa enfermas e auxilia-treinamento para os que trabalham por conta própria. (MARSHALL, 1967, p.99).

De acordo com este autor, o Estado de Bem Estar Social Keynesino teve total influencia Inglesa já que as propostas apresentadas por Keynes tinham a mesma linha de pensamento de Beveridge. Porém, foi à junção dessas duas teorias que no decorrer de três décadas proporcionaram os chamados “anos de ouro” os quais geraram ganhos significativos para a classe trabalhadora.

Na concepção de Behring e Boschetti (2006), as políticas sociais vivenciaram forte expansão após a Segunda Guerra Mundial, tendo como fator decisivo a intervenção do Estado na regulação das relações sociais e econômicas, e mesmo que nos diversos países sejam utilizadas terminologias diferenciadas, tem em comum a adoção dos modelos Bismarckiano e beveridgiano como caracterização do Estado social e dos sistemas de seguridade que predominaram na Europa ocidental.

A grande crise que assolou o mundo capitalista na década de 1970 colocou em risco a social democracia e o modelo Keynesino/fordista, isto é, provocou a derrocada do denominado Estado de Bem Estar Social. Segundo Antunes (2007) “essa crise pode ser denominada como crise estrutural do capital em que as fortes taxas de acumulação conquistadas nos chamados ”anos de ouro” do sistema capitalista, foram sofrendo uma forte queda, diminuindo as taxas de lucros das elites burguesas”.

Culminando com a crise do petróleo, em 1973, esse período foi marcado pela queda brusca dos investimentos na esfera produtiva, sendo em sua maioria direcionados ao mercado financeiro. O Estado, devido ao aumento que teve como Estado de Bem Estar Social e as políticas sociais universais, se transformou em alvo de críticas por parte dos neoliberais que o acusava como sendo o responsável pela crise.

E nesse cenário que as idéias neoliberais ganham terreno desde os países centrais até os países da América Latina.

Inglaterra foi o país que incrementou os princípios neoliberais de forma mais “pura”, contraiu a emissão monetária, elevou as taxas de juros, baixou os impostos sobre altos rendimentos, aboliu o controle sobre os fluxos financeiros, criou níveis de desemprego maciço, enfraqueceu as greves, aprovou legislações anti-sindicais, realizou corte nos gastos sociais e instituiu um amplo programa de privatização (BEHRING; BOSCHETTI, 2008, p.126).

O ataque dos neoliberais direcionava-se principalmente sobre o Estado, criticando-o fortemente por causa dos grandes gastos nas políticas sociais e a não intervenção no campo econômico.

A hegemonia neoliberal na década de 1980 nos países capitalistas centrais não foi capaz de resolver a crise do capitalismo nem alterou os índices de recessão e baixo crescimento econômico, conforme defendia. As medidas implementadas, contudo, tiveram efeitos destrutivos para as condições de vida da classe trabalhadora, pois provocou aumento do desemprego, destruição de postos de trabalho não-qualificados, redução dos salários devido ao aumento da oferta de mão-de-obra e redução de gastos com políticas sociais (BEHRING; BOSCHETTI, 2008, p.127).

Essa empreitada dos neoliberais contra as políticas sociais, certamente teve consequências terríveis para as classes mais pobres, as quais são as principais usuárias dessas políticas. Segundo Navarro (1998:83) nas décadas de 1980 e 1990, houve um aumento considerável do desemprego em quase todos os países da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico – (OCDE), “por consequência da reestruturação produtiva e a falta de investimentos, na criação de novos postos de trabalho”.

Conforme apontam Behring e Boschetti (2008), os anos se passaram e é cada vez mais gritante nas sociedades capitalistas, “a precarização dos postos e das relações de

trabalho, quando se tem um grande exercito de reserva sujeito a aceitar, empregos intermitentes, em tempo parcial, temporários, instáveis e não associados a direitos, limitam o acesso aos direitos derivados de empregos estáveis”.

A essa precarização está associada a privatização e terceirização das estatais, que dão espaço para se criar empregos temporários onde não se pode ter segurança e quando não há valorização de empregadores em relação aos empregados. Há também nesse contexto um grande corte nas políticas sociais quando se tem um Estado negligente que transfere boa parte de suas obrigações para setores com finalidades de caráter filantrópicas e grande ascensão das Organizações Não Governamentais- ONGs. Pode-se assim dizer que essas entidades têm sido bastante atuantes, porém, suas ações são focalizadas e ao mesmo tempo discriminatórias, quando se direcionam apenas a uma parcela da sociedade.

É a partir desse entendimento que se pode perceber que, a onda neoliberal iniciada na década de 1970 vem de forma cada vez mais explícita, causando estragos na sociedade até os dias de hoje, contribuindo para que haja maior distanciamento das pessoas dos postos de trabalho, além de promover o desmonte dos direitos sociais e conseqüentemente o acirramento das desigualdades e da exclusão social.

1.1 As Políticas Sociais no Brasil

Para se chegar a um entendimento acerca do surgimento das políticas sociais no Brasil, faz-se necessário um breve resgate histórico sobre como se deu esse processo, em um país eminentemente burguês, recém saído do escravismo e com suas bases econômicas voltadas principalmente para a agricultura.

Os primeiros sinais da necessidade da implantação de políticas sociais ocorrem no final do século XIX, quando se têm com o fim da escravatura a inserção de imigrantes estrangeiros vindos principalmente da Itália para ocupar os postos de trabalho nas grandes fazendas de café, que naquele momento histórico representava a principal atividade econômica do país.

De acordo com Behring (2008), diferentemente dos países de capitalismo central, onde as políticas sociais foram respostas aos diversos movimentos sociais em virtude da questão social surgida com a Revolução Industrial, no Brasil onde esta questão social sempre

existiu, as políticas sociais só ganharam espaço no início do século XX, quando em função da extinção da escravatura, se formou um grande número de pessoas enfrentando dificuldades para o acesso ao mercado de trabalho.

Partindo desse entendimento pode-se dizer que:

A passagem para o século XX foi sacudida pela formação dos primeiros sindicatos, na agricultura e nas indústrias rurais a partir de 1903, dos demais trabalhadores urbanos a partir de 1907, quando é reconhecido o direito de organização sindical. Este processo se dá sob uma forte influência dos imigrantes que traziam os ares dos movimentos anarquistas e socialistas europeus para o país. Essa nova presença no cenário político e social promove mudanças na correlação de forças, tanto que em 1911 se reduz legalmente a jornada de trabalho para 12 horas diárias. (...) Em 1919, regulamenta-se a questão dos acidentes de trabalho no Brasil, mas tratando-a pela via do inquérito policial e com ênfase na responsabilidade individual em detrimento das condições coletivas de trabalho (BOSCHETTI, 2003, p. 80).

Ainda conforme a autora, tais benefícios atendiam principalmente ferroviários e marítimos pelo simples fato de serem estes colaboradores para o funcionamento das exportações, a qual era naquele momento responsável pela movimentação da economia local. Conforme afirma Pinsky (2003) as (CAPs) asseguravam a essas categorias profissionais benefícios como: aposentadoria; pensão para os dependentes em caso de morte; custeio fúnebre e assistência médica.

Num contexto marcado pela Primeira Guerra Mundial, a crise econômica e com uma grande massa de trabalhadores em busca de melhores condições de sobrevivência, as primeiras manifestações dos operários através das greves e de formação de frentes sindicais foram tratadas pelo Estado a princípio como caso de polícia, pois o Estado até aquele momento tinha suas ações voltadas para atender apenas aos interesses da burguesia em função do crescimento econômico.

O ano de 1923 é chave para a compreensão do formato da política social brasileira no período subsequente: aprova-se a lei Eloy Chaves, que institui a obrigatoriedade de criação de Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs) para algumas categorias estratégicas de trabalhadores, a exemplo dos ferroviários e marítimos, dentre outros (BOSCHETTI, 2008, p. 80).

Sabe-se que tais medidas de proteção, foram importadas da Europa, pensadas pela iniciativa dos empregadores com o objetivo de isentar-se de uma responsabilidade que podia ser dívida, “tratava-se de um contrato no qual o indivíduo abria mão de parte da renda, tendo em vista garantir a subsistência no momento em que não mais fosse apto a participar do processo produtivo” (PINSKY, 2003, p. 477).

Pode-se dizer que essa não era a forma de cidadania tão almejada pela classe trabalhadora, mas foi a instituição das CAPs o pontapé inicial para que outras decisões fossem

tomadas por parte do Estado, que passou a atuar de forma mais efetiva diante das reivindicações que a muito vinham sendo feitas por parte dos trabalhadores.

