

**FACULDADE LEÃO SAMPAIO
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL**

MARIA DO SOCORRO FERREIRA COELHO

**AS TRANSFORMAÇÕES OCORRIDAS NO BAIRRO JOÃO CABRAL
– JUAZEIRO DO NORTE - CE A PARTIR DA IMPLEMENTAÇÃO DO
NASF (NÚCLEO DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA) NA
COMUNIDADE.**

JUAZEIRO DO NORTE - CE
JUNHO DE 2010

**FACULDADE LEÃO SAMPAIO
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL**

MARIA DO SOCORRO FERREIRA COELHO

Monografia apresentada ao curso de Serviço Social da Faculdade Leão Sampaio, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel sob a orientação da professora Msc. Gisely Couto de Lima.

JUAZEIRO DO NORTE - CE
JUNHO DE 2010

AS TRANSFORMAÇÕES OCORRIDAS NO BAIRRO JOÃO CABRAL –
JUAZEIRO DO NORTE -CE A PARTIR DA IMPLEMENTAÇÃO DO
NASF (NÚCLEO DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA) NA
COMUNIDADE.

MARIA DO SOCORRO FERREIRA COELHO

Aprovada em ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Msc. Gisely Couto de Lima

Professora Orientadora – FALS

Msc. Naedja Pereira Barroso

Professora Convidada – FALS

Msc. Rose Ane Lucena Lima de Silva

Professora Convidada – FALS

Conceito final: _____

Dedico este trabalho a Deus, força máxima que move o Universo e sem a misericórdia do qual eu não teria atingido meu objetivo acadêmico.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao senhor Jesus cristo, por conduzir todos os meus passos, me proporcionando esse momento tão sonhado, aos que tiveram do meu lado durante toda essa trajetória: Meus pais, minhas irmãs, minhas colegas, aos meus professores que dividiram o seu conhecimento conosco na junção de profissionalismo e humildade, a minha professora orientadora Gizely Couto lima, a minha turma de serviço social, pelas amizades conquistadas e tantos momentos vividos juntos, e especialmente aos meus amigos e amigas, Cláudia Paiva, Selma Chaves e Aron Mota.

“cada dia a natureza produz o suficiente para nossas carências. Se cada um tomasse o que lhe fosse necessário, não haveria pobreza no mundo e ninguém morreria de fome.”

Mahatma Gandhi

RESUMO

O presente estudo teve a intenção de conhecer as transformações ocorridas no bairro João Cabral a partir da implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família- NASF. O estudo pretendeu acompanhar a prática das atividades voltadas para a área da saúde na referida comunidade. Na pesquisa de campo, foi utilizada a metodologia de aplicação de questionário para aquisição quantitativa de dados. Os sujeitos investigados, mediante amostragem, foram habitantes do referido bairro, em número de 20. De forma complementar promoveu-se o acompanhamento e a observação das atividades desenvolvidas pelos profissionais componentes do NASF 1. Em face de resultados obtidos, colheram-se informações importantes acerca: da faixa etária de moradores que têm usufruído dos referidos serviços; o sexo preponderante dentre aqueles que procuram atendimento; o índice de moradores que já recorrem ao NASF; os tipos de atendimentos mais solicitados pela população do bairro; a concepção dos habitantes sobre a suficiência das políticas públicas ofertadas, frente aos problemas de saúde enfrentados por aquela comunidade, bem como quais os principais benefícios da implantação da respectiva política social de saúde. Compreende-se que a saúde pública percorreu longo processo histórico, fato este que se evidenciou em âmbitos mundial e em termos de Brasil, para que a saúde fosse encarada como um dever do Estado. São objetivos almejados, para que se obtenham políticas públicas de saúde eficientes, proporcionando-se a abertura de uma análise apta a conscientizar e transformar.

Palavras-chave: NASF, Política de saúde, Política Social.

ABSTRACT

This study was intended to meet the changes in the neighborhood John Cabral from the implantation of the Nucleus of Support to Family Health-NASF. The study aims to follow the practice of activities related to health in that community. In field research methodology was used a questionnaire for quantitative data acquisition. The subjects investigated through sampling, were residents of that neighborhood, at number 20. Promoted in a complementary fashion to the monitoring and observation of the activities undertaken by a professional components of NASF. In light of the results, gathered up important information about: the age group of residents who have benefited from these services; sex predominant among those who seek treatment, the rate of residents who are already using the NASF, the types of care most requested the population of the district, the design of the inhabitants on the adequacy of policies offered, before the health problems faced by that community as well as what the main benefits of implementing its policy of social health. It is understood that public health has come long historical process, and this fact was evident in areas worldwide and in Brazil, so that health was viewed as a State duty. The objectives pursued, that they get effective public health policies, providing that the opening of an analysis able to raise awareness and change.

Keywords: NASF, Health Policy, Social Policy.

LISTA DE SIGLAS

CAPS- Caixas de Aposentadoria e Pensão

CLT - Consolidação das Leis Trabalhista

ESF- Equipe de Saúde da Família

HIV- Human Immunodeficiency Vírus

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

IPVA- Imposto de Propriedade de Veículos Automotores

IPTU- Imposto Predial territorial Urbano

ICMS- Imposto Sobre Circulação de Mercadorias e Serviços

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

LOAS- Lei Orgânica da Assistência Social

MS- Ministério da Saúde

NASF- Núcleo de Apoio a Saúde da Família

PSF- Programa de Saúde da Família

PACS- Programa de Agente Comunitário de Saúde

SALTE- Saúde, Alimentação, Transporte e Energia

SUAS - Sistema Único de Assistência Social

SUS- Sistema Único de Saúde

UBS- Unidades Básicas de Saúde

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 01- Distribuição por Gênero dos Entrevistados.....	42
GRÁFICO 02- Distribuição por idade.....	43
GRÁFICO 03- Conhecimento da existência do NASF.....	44
GRÁFICO 04- Profissionais mais procurados pela população.....	45
GRÁFICO 05- Distribuição por suficiência do atendimento do NASF.....	46
GRÁFICO 06- Qualidade dos atendimentos dos usuários.....	47
GRÁFICO 07- Importância no atendimento domiciliar.....	47

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
CAPÍTULO I –ASPECTOS HISTÓRICOS DAS POLITICAS SOCIAIS	14
1.1 Políticas sociais no Mundo	14
1.2 Política Social no Brasil.....	16
CAPÍTULO II –A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL	19
2.1 O desenvolvimento histórico da saúde publica no Brasil	21
2.2 A saúde no panorama da Constituição Federal de 1988	25
2.3 Pressupostos relevantes do Sistema único de Saúde.....	29
2.4 O NASF no contexto da Saúde Pública Brasileira.....	37
CAPITULO III – IMPACTOS PROMOVIDOS NA MELHORIA DE VIDA DA POPULAÇÃO DO BAIRRO JOÃO CABRAL- JUAZEIRO DO NORTE-CE	40
3.1 Caracterização do NASF no bairro João Cabral.....	40
3.2 Elementos para discussão dos impactos promovidos pelo NASF no Bairro João Cabral	41
3.3 Caracterização da pesquisa realizada no campo de estágio supervisionado.....	41
CONSIDERAÇÕES FINAIS	49
REFERÊNCIAS	51
APÊNDICE	53

INTRODUÇÃO

O tema em estudo é abrangente e requereu muita pesquisa, leitura e conhecimento, para que se possa ser refletida a promoção da política social de saúde.

O interesse pelo tema surgiu através dos estudos direcionados a atuação do assistente social na área da saúde, especialmente no âmbito público. Em face das angústias que essa problemática acarreta para toda a sociedade brasileira, causando muitas vezes medo e insegurança, principalmente pelas pessoas menos favorecidas, que não dispõe de condições financeiras de usufruir das ações de saúde privadas.

Devemos observar que as políticas públicas de saúde evoluíram muito durante a história mundial, bem como ante a história do Brasil, passando da alienação do próprio Estado no tocante à promoção de saúde para a população, até que este tomasse para si tal incumbência, passando, por conseguinte, a implantar políticas públicas visando melhorar os problemas de saúde vivenciados. O trabalho realizado busca propor um questionamento da necessidade de uma dimensão maior dos desafios da visão de homem, sociedade e mundo, entendendo que a consciência em relação ao avanço científico, tecnológico para a efetivação da saúde pública, almeja-se um redimensionamento no processo da própria existência humana.

No presente estudo toma-se por base as transformações como reflexo da implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família no bairro João Cabral, no município de Juazeiro do Norte-CE.

Faz necessário compreender toda a temática que envolve as políticas sociais de saúde do país, especialmente após a promulgação da Constituição Federal de 1988. Tal entendimento sobre a sistemática que atualmente engloba o Sistema Único de Saúde, consubstanciado em várias vertentes que englobam desde a sua origem até a criação do NASF, como mais um instrumento capaz efetivar as propostas para uma saúde pública de qualidade.

Objetivou-se, pois, de forma geral, explicar a realidade da saúde pública brasileira, em seus pressupostos teóricos, para uma melhor compreensão da

realidade vivenciada, através da inserção em vários atos normativos, tendentes a regulamentar a prestação de serviços públicos de saúde. Faz-se imprescindível refletir sobre estes aspectos, ao passo que estes caracterizam-se como ponto de partida do presente trabalho.

De forma específica almejou-se conhecer as atividades de promoção, recuperação de prevenção de saúde desenvolvida pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF-01, situado no bairro João Cabral, na cidade de Juazeiro do Norte-CE, com a finalidade precípua de vislumbrar as transformações ocorridas em virtude da implantação de tal entidade de saúde pública. Associou-se a pesquisa de campo, a análise documental, bem como estudo bibliográfico.

Nesse sentido, o trabalho foi estruturado em três capítulos, nos quais discutiu-se inicialmente a História das políticas sociais no mundo e no Brasil, para conseguinte explanação do panorama da saúde após o advento da Constituição de 1988, incluindo análise ampla sobre o SUS, para finalmente explicitar todos os pressupostos resultantes da implantação do NASF no bairro João Cabral.

Para realização da pesquisa, foram consultados 20 moradores da referida comunidade, cadastrados pelo Programa de Saúde da Família - PSF. No que tange à metodologia aplicada, partiu-se da reflexão para a ação, ao passo que a base teórica colhida ante a pesquisa bibliográfica, e posterior análise desta, possibilitou uma pesquisa de campo mais exploratória. Logrando obter a percepção que as pessoas que fazem parte da comunidade têm sobre as modificações advindas do estabelecimento do NASF, foi realizada aplicação de questionários.

Por meio deste estudo, sentiu-se a necessidade de repensar sobre as políticas públicas de saúde, no sentido de que os resultados obtidos ultrapassem desafios, lutando por uma saúde pública de qualidade. Assim Administração Pública deve buscar o oferecimento de serviços de saúde, sejam eles: de promoção, prevenção ou recuperação, de maneira eficiente, como maior conhecedora de seu dever para com a sociedade.

1. ASPECTOS HISTÓRICOS DAS POLÍTICAS SOCIAIS

1.1. Políticas Sociais no Mundo

Podemos entender que a origem das políticas sociais se destaca em meio a disputas entre o capitalismo concorrencial e revolução industrial, que começou na Europa no século XIX. Surgiu a partir de 1970, atrelada à acumulação capitalista e luta de classes, com o capitalismo visando obter lucros através de produção, explorando a classe trabalhadora.

Nesse momento travam-se lutas, movimentos da classe operária que lutavam por melhores salários, carga horária de trabalho mais justa e mais dignidade de vida. “As políticas sociais assumem a função de reduzir os custos da reprodução da força de trabalho e elevar a produtividade, bem como manter elevados Níveis de demanda e consumo” (BOSCHETTI, p.37).

As primeiras legislações fabris surgiram no século XIX na Inglaterra, que teve como objetivo impor limite no capitalismo, na perspectiva de melhoria na política do trabalho. As responsabilidades sociais se respaldavam na prática de punição e não na garantia do bem comum.