É importante ressaltar que, em meados dos anos 1930 foi período marcado pelo desmonte dos sindicatos e de censura à livre expressão, a figura do Estado ainda se mantinha tímida em suas ações, porém, é nesse momento que as Caixas de Aposentadorias e Pensões- (CAPs), cedem lugar aos Institutos de Aposentadorias e Pensões- (IAPs), no entanto esses institutos foram criados por categorias, pois seus serviços eram disponibilizados apenas para aquelas pessoas que estivessem vinculadas ao mercado de trabalho formal. Data-se dessa mesma década, a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP).

Na conjuntura dos anos 1930, Getulio Vargas, através de sua política trabalhista, buscava ao mesmo tempo, controlar as greves e os movimentos operários e estabelecer um sistema de seguro social. Criou o Ministério do Trabalho e o sistema de seguro foi paulatina e sucessivamente implementado através de Institutos de Previdência Social para categorias de trabalhadores como marítimos, estivadores, bancários e industriários (FALEIROS; 2002 p. 45).

Conforme ainda o mesmo autor, diante de tamanha disparidade em relação a direitos, os trabalhadores das fabricas, os rurais e a grande massa de desempregados não ficaram de braços cruzados continuaram na luta por reconhecimento enquanto classe, no entanto as respostas que a muito tempo eram esperadas só aconteceram de fato após a Segunda Guerra Mundial a partir da década de 1940.

Segundo Faleiros (2002), o governo de Getulio Vargas durante as primeiras décadas do século XX, foi de grandes avanços em relação às políticas sociais, porém não atendeu de forma igualitária a todas as categorias, fez-se prevalecer em primeiro lugar os interesses políticos. Assim, podemos dizer que as políticas sociais foram distribuídas num primeiro momento de forma fragmentada e em detrimento do controle sobre as classes trabalhadoras. Ressalta-se que foi ainda nesse período que se deu a criação das seguintes instituições: a criação do Serviço de Assistência ao Menor (SAM), em 1941; da Legião Brasileira da Assistência (LBA), em 1942; a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), em 1943 entre outros.

A constituição de 1946 foi uma das mais democráticas do país, chegando até a retirar o Partido Comunista da ilegalidade. O período 1946-1964 foi marcado por uma forte disputa de projetos e pela intensificação da luta de classes. A burguesia brasileira encontrava-se muito fragmentada e a maior expressão disso eram suas organizações político-partidárias, divididas entre a União Democrática Nacional (UND), o Partido Social Democrático (PSD), e o Partido Trabalhista Brasileiro (PTB) (BEHRING; BOSCHETTI, 2006, p. 109).

O Brasil nesse momento adentra numa nova era quando há o fortalecimento dos movimentos sociais onde vários segmentos se unem em prol de reivindicações por melhores condições de vida e emprego, entre os quais podemos destacar: sindicalistas, trabalhadores rurais componentes da ligas camponesas, estudantes setores da igreja católica, intelectuais e etc., (PINSKY; 2003:483).

Com o golpe militar de 1964, há uma mudança expressiva em relação à manutenção dos direitos sociais antes conquistados. De meados dos anos 60 até o final da mesma década, porém, outras conquistas foram alcançadas. Conforme afirmativas de Pinsky (2003) em 1966 criaram-se o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), na previdência, e no mesmo ano o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), unificando os demais institutos, antes distribuídos por categorias profissionais. Posteriormente em 1970 “trabalhadores rurais, autônomos e empregados domésticos, setores até então excluídos do sistema de cidadania regulada, foram finalmente incorporados à Previdência” (PINSKY; 2003:485).

Vale ressaltar que nesse contexto de garantias e desmanches de direitos, o Brasil vivenciou também momentos que ficarão marcados para sempre na memória dos brasileiros, no que se refere a seguinte questão:

A ditadura se caracterizou por forte censura, ausência de eleições, controle do Congresso Nacional pelo poder militar, então no executivo, e repressão violenta aos opositores, considerados subversivos por lutarem, de forma armada ou não, pela derrubada do sistema autoritário e sua substituição pelo sistema democrático e/ou socialista. Dezenas de brasileiros foram presos, torturados, exilados, mortos, desaparecidos (FALEIROS; 2002 p. 47).

Conforme afirmativas de Faleiros (2002) no início da década de 1970 o país passou por um momento de grandes contradições, se tinha acesso ao mercado de trabalho, porém, se vivia em plena fase de arrocho salarial. Foi também nesse momento que a Previdência Social expandiu seus benefícios a diversas categorias de trabalhadores como: rurais, domésticos, jogadores de futebol e ambulantes. A criação nessa mesma década do Ministério da Previdência e Assistência Social se deu em virtude da unificação de várias outras instituições, LBA; CEME; Dataprev e etc., vindo posteriormente a se confirmar da seguinte forma:

O sistema foi unificado em 1977, com criação do Sistema Nacional de Assistência e Previdência Social – (SINPAS) que compreendia, além do INPS, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social- (INAMPS) e o Instituto Nacional de Administração da Previdência Social- (IAPAS). Nesse mesmo ano, foi regulamentada a Previdência Privada (FALEIROS; 2002 p.48).

Ainda conforme o mesmo autor, no final desta década, outras medidas referentes a criação de políticas sociais já se instalavam, no entanto mais uma vez a prioridade caía sobre a

classe mais abastada, quando se tem através do Banco Nacional da Habitação- (BNH) a política de financiamento habitacional favorecendo a classe média para que tenham acesso a compra da casa própria em detrimento de uma classe pobre que permanecia marginalizada, recebendo do governo os mínimos possíveis.

Após os 20 anos de ditadura militar, adentramos a década de 1980 ainda carregando as marcas de um regime repressor, e seus resultados foram o empobrecimento generalizado na America Latina, principalmente no Brasil, esta crise foi marcada principalmente por:

Crise dos serviços sociais públicos num contexto de aumento da demanda em contraposição à não expansão dos direitos; desemprego; agudização da informalidade da economia; favorecimento da produção para exportação em detrimento das necessidades internas. Ou seja, características regionais preexistentes à crise da dívida foram exarcebadas no contexto dos anos 1980, quando a estagnação chega a periferia, fazendo cair os índices de crescimento, deslegitimando os governos militares e dando fôlego às transições democráticas, tendo como sua maior expressão o endividamento (BEHRING; BOSCHETTI, 2008, p.139).

De acordo com Faleiros (2002), mesmo diante desse cenário de crise, os atores sociais, de diversas áreas, se reorganizam em um movimento social, na busca de um mesmo objetivo, a instauração de uma nova democracia de um novo cenário político. Essa mesma visão é defendida por Boschetti (2006), “nesse momento constitui-se uma Articulação Nacional de Entidades pela Mobilização Popular na Constituinte, reunindo personalidades e partidos políticos com os movimentos sociais, assumindo compromissos democráticos”.

Em 1988 foi promulgada a nova constituição que, simbolicamente, marcou o restabelecimento do Estado democrático. Contrariando a praxe, os direitos fundamentais aparecem nos títulos iniciais, como que a marcar a centralidade dos mesmos na ordem que, então, se fundava (PINSKY; 2003 p. 187).

Muitos dos direitos garantidos na constituição de 1988 só se efetivaram de fato nos anos 1990. “Alguns trabalhos mostram o processo de luta, a participação dos sujeitos políticos, profissionais e de usuários, e que foram decisivos para a formatação legal dos direitos sociais no Brasil, pela primeira vez sob inspiração Beveridgiano” (BOSCHETTI; 2006).

As reformas levadas a efeito, sobretudo durante o primeiro mandato de Fernando Henrique Cardoso (1994-1998), incluíram a privatização das empresas estatais, regulamentação da concessão de serviços públicos para a iniciativa privada, como transporte e eletricidade, revisão dos cerceamentos constitucionais ao capital externo, além de mudanças na Previdência Social, como fim da aposentadoria por tempo de serviço, e propostas de flexibilização e desregulamentação da compra e venda da força de trabalho (PINSKY; 2003 p.489).

Nesse mesmo período a Previdência Social passou por uma reforma também em relação a aposentadorias, na medida em que diante das afirmações de Faleiros (2002), “para

se ter direito a aposentadoria, agora, são necessários 30 anos de contribuição para mulheres e 35 para homens. Aos 65 anos (homens) e aos 60 (mulheres) è garantida uma aposentadoria nos termos da leia”.

1.2 A Política de Saúde no Brasil

No Brasil colônia do século XIX não se tinha definido ainda um modelo de saúde, não havia abertura para se criar centros de ensino superior e muito menos se ouvia falar em algum tipo de atividade que se compreendesse como sendo medicina.

Em meados deste mesmo século com a chegada dos portugueses ao Brasil, criaram-se as primeiras academias, no Rio de Janeiro e na Bahia, que depois foram transformadas nas duas primeiras escolas de medicina do país (CONASS, 2007). Isso se deu num momento onde grande parte da população dependia de ações de saúde de cunho assistencialista, prestadas através das entidades filantrópicas ou privadas.

Esse período histórico pode ser caracterizado como um momento em que no país, a principal atividade da população girava em torno da agricultura e tinha-se como base de sustentação da economia a agro-exportação cafeeira. A atenção do Estado nesse momento era voltada apenas para o funcionamento e manutenção deste setor agro-exportador.

As alterações ocorridas na sociedade brasileira a partir da década de 1930 têm como indicadores mais visíveis o processo de industrialização, a redefinição do papel do Estado, o surgimento das políticas sociais além de outras respostas às reivindicações dos trabalhadores (BRAVO, 2001, p. 3).

Diante do processo de industrialização, milhares de famílias passaram a viver em condições insalubres principalmente pela não adaptação ao novo modelo de produção capitalista que hora se instalava, a massa de trabalhadores desempregados ia aumentando cada vez mais, gerando um aglomerado de pessoas muito intenso nos grandes centros urbanos, que possivelmente contrairiam vários tipos de doenças devido às péssimas condições de sobrevivência em que se encontravam.

As políticas sociais introduzidas no Brasil no inicio do século XX, tinham como prioridade a atuação na área da saúde, pois já se tinha por parte do Estado a consciência da emergência de se criar medidas, capazes de mudar uma realidade onde as epidemias tomavam

conta da população, doenças infecciosas como varíola, malária, febre amarela e etc., esse quadro teve rebatimentos para toda a coletividade e conseqüentemente, atingiu também o comércio exterior, pois os navios estrangeiros não queriam mais adentrar no país com medo de contrair as doenças.

Embora o quadro de morbidade e mortalidade brasileiro, nesse período, fosse decorrente de doenças infecto-contagiosas, parasitárias epidêmicas, transmissíveis e outras, conseqüência do péssimo padrão de vida, foram as doenças que ameaçavam o modelo agro-exportador que ganharam maior atenção do Estado (ROCHA, 2008, p. 3).

De acordo com Bravo (2001) na década de 1920, a discussão acerca do assunto sobre saúde pública no Brasil, começam a ganhar espaço quando se colocam na pauta principal as questões de higiene e saúde do trabalhador, discussões que em 1923 se convertem na criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões - (CAPs), através do Instituto Previdenciário as quais se caracterizam como Lei Eloi Chaves.

Os serviços oferecidos pelas CAPs atendiam apenas algumas categorias de profissionais de acordo com suas contribuições, ou seja, se tinha um modelo de medicina corporativista que favorecia especialmente os trabalhadores contribuintes que estivessem diretamente ligados ao setor exportador como: marítimos, ferroviários e estivadores, sendo outros setores, incorporados somente na década de 1930.

Até os anos 1930, não existia uma política nacional de saúde, sendo que a intervenção efetiva do Estado inicia-se naquele momento, a partir de dois eixos: a saúde pública e a medicina previdenciária, ligada aos IAPs, para as categorias que tinham acesso a eles. A saúde pública era conduzida por meio de campanhas sanitárias coordenadas pelo Departamento Nacional de Saúde, criado em 1937. Há também o desenvolvimento da saúde privada e filantrópica, no que se refere ao atendimento médico-hospitalar (BRAVO, 2000).

Posterior a criação do Departamento Nacional de Saúde, se dá a contratação de guardas sanitárias para atuarem nas campanhas de vacinação com o intuito de erradicar as epidemias. Há também investimento na propaganda e na educação sanitária sobre a importância dos cuidados com a saúde.

Com a entrada de Getúlio Vargas na presidência nos anos 1930, várias reformas são concedidas, além das CAPs- Caixas de Aposentadorias e Pensões, criam-se também o Departamento Nacional de Saúde, posteriormente as CAPs cedem lugar aos IAPs - Instituto de Aposentadorias e Pensões um novo modelo que surge com o intuito de integrar mais trabalhadores ao sistema e quando as contribuições seriam agora controladas também pelo Estado.

Diante desse contexto, tentou-se organizar um modelo de saúde dividido em dois pilares: o de saúde pública e o de medicina previdenciária Bravo (2001), onde o primeiro foi “predominante até meados da década de 1960 e centralizou-se na criação de condições sanitárias mínimas para as populações urbanas e, restritamente, para as do campo”.

A situação da saúde da população, no período de 1945 a 1964 (com algumas variações identificadas principalmente nos anos de 50, 56 e 63, em que os gastos com saúde pública foram mais favoráveis, havendo melhoria das condições sanitárias), não conseguiu eliminar o quadro de doenças infecciosas e parasitárias e as elevadas taxas de morbidade e mortalidade infantil, como também a mortalidade geral (BRAVO; 2001 p. 5).

A autora enfatiza que, apesar dos investimentos na saúde, estes não foram suficientes para acabar de vez com o quadro existente à tanto tempo. É a partir daí que ocorre a vinculação do Estado com o setor privado, através de convênios que vão priorizar não o atendimento, mas sim o lucro que se pode ter através destes.

Com as ações do governo voltadas mais para o setor privado, aqueles que podiam construir hospitais e elevaram seus níveis de vida e construíram grandes fortunas. O modelo de saúde adotado por essas instituições estavam voltadas apenas para a cura de doenças, não se tinha nem um tipo de preocupação com a prevenção.

A instauração da ditadura militar na década de 1960 culminou com um aumento considerável dos problemas na estrutura socioeconômica e política em detrimento da questão social.

Em face da “questão social” no período de 64/74, o Estado utilizou para sua intervenção o binômio repressão-assistência, sendo a política assistencial ampliada, burocratizada e modernizada pela máquina estatal com a finalidade de aumentar o poder de regulação sobre a sociedade, suavizar as tensões sociais e conseguir legitimidade para o regime, como também servir de mecanismo de acumulação do capital (BRAVO; 2001 p. 6).

O setor de saúde privada teve privilégios nesse período os quais se classificam com as seguintes características:

Ênfase na prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, e articulação do Estado com os interesses do capital internacional, via indústrias farmacêuticas e de equipamento hospitalar; interferência estatal na previdência, desenvolvendo um padrão de organização da prática médica orientada para a lucratividade do setor saúde, propiciando a capitalização da medicina e privilegiando o produtor privado desses serviços. (TEIXEIRA, 1986).

A hegemonia do setor privado permaneceu durante uma década, porém, em meados dos anos 1970 em meio à crise econômica que se instalava o governo se viu obrigado a formular políticas públicas abrangentes em todos os setores. No que se refere a saúde, pode-

se considerar que as mudanças ocorrem devido às reivindicações advindas da população, principalmente dos profissionais da área de saúde. “o final dos anos 70 é marcado pela retomada de movimentos sociais impulsionados pelos mais diversos atores sociais: associações de profissionais, sindicatos da classe, setores do corpo técnico dos serviços públicos e etc.” (ROCHA E CESAR 2008; p.106).

A organização desses profissionais deu início ao projeto de Reforma Sanitária que visava transformar-se em ganhos para a população, se tinha como principal objetivo buscar alternativas possíveis de mudanças no setor de saúde capazes de atender a população em âmbito nacional. De acordo com Bravo (2001) foi a partir desse projeto que “a saúde deixou de ser interesse apenas dos técnicos para assumir uma dimensão política estando estreitamente vinculada à democracia”.

A década de 1980 ficou caracterizada como sendo um dos momentos onde se deu maior abertura para se discutir sobre a problemática acerca do sistema de saúde que havia sido instalado nas décadas anteriores. Em março de 1986 aconteceu a VIII Conferência Nacional de Saúde, a qual se realizou em Brasília – Distrito Federal e, contou com a participação de diversos segmentos da sociedade, onde a temática principal era sobre a organização institucional do setor de saúde.

Essa conferência se configura como sendo o marco mais importante na trajetória da política de saúde no país, pois serviu de base para a negociação dos defensores da Reforma Sanitária no processo constituinte, os quais defendiam os seguintes ideários:

Democratização do acesso à universalidade das ações; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através do Sistema Unificado de Saúde; visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas Estadual e Municipal e o controle social através dos conselhos (BRAVO; 2001 p. 9).

Conforme a autora, a promulgação da Constituição Federal de 1988 vem afirmar a abrangência dos Direitos Sociais frente aos diversos processos percorridos até à conquista destes, é entendido também como forma de enfrentamento às diversas formas de desigualdade e exclusão, existentes na sociedade.