As leis tinham caráter punitivo e repressor, que ditavam as formas de trabalho, aos quais estabeleciam a forma de remuneração, mantendo dessa forma a exploração e concentração de lucro, riqueza para os donos do capital.

Acerca de tais pressupostos é que se gerou uma luta entre as classes, foi sendo revisto novas leis que oferecessem aparatos legais aos menos favorecidos, garantido uma assistência social aos trabalhadores, o Estado se insere a esse meio garantindo e realizando ações voltadas para classe operária. “Do ponto de vista histórico, é preciso relacionar o surgimento da política social às expressões da questão social” (BEHRING, 2006, p. 43).

Diante de tais afirmações, podemos constatar que a política social atendeu ambas as classes no que se diz respeito à garantia da sobrevivência, imposta na dinâmica da produção e reprodução do capitalismo.

Podemos concluir que os surgimentos das políticas sociais no mundo ocorreram de diferentes formas, em cada país, fazendo com isso, que o Estado interviesse assumindo seu papel de executor de ações, intermediando as diversas situações.

Dessa forma podemos destacar nas primeiras legislações sociais o surgimento do *Welfare State*, que se originou após a Segunda Guerra Mundial. Foi uma experiência que teve início, assim como outras nos Estados Unidos, sendo logo implantado nos diversos países, garantindo um melhoramento de significativas mudanças nas condições de vida da classe operária.

A partir daí, delineia-se um modelo mais consolidado de proteção social, ampliando serviços sociais como habitação, saúde, educação, assistência ao idoso, aos portadores de deficiências e outros segmentos sociais. O plano Beveridge trouxe um melhoramento para *Welfare State* incluindo novos benefícios como: Auxílio - Funeral, Auxílio- Maternidade, Salário – Família, Seguro Desemprego, e outros.

Nesse período a sociedade passava por uma crise estrutural, acompanhada por modificações no mundo da produção capitalista, uma transição de um modelo concorrencial para monopolista, visto como “um otimismo visceral que não resistiu aos processos mais profundos da sociedade capitalista” (BEHRING 2006, p. 86).

O sistema de proteção social, em meio à estruturação das políticas sociais foi garantido pelo Estado, visando um controle econômico, pois houve um acirramento de movimentos populares, com fracassos visíveis nesse período.

O Neoliberalismo foi incapaz de resolver as crises do mundo capitalista, por falta de crescimento econômico. Assim trazendo vários fatores que seriam prejudiciais ao mundo, entre eles a precarização no mundo do trabalho.

Segundo Sposati (2008, p. 22), o rebaixamento da atividade econômica nas sociedades do capitalismo avançado e, junto com ele, a necessidade de maiores compensações sociais, levanta o debate quanto às efetivas intenções do *Welfare State* em dar uma solução à pobreza e as desigualdades.

Acerca desse entendimento o Estado sofre pressão burguesa, onde a estratégia Keynesiana “mergulha num mar de dívidas privada e pública”. Em um período onde aconteceram profundas contradições no mundo do capital, marcado por perseguições nos ciclos de reprodução ampliada do capital, uma crise iniciada nos anos de 1970 com a falta de controle, do desemprego, da crise fiscal, do crescimento da inflação.

Diante desse processo buscou-se solução nas políticas neoliberais, porém essas não estavam totalmente suficientemente munidas para retomar o crescimento, conforme a necessidade e interesse do mundo capitalista. Diante desse aspecto é

que nos anos de 1980, surgem novos direcionamentos no campo das políticas sociais, visando atender as particularidades de cada país, fazendo um parâmetro com projetos de “reintegração social”, tornando restrito algum direito social, visando reduzir gastos, para que estabelecessem o equilíbrio do sistema produtivo, tentando assim solucionar a crise global.

1.2. POLITICA SOCIAL NO BRASIL

O surgimento das políticas sociais no Brasil também ocorre em meio ao processo industrial, que foram impulsionadas diante da sociedade capitalista. No Brasil encontramos como sendo uma das primeiras experiências no campo da proteção social as CAPS (caixas de aposentadorias e pensões) que foram implantadas a partir da Lei Eloy Chaves, em 1923. No ano de 1930, durante o governo de Getulio Vargas, com o acirramento da questão social e com o aumento das pressões populares provocadas especialmente pelos movimentos da classe operária, foi criado os IAPS (Instituto de aposentadorias e pensões. “O regime de representação direta das partes interessadas, com a participação de representantes de empregados e empregadores, permaneceu até a criação do INPS (1967), quando foram afastados do processo administrativo” (POSSAS 1981).

Nesse período surge também o seguro desemprego, a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), com garantias de salários mínimos, carga horária de trabalho reduzida, como também passa a priorizar a saúde do trabalhador.

O Estado passa a buscar instabilidades garantindo direitos, desenvolvendo programas voltados ao bem estar social, privilegiando o seguro social, atendendo emergências apresentadas pela classe operária.

Sabemos que o Brasil sempre teve uma extrema concentração de renda, produtora de profundas desigualdades sociais. O País então enfrenta esse processo regido pelo Estado deixando a exclusão cada vez mais presente, tornando o cidadão mais subalterno, atendendo às necessidades da produção de capital e do lucro, que se concentram na mão de poucos. As políticas sociais estavam fundamentadas em uma estrutura extremamente seletiva no que consiste ao atendimento das necessidades da população, sendo assim cada vez mais consolidada a desigualdade social.

A classe dominante brasileira privatizou o Estado, tornando cada vez mais difícil fazer a distinção entre o que são público e o que é privado. Na história brasileira, o domínio do público constitui-se como um domínio do privado, um espaço de privilegio das elites, gestando, inclusive, uma cultura política do Estado patronal, do Estado patrocinador de quem precisa tirar tudo, obedecendo a uma cultura política de privatizar o que é público.

Afirma-se que o período histórico precedente à Constituição Federal de 1988, no tocante às políticas sociais foi marcado pela tentativa de modernização e ampliação destas. Releva-se também o processo de unificação da Previdência Social, através do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que passa a reger inclusive, os casos relacionados a acidentes de trabalho. Nesse momento da história brasileira, acaba-se por estender, tais políticas públicas para os empregados domésticos, bem como para os labutadores rurais, mediante a criação do Funrural.

Busca-se igualmente a concessão de políticas públicas sociais a trabalhadores outrora jamais alcançados pelos benefícios da previdência social, a exemplo dos jogadores de futebol, autônomos e ambulantes, além da concessão de salário mínimo, de maneira mensal, aos idosos reconhecidamente pobres, desde que houvesse contribuição mínima de um ano. Desta feita reconhece-se um caráter mais humanitário na prestação das políticas públicas sociais à população brasileira, muito embora, longe estivesse de um modelo idôneo a prestá-las de maneira satisfatória.

Após 20 anos de duro regime ditatorial, as políticas públicas sociais emergem de maneira mais democrática, o que se evidencia mediante a instituição das modificações do texto relativo à Ordem Social, efetivada pela promulgação da Carta Magna de 1988. Tal ambiente proporcionou a implantação de mudanças mais profundas na prestação de políticas sociais prestadas pelo Estado brasileiro, mediante a instituição das novas diretrizes da seguridade social.

Não se pode, no entanto, afirmar que as propostas lançadas no texto constitucional funcionaram na prática, pois há que se considerar que a própria evolução histórica, condicionou mesmo que de forma inconsciente, trazia a supremacia dos interesses da classe social dominante. De repente passa-se a um sistema baseado no primado da universalidade da proteção social, sem que houvesse um período de transição, fazendo com que tais mudanças enfrentassem

as barreiras da resistência e até mesmo hostilidade por parte daqueles anteriormente favorecidos.

Por tais motivos evidencia-se a crítica a não funcionalidade plena da Seguridade Social, ao passo que ainda hoje, a saúde, a assistência social e a previdência social não conseguem consolidar o sentimento de justiça social, através da observância dos princípios da universalidade, uniformidade e equivalência, irreduzibilidade, almejados pelo legislador constituinte.

O neoliberalismo de forma geral é caracterizado por uma maior ausência do Estado na economia. A introdução do movimento neoliberal no Brasil acabou por refletir-se no âmbito das políticas sociais, fatos que se deram precisamente na década de 1990. Depreende-se dos acontecimentos históricos, que essa temática conduziu a um retrocesso no tocante a busca pela efetivação de melhores políticas sociais. Onde se evidenciou crise econômica, desemprego, privatização e uma maior necessidade de proteção social por parte do Estado, haja vista que se privilegiavam cada vez mais os interesses da burguesia.

A Constituição Federal de 1988 avançou muito no que consiste a direitos adquiridos devido à luta constante da sociedade civil, como também de profissionais aos quais deram suas contribuições para que direitos dos cidadãos fossem revistos de maneira efetiva. Sendo que antes da Constituição Federal, final do século XIX, e das duas primeiras décadas do Século XX, onde houve um crescimento acirrado das organizações dos sindicatos, e das lutas operárias que punçionaram o favorecimento de certas Leis que deram sustentabilidade aos trabalhadores.

Assim favorecendo o surgimento dentro das empresas, os CAPS (Caixas de aposentadorias e Pensões), sendo direcionado aos Ferroviários, isso na década de 1930, no governo de Getulio Vargas.

A política de saúde antes da Constituição Federal, era vista como paliativa à cura, não se tinha um modelo de saúde preventiva, nem tão pouco educação de base para um controle das endemias. Por tanto, a partir de lutas da sociedade civil, que punçionaram na VIII Conferência nacional que se pensasse em um modelo de Saúde nos quais hoje reza nos princípios da Constituição Federal, e que tiveram lugar garantido nos conselhos e conferencias para poder intervir nas decisões tomadas ao que diz respeito aos questionamentos da sociedade.

A assistência social também em meio a contexto histórico teve características marcadas pela época onde os direitos não eram garantidos como

deveria ser. Então a assistência era tida como caridade e benevolência, que era totalmente ligado aos resquícios da Igreja Católica.

A partir da Constituição Federal de 1988 o cenário era outro, pois agora os direitos trabalhistas estavam assegurados na CLT (Carteira de Legislação Trabalhista), com direito a férias, PASEP, auxílio maternidade, carga horária estipulada 08 horas diária, como outras.

Com a Lei 8.080/90 foi revisto conceitos de garantia de proteção, promoção e recuperação do indivíduo. Pois agora se perpassa a cura paliativa, na tentativa de romper com o que se perpetuou durante décadas, trazendo um modelo assistencial preventivo no que se refere aos serviços oferecidos pelo SUS- Sistema Único de Saúde.

Já na Lei 8.142/90 que reza na Constituição Federal de 1988, traz os princípios da universalidade, hierarquização, descentralização, regionalização, organizativa- operacionais, das redes que competem às três esferas de governo, sobre a aprovação da sociedade civil por meio dos Conselhos e Conferências, direcionando as ações da saúde para os PSFs (Programa de Saúde da Família) e Unidade Básica de Saúde (UBS), até as mais complexas como secundária que acontecem por meio dos centros especializados, como hospitais e policlínicas. Com a criação da LOAS, que veio atender ao clamor público, o Estado passou a viabilizar a implantação de políticas públicas sociais de maneira mais eficiente.

2. A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

Somente a partir da década de 1930 é que se pode considerar o início da política de saúde do Brasil, onde se começa a delinear um sistema de saúde voltado mais para o social, uma vez que esta já existia, mas de forma filantrópica e como prática liberal, voltada para as questões da vigilância sanitária e campanhas, as quais surgem em detrimento às transformações políticas e econômicas que perpassaram a organização do país.

Conforme já foi comentado no capítulo anterior, é com o nascimento da lei Eloy Chaves - nº 4.682/23, que surge o embrião da previdência social, através das caixas de aposentadorias e pensões (CAPs), que eram financiadas pelo tripé: união,

empregador e empregados, estando voltado, dessa forma, a um público celetista de modo que só quem trabalhava com carteira assinada é que podia se beneficiar dela e de forma proporcional ao que pagava, ou seja, de acordo com o valor da contribuição é que se recebia o tipo de benefício que eram previsto como: assistência médica-curativa, fornecimento de medicamentos, aposentadoria por tempo de serviços, velhice, invalidez, pensão para os dependentes e auxílio funeral.

A partir das décadas seguintes, que vai de 1930 a 1945, há várias modificações nos sistemas, inclusive com as novas modificações que vai se dar na assistência à saúde com uma maior característica de social, onde irá começar a definir os papéis que competem aos setores estatais e privados, (Instituto de Aposentadorias e Pensões), que passam a dar cobertura de forma abrangente às prestações de serviços de forma que se possa diferenciar o que é previdência e o que é assistência social. Ainda neste período temos a criação de vários órgãos de dimensão nacional, como por exemplo, o sistema nacional de febre amarela, o serviço de malária do nordeste e o serviço de malária da baixada fluminense.

Durante as décadas de 1940 a 1960, temos no Brasil um período que é marcado por uma conjuntura política na qual se pode identificar como um momento de abertura e participação devido a um curto processo de industrialização, um momento de franca expansão dos setores da economia e da política, no qual foi criado o plano SALTE (iniciais de saúde, alimentação, transporte e energia), e se investiu muito nos principais setores sociais, especialmente na saúde. Ainda nesse período aconteceu um fechamento de qualquer viabilidade de canais de participação que culmina com o golpe militar e um regime ditatorial que trouxe graves conseqüências para a saúde que estava em franca expansão.

Paralelamente a essa situação há internacionalmente a idéia de seguridade social, a qual o Brasil é cooptado e tem-se o início de uma medicina previdenciária privilegiando setores privados, com os quais fecham convênios para a prestação de serviços médico-hospitalar e que iriam priorizar a saúde curativa em detrimento à saúde pública da primeira fase desse período, que segundo Mota 2000:

Em que pese às particularidades na implementação das políticas sociais no Brasil, entre elas a construção tardia fundada no trabalho assalariado, o país segue as tendências internacionais no tocante as condições em que o trabalho adquiriu centralidade na diferenciação das políticas de proteção social.

Ao tempo que se promovia debates a cerca de mudanças em relação ao setor de saúde, havia um modelo de política neoliberal que se conformava como plano de fundo, em face à reformulação do sistema, que ao ser implementado passa a ser chamado de SUDS (Sistema Único de Desenvolvimento Social), que propunha a transferência dos serviços do INAMPS para os estados e municípios, ou seja, não só transferir poder com também oferecer condições para que os mesmos assumissem responsabilidades sobre todo o sistema de saúde nas respectivas áreas de autoridade.

2.1. O DESENVOLVIMENTO HISTÓRICO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL.

Pode-se contextualizar a saúde pública no Brasil partindo do início do Século XX, muito embora nesse período da história já existisse no país a figura do Estado, não havia por parte deste qualquer entendimento de dever para com a saúde pública.

A prestação de serviços de saúde, fossem eles preventivos ou curativos, não era concebida como uma atividade a ser realizada pelo Estado. Neste contexto fático a saúde era relegada ao próprio indivíduo, permitia o estabelecimento de praticamente duas realidades de saúde no Brasil. As famílias abastadas detinham condições de usufruir de serviços particulares de saúde, muitas vezes esses traziam profissionais de outro país para realização de seus tratamentos de saúde. Já entre a população mais carente, representada pela classe operária, eram praticadas ações de cunho mutualista onde o atendimento de saúde direcionado às pessoas pobres era realizado por entidades religiosas ou que estimulavam a caridade.

Destaca-se que durante o referido período, foram fundadas as primeiras santas casas de misericórdia. Relata-se então que as políticas públicas de saúde eram inexistentes, ao passo que a população ficava à espera da atuação dessas entidades, ou a mercê de “curandeiros” que utilizavam ervas tidas pelo povo indígena, como substâncias de cunho medicinal.

O Estado brasileiro primava excessivamente pelo desenvolvimento econômico do país. Este fator demonstrou-se preponderante para que o governo tomasse para si a responsabilidade do estabelecimento de políticas públicas de saúde, haja vista que a falta da prestação de serviço de saúde direcionado a toda

população, ensejou o surgimento de vários surtos epidemiológicos, ceifando a vida de milhares de trabalhadores, desta forma notou-se então que a questão da saúde pública começou a influenciar negativamente o desenvolvimento econômico tão almejado pelo estado Brasileiro, ao passo em que tais epidemias prejudicaram significativamente a exportação do café.

O Brasil passou a ser mal visto pelos países importadores de café, pois os navios estrangeiros já não queriam mais aportar em terras Brasileiras, temendo uma contaminação pelas doenças que castigavam a população Brasileira. Tem-se neste momento histórico o início da concepção da saúde como uma questão de ordem social para o Brasil.

Muito embora já existisse a noção por parte do Estado Brasileiro do dever de implementação de políticas públicas de saúde eficientes, mesmo que fosse objetivando resguardar o sucesso econômico do país, não sabia a então administração pública, conduzir tais atividades. As práticas tendentes à promoção da melhoria da saúde do país foram inicialmente realizadas com um caráter evidentemente coercitivo, pois o governo revestiu-se de verdadeiro poder de polícia para promover as medidas que considerava adequadas.

Destacam-se as ações promovidas pelo sanitarista Oswaldo Cruz, na época diretor do departamento federal da saúde pública, que objetivando erradicar a febre amarela da cidade do Rio de Janeiro agiu de forma arbitrária, retirando milhares de pessoas de suas casas, mesmo que contra a vontade destas, valendo-se da força de coação do poder estatal.

Outra medida adotada de maneira equivocada foi a vacinação obrigatória, em um momento histórico em que a maioria da população brasileira era completamente alienada no tocante às políticas públicas, e sem que houvesse qualquer trabalho de conscientização para a importância da vacinação, o estado simplesmente ignorou as pessoas, tidas na condição de seres humanos, impondo a vacina, que fora realizada com uma grande operação militar. Tais medidas acabaram por revoltar a população e insuflar esta, levando à realização da chamada Revolta das vacinas, caracterizada na história brasileira como uma guerra entre a sociedade civil e o Estado.

Após esta resposta violenta do povo brasileiro, a administração pública sentiu necessidade de modificar a promoção dessas atividades de saúde, pois a imagem do governo sairia deveras desgastada. Passam-se posteriormente a

implantar políticas públicas de saúde de forma educativa e conscientizadora, mediante a realização de propagandas e educação sanitárias, medidas essas iniciadas com a saída de Oswaldo Cruz da diretoria do Departamento Federal de Saúde Pública e posterior posse de Carlos Chagas.

Um dos momentos mais marcantes da história política e social do país, certamente, se constitui pela era Vargas, governo estritamente relacionado ao populismo, onde efetivaram muitas conquistas importantes para o povo brasileiro, especificamente no que tange ao trabalhador, a saúde era colocada como prioridade, no entanto a realidade da saúde mostrava-se diversa.

Conforme preceitua BERTOLLI FILHO (2001): apesar de Getúlio declarar que preservar a saúde era um dever do estado, na prática isso não se efetivava, pois muitas pessoas continuavam a morrer sem assistência.

Mas evidenciavam-se relevantes avanços no que concerne à saúde pública, no referido período, ao passo que se criou o Ministério da Educação e saúde, responsável pela concretização de medidas importantes a exemplo da construção de esgotos, realização de campanhas com intuito de propiciar conscientização em face da necessidade de saneamento, como combate efetivo contra as epidemias que no Brasil se instalavam.

Surge então um conceito mais amplo de saúde, proporcionando a abrangência de fatores outros, além do meramente físico, mas relacionado aos pressupostos biológico, psicológico e até mesmo social. Há então uma maior participação dos profissionais do serviço social no âmbito da saúde pública do Brasil.

Neste sentido, BRAVO E MATOS (2006), mencionam que a maior inserção do serviço social no setor da saúde se deve ao novo conceito de saúde que abrange os aspectos biopsicossociais, requisitando, assim, inclusão de novos profissionais na área e uma intervenção interdisciplinar.

No início da década de 1950, o Brasil influenciado pelos americanos, experimentou um grande desenvolvimento industrial, o que trouxe reflexos não somente nos âmbitos social e econômico, mas também sobre as políticas públicas de saúde. Diretamente proporcional ao crescimento da indústria, se dava também o êxodo rural, com isso cada vez mais as grandes cidades sofriam com o crescimento demográfico desenfreado, haja vista as mesmas não disporem de condições sanitárias capazes de suportar o aumento populacional.

A saúde acabava por merecer maiores cuidados, ainda que sobre direção dos modelos oriundos dos Estados Unidos, as políticas públicas da área da saúde pautaram-se por uma estrutura hospitalocêntrica, favorecendo sobremaneira as indústrias farmacêuticas, bem como o de equipamentos médicos.

Esse contexto favoreceu a defesa inclusive da privatização da saúde brasileira, assim os hospitais praticamente monopolizavam as atividades de saúde, e estes por sua vez estavam construindo de maneira concentrada não atingindo as cidades de médio e pequeno porte, excluindo muitas pessoas do acesso à saúde pública.

A criação do Ministério de saúde, no ano de 1953, viabilizou a concretização de ações relevantes como a melhoria das condições sanitárias de uma maneira geral, mas em virtude da pouca verba que lhe era destinada, não logrou êxito tal Ministério no tocante a redução das altas taxas de mortalidade no país.

A ditadura militar representou um retrocesso no percurso histórico do país, recrudescimento também sentido no setor da saúde, assim como o regime militar veio suprimir a própria liberdade de expressão terminou por calar os movimentos sociais tendentes à luta por melhores condições de saúde para a população brasileira. E o abalo não foi sentido somente neste aspecto, pois vários programas do governo voltados para as políticas públicas de saúde foram extintos, além de sofrer significativa diminuição dos repasses para a saúde pública.

Os passos dados para a evolução da saúde brasileira, tão custosos a serem conquistados, foram retrocedidos, já que outra voltavam-se à população de maneira coletiva, agora eram trabalhadas da forma individualizada, cerceando deveras as possibilidades de busca de melhores condições de prestação de saúde pública para todo o povo.

Embora o fim do regime militar tenha representado uma grande vitória para o Brasil, quando este chegou a termo havia uma situação econômica extremamente difícil. Instala-se um verdadeiro caos que acabou por desaguar-se no campo da saúde, percebe-se aumento nas internações e consultas, uma maior exclusão da população mais pobre dos serviços de saúde, além de desvios das verbas destinadas à saúde pública para a construção de grandes obras de infra-estrutura.

Em face do declínio do poderio dos militares, a população brasileira sentiu-se mais segura para retomar a luta por melhores condições de exercício dos direitos sociais preteridos durante o governo militar.

Destaca-se então um movimento de relevo para a saúde pública brasileira. Na data precisa que, possibilite identificar o momento exato do surgimento do movimento da reforma sanitária, caracterizado, pela convergência dos esforços não somente dos próprios profissionais atuantes na área da saúde, bem como intelectuais e outros sujeitos sociais, objetivando consolidar uma saúde pública mais eficiente e humana para todos. Dentre as principais reivindicações do grupo destaca-se: o acesso universal da população às políticas públicas de saúde, a reorganização do sistema de saúde, além da descentralização do poder decisório.

Para (BRAVO; MATOS, p.95) "A saúde deixou de ser interesse apenas dos técnicos para assumir uma dimensão política, estando estritamente vinculada à democracia".

No início da década de 1980, efervesce no Brasil o desejo de construir a democracia brasileira, nascendo então o movimento das diretas Já. O Brasil desfruta de condições políticas e sociais mais favoráveis à discussão de propostas tendentes à melhoria dos serviços públicos de saúde e tal panorama histórico facilitou o acontecimento da VIII conferência nacional da saúde, da qual participaram cerca de 4.500 pessoas.