No que se refere à saúde, apesar da clareza das propostas apresentadas não houve muitos avanços quanto a execução do projeto devido: “a fragilidade das medidas reformadoras em curso, a ineficácia do setor público, as tensões com os profissionais de saúde e a reorganização dos setores conservadores contrários à reforma que passam a dar a direção no setor, a partir de 1988” (BRAVO; 2001).

As propostas de mudanças para o setor de saúde inscritas na Constituição Federal de 1988, a partir da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), serão tratadas mais detalhadamente no próximo capítulo, quando se dará uma ênfase geral desde sua criação e implantação até os dias atuais.

CAPÍTULO II - CONSIDERAÇÕES ACERCA DA IMPLANTAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS

Para se obter uma melhor compreensão acerca da implantação e normatização do Sistema Único de Saúde (SUS) criado a partir da Constituição de 1988, faz-se necessário uma breve análise sobre os marcos mais importantes ocorridos na trajetória dessa política, desde os anos de 1970 com o movimento de Reforma Sanitária, a democratização na entrada dos anos 1980, e as várias mudanças ocorridas até a atualidade.

De acordo com Mendes (1994) até a década de 1960 prevaleceu na sociedade brasileira, o modelo de saúde sanitaria campanhista. Com o processo de Industrialização crescente dos anos 1950, houve alteração nesse quadro em virtude do grande número de trabalhadores concentrados nos grandes centros urbanos, assim, tem-se por parte do Estado a consciência da importância de um sistema de saúde não mais voltado para os espaços de circulação de mercadorias e sim, com a saúde do trabalhador para que estejam aptos a se manter inseridos no mercado de trabalho. É a partir daí que se dá abertura para a medicina privatista.

No início da década de 1960, adota-se a proposta de se ter no país um modelo de Seguridade Social, criaram-se assim a Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS) que posteriormente vai unificar todos os benefícios anteriormente existentes como, por exemplo, os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) criados até então por categorias profissionais, estes cedem lugar ao Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) o qual vai abranger grande parte da população.

No início da década de 1970, criou-se o Programa de Assistência ao Trabalhador Rural através do FUNRURAL, o qual possibilita a essa classe, a filiação e o acesso aos benefícios oferecidos pela Previdência Social, posteriormente se dá a inclusão também dos empregados domésticos e dos autônomos.

Ressalta-se que mesmo havendo abrangência dos serviços oferecidos pela Previdência Social nesse período, era possível se perceber a grande diferenciação existente de acordo com a categoria, isso dá menção ao que o autor classifica como “universalização excludente das políticas de saúde” (Mendes, 2004).

Pode-se apontar como características desse modelo médico-assistencial as seguintes questões:

A extensão da cobertura previdenciária de forma a abranger a quase totalidade da população urbana e rural; o privilegiamento da prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, em detrimento da saúde pública; a criação, através da intervenção estatal, de um complexo médico-industrial e o desenvolvimento de um padrão de organização da prática médica orientada em termos de lucratividade do setor saúde propiciando a capitalização da medicina e privilegiamento do produtor privado destes serviços (MENDES; 2004 p.22).

Vale lembrar que nesse período foram incorporados vários planos ao sistema previdenciário, dentre os quais se podem destacar o Plano de Pronto Ação- (PPA) o qual se configura da seguinte forma: “reorganiza as relações da Previdência Social com diferentes prestadores através de formas de pagamento distintas: contratos e credenciamentos por serviços prestados e convênios por subsídio fixo” (Mendes, p.23).

Conforme o autor, esse plano é responsável pelo “crescimento embrionário de uma nova modalidade assistencial que surgia, a medicina de grupo, viabilizada a partir do convênio-empresa”.

O convênio-empresa constitui uma nova forma de relacionamento entre a Previdência Social e a empresa contratante que passa a responsabilizar-se, direta ou indiretamente, pela atenção médica a seus empregados, recebendo em troca um subsídio da Previdência. Esse modo de relação destinava-se a uma clientela específica, isto é, à mão-de-obra das empresas maiores e, portanto, atingia um operariado mais qualificado e com melhor padrão organizativo (MENDES; 2004 p.24-25).

A partir desse convênio se deu a criação em 1975 da lei, 6.229 “que institucionalizou o modelo médico-assistencial privatista definindo as competências das instituições públicas e privadas e propondo mecanismos de integração e coordenação” (MENDES, 2004, p.25).

Em 1977 criou-se o Sistema Nacional de Previdência Nacional- SINPAS, com o objetivo de organizar o sistema previdenciário, mais tarde criou-se o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social- INAMPS. Segundo Mendes (2004) foi todo esse conjunto de políticas públicas criado na década de 1970 que serviram de subsídio na legalização jurídica do modelo médico-assistencial privatista predominante nesta década.

A partir da insatisfação da população “usuários, profissionais de saúde e prestadores de serviços”, que na segunda metade da década em questão, surge dentro das universidades de medicina o discurso sobre reforma das práticas no sistema de saúde vigente, é desse propósito que nasce o movimento de Reforma Sanitária, o qual irá se fortalecer com a transição democrática da entrada dos anos 1980.

O termo movimento pela reforma sanitária denomina a ação de vários partidos, organizações profissionais e movimentos populares que buscam elaborar uma política de saúde de caráter universal, com uma concepção ampliada de saúde que se

expresse em termos de direito social, de componente de cidadania (ROCHA; CESAR, 2008, p.108).

Com a entrada dos anos 1980, após vinte anos de ditadura militar o Brasil adentra a era da democratização. Há nesse momento maior abertura para se formular ações que possam favorecer a população com um novo modelo de saúde.

Com o fim do regime militar se dá abertura na primeira metade dessa década para a eleição direta, percebem-se novas possibilidades, apesar da crise econômica e estrutural que o país vem vivenciando desde a década anterior. Porém, pode-se dizer que para a política de saúde esse foi um dos momentos mais importantes de sua história, quando se fortalece o movimento de Reforma Sanitária, o qual ganha espaço para ser discutido na VIII Conferência Nacional de Saúde em março de 1986, foi a partir do relatório elaborado nesta conferência que se deu o nascimento do Sistema Único de Saúde- (SUS) aprovado pela Constituição Federal de 1988. Vale ressaltar que o projeto de reforma sanitária elaborado aqui no Brasil, teve como inspiração a conferência de Alma-Ata em 1978.

De acordo com Bravo (1991), o projeto de Reforma Sanitária discutido nessa conferência, tinha como objetivo principal a implantação de um sistema de saúde em que toda a população fosse contemplada, assim pode-se considerar que este, é o resultado de várias “lutas e mobilizações dos profissionais de saúde, articulados ao movimento popular”.

Essas idéias provinham de diferentes atores com diferentes formas de inserção social: intelectuais e pesquisadores da área de saúde, profissionais dos serviços de saúde, tecnoburocracia governamental do setor, movimentos sociais organizados: associações profissionais e de classe, associações de moradores, clube de mães e outros de origem popular (ROCHA; CESAR, 2008, p.108).

É relevante destacar que, a princípio, o resultado das discussões ocorridas na Conferência de 1986 se converteu na criação de outro modelo de assistência à saúde, o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde- (SUDS) o qual era conveniado com o INPS e que foi o suporte para as discussões sobre a temática de saúde na constituinte, dando lugar mais tarde ao SUS.

De acordo com a Constituição Federal de 1988, o SUS foi definido pelo artigo 198, através do qual as ações de saúde no Brasil ganham um novo modelo de distribuição, passam a ser universais, visando à integralidade, devendo o poder público Municipal e Estadual garantir à população programas de saúde para que venham atender as suas reais necessidades.

O artigo 196 cita que: “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros

agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Conselho Nacional de Secretários de Saúde- CONASS, 2007 p. 34).

A Lei n. 8.080/90 institui o Sistema Único de Saúde, constituído pelo 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. A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde em caráter complementar (CONASS, 2007).

Ressalta-se que um dos momentos mais marcantes do SUS foi, quando em 19 de setembro de 1990 criou-se a Lei Orgânica da Saúde- (LOS) lei de nº. 8.080/90 a qual “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços” (BRASL, MINISTÉRIO DA SAÚDE).

“De acordo com o artigo 1º, esta lei regula em todo território nacional, as ações e serviços de saúde, executados, isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado”.

Posterior a essa lei, foi criada também em 28 de dezembro de 1990 a lei 8.142, a qual dispõe sobre a participação da comunidade no acompanhamento das políticas e ações de saúde através das conferências e dos conselhos, as conferências ocorrem a cada quatro anos, com o objetivo de propor as diretrizes para a formulação das políticas de saúde nos níveis correspondentes e os conselhos são canais de participação coletiva na criação de novas relações entre governo e cidadãos na construção de um processo permanente de interlocução.