A relevância desse acontecimento se caracteriza pelo fato de ter este contribuído de forma significativa para a construção das diretrizes do atual Sistema Único de Saúde. Nesse contexto, a população já não estava mais alheia às políticas públicas de saúde, mas passava a construir-se como agente participativo das decisões concernentes aos serviços de saúde pública.

2.2. A Saúde no panorama da Constituição Federal De 1988

No momento da promulgação da constituição de 1988 o mundo passava por uma profunda transformação, sobretudo pelo recrudescimento no ocidente, do modelo econômico liberal. O contexto histórico pareceu impor a nova Carta Magna à percha de já nascer ultrapassada, tendo em vista seu forte conteúdo social, com a formalização de garantias trabalhistas e tutela de direitos difusos e coletivos.

A Constituição de 1988, ao incorporar a proposta do Movimento Sanitário, cria a Seguridade Social objetivando a universalidade da cobertura e do atendimento, uniformidade e equivalência de benefícios e serviços às populações

urbanas e rurais, seletividade e distributividade na prestação dos benefícios, eqüidade na forma de participação no custeio, diversidade da base de financiamento, caráter democrático e descentralizado da gestão administrativa, com participação da comunidade, em especial de trabalhadores, empresários e aposentados.

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) é uma conquista de cidadania na história da sociedade brasileira que, organizadamente, participou do processo democrático dos anos de 1980, e indicou propostas para a elaboração da Constituição Federal de 1988. Defendeu garantias individuais e coletivas, ao estabelecer um sistema de Seguridade Social abrangente e direitos universais de acesso à saúde, previdência e assistência social.

Construído como política pública universal, fundamentado em princípios e diretrizes de descentralização, integralidade, participação da comunidade, equidade, igualdade de preservação da autonomia, o SUS é compreendido enquanto processo, como uma reforma social. Sua formulação aponta a responsabilidade do Estado, da sociedade e de todas as suas instituições, no compromisso para que a saúde seja reconhecida, ao mesmo tempo, como direito de todos e dever do Estado, e um recurso para o desenvolvimento social, econômico, político e cultural do país.

A saúde passa a categoria de um direito público subjetivo, de todos os brasileiros. Marcado pela universalidade da cobertura bem como pela solidariedade do custeio entre a sociedade e o estado.

Consoante o entendimento de MORAIS (2006: 734), conceitua-se a saúde como:

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 acesso universal igualitário a ações e serviço para a promoção proteção e recuperação (CF, art. 196), sendo de relevância as ações de serviço de saúde, cabendo ao poder público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou por meio de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direitos privado (CF, art. 197).

De maneira inédita, esta Constituição traz de forma expressa, a saúde como um direito, atribuindo ao Estado a responsabilidade de propiciar a fruição de tal direito, mediante a consolidação de políticas públicas hábeis para promover ações

de saúde que oportunizem o combate repressivo dos problemas enfrentados pelo Brasil, mas assumir um posicionamento preventivo, evitando-se assim que tais problemas venham assolar o país.

A saúde, no país, adquiriu visibilidade com a Constituição Federal de 1988, a qual institui a saúde como um direito de todos e um dever do estado, operada por meio do Sistema Único de Saúde (SUS). Nos níveis federal, estadual e municipal, os gestores desse sistema vêm atribuindo ênfase à mudança do modelo de atenção à saúde, priorizando a Atenção Básica.

Nessa perspectiva de construção de políticas públicas de saúde que possam garantir a integralidade do atendimento, sem o qual uma política de saúde não pode ser pensada, todas as ações relativas à atenção básica confluem para o processo de expansão do Programa de Saúde da Família (PSF), incentivada pelo Ministério da Saúde (MS).

Não resta dúvida de que a ampliação dos canais de participação é um avanço no regime democrático brasileiro. Mas, os desafios para consolidação do processo participativo é perpassado de desafios, como a frágil formação política de lideranças que, por esta razão, têm pouca capacidade de argumentação junto aos representantes do governo, entre outras.

.Para além das dificuldades acima mencionadas é fundamental destacar que cresce de modo significativo o número de projetos, programas públicos que conta com a participação da população.

O texto constitucional veio estabelecer diretrizes para nortear a realização das políticas públicas no Brasil, dentre elas destaca-se algumas características relevantes para a presente análise: as ações de saúde devem funcionar de forma descentralizada oportunizando a União, aos estados e aos municípios estabelecerem direção sobre seus sistema de saúde. Cabe salientar, no entanto, que embora exista certa autonomia, o sistema de saúde deverá funcionar de maneira integrada.

A proposta de criação de núcleos multiprofissionais para dar apoio às equipes mínimas da estratégia de saúde da família, principal ação de atenção básica do Ministério da Saúde, há muito vinha sendo discutida. O desenvolvimento dos estudos em atenção básica e o fomento de novas políticas públicas, como a criação da Política das Práticas Integrativas e Complementares (Portaria GM 971/2006)

acabou por proporcionar a criação dos tão aguardados Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF.

O NASF é entendido como uma potente estratégia para ampliar a abrangência e a diversidade das ações das ESF (Equipes Saúde da Família), bem como sua resolubilidade, uma vez que promove a criação de espaços para a produção de novos saberes e ampliação da clínica. Tem como “modus operandi” o apoio matricial para atuarem em parceria com os profissionais das ESF, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das ESF no qual o NASF está cadastrado. Desta maneira, o NASF não se constitui porta de entrada do sistema para os usuários, mas apoio às equipes de saúde da família. Tem como eixos a responsabilização, a gestão compartilhada e apoio à coordenação do cuidado, que se pretende, pela saúde da família.

No entanto, não se faz suficiente que o serviço público de saúde seja prestado, faz-se necessário que o seu oferecimento à população se dê de maneira eficiente, resguardando-se assim o direito assegurado pelo texto constitucional vigente.

Podemos perceber também que, a responsabilidade do estado não se encontra somente na promoção de políticas públicas de saúde, mas sim na realização de atividades de saúde de quantidade, mas principalmente de qualidade. A qualidade da saúde pública pode ser relacionada diretamente à eficiência dos respectivos serviços.

Usufruir de serviços de saúde de maneira qualitativa é um direito de cada cidadão brasileiro, que não pode ser obstaculizado pelas ações dos agentes públicos, cabendo nesses casos a interferência do Ministério Público e do próprio Poder Judiciário, para viabilizar o gozo pleno dessa prerrogativa constitucional. Constituiu-se também como direito a respectiva reparação de dano material ou moral, decorrentes da não prestação ou prestação inadequada de serviços de saúde pública, onde responderá o estado pela negligência em relação à saúde pública.

No entanto o que se vê em quase todo o país é um verdadeiro caos no sistema de saúde, não há uma estrutura que permita uma prestação de serviço de saúde, capaz de atender às necessidades da população, que recorre à saúde pública por não ter condições de pagar pela prestação de ações de saúde privadas. Carece-se de profissionais da área de medicina, enfermagem, psicólogos, bem como de assistentes sociais. Não há infra-estrutura hospitalar, englobando,

inclusive, aparelhagem e medicamentos. O que vivenciamos são hospitais lotados, onde os profissionais da área de saúde estão sobrecarregados em virtude da grande demanda, bem como desestimulados em face da remuneração insuficiente, e das péssimas condições de trabalho que lhe são oferecidas.

Não se pode negar que muito se tem avançado no que tange às políticas públicas de saúde. No entanto, ainda existem muitas barreiras a serem vencidas, para que se possam atingir os preceitos traçados pela constituição de 1988, especialmente em relação ao oferecimento de serviços de saúde de qualidade para a população mais pobre do nosso país.

2.3. Pressupostos Relevantes do Sistema Único De Saúde

O desenvolvimento das políticas públicas de saúde durante o processo histórico do país culminou com a instituição dos atuais eixos da saúde pública, atualmente caracterizada pelo Sistema Único de Saúde. O último foi previsto no nosso ordenamento jurídico, pela Lei nº 8.080 de 1990.

O referido diploma legal conceituou o que seria O Sistema Único de Saúde, como:

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 e poder público, e, complementarmente pela iniciativa privada. (Lei nº 8.080/90).

Depreende-se do referido conceito legal, que o SUS, ao preceituar ações de saúde traz um aspecto estritamente relevante, outrora não abordado pela legislação pátria, qual seja, o caráter preventivo da atuação de saúde, em detrimento do posicionamento anterior, de meramente tratar as doenças. Emerge então uma nova necessidade para as políticas públicas direcionadas à saúde, que passa a atuar em duas vertentes em busca de um sistema efetivamente eficaz, capaz de impedir o surgimento dos problemas.

Quanto à prestação das ações e serviços públicos, a incumbência será da Administração Direta, composta pelos entes federativos, quais sejam: União, Estados, Municípios e Distrito Federal; bem como a Administração Indireta, constituídas pelas autarquias e fundações públicas, atuantes nesta área. Quando

esta estrutura mostra-se insuficiente para propiciar os meios necessários para uma prestação de saúde adequada, caberá ao Poder Público buscar na iniciativa privada, mediante a realização de convênios, aquilo que as instituições públicas não dispõem. A unicidade do SUS se reveste pelo fato de as diretrizes traçadas pela Lei Orgânica da Saúde, incidirem sobre todas as ações de saúde, sejam elas, da União, dos Estados ou dos Municípios.

Os artigos 5º e 6º da respectiva Lei estabelecem as finalidades precípuas a serem atingidas pelo Sistema Único de Saúde, observadas em todos os âmbitos governamentais do Brasil. A identificação e divulgação dos fatores considerados como condicionantes, bem como determinantes da saúde, constituí-se como um direito da população e um dever do Estado de diagnosticar os aspectos que têm o condão de promover melhora ou agravar os índices de saúde pública. Cabe ao Poder Público, a formulação de políticas públicas de saúde, destinadas a promover a redução de riscos de doenças, além da garantia de acesso de maneira igualitária a todos os cidadãos brasileiros, às ações e serviços de saúde.

Assistir as pessoas mediante ações integralizadas de promoção, proteção e recuperação da saúde, também se perfaz como objetivo a ser atingido pelo Sistema Único de Saúde. Destaca-se que a atuação das ações de saúde não se restringe apenas a este meio, ao passo que englobam esforços para intervir em aspectos que têm o condão de influenciar diretamente a saúde pública brasileira. Neste contexto, ressalta-se a interação na promoção de políticas públicas tendentes a efetivar as vigilâncias: sanitária e epidemiológica, bem como na saúde do trabalhador, na assistência terapêutica integral, abrangendo a prestação farmacêutica, além da participação efetiva da formulação de ações de saneamento básico.

No que tange à vigilância sanitária, reveste-se de relevância a atuação da saúde pública, ao passo que as mesmas visam a eliminação, diminuição, ou prevenção dos fatores de risco à saúde. É inegável que os problemas sanitários incidem diretamente sobre a saúde, pois a sociedade que vivencia problemas sanitários sofre com a disseminação de doenças oportunistas, que surgem em face da falta de saneamento básico.

Na frente de combate, a vigilância epidemiológica se presta a propiciar o conhecimento, a detecção e a prevenção de mudanças que possam afetar a saúde, seja de maneira individual ou coletiva, almejando-se a prevenção e o controle de doenças. Desta feita, a atuação dos órgãos de saúde pública permite que

determinada doença alcance grande número de pessoas, transformando-se em epidemia.

A Lei Orgânica da Saúde veio disciplinar a necessidade de intervenção das políticas públicas de saúde no âmbito da saúde do trabalhador brasileiro. Intervenção esta que deve se dar de maneira preventiva, através da fiscalização das condições de trabalho as quais estão sendo expostos os trabalhadores brasileiros, bem como avalia-se o impacto que a tecnologia traz para o trabalhador. Objetiva-se paradoxalmente, promover atividades tendentes à recuperação dos trabalhadores vitimados em decorrência das atividades laborativas.