De acordo com a Constituição Federal de 1988, o SUS tem como princípios organizativos: a descentralização político-administrativa, que se caracteriza por ser o momento no qual os Municípios e Estados passam a ser vistos como ente- federado com autonomia para planejar, formular e executar suas ações, os recursos financeiros são repassados da união para os municípios de acordo com as necessidades apresentadas. O atendimento integral, o SUS deve assegurar a toda população medidas preventivas de saúde, não devendo deter-se somente ao atendimento as pessoas doentes, mas principalmente a prevenção dessas doenças. A integralidade é entendida como um conjunto contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos de acordo com a exigência de cada caso e do seu nível de complexidade, o cidadão deve ser visto como um todo e não somente como um portador de uma doença específica.

É relevante sublinhar também os principais objetivos do SUS que de acordo com a LOS são: a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde; formulação da política de saúde e a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com realização integrada das ações.

De acordo com o Art. 5º da LOS, esses incisos se constituem como a base fundamental para operacionalização do SUS, levando-se em conta que o conceito tradicional de saúde que permaneceu por muitos anos, se definia como a ausência de doenças, conceito que ganhou outro discurso a partir da Organização Mundial de Saúde - OMS, a qual caracteriza a saúde como um completo bem estar físico, mental e social, passa-se assim, a haver uma preocupação não tão somente com a parte física e mental dos indivíduos, mas também com o meio social no qual ele está inserido.

Segundo o Art. 6º da LOS, a prevenção e o tratamento de doenças está relacionado aos seguintes fatores: a vigilância nutricional e orientação alimentar; moradia; saneamento básico; meio ambiente; trabalho; renda; educação; transporte; lazer e acesso aos bens e serviços essenciais; inclusive as unidades de saúde ao nível de prevenção e imunização.

De acordo com o parágrafo primeiro do mesmo artigo, a Vigilância Sanitária é entendida como um conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos a saúde, como também intervir direta ou indiretamente nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde abrangendo: o controle de bens de consumo que direta ou indiretamente se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo. A Vigilância Epidemiológica, que de acordo com o parágrafo segundo do mesmo artigo, pode ser entendida como um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle de doenças.

Sublinhe-se que a hegemonia do projeto neoliberal adotado pelo presidente Fernando Collor de Melo do início da década de 1990, colocou em cheque muitas das ações contidas nas duas leis que regem o SUS, cabe lembrar que foi ainda na gestão do referido presidente, que se deu através do Ministério da Saúde a exigência de se baixar portarias com o objetivo de centralizar e controlar o repasse de recursos para o setor de saúde. É nesse momento que se cria a primeira Norma Operacional Básica, ou seja, a NOB 1/91 de 31/12/1992, no entanto, essa norma não se fez cumprir devido ao intenso movimento dos secretários de saúde, porém, logo no ano seguinte se criou a NOB 1/93.

Preocupada em garantir a implantação do SUS e do processo de descentralização, a norma em questão estabeleceu um sistema de transmissão com diferentes níveis de responsabilidade por parte dos municípios e estados (gestão incipiente, parcial e semiplena e parcial e semiplena, respectivamente); estabelece, ainda, como fórum

permanente de negociação e deliberação, as Comissões Tripartite e Bipartite (ROCHA; CESAR; 2008,p.111).

A NOB SUS 93 de acordo com os autores foi de grande relevância na implantação do processo de descentralização quando através desta, criou-se um novo sistema de divisão de responsabilidades entre as três esferas de governo, o qual se encontra em vigor até os dias de hoje.

2.1 O Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS

A política de saúde na primeira metade dos anos 1990 em consequência dos graves problemas de ordem estrutural e política passaram por diversas fases, no entanto, pode-se considerar que foi também nesse período que se deu a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde- PACS, o qual foi de extrema importância para a consolidação da tão esperada atenção primária do atendimento à saúde.

De acordo com Viana (1998) as primeiras experiências de implantação do PACS se deram nos Estados do Paraná, Mato Grosso do Sul e Ceará sendo que nos dois primeiros Estados, as atividades eram desenvolvidas de forma isolada e focalizada, enquanto que no Ceará se desenvolveu como política estadual.

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. Porém, a partir da experiência acumulada pelo estado do Ceará com o Programa de Agentes Comunitários ali implantados, houve a percepção, pelo próprio Ministério da Saúde, de que os agentes poderiam também ser peça importante para a organização do serviço básico de saúde no município (VIANA; 1998 p.18).

O PACS se caracteriza como um programa de saúde com centralidade na família, objetivando desenvolver ações de modo a não “esperar a doença chegar para poder tratar” Viana (1998), os profissionais desenvolvem ações que vão desde a prevenção à integração com o propósito de criar vínculos de confiança e de cooperação entre profissionais e usuários no intuito de obter bons resultados dos serviços prestados.

Ainda segundo a autora, a criação do PACS pelo Ministério da Saúde para atuar nos municípios foi um dos fatores que contribuiu para a implementação do SUS, pois à medida que se implantasse esse programa em determinado município, passava a haver necessidade de funcionamento do Conselho Municipal de Saúde, o qual é uma das determinações inscritas em uma das leis que regulamentam o SUS a lei 8.142 de 1990. Além dos conselhos exigia-se também a criação de uma Unidade Básica que servisse de referência para a adesão dos serviços e a criação de um órgão municipal para recebimento dos repasses, para a manutenção do programa. O PACS ficou conhecido como uma das primeiras estratégias de reorganização das ações locais de saúde criadas através do SUS.

Ressalte-se, entretanto, que não foi apenas o fato de ter definido essa estratégia de implantação que fez do programa um instrumento de reorganização do SUS, mas também o grau de articulação que esse desenvolveu com os diferentes níveis do sistema (estadual e municipal), além do papel desempenhado pelos atores participantes do processo de implementação do programa (agentes e comunidade) (VIANA; 1998 p. 19).

A reunião que ocorreu em Brasília nos dias 27 e 28 de dezembro 1993 entre Secretários de Saúde dos mais diversos Estados foi mais um passo importante para a consolidação da atenção básica, quando o tema central das discussões girava em torno da família. A referida reunião foi uma resposta do Ministério da Saúde as reivindicações dos Secretários de Saúde que tinham naquele momento a intenção de ampliar os serviços da Atenção Básica, para isso precisavam do apoio financeiro que iria possibilitar a contratação de outros profissionais e com isso, a expansão do PACS.

A reunião de dezembro esteve assentada na discussão de uma nova proposta. Partia-se do êxito do PACS, por um lado, e da necessidade de incorporar novos profissionais, para que os agentes não funcionassem de forma isolada, por outro. Cabe salientar que a experiência do Ceará (de supervisão do trabalho do agente pelo enfermeiro) foi um primeiro passo no processo de incorporação de novos profissionais. Outro referencial importante nessa reunião foi a experiência de Niterói, com o Programa Médico da Família (VIANA, 1998, p.20).

Conforme ainda Viana (1998), a referida reunião serviu para reunir técnicos das quatro regiões: Sul e Sudeste, Norte e Nordeste, rompendo com o anonimato do PACS que antes era conhecido apenas nas duas últimas regiões. Serviu também para que houvesse troca de experiências (como o Programa Médico da Família em Niterói, Rio de Janeiro) entre os técnicos, além do incremento de novas idéias para ações posteriores.

2.2 O Programa de Saúde da Família – PSF

O resultado desse encontro que colocou PACS na evidência nacional surgiu então a proposta de criação do Programa de Saúde da Família - PSF e, desde então se criou na Fundação Nacional de Saúde, a Coordenação de Saúde da Comunidade - (COSAC).

O primeiro documento do programa data de setembro de 1994 (Brasil, 1994). A concepção do programa, segundo esse documento, é de fazê-lo um instrumento de reorganização do SUS e da municipalização, definindo que sua implantação ocorrerá, prioritariamente, nas áreas de risco (VIANA, 1998 p.20-21).

Conforme afirmativas do referido documento, o convênio firmado entre o Ministério da Saúde, Estados e Municípios, a implantação do Programa Saúde da Família- (PSF), deve obedecer aos seguintes critérios: interesse da comunidade, necessidades locais de saúde, oferta de serviços, estudo da demanda, existência de apoio diagnóstico terapêutico e disposição da administração municipal.

Em 1995 o PSF é transferido da Fundação Nacional de Saúde- (FNS) para a Secretaria de Assistência a Saúde- (SAS) isso se deu, segundo Viana (1998) pelas seguintes razões:

O sucesso do PACS, não só em resultados, como também no desenvolvimento de novas práticas e novas abordagens profissionais (agente com supervisão de enfermagem); a experiência do Programa Médico da Família e a implantação da estratégia da Comunidade Solidária (que na área da saúde selecionou o PACS e o PSF como instrumentos de consecução de suas estratégias)(VIANA, 1998).