No tocante à assistência terapêutica, esta deve se dar de maneira integral, abrangendo inclusive uma prestação farmacêutica, ao passo que se demonstraria ineficiente prestar auxílio médico- hospitalar, se não se propiciasse tratamento farmacêutico, especialmente para aqueles que vivem abaixo da linha da pobreza, ou não podem dispor do pouco que percebem, para a compra de medicamentos.

Participar ativamente dos planejamentos de saneamento básico reverte-se em melhoria quantitativa e qualitativa dos índices de saúde pública.

Neste sentido, destaca RADIS (2007, p.11): Mas cada setor tem seu orçamento e, quando desviamos o dinheiro da saúde pública para outros fins, o setor fica sem recursos suficientes para investir no que de fato são ações e serviços públicos de saúde.

A Constituição Federal, inicialmente, e a Lei Orgânica da Saúde, vieram traçar as diretrizes norteadoras para as ações e serviços de saúde pública. Sendo que tais institutos jurídicos estabeleceram os princípios nos quais devem se basear os serviços oferecidos pelo Sistema Único de Saúde. A prestação dos serviços públicos de saúde é caracterizada pela universalidade, ao passo que a Carta Magna nacional vigente, estabelece como uma de suas garantias o acesso universal à saúde, consoante expressa o Art.196 da CF. Tal universalidade impede que seja estabelecida qualquer espécie de acepção entre os brasileiros no que tange a prestação de serviços de saúde pública.

Desta feita, a saúde é um direito constitucional de todos os brasileiros, independentemente de diferenças de raça, cor, opção sexual, religião, classe econômica, nível de escolaridade ou classe econômica. Como direito resguardado de maneira legal, cabe ao Estado proporcionar o exercício pleno dessa prerrogativa, de forma gratuita. Havendo a necessidade de conscientização da própria população,

acerca desta contextualização, em detrimento da visão alienada de que o fato de serem os serviços públicos de saúde gratuita, não caracteriza-se como um favor político, vertente ainda usada por muitos administradores públicos para fins eleitoreiros.

As políticas públicas relacionadas à saúde devem pautar-se pela equidade, relacionando esta intimamente com o sentimento de justiça social. O atendimento de cada cidadão deve ser realizado de maneira igualitária, não pode, por conseguinte, o SUS estabelecer qualquer espécie de tratamento diferencial. Esta afirmativa leva ao conceito de isonomia, que não pode, no entanto, ser encarado de maneira absoluta, vislumbrada sobre uma ótica estritamente formal, pois a idéia básica de igualdade consubstancia o fato de tratar os iguais de maneira igualitária e os desiguais na medida de suas desigualdades.

Neste contexto não podem os serviços de saúde estabelecer privilégios de alguns em detrimento de outros, o que claramente não impede que sejam fixadas prioridades dentro da temática da saúde pública brasileira. Assim há que se ter a sensibilidade para percepção de que há diferenças, a serem consideradas, levando ao entendimento que a atuação da saúde pública deve voltar ao atendimento das necessidades específicas de cada indivíduo ou de cada comunidade.

Os princípios anteriormente citados complementam-se com a integralidade concebida pelo SUS. Neste sentido: “um ser integral, bio-psico-social, e deverá ser entendido com essa visão por um sistema de saúde integral, voltado a promover proteger, recuperar sua saúde”. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1990, p.5).

O ser humano deve ser visto como uma integração complexa, haja vista ser determinado pela convergência de fatores biológicos, sociais, bem como psicológicos. Assim todos esses aspectos devem ser considerados em face de atendimento. Na prestação de serviços de saúde não se pode prescindir da análise não somente física, compreendendo os aspectos psicológicos e sociais, desta feita concebe-se a pessoa em sua individualidade, e como integrante de uma coletividade. Nesse sentido, devem-se priorizar as ações para promover, prevenir e recuperar a saúde de seus usuários.

Promover a saúde pública é sinônimo de capacitação da própria sociedade para propiciar melhorias em sua qualidade de vida. Assim sendo, tais atividades concretizam a idéia de que a saúde é uma responsabilidade de todos, estabelecendo-se uma verdadeira parceria entre o Estado e a sociedade civil,

partindo-se da união de vários fatores, destacando-se os trabalhos de educação social, ambiental e de práticas que podem tornar a vida mais saudável.

Destaca OTTAWA (1986: 11) “proporcionar á população as condições e requisitos necessários para melhorar e exercer controle sobre sua vida, envolvendo: a paz, a educação, a moradia, a alimentação, a renda, um ecossistema estável, justiça social e equidade.”

A prevenção está evidenciada pelas atividades tendentes a evitar a exposição de riscos à saúde. Exemplifica-se tais ações através das campanhas de vacinação, distribuição de preservativos objetivando a não ocorrência de gravidez indesejada, bem como a proliferação de doenças sexualmente transmissíveis, especialmente a AIDS.

Demonstra-se de igual relevo frente às atividades de promoção e prevenção, as atividades de recuperação de saúde. Essas atividades destinam-se a curar as enfermidades, evitando-se, por conseguinte, a morte de pessoas. Exemplificados os serviços de recuperação através das urgências, emergências, internações hospitalares, bem como o atendimento médico hospitalar.

Neste contexto, a consolidação do princípio da integralidade consolida-se mediante a participação na elaboração das políticas públicas de saúde.

A saúde como ‘direito de todos e dever do Estado, ampliou a compreensão da relação saúde/doença como decorrência de vida e trabalho, bem como do acesso igualitário de todos aos serviços de promoção e recuperação de saúde, colando como uma das questões fundamentais a integralidade da atenção à saúde e a participação social. (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 1986, s/p).

A organização do SUS se dá de forma regionalizada nas três esferas de governo, ao passo que cada serviço de saúde está vinculado diretamente à determinada área geográfica. Ressalta o Ministério da Saúde (1990:11):

Os serviços devem ser organizados em níveis de complexidade tecnológica crescente, dispostos em uma área geográfica delimitada e com a definição da população a ser atendida. Isto implica na capacidade dos serviços em oferecer a uma determinada população todas as modalidades de assistência, bem como o acesso a todo tipo de tecnologia disponível, possibilitando um ótimo grau resolubilidade.

A regionalização das ações do Sistema Único de Saúde, acaba por permitir uma melhor eficácia da prestação de tais serviços, haja vista o fato de serem estas desenvolvidas especificamente para determinada região, favorece diretamente o trabalho de vigilância epidemiológica e sanitária, educação para fins de saúde, dentre outros aspectos.

Dentre os aspectos relevantes da organização do SUS, destaca-se a questão da hierarquia entre os órgãos que oferecem serviços de saúde para a população. Demonstrar-se-ia inviável que existissem os mesmos recursos de saúde em todos os âmbitos governamentais, pois aos Municípios e até mesmo para o Estado, seria impossível dispor da tecnologia e estrutura das quais dispõem os serviços de saúde mantidos dessa pela União. Pensando neste aspecto, o SUS estabelece uma subdivisão de atribuições, consubstanciado em níveis. As maiorias dos órgãos de saúde estão classificadas no nível primário, onde estima-se que 80% dos problemas relacionados à saúde serão resolvidos. Nesse primeiro nível estão os atendimentos mais básicos que não tenham grande complexidade. Quando o nível primário mostra-se incapaz de solucionar a questão, por carecer de uma tecnologia mais avançada ou de uma melhor estrutura, encaminham-se o usuário às instituições de saúde do nível secundário, onde estimam-se que 15% dos problemas venham a ser solucionados. O nível terciário é caracterizado pelos centros de saúde pública tomados como referência no Brasil e no Exterior, onde realizam-se ações complexas, a exemplo de exames estritamente especializados, e procedimentos cirúrgicos complexos.

A saúde faz parte do que o legislador constituinte originário denominou de Seguridade Social. Esta última por sua vez é custeada de maneira solidária entre o Poder Público e a sociedade, excluindo somente a Previdência Social. Pode-se afirmar que os recursos destinados ao custeio das ações e serviços de saúde, são provenientes da União, dos Estados e dos Municípios. No âmbito federal, a Lei de Diretrizes Orçamentárias estabelece anualmente a quantidade de recursos que subsidiarão o financiamento da saúde pública.

Os Estados por sua vez, juntam o que recebem do governo federal aos dispêndios de suas próprias receitas para efetivar políticas públicas de saúde. Já os Municípios, recebem os repasses de verbas de origens federais e estaduais, complementando os recursos destinados à saúde, com verbas provenientes de sua arrecadação.

Para garantir a efetivação do direito à saúde, estabeleceu o legislador pátrio, mediante a Emenda Constitucional nº 29, o valor mínimo a ser investido na saúde nas três esferas de Governo. Desta feita, a União deverá investir no mínimo em políticas públicas de saúde 5% a mais do que foi investido em 2000, sendo que nos anos posteriores, este valor seria corrigido de acordo com a variação do Produto Interno Bruto. Aos Estados e ao Distrito Federal, é devido empregar no mínimo, 12% do produto de sua arrecadação e das transferências de verbas. Já os Municípios devem investir, no mínimo 15% de sua arrecadação tributária, nas políticas públicas de saúde.

Ressalta-se que o financiamento da saúde é proveniente da arrecadação de impostos, como de maneira geral da Seguridade Social. Impostos que incidem sobre a circulação de mercadorias (ICMS), sobre a propriedade de veículos automotores (IPVA), sobre a propriedade territorial urbana (IPTU), além de multas e doações.

O Sistema Único de Saúde será financiado, nos termos do Art.195, com recursos do orçamento da Seguridade Social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. (Brasil, 1988).

O programa de agentes comunitários de saúde nasceu da criação do Ministério da Saúde, mediante parceria realizada com as Secretárias Estaduais e Municipais de Saúde. Seu propulsor inicial foi justamente o combate às mortalidades materna e infantil, realidade vivenciada especialmente pelas regiões Norte e Nordeste do Brasil.

O agente comunitário de saúde transforma-se em sujeito participativo das políticas públicas de saúde, construindo uma importante ligação entre a comunidade e a equipe de saúde de determinada localidade. Desta maneira, o agente comunitário passa a integrar o quadro de profissionais da saúde, possibilitando um diálogo para que as necessidades da sociedade sejam sentidas e possam ser tratadas, respeitadas as diferenças culturais, ao passo que estas muitas vezes se colocam como barreiras intransponíveis, sem a atuação deste sujeito.

A construção deste elo entre a comunidade e a Administração da saúde, consolidada através do trabalho dos agentes comunitários de saúde, constituiu-se como instrumento hábil para tornar mais qualitativa a prestação das ações e serviços de saúde, pois como integrante da comunidade, o agente torna-se conhecedor dos principais problemas de saúde por estes enfrentados. Torna-se

também observador constante dos avanços das atividades de promoção, prevenção e recuperação de saúde.

O trabalho deste profissional caracteriza-se de grande valor para toda a estrutura da saúde pública brasileira, conforme aponta SAITO:

Para garantir efetividade na construção do vínculo entre a comunidade e o serviço de saúde tendo por elo o agente comunitário de saúde, o processo de contratação desse profissional deve orientar-se com base em alguns critérios: ser morador da área, ter envolvimento com a comunidade, seja por ações ou pelo tempo de moradia, conhecer a realidade das pessoas que vivem na comunidade e ter afinidade com o trabalho comunitário. (SAITO 2008. p.50).

O reflexo do neoliberalismo sentido pela comunidade mundial na década de 1990 propiciou a implantação de novas políticas públicas na área da saúde. Nesse contexto nasce o Programa de Saúde da família. Este programa de assistência de saúde foi criado em 1994, como sucedâneo do antigo PACS. Caracteriza-se como um serviço de saúde classificado dentro o nível primário do Sistema Único de Saúde. Como integrante importante do último, deve pautar-se pela universalidade, igualdade de acesso, equidade, bem como pela integralidade. Muitas vezes representa o primeiro contato que o indivíduo tem com os serviços de saúde.