De acordo com a autora, a junção dos dois programas e sua expansão a partir da década de 1995, culminou com a formulação da NOB- 1/96 que define os papéis do Estado e do Município. Essa norma foi fundamental para a definição pelo Ministério da Saúde na organização e distribuição de deveres das três esferas de governo.

A partir das propostas contidas na NOB-96 mudaram-se no PSF antigas formas de funcionamento, quando se pode citar que desde sua criação o repasse financeiro era feito de acordo com os procedimentos realizados, ou seja, era feito o pagamento por procedimento. Com a efetivação da NOB-96 em 1998 os repasses passaram a ser feitos de acordo com os critérios estabelecidos pelo Piso de Atenção Básica - (PAB) da seguinte forma:

Municípios com parte fixa do PAB maior ou igual a dez reais e menor que doze reais (incentivo de R\$ 21 mil por ano- por equipe-); municípios com parte fixa do PAB maior ou igual a doze reais e menor que quatorze reais (incentivo de R\$ 19 mil); municípios com parte fixa do PAB maior ou igual a quatorze e menor que dezesseis (incentivo de R\$ 17 mil); municípios com parte fixa do PAB maior ou igual a dezesseis e menor que dezoito (incentivo de R\$ 15 mil) (VIANA; 1998, p.24).

Através dessas definições, foi que se criou em 2001 a Norma Operacional de Assistência a Saúde- (NOAS/SUS/ 01/2001, “que ampliou as responsabilidades do Município quanto a atenção básica e definiu o processo de regulamentação da assistência.

A partir de 2002, a normalização da saúde passou a ser efetuada através do Pacto pela Saúde, que se define como um conjunto de reformas necessárias ao SUS que deve ser pactuado pela União, Estado e Município, a fim de se promover inovações nos processos e instrumentos de gestão. Nesse processo de busca de inovações são redefinidas as responsabilidades de cada setor em função da realidade local (ROCHA; CESAR; 2008 p.112).

Ainda de acordo com o autor são prioridades reconhecidas através do pacto: redução da mortalidade infantil e materna, controle de doenças emergentes e endemias, redução de mortalidade por câncer de colo de útero e mama.

Percebe-se que, a junção dos dois programas PACS e PSF se transformou na atenção Básica à Saúde na medida em que na atualidade se reconhece o PSF como “porta de entrada da saúde”, pois suas atividades giram em torno da família através das equipes multiprofissional nas Unidades Básicas de Saúde - (UBS). Cada equipe é responsável pelo acompanhamento de um número exato de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada.

De acordo com o Ministério da Saúde, para que fosse possível a implantação de um PSF em qualquer município, este deverá dispor de uma área adequada, além de um número de habitantes que corresponda aos critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde. Hoje conhecido como Estratégia de Saúde da Família - (ESF) os profissionais vêm enfrentando grandes desafios, porém, sempre buscando se adequar à nova realidade para que possam prestar um serviço de boa qualidade. É relevante citar como prova viva da intenção de mudanças no antigo sistema, a criação do Núcleo de Apoio a Saúde da Família - (NASF), visto como uma das conquistas mais recentes, para dar suporte aos profissionais do PSF.

CAPÍTULO III - TRAÇADO METODOLÓGICO E RESULTADOS DA DISCUSSÃO

3.1 Metodologia

Neste capítulo apresentaremos o resultado da pesquisa a qual tem como objeto de análise da percepção do usuário acerca da implantação do Núcleo de Apoio a Saúde da Família – (NASF). A referida pesquisa foi realizada com os usuários que são atendidos na Unidade de Saúde onde funciona o PSF 14, localizada no bairro Timbaúbas na cidade de Juazeiro do Norte-Ce em maio de 2010. O resultado será divulgado de acordo com as respostas obtidas, através das falas dos usuários.

Para a realização desse estudo a principio utilizou-se a pesquisa bibliográfica correspondente ao assunto em questão, no intuito de obter um conhecimento aprofundado sobre o mesmo. O instrumento de coleta de dados foi à entrevista semi-estruturada. Segundo Marconi, Lakatos (2001) “a entrevista se caracteriza por ser uma conversação efetuada face a face, de maneira metódica, que proporciona ao entrevistador, verbalmente, a informação necessária”.

A metodologia que norteou essa pesquisa foi de natureza documental, descritiva e qualitativa e buscou através das respostas dos usuários descrever as possíveis mudanças ocorridas no Programa de Saúde da Família-PSF a partir da implantação do NASF.

A pesquisa foi realizada com uma amostra de 12 dos usuários que utilizam os serviços do PSF, os resultados serão apresentados através da análise e discussão onde a interpretação da percepção dos usuários do PSF é interpretada para uma melhor compreensão do trabalho do NASF no PSF.

A população investigada foi um universo composto por 12 pessoas entre 20 e 70 anos de idade, de ambos os sexos, os quais fazem parte da população usuária dos serviços

oferecidos pelo Programa de Saúde da Família - PSF e conseqüentemente dos serviços oferecidos pelo NASF.

3.2 Resultados e Discussões

Este estudo teve como objetivo geral analisar a Percepção dos Usuários acerca da Implantação do NASF na cidade de Juazeiro do Norte-CE, para tal, foram entrevistadas 12 (doze) usuários que do PSF que utilizam os serviços do NASF.

Na entrevista, foram solicitados aos usuários temas acerca de suas necessidades, e a frequência na procura pelos serviços do PSF, quais os tipos de procedimentos mais procurados e sobre conhecimentos acerca da implantação do NASF e de seus profissionais e quais as melhorias sugeridas pelos usuários em relação à melhoria no atendimento da equipe.

O NASF foi criado através da portaria 154, de 24 de janeiro de 2008, publicada em quatro de março de 2008, institui a criação do Núcleo de Apoio a Saúde da Família- (NASF), atendendo a uma das maiores reivindicações dos profissionais do PSF. De acordo com a referida portaria, o NASF se caracteriza como um conjunto de ações de saúde destinadas a garantir às pessoas e a coletividade bem-estar físico, mental e social, bem como, ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, quando os profissionais desse programa devem trabalhar em parceria com os profissionais da Equipe Saúde da Família a partir das demandas por estes identificadas.

Ainda segundo a portaria, os profissionais do NASF devem ser cadastrados em uma única unidade de saúde, localizada preferencialmente dentro do território de atuação das ESF às quais estiverem vinculados.

Distribuído nas modalidades 1 e 2, o NASF é composto por profissionais de diversas áreas como: Assistente Social; Educador Físico; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Acumputurista; Médico Ginecologista; Médico Homeopata, Médico Pediatra; Médico Psiquiatra; Nutricionista; Psicólogo e Terapeuta Ocupacional, devendo cada um desses profissionais estar devidamente regularizado pelo Código Brasileiro de Ocupações- (CBO).

A modalidade 1 realiza suas atividades vinculado a no mínimo oito e no máximo vinte equipe de PSF, já a modalidade 2 deve estar vinculado a no mínimo três equipes de PSF. A carga horária dos profissionais do NASF deve ser igual a dos profissionais do PSF contabilizando quarenta horas semanais para que haja o repasse dos recursos federais.

De acordo com o artigo 10 dessa portaria, para a implantação dos NASF são estabelecidos critérios condizentes com a sua categoria: NASF 1- o valor de R\$ 20.000,00 (vinte mil reais) em parcela única no mês subsequente à competência do SCNES com a informação do cadastro inicial de cada NASF 1, que será repassado diretamente do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde e ao Fundo de Saúde do Distrito Federal; e NASF 2- o valor de R\$6.000,00 (seis mil reais) em parcela única no mês subsequente à competência do SCNES com a informação do cadastro inicial de cada NASF, que será repassado diretamente do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde. Já o artigo 11 define como valor do incentivo federal para o custeio de cada NASF, segundo sua categoria: para o NASF 1 o valor e de 20.000,00 (vinte mil reais) a cada mês, repassado diretamente do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde e ao Fundo de Saúde do Distrito Federal; e o NASF 2, o valor é de 6.000,00 (seis mil reais) a cada mês, repassado diretamente do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde.

O anexo I da portaria 154 que regulamenta as ações do NASF, estabelece que sejam ações de responsabilidade de todos os profissionais que compõem o NASF, a serem desenvolvidas em conjunto com as Equipes de Saúde da Família- (ESF): identificar, em conjunto com a ESF e a comunidade, as atividades, as ações e as práticas a serem adotadas em cada uma das áreas cobertas; o público prioritário a cada uma das ações e atuar de forma integrada e planejada, nas atividades desenvolvidas pelas ESF e de Internação Domiciliar, quando estas existirem, acompanhando e atendendo a casos, de acordo com os critérios previamente estabelecidos. Como também desenvolver coletivamente, com vistas à intersetorialidade, ações que se integrem a outras políticas sociais como: educação, esporte, cultura trabalho, lazer, entre outras.

O anexo em questão dispõe ainda das atribuições de cada um dos profissionais que poderão compor a equipe do NASF, cabendo aqui dar destaque às seguintes profissões: o educador físico que atua com ações que propiciem a melhoria da qualidade de vida da população, a redução dos agravos e danos decorrentes das doenças não-transmissíveis, que favoreçam a redução do consumo de medicamentos, a formação de redes de suporte social e que possibilitem a participação ativa dos usuários na elaboração de diferentes projetos terapêuticos. Essa categoria profissional pode desenvolver também suas atividades em caráter

estratégico relacionada à qualidade de vida e à prevenção do adoecimento através da prática de Atividade Física.

As ações desenvolvidas pelo Assistente Social de acordo com a portaria qual sejam: promoção da saúde e de direitos; construir estratégias de fomento e articulação junto às redes de suporte social e de integração (intersectorialidade); mobilização social e política, orientação e enfrentamento nas questões referente: a violência, abuso sexual, álcool e outras drogas.

Os usuários que utilizam os serviços do PSF estão representados pela população que residem em torno do bairro Timbaúbas e estão na faixa etária entre 20 e 40 anos e conforme estabelece o Ministério da Saúde o PSF constitui a porta de entrada da saúde primária. Porém percebe-se que os usuários acima de 60 anos não buscam os serviços do PSF, isto ocorre pelo fato do permanente trabalho que é realizado pelas ESF através de visitas domiciliar, principalmente com relação ao controle da diabetes e da pressão arterial, problemas de saúde que na atualidade se apresentam mais entre as pessoas com mais de 50 anos de idade, ou seja, os idosos.

A faixa etária que mais utiliza os serviços do PSF são as do sexo feminino, e a do sexo masculina é ínfima, percebe-se então, que a demanda do atendimento dos usuários do Programa de Saúde da Família – PSF têm prevalência do sexo feminino. Conforme informações colhidas através das falas, esse resultado mostra que o sexo feminino sobressai ao masculino pela questão de ser a mulher que quando não vai à busca do atendimento para ela mesma, geralmente é para um filho ou até mesmo para o marido, é mais comum se vê a mulher na busca pelos serviços de saúde.

Indicadores recentes do Ministério da Saúde mostram que o índice de morbimortalidade do homem é cada vez mais crescente, esse fato ocorre por que desde a antiguidade se criou na sociedade a questão de gênero, ou seja, o homem com seu machismo enraizado construído socialmente entendem não precisar de cuidados preventivos de saúde, só se utiliza dos serviços médicos na maioria das vezes em casos de urgência nas unidades de média ou alta complexidade (ambulatórios e hospitais) quando se têm disponível na atenção primária, os mesmos serviços que são oferecidos para a mulher. (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1993)

A partir de vários estudos acerca dessa temática se criou através do Ministério da Saúde a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem, “alinhada com a Política Nacional de Atenção Básica – porta de entrada do Sistema Único de Saúde, e com as estratégias de humanização em saúde, e em consonância com os princípios do SUS,

fortalecendo ações e serviços em redes e cuidados da saúde” (BRASIL, MINISTÈRIO DA SAÚDE, 2008).

No que se refere à profissão dos usuários, percebe-se que a maioria são mulheres trabalhadoras do lar, aposentados e outros desenvolvem atividades diversas. Esse fato nos remete a pensar o positivismo do século XIX quando segundo essa tória: “a mulher moderna deveria ser educada para desempenhar o papel de mãe, também uma educadora dos filhos e de suporte do homem para que este pudesse enfrentar a labuta do trabalho fora de casa” (NEDER, 2008, p.31).

Considerando-se que o índice profissional mais alto versa sobre uma atividade relativamente vinculada a mulher, pode-se dizer que na contemporaneidade quando a figura feminina ocupa os mais diversificados cargos no mercado de trabalho, ainda é muito comum encontrar mulheres que se dedicam aos cuidados domésticos e com a família.

Quando perguntado aos usuários acerca da frequência na procura dos serviços oferecidos pelo PSF à maioria utilizam com frequência, enquanto, somente a minorai procuram os serviços em casos específicos.

Nos sistemas fragmentados de serviços de saúde, vige uma visão de uma estrutura piramidal onde os pontos de atenção à saúde devem ser organizados por níveis hierárquicos, segundo uma complexidade crescente que vai de um nível de baixa complexidade, o primário, até um nível de maior complexidade, o quaternário. Essa concepção de sistema hierarquizado, organizado pó nível de atenção segundo uma complexidade crescente, apresenta sérios problemas. Ela fundamenta-se num conceito de complexidade equivocado, ao estabelecer que a atenção primária à saúde é menos complexa do que os níveis secundário, terciário e quaternário (MENDES; 2001,p.16).

Essa análise nos remete a uma reflexão acerca da procura dos serviços disponíveis no PSF enquanto política pública de saúde, na medida em que não se pratica a tão ensejada universalização, constante na Lei 8.080/90 Lei Orgânica da Saúde - LOS quando pessoas de classe média não procuram o PSF por considerar ser um serviço disponível apenas para as classes pobres.

O tipo de procedimento mais procurado pelos usuários no PSF referente ao serviço a pediatria vem em primeiro lugar, em segundo o atendimento pelo clinico geral e terceiro os serviços para o controle da hipertensão arterial e da diabetes.

Com relação aos serviços médicos, tanto do pediatra como do clinico geral, entende-se que, mesmo com a inserção de outros profissionais para aprimorar os serviços da atenção básica à saúde, os serviços médicos prevalecem como de primeira necessidade nos PSF.

Partindo desse entendimento ressalta-se que:

O PSF remunera o médico diferenciadamente, para atrair melhores profissionais; porém, o sistema formador não está orientado para a formação de médicos generalistas, o que dificulta a contratação desse tipo de profissional e a expansão do programa (VIANA; DAL POZ, 1998, p.2).

Conforme os autores, as escolas de medicina devem incrementar os currículos, para além de formar profissionais com conhecimentos específicos sobre a área de Programa de Saúde da Família, expandir sua abrangência gerando cada vez atendimentos.

Em se tratando do conhecimento dos usuários a respeito da implantação do NASF, a maioria dos entrevistados disse que não conheciam o programa e as minorias disseram já ter ouvido falar, porém não sabia exatamente o que era.

Aqui está o ponto principal da pesquisa, quando se tem a intenção de se saber que mudanças ocorreram no PSF desde a implantação do NASF, como era visto os serviços antes e agora com a chegada de outros profissionais que irão contribuir para uma assistência melhor à saúde

O NASF de acordo com a portaria 154, de 24 de janeiro de 2008 é um programa criado para atuar junto à equipe de saúde da família com o objetivo de melhorar a qualidade de vida das pessoas. A implantação do NASF em qualquer município deve ser definida pelo gestor municipal, “seguindo os critérios de prioridade identificados a partir das necessidades locais e da disponibilidade de profissionais de cada uma das diferentes ocupações”.

Tamanha foi a surpresa quando se ouviu da maioria dos entrevistados não saber da existência desse programa que só tem a somar pontos positivos, pois suas ações são direcionadas principalmente as famílias de modo que se houvesse um conhecimento acerca dos diversos profissionais que compõem a equipe, certamente se teria uma maior procura pelos seus serviços.

Segundo os entrevistados, quando perguntado se conhecem quais os profissionais que compõem a equipe do PSF, todos afirmaram não conhecer os profissionais que compõem a equipe do NASF. Mesmo após ter sido feito uma explanação sobre a criação do NASF, durante a entrevista, foi possível perceber que tanto o NASF quanto a equipe de profissionais do programa permanecem no anonimato.

Levando-se em conta seus já dois anos de existência, percebe-se que não houve divulgação suficiente sobre sua atuação. Entende-se que possivelmente esse fator esteja relacionado a não programação de seus idealizadores, quanto a uma instalação que venha a corresponder a magnitude de sua importância, pois atuando em espaços onde já existem outros programas, como por exemplo, o PSF a população terá maior dificuldade em diferenciar um do outro.

Os usuários que procuram a equipe buscam no próprio PSF, muitos deles afirmam que poucas vezes receberam a visita desses profissionais em sua residência, e quando acontece de receber, eles pensam que são do PSF e não do NASF, como afirma a usuária “A”,

“já foi um fisioterapeuta lá em casa, mais eu pensava que era só do posto, nunca ouvi dizer que tinha esse NASF por aqui”

Em relação à falta de conhecimento acerca da existência do NSF, porém, traz um resultado contraditório, à medida que outros usuários dizem ter sido atendidos por um dos profissionais da equipe, isso mostra que o serviço está sendo prestado, no entanto, as pessoas continuam achando que são profissionais do programa anterior, ou seja, do PSF.