O trabalho realizado pelo Programa de Saúde da Família é marcado pela relação com área territorial previamente determinada, onde cada equipe é responsável pelo atendimento, entre 650 e 1.000 famílias, conforme determinação do Ministério da Saúde. Destaca-se que a equipe nuclear de Saúde da Família é composto por: um médico generalista, um enfermeiro, um ou dois auxiliares de enfermagem, e quatro a seis agentes comunitários de saúde.

O Programa de Saúde da Família (PSF) constitui-se como modalidade de reorientação de forma de assistência pública de saúde, através da implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas passam a ser responsáveis pelo acompanhamento de número previamente determinado de famílias, em área geográfica delimitada. Sua atuação se dá de maneira a propiciar atividades tendentes as promoções, prevenção e recuperação da família naquela comunidade.

2.4. O NASF no Contexto da Saúde Pública Brasileira.

O NASF é uma iniciativa do governo federal para ampliar o número de profissionais às equipes do PSF (programa saúde da família). Os núcleos reunirão profissionais das mais variadas áreas de saúde, como médicos (ginecologistas, pediatras e psiquiatras), professores de educação física, nutricionista, acupunturistas, psicólogos, homeopatas, farmacêuticos, assistentes sociais, fisioterapeutas, fonoaudiólogos e terapeutas ocupacionais. Esses profissionais atuarão em parceria e em conjunto com as equipes da saúde da família.

A proposta de criação de núcleos multiprofissionais para dar apoio às equipes mínimas da estratégia de saúde da família, principal ação de atenção básica do ministério da saúde, há muito vinha sendo discutida. O desenvolvimento dos estudos em atenção básica e o fomento de novas políticas públicas, como a criação da política das práticas integrativas e complementares (Portaria GM 971/2006) acabou por proporcionar a criação dos tão aguardados Núcleo de Apoio à Saúde da Família- NASF, que tem sua criação aprovada pela Portaria nº 154 de 24 de janeiro de 2008.

O NASF tem como objetivo ampliar a abrangência e o escopo das ações de atenção básica, melhorar a qualidade e a resolutividade, apoiando a inserção da estratégia de saúde da família na rede serviços com processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica. A responsabilização compartilhada entre as Equipe da Saúde da Família (ESF) e as equipes do NASF na comunidade prevê a revisão da prática do encaminhamento com base nos processos de referência e contra-referência, ampliando-a para o um processo de acompanhamento longitudinal de responsabilidade da equipe de atenção básica/saúde da família, atuando no fortalecimento de seus atributos e no papel de coordenação do cuidado no SUS. A Portaria salienta, no entanto, que os NASF “não se constitui em porta de entrada do sistema e devem atuar de forma integrada à rede de serviços de saúde a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as ESF.

Desta forma o NASF deve instituir a plena integralidade do cuidado físico mental e social do usuário por intermédio da qualificação e complementaridade do trabalho da ESF, de modo que este se classifica em duas modalidades que são:

1. NASF 1 – São compostos por, no mínimo, 05 (cinco) profissionais de ocupação não-coincidentes, entre elas: médico acupunturista, assistente social, professor de educação física, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico ginecologista, médico homeopata, nutricionista, médico pediatra, psicólogo, médico psiquiatra, e terapeuta ocupacional. Cada NASF 1 servirá de referência para 08 (oito) a 20 (vinte) ESF, ou seja, realizará atendimento em ambos.
2. NASF 2 - Esta modalidade será introduzida somente nos municípios que tenham densidade populacional abaixo de dez habitantes por quilômetros quadrado, de acordo com dados da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), ano base 2007. Comporá esta equipe um mínimo de 03 (três) profissionais de ocupações não-coincidentes, entre elas: professor de educação física, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo, e terapeuta ocupacional.

O seu funcionamento também ocorre paralelamente ao do PSF do município, com carga horária de 40hs semanais, podendo envolver dois profissionais com 20hs semanais cada. É importante destacar que a composição será definida pelos gestores municipais, seguindo os critérios de prioridade identificados a partir das necessidades locais e da disponibilidade de profissionais de cada uma das diferentes ocupações, por isso, é necessário um estudo do perfil de cada cidade a ser implantada.

É de competência das secretarias de saúde dos municípios e do Distrito Federal definir o território de atuação de cada NASF, quando as equipes de saúde da família, as quais estes NASF estiverem vinculados, pertencerem a um mesmo município ou ao Distrito Federal.

No Brasil, nunca tivemos um Estado de Bem-Estar Social, no sentido pleno do termo, de um Estado voltado para a universalização do público. “Aqui”, sempre reinou uma República Oligárquica a serviço dos interesses de uma classe social. (...) E, a crise é, pois, a perda progressiva da capacidade do estado Brasileiro de nuclear o desenvolvimento nesse novo cenário internacional (CARVALHO, 1996, p.38).

No final do século XIX, até metade dos anos sessenta prevalece o modelo sanitaria Campanhista Brasileiro no âmbito da política de saúde. Esse modelo detalha o combate às endemias daquele momento e de como as medidas foram repressivas, pois tinha um caráter militarista, por ter como uso a força e a coesão. A economia daquele momento era agro-exportadora e a preocupação era que as doenças que entravam no país pudessem afetar toda a mercadoria.

Portanto, a medida tomada pelo departamento do Ministério da Saúde que também estava ligado ao Ministério da Justiça introduz a propaganda, ou seja, tudo que estava ligado a educação, para se prevenir as doenças e dar continuidade ao modelo sanitaria campanhista.

(...) desde o final do século XIX até a metade dos anos 70, (do século XX), praticava-se como modelo hegemônico de saúde, o Sanitarismo Campanhista. O Sanitarismo Campanhista significa uma visão de inspiração militarista de combate a doenças de estruturas "ad hoc", com forte concentração de decisões e com um estilo repressivo de intervenção sobre os corpos, individual e social. (MARTINS, 2004, p).

O processo industrial no país trouxe o aparecimento de vários atores sociais e uma concentração relevante e trabalhadores nos centros urbanos, que se deu de forma desorganizada. Vão aparecendo vários problemas de saúde pública, os quais apontam para possibilidades de organização da Previdência Social.

Toda estrutura de análise desse texto vem mostrando como vários órgãos, instituição e organismos vão se reestruturando a fim de consolidar os direitos trabalhistas. Assim como a Previdência Social passa a resguardar os serviços pertinentes ao trabalhador. Dessa forma o trabalhador que não tivesse vínculos empregatícios teria que se inserir dentro desse processo, ou seja, desses benefícios da forma que ele próprio pagasse pelo seu serviço.

Esse modelo apresentado vem se respaldar como base de sustentação jurídico- legal, que é o sistema Nacional de Previdência Social e a Constituição Federal de 1967- e a lei 6.229, e aonde vem o surgimento do instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social- INAMPS.

Na década de 80, no Brasil, foi implementada uma profunda reforma do Sistema Público de Saúde, culminando com a emergência do Sistema Único de Saúde – SUS – na Constituição Federal de 1988, o SUS emerge após intenso processo de sucessivas mudanças na política de saúde,

iniciando ainda, na década de 70 e, acelerado na década seguinte, mais especificamente a partir de 1983 (PUCUNI & CECÍLIO, 2004,

Sem dúvidas, os atores principais desse contexto histórico, são os trabalhadores, sobretudo os dos centros urbanos, bem como a população de menor poder aquisitivo que lutaram pela efetivação de seus direitos, afim de uma melhor condição de vida.

3. IMPACTOS PROMOVIDOS NA MELHORIA DA QUALIDADE DE VIDA DA POPULAÇÃO DO BAIRRO JOÃO CABRAL- JUAZEIRO DO NORTE-CE.

3.1. Caracterização do NASF no Bairro João Cabral

Os atos de pesquisa foram perpetrados na unidade do NASF1. O último é composto por cinco profissionais, dentre os quais: uma psicóloga, uma educadora física, uma fisioterapeuta e uma assistente social. O NASF volta suas atividades para oito ESF (Equipe de Saúde da Família).

Os referidos profissionais atuam realizando atividades de promoção de saúde, trabalhos de caráter preventivo, bem como aquelas direcionadas a recuperação da saúde dos usuários residentes na referida comunidade. Destaca-se, desta feita, que tem sido proporcionado ao habitante do bairro João Cabral, palestras educativas, com o intuito de conscientizar a população sobre os cuidados referentes à saúde, além dos direitos a que fazem jus, especialmente nas escolas, sendo que há atendimento nesse sentido aos idosos e gestantes; projetos de caminhada e alongamento, para propiciar a prática de atividades físicas; bem como o acompanhamento das condições de saúde dos usuários de tais políticas públicas.

Destaca-se a relevância das visitas domiciliares que possibilitam o esclarecimento e encaminhamento para os benefícios: do planejamento familiar; da vacinação das crianças, por desconhecimento da necessidade ou da simples falta de informação dos pais; além do direito da inserção em programas sociais e assistenciais. Há o encaminhamento para consultas, entrega de medicamentos de

alto custo, transporte para realização de exames, consultas e tratamentos realizados fora do município.

A observação de campo na referida unidade do NASF, possibilitou a constatação de que sendo um serviço público razoavelmente novo na localidade ainda existem várias deficiências. Faz-se imprescindível uma maior disponibilidade de recursos para os profissionais que ali atuam; melhorias na estrutura física, que permita um melhor atendimento, em termos de logística, através da construção de salas exclusivas para cada profissional; além de transporte para viabilizar as visitas domiciliares.

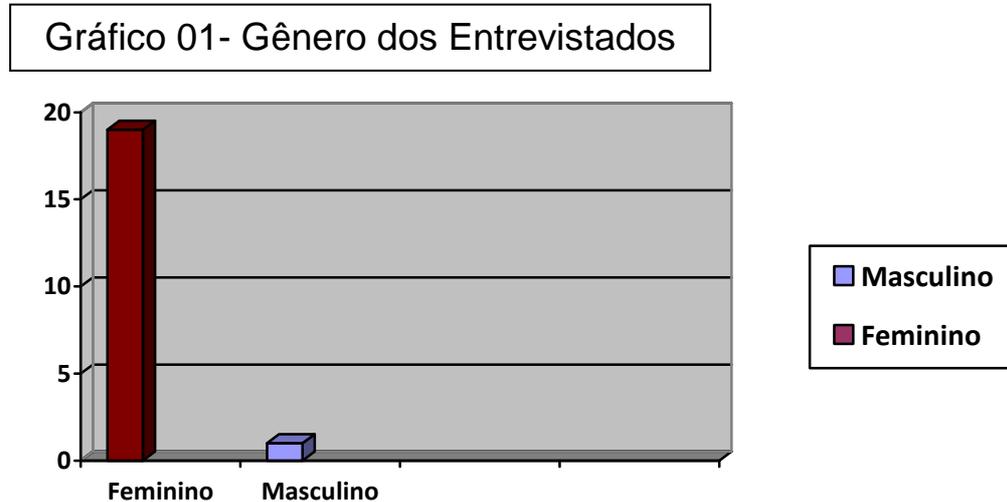
Ressalta-se que não há presença diária de tais profissionais na referida unidade do NASF para atendimento á comunidade, muito embora estes sejam contratados pela Administração Pública Municipal, para prestarem serviços de maneira diária, atendem somente alguns dias da semana.

3.2. Elementos para Discussão dos Impactos Promovidos pelo NASF no Bairro João Cabral.

A realização da pesquisa de campo, mediante observação das atividades e ações de saúde desenvolvidas pelo referido NASF, oportunizou a obtenção de uma visão ampla, sobre os impactos positivos, sofridos por esta comunidade, mediante a implantação deste serviço público de saúde.

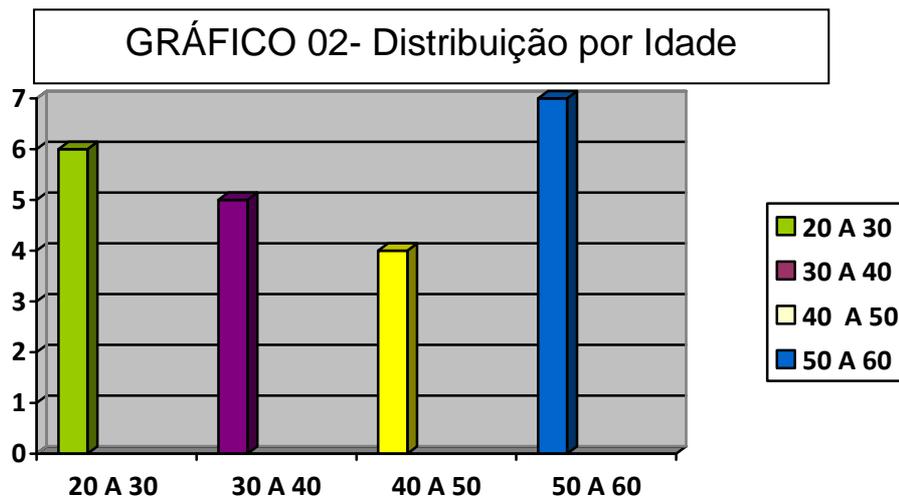
3.3. Caracterização da pesquisa realizada no campo de estágio supervisionado.

A seguinte pesquisa foi realizada com 20 (vinte) entrevistados, usuários do NASF, onde foram abordados diversos aspectos sociais dos mesmos, como, sexo e idade, já em relação ao NASF, foi abordado o seu conhecimento a respeito da sua existência e seu papel para a comunidade de forma geral:



Fon
te primária

Relata-se que a quase totalidade dos usuários que responderam às perguntas sobre o NASF, são do sexo feminino, o que indubitavelmente denota problema enfrentado pela saúde pública brasileira, qual seja: conscientizar a população masculina acerca da necessidade de participar de ações de saúde, tendentes a prevenir doenças, e como consequência evitar a mortalidade precoce. O Brasil vivencia grande índice de mortalidade masculina, este contexto está diretamente relacionado á falta de cuidados de saúde de caráter preventivo, aliado a fatores de risco, como uso de drogas, descuido com a alimentação, além do sedentarismo por estes cultivados. Evidencia-se que há uma maior preocupação das mulheres no tocante ao cuidado com sua saúde, não somente em relação às atuações de recuperação, mas especificamente nas atividades de prevenção e promoção de saúde, ao passo que os homens, quase que em regra, só procuram os serviços públicos de saúde, na busca por atividades relacionadas à recuperação.



Fonte primária

A faixa etária das pessoas ouvidas, que se beneficiam com a atuação do NASF no bairro João Cabral, varia desde a adolescência, atingida a classe da terceira idade, consoante depreende da demonstração gráfica.

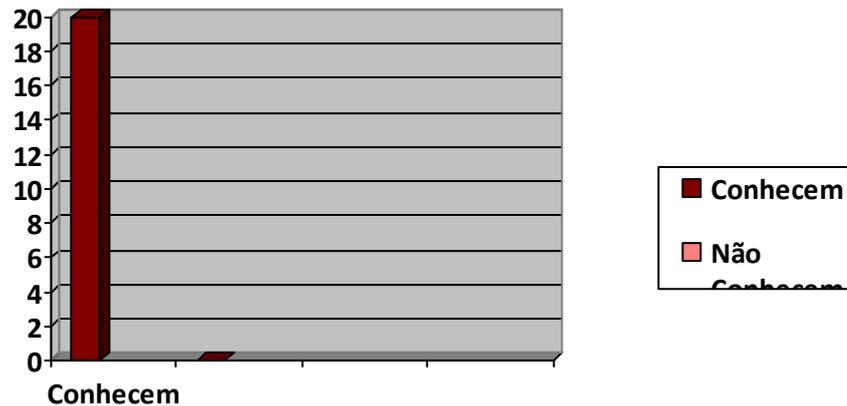
A procura dos jovens pelas políticas públicas de saúde realizadas pela referida unidade do NASF, mostra-se tímida. Embora a faixa etária de 11 a 20, não esteja previamente condicionada a utilizar serviços de recuperação de saúde, não se pode negar que a participação destes nas atividades voltadas para a promoção e prevenção é imprescindível. Os projetos de palestras direcionadas a educação sanitária, sexual, ambiental, de higiene devem estimular a participação dessa parcela dos habitantes, como instrumento eficaz para a consolidação das políticas públicas desenvolvidas atualmente.

Significa que o maior número de moradores que se utilizam dos serviços prestados pelo NASF encontra-se na faixa etária de 50 a 60 anos, demonstrando-se que neste período da vida, começa a surgir uma maior preocupação com os problemas de saúde, busca-se principalmente, ações voltadas á prevenção.

Os moradores alocados nas faixas etárias de 61 a 80 anos são os que mais participam dos projetos desenvolvidos pelo NASF, naquela comunidade. Especialmente dos projetos de caminhada, alongamento e prática de atividades físicas. As pessoas nesta faixa etária procuram ações de saúde, que possam ajudá-las a conviver melhor com os danos sofridos em face do avanço

da idade, e como consequência direta, a aquisição de uma melhor qualidade de vida.

Gráfico 03- Conhecimento do NASF



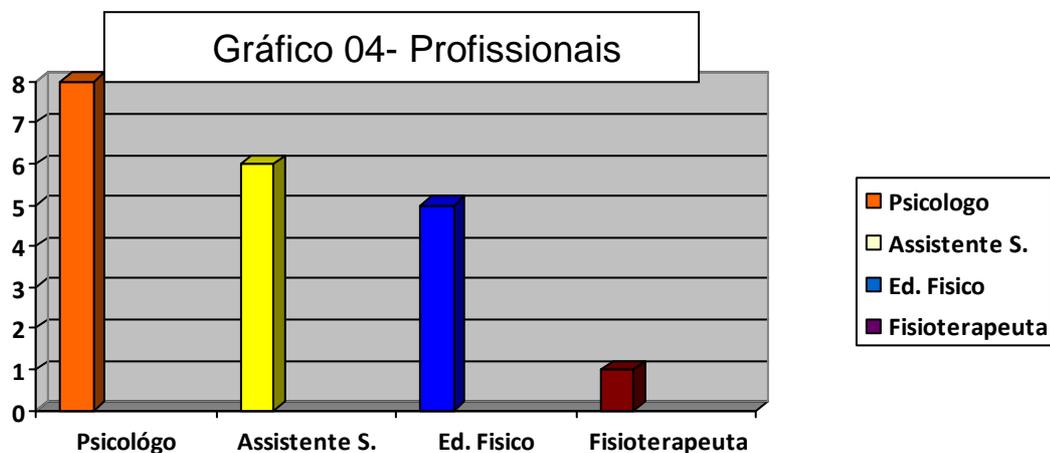
Fonte primária

A maioria da população que respondeu ao questionário relatou ter tomado conhecimento da implantação e dos serviços de saúde ali oferecidos, através do Programa de Saúde da Família, bem como por informações repassadas pelos agentes comunitários de saúde, durante o trabalho destes junto á comunidade. Extraí-se que a função do NASF, de maneira geral, previamente estabelecida pelo Ministério da Saúde; que é justamente de funcionar como um suporte para o PSF, bem como para as práticas dos agentes comunitários de saúde; esta se efetivando, ao passo que as mesmas têm se desenvolvidas de forma multidisciplinar e harmônica.

Os moradores ouvidos relatam que a grande maioria destes, já se utilizou dos serviços de saúde pública oportunizados pelo respectivo Núcleo de Apoio à Família. A presença deste órgão da saúde pública do município de Juazeiro do Norte propicia certa comodidade para aquela população, pois seus componentes não mais precisam se deslocar para outros bairros da referida cidade, para conseguir atendimentos. Tal fato lhes possibilita participar de projetos educativos,

conscientizadores, preventivos e promotores das políticas públicas de saúde de maneira realmente eficiente.

No entanto mais da metade dos representantes da comunidade, admitem não utilizar com freqüência as políticas públicas prestadas. Tais dados refletem uma realidade ainda presente na maior parte do país, haja vista não terem as pessoas uma educação voltada para a integração às ações de saúde preventivas, predomina ainda a cultura de que os serviços públicos de saúde só devem ser procurados para remediar os problemas. Não há na comunidade o estímulo á integração dos projetos de prevenção e promoção desenvolvidos naquela unidade do NASF.



Fonte primária

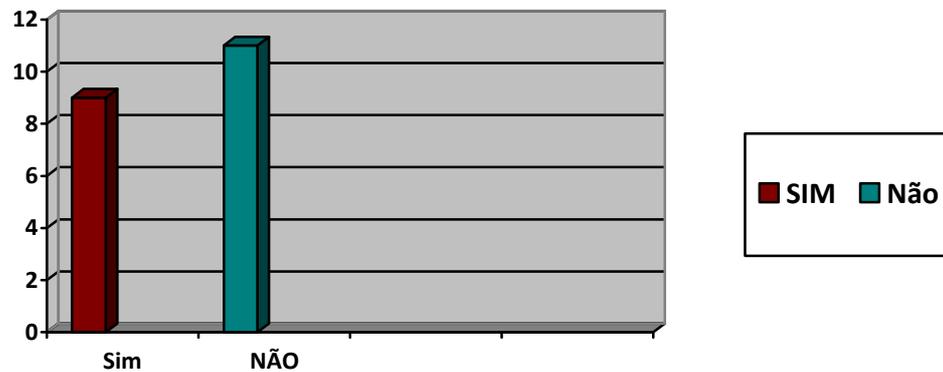
Dentre os atendimentos mais procurados encontram-se em primeiro lugar: os atendimentos psicológicos, bem como os prestados por assistente social, seguidos em ordem de preferência pelo educador físico e fisioterapeuta.

Uma observação bastante surpreendente se deve á constatação de que o maior número de atendimentos coletados na pesquisa de campo relacionava-se aos serviços de acompanhamento psicológico. A comunidade do bairro João Cabral faz parte das estatísticas de saúde pública que apontam para um crescimento preocupante de problemas de saúde de ordem mental, emocional e psicológica, ao passo que é cada vez mais freqüente na sociedade moderna, o desenvolvimento de transtornos emocionais e mentais, problemas estes que tem acometido, de maneira cada vez mais aleatória, as várias classes econômicas, sociais e culturais. Transtornos estes que variam da moderação mais leve a mais grave.

A busca dos habitantes daquela localidade pelos profissionais do Serviço Social demonstra a credibilidade que tais profissionais têm galgado na sociedade

brasileira, já sendo concebidos por estas como agentes capazes de garantir o resgate da cidadania; contribuindo para a melhoria das condições de vida dos usuários das políticas públicas de saúde; favorecendo a partilha de informações, bem como para a humanização do atendimento dos serviços públicos. Destacaram os moradores, em sua maioria não participarem dos projetos de saúde desenvolvidos pelo NASF. Dentre os participantes, destacaram-se os projetos de caminhada, alongamento, prática de exercícios físicos, além das palestras educativas e do acompanhamento realizado por psicólogos.

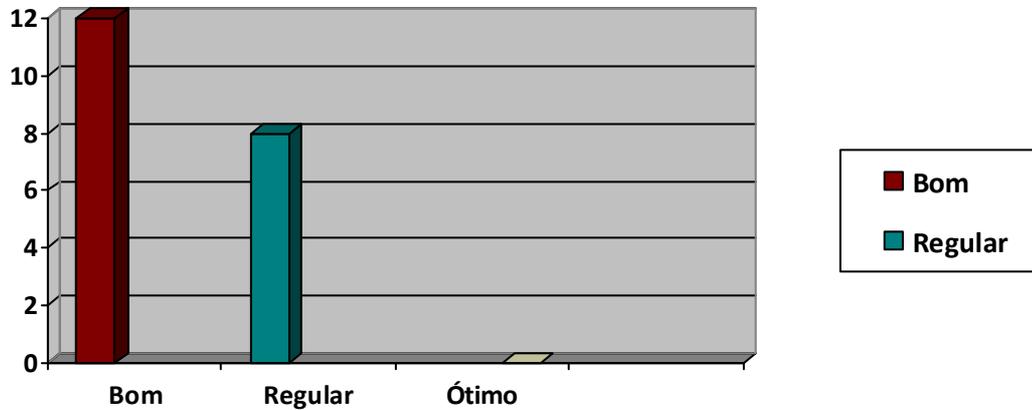
Gráfico 05- Suficiência dos atendimentos do NASF



Fonte primária

Questionou-se aos moradores sobre a suficiência das ações de saúde realizadas pelo NASF, para suprir as necessidades daquela comunidade. A maior parte dos habitantes ouvidos considera que os serviços prestados não são capazes de atender as demandas do bairro.