Sobre a importância do NASF para a comunidade foi demonstrado uma indiferença quanto à existência do NASF como descreve a usuária “B”:

“já fui atendida por Assistente Social, se era do PSF ou do NASF, não senti diferença, me atendendo é o que importa”

Essa afirmação se dá pelo fato que se tem uma população acostumada a precisar dos serviços e achar que eles não existem se não for através de pagamento, por tanto, mais uma vez vem a se confirmar a análise de que o que falta realmente é divulgação para tornar público de fato a existência do NASF.

A opinião dos usuários quanto às mudanças ocorridas no PSF a partir da implantação do NASF, a resposta negativa foi unânime. Esse resultado traz uma inquietação no sentido de se buscar estratégias que possam levar aos usuários as informações precisas sobre o que já mudou e sobre o que pode vir a mudar na atenção básica com a presença do NASF, basta haver uma melhor organização na distribuição dos serviços, por outro lado, diante desse resultado pode-se dizer que é preocupante saber que estatisticamente boa parte da população usuária dos serviços, já tenha sido atendida por alguns desses profissionais sem saber da sua verdadeira origem.

A opinião dos usuários em relação à melhoria no atendimento da equipe apontou possíveis sugestões de melhorias no PSF que prevalece na opinião destes, como único programa existente, porém, recheado de falhas. Os entrevistados acham que deve haver mudança no quesito humanização, como fala o Usuário “C”:

“tanto os funcionários, como os médicos deviam ser mais humanos com os pacientes tem uns que num olha nem pra cara da gente deve ter um pouco mais de respeito com as pessoas”.

A maioria dos entrevistados disse que para haver um atendimento de boa qualidade o médico deveria permanecer mais tempo no PSF, pois a pressa para ir embora acarreta quase sempre mau atendimento quando não conseguem nem dizer direito o que estão sentindo e o médico vai logo passando a receita, outros reclamaram da falta de medicamentos, em alguns casos medicamentos de uso contínuo como os de controle da pressão e da diabetes como estão expostos nessa resposta do usuário “D”:

“deve ter mais medicamento minha mãe é diabética e quando eu venho buscar o remédio nunca tem aí eu tenho que comprar sem poder”.

E o usuário “B” afirma ainda que:

“O que falta aqui é os funcionários trabalhar satisfeito, falta pagar os funcionários bem pra eles atender os paciente melhor, pagando bem as pessoas tem gosto de atender”.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com informações da Secretaria de Saúde do município de Juazeiro, sabe-se que o NASF foi implementado nesse município em novembro de 2008. Quando da sua chegada funcionava com 7 (sete) equipes as quais eram distribuídas por número, ou seja, para cada equipe existia uma numeração correspondente. A equipe NASF na qual o estágio foi realizado era a de número 2 (dois), este dava suporte a três equipes de PSF nos bairros Leandro Bezerra, Vila Fátima e Timbaubas, este último foi onde delimito meu objeto de estudo.

Com a implantação do NASF, entendia-se que muito poderia mudar no atendimento à saúde primária, pois há um leque muito extenso de ações que distribuídas de maneira correta somariam ganhos de grande relevância para os usuários. Considerando que se trata de serviços que até sua criação o acesso era possível somente mediante custos financeiros, podemos dizer que o NASF vem contribuir para que a população residente em áreas de maior vulnerabilidade social possa ter mais qualidade de vida.

A partir dessas possibilidades foi que surgiu o interesse em investigar sobre a opinião dos usuários quanto à implantação do NASF, com a real intenção de se fazer um paralelo sobre a qualidade do atendimento do PSF antes e depois da chegada desse programa. Porém, podemos perceber que para a população usuária, mesmo após dois anos de existência do NASF não conseguem ainda perceber alterações em termos de qualidade, quando afirmam não conhecer o programa e quando também apontam diversas falhas no programa anterior, o PSF.

É relevante ressaltar que no início de sua implantação como já foi mencionado antes, o município de Juazeiro do Norte contava com o total de 7 (sete) equipes NASF, no entanto, com a nova gestão municipal esse número caiu para 3 (três), o que possivelmente o tornará

cada vez desconhecido aos olhos da população, como também irá implicar uma diminuição na qualidade dos serviços.

Concluí-se que a partir da pesquisa realizada, que na atualidade quando há vários meios de comunicação os quais possibilitam o acesso das informações acerca dos acontecimentos e das mudanças mais recentes, ainda se tem uma população desinformada, aquém dos acontecimentos e dos serviços que são disponibilizados pelo Estado. É preocupante perceber como as pessoas se direcionam unicamente ao que já existe.

Por essa ótica, percebe-se que existe uma necessidade muito grande da criação de projetos estratégicos, elaborados através da opinião da população e com base nas suas reais necessidades.

Faz-se necessário nesse momento divulgar as ações do NASF dentro do PSF, objetivando uma melhor percepção dos usuários acerca do trabalho que é desenvolvido pela equipe multidisciplinar, como também nas mudanças que este trabalho vem provocando dentro da comunidade e na melhoria da qualidade de vida da população.

Com base no acima exposto, pode-se dizer que a Política de Saúde no Brasil tem no decorrer de sua trajetória passado por várias mudanças, no entanto, pode-se perceber ainda na atualidade um sistema subdividido entre os que têm e os que não têm acesso aos serviços de saúde mesmo com os investimentos do Estado na criação dos programas citados. Nota-se que há uma grande carência de recursos tanto no que se refere à infra-estrutura, material humano, material tecnológico e acesso dos profissionais ao aperfeiçoamento e qualificação profissional, recursos indispensáveis para a realização de um trabalho de boa qualidade.

REFERÊNCIAL

BEHRING, Elaine Rossetti, BOSCHETTI, **Política Social – fundamentos e história**, 5ª ed. – São Paulo: Cortez, 2008.

BRAVO, Maria Inez Souza, **A Política de Saúde no Brasil: trajetória histórica**- In: **Capacitação para Conselheiros de Saúde – textos de apoio**. Rio de Janeiro: UERJ/DEPEXT/NAPE, 2001.

COLEÇÃO PROGESTORES / **PARA ENTENDER A GESTÃO DO SUS** – Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS: Brasília, 2007 – 1ª edição.

FALEIROS, Vicente de Paula. **Natureza e Desenvolvimento das Políticas Sociais no Brasil - O que é política social**. São Paulo: Brasiliense, coleção primeiros passos, 5ª Ed. 1991.

LAKATO, Eva Maria; MARCONI, Maria de Andrade. **Fundamento de Metodologia Científica**- 6. Ed. – São Paulo: Atlas 2005.

MENDES, Eugênio Vilaça, **A Atenção Primária à Saúde no SUS** - Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

NEDER, Gislene, **Ajustando o Foco das Lentes: um novo olhar sobre a organização das famílias no Brasil** - Família Brasileira. A base de tudo - São Paulo: Cortez; Brasília, DF: UNICEF, 2008.

PINSKY, Jaime. História da Cidadania – **Direitos Sociais no Brasil** (org) Ed. Contexto, 2003.

ROCHA, Aristides Almeida; CESAR, Chester Luiz Galvão- Saúde Pública. **Bases Conceituais** – São Paulo: Atheneu, 2008.

VIANA, Ana Luiza D'ávila; DAL POZ, Mario Roberto. **A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família** – In: Revista Saúde Coletiva, Rio de Janeiro: 1998.

LEGISLAÇÃO

BRASIL. **Constituição Federativa do Brasil de 1988**. Brasília/DF: Ministério da Educação, 1989.

BRASIL. Série A. **Normas e Manuais Técnicos - Cadernos de Atenção Básica**, n. 27. Brasília /DF, 2009.

BRASIL. **Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS-** Lei 8.742/93. Ministério da Previdência Social, Brasília/DF, 2001.

BRASIL. **Política Nacional de Assistência Social – PNAS/2004**. Brasília: Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome. 2005.

BRASIL. **Portaria GM N° 154/2008**. <http://www.saude.gov.br>>. Acesso em 21 de julho de 2010.

BRASIL. Lei n° 8.742/93 – **Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS**. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 21 de julho de 2010.

BRASIL. Lei n° 8.080/90 – **Lei Orgânica da Saúde (LOS)**. Disponível em : <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 21 de julho de 2010.

BRASIL. Lei n ° 8.142/90 – Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 21 de julho de 2010.

APÊNDICE