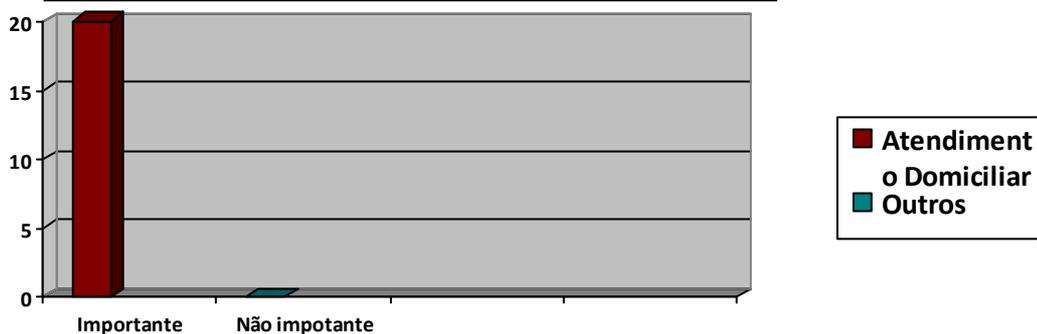
Gráfico 06- Qualidade do Atendimento dos Usuários.



Fonte primária

Quando perguntados sobre a qualidade da atuação dos profissionais da saúde que ali laboram, nenhum morador considerou esta como ótima, balizando-se entre a avaliação entre bom e regular. Tal atitude demonstra que encontra-se arraigada na cultura brasileira por parte da comunidade, e até mesmo pelos profissionais que atuam na área pública, a idéia de que o atendimento realizado em face da promoção de políticas públicas sempre deixa a desejar.

Gráfico 07- Importância no atendimento domiciliar



Fonte primária

Dentre os benefícios mais ressaltados pela população ouvida, destacam-se os fatos da implantação do NASF possibilitar atendimento de saúde próximo de casa, fato este que indubitavelmente traz inúmeros benefícios á toda comunidade do bairro João Cabral, permitindo melhoria nos índices de saúde. Os próprios

moradores questionados destacaram o que consideraram como os maiores benefícios da implantação do NASF, dentre as quais: melhorias na saúde física, palestras educativas, bem como as visitas domiciliares.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em análise ao trabalho realizado, conclui-se que o mesmo foi elaborado com o objetivo de evidenciar as transformações ocasionadas no bairro João Cabral, na cidade de Juazeiro do Norte-CE, após a implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família- NASF.

Pôde-se detectar que o presente trabalho caracterizou-se como um desafio no compreender, no interpretar, analisando toda a sistemática que envolve a prestação de políticas públicas de saúde. A Constituição Federal de 1988 ensejou grandes avanços no tocante à saúde, ao passo que o referido texto colocou de maneira expressa o direito à saúde, que deve ser efetivado mediante a promoção de políticas públicas. Tal fato sem dúvida consolida a democracia no Brasil. Nesse novo contexto, as atividades estatais devem se voltar para a promoção, recuperação e prevenção.

Pelo que foi exposto sobre a pesquisa, destaca-se que os serviços prestados pelo NASF na referida comunidade, constituiu-se como medida de inclusão, pois o bairro sofre graves problemas sociais. O NASF oportunizou a fruição de serviços de saúde para a comunidade que anteriormente necessitava se deslocar para outras localidades da cidade de Juazeiro do Norte, para obter atendimento.

Embora o funcionamento do NASF represente grande progresso para aquela população, observa-se que os serviços prestados ainda demonstram-se insuficientes para atender às necessidades vivenciadas. Faz-se imprescindível para tornar mais eficiente e qualitativa a atuação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, a adoção de várias medidas pelo Poder Público, dentre as quais: a melhoria da estrutura física do local de atendimento; disponibilidade maior de recursos de ordem material e humana; bem como transporte para as visitas domiciliares. Ressalta-se que é necessário um maior comprometimento dos profissionais componentes do NASF, no que se relaciona a permanência diária na comunidade, além de um melhor tratamento despendido aos usuários dos serviços de saúde.

Desta feita, entende-se que muitos avanços foram concretizados no país nos últimos anos, no entanto há ainda uma longa jornada a ser percorrida, para que a população brasileira possa utilizar-se de um sistema de saúde de qualidade.

Espera-se que este estudo tenha contribuído para a reflexão sobre as políticas públicas de saúde, bem como que seja concebido, como meio apto a promover o fomento da temática abordada, para que surjam novos questionamentos que venham convergir para outras pesquisas, corroborando ao final, para a construção do conhecimento.

.REFERÊNCIAS

- ALVES, I.P.A. **O Serviço Social no campo da saúde coletiva: a prática educativa como estratégia de intervenção.** In: Capacitação dos assistentes sociais no programa de saúde da família. Associação dos profissionais de saúde da família. Campina Grande, 2006.
- BARROS, Maria Elizabeth Diniz. **Política de saúde: a complexa tarefa de enxergar a mudança onde tudo parece permanência.** In: CANESQUI, A. M. (Org.). Ciências Sociais da saúde. São Paulo: Hucitec/ ABRASCO, 1997. P.113-134.
- _____. Ministério da Saúde. **Lei Orgânica da Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 1990.
- BEHRING, Elaine Rossetti. **Política Social no Capitalismo.** Tardio. 2.ed. São Paulo: Cortez, 2002.
- BOSCHETTI, Ivanete. **Políticas Sociais: fundamentos e história/ Elaine Rossetti Behring-** São Paulo: Cortez, 2006.
- BRASIL. **Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Senado, 1988.
- BRAVO, Maria Inês Souza et AL. **Saúde e Serviço Social.** 2. Ed. São Paulo: Cortez, 2006.
- BERTOLLI FILHO, Cláudio. **História da saúde pública no Brasil.** São Paulo; Ática. 2001.
- CARRIJO, D.; PORTO, E.L.; BERTANI, I. F. **Ensaio sobre o tema da prática do Serviço Social na área da saúde: interdisciplinaridade.** Serviço Social & Saúde, Campinas, v.2, n.2, p.39-54, jun. 2003.
- CARTA DE OTAWA.** 1986. Disponível em: < WWW.opas.org.br/promocao/uplo- adarq/otawa.pdf>.
- CARVALHO, Guido Ivan de SANTOS, Lenir. **Comentários a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90 e 8.142/90): Sistema Único de Saúde.** São Paulo: Hucitec, 1995.
- CHIRO, Arthur; SCAFF, Alfredo. **A implantação do Sistema Único de Saúde. Saúde e cidadania,** Consaude, 2001.
- COHN, Amélia; ELIAS, Paulo Eduardo M. **Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços.** 6. ed. São Paulo: Cortez. 2005.
- CORODONI JUNIOR, Luiz; ANDRADE, Selma Maffei de; Soares, Darli Antonio (Org.). **Bases da saúde coletiva.** Londrina: EUL-ABRASCO, 2001.

- DI PIETRO, Maria Sílvia Zapella. **Direito Administrativo**. 21. Ed- São Paulo: Atlas, 2008.
- GENTILE, Marilena. **Promoção da saúde e município saudável**. São Paulo: Vivere, 2001.
- IAMAMOTO, Maria V. **O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 13ª. Ed. São Paulo: Cortez, 2007.
- KUJAWA, H.; BOTH, V. BRUTSCHER, V. **Direito à Saúde: com controle social. Passo Fundo: Fórum Sul da Saúde (PR, SC e RS), Fórum Regional de Saúde (Norte do RS) e Centro de Educação e Assessoramento Popular de Passo Fundo (CEAP)**, 2003.
- LENZA, Pedro. **Direito Constitucional Esquematizado**. 12ª. ed.rev. atual. E amplo. São Paulo: Saraiva 2008.
- MENDES, Eugênio Vi laça. **Os Grandes Dilemas do SUS**. Salvador: Casa da qualidade, 2001. Tomo I.
- MOTA, Ana Elizabete et AL (Org.). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.
- MORAIS. Alexandre de. **Direito Constitucional**. 19ª. Ed. São Paulo: Atlas, 2006.
- POLIGNANO, Marcus Vinícius. **História da política pública no Brasil: uma pequena revisão**. Disponível em: < [internato rural.medicina.ufmg.br/saude_no_brasil.pdf](http://internato.rural.medicina.ufmg.br/saude_no_brasil.pdf)>.
- RADIS. **5,7 bilhões a menos**. Radis, Rio de Janeiro Fundação Osvaldo Cruz, São Paulo, n.55, p.8-12, mar.2007.
- RADIS. **Orçamento da Saúde: Como Sempre, cortes**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.
- SAITO, Raquel Xavier de Sousa. **Saúde da Família: considerações teóricas e aplicabilidade**. São Paulo: Martinari, 2008.
- SERVIÇO SOCIAL E SOCIEDADE. **Saúde, Qualidade de vida e direitos**. São Paulo, Cortez, a.XXIV, n.74, jul.2003.
- SILVA, Maria Ozanira da Silva e (Coord.). **O Serviço Social e o Popular: resgate teórico-metodológico do projeto profissional da ruptura**. 3.ed. São Paulo,2006.
- VASCONCELOS, Ana Maria de. **A prática do Serviço Social: Cotidiano, formação e alternativas na área da saúde**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2003.

APÊNDICE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Eu, **Maria do Socorro Ferreira Coelho**, estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada: As transformações ocorridas no bairro João Cabral- Juazeiro do Norte- CE a partir da implementação do NASF- Núcleo de apoio a Saúde da família na Comunidade, Com a mesma pretendemos realizar um estudo através de entrevistas com usuários do NASF, cuja análise dos dados obtidos será analisado e comentado neste trabalho monográfico. Assim, gostaríamos de contar com a sua participação, através da resolução de um questionário sobre o assunto. Informamos que a pesquisa não traz risco à sua saúde, garantimos o anonimato e o segredo quanto ao seu nome e quanto às informações prestadas, não divulgaremos seu nome, nem qualquer informação que possa identificá-lo ou que esteja relacionada à sua intimidade. Durante o andamento da pesquisa, se por qualquer motivo desistir, tem toda a liberdade para retirar o seu consentimento, sem implicação no seu atendimento

Maria do Socorro Ferreira Coelho
Pesquisadora

Eu, _____,
após ter sido devidamente esclarecido (a) sobre a pesquisa acima citada concordo em participar da mesma.

Assinatura do Entrevistado

ENTREVISTA
FACULDADE LEÃO SAMPAIO
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

Nome: _____
Endereço: _____
Tel: _____
Cidade: _____
Sexo: _____

1- Qual o seu Sexo (Gênero)?

- Masculino**
 Feminino

2- Qual a sua faixa etária?

- 20 a 30**
 30 a 40
 40 a 50
 50 a 60

3- Você tem conhecimento da existência do NASF?

- Sim**
 Não

4- Qual profissional você procurou na unidade do NASF?

- Psicólogo**
 Assistente Social
 Ed. Físico
 Fisioterapeuta

5- Como você avalia a suficiência do atendimento no NASF?

- Ótimo**
 Bom
 Regular

6- Como você avalia a qualidade do atendimento no NASF?

- Ótimo**
 Bom
 Regular

7- Qual seu ponto de vista em relação ao atendimento domiciliar realizado pelo NASF?

- Importante**
 Não Importante