



Fundação Educacional do Município de Assis
IMESA - Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis

MARA RUBIA RORATO SOARES

**A IMPORTÂNCIA DA VISITA DOMICILIAR DO
ENFERMEIRO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

**Assis/SP
2015**



Fundação Educacional do Município de Assis
IMESA - Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis

MARA RUBIA RORATO SOARES

A IMPORTÂNCIA DA VISITA DOMICILIAR DO ENFERMEIRO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Trabalho apresentado ao Curso de Enfermagem do Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis – IMESA e a Fundação Educacional do Município de Assis- FEMA, como requisito parcial a obtenção do Certificado de Conclusão.

Orientanda: Mara Rubia Rorato Soares
Orientadora: Dra. Elizete Mello da Silva

Assis/SP
2015

FICHA CATALOGRÁFICA

S676i SOARES, Mara Rúbia Rorato

A importância da visita domiciliar do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família /
Mara Rúbia Rorato Soares. Assis, 2015

53p.

Orientadora: Dra. Elizete Mello da Silva
(Trabalho de conclusão do curso Enfermagem). Fundação Educacional
do Município de Assis-FEMA

1. Enfermeiro-Saúde da Família 2. Estratégia-enfermeiro

CDD 610.734
Biblioteca da Fema



Fundação Educacional do Município de Assis
IMESA - Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis

A IMPORTÂNCIA DA VISITA DOMICILIAR DO ENFERMEIRO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

MARA RUBIA RORATO SOARES

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis – IMESA e a Fundação Educacional do Município de Assis- FEMA, como requisito do Curso de Graduação em Enfermagem, analisado pela seguinte comissão examinadora.

Orientador: _____

Examinador _____

Assis/SP
2015

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho ao meu marido Leandro que esteve ao meu lado nos momentos mais difíceis sempre me apoiando e me incentivando.

AGRADECIMENTO

Agradeço a Deus por oferecer a oportunidade de crescimento interior e aprendizado neste mundo e por guiar meus passos nos momentos mais difíceis, por ter me dado fé, sabedoria e paciência.

Ao meu marido Leandro que mesmo nos momentos de estresse, angústia esteve ao meu lado, tendo paciência e dizendo “falta pouco” me dando força para não desistir.

Aos meus pais Mauro e Marisa que me deram a vida e sempre me apoiaram. A todos da minha família que de alguma forma contribuíram.

A minha orientadora Elizete Mello da Silva, por sua dedicação e paciência; muito obrigado.

A todos os professores pelos ensinamentos e dedicação. Ao meu grupo de estágio (grupo C), Aline Romancini, Andréia Castela, Bianca Prado, Joseane Ferreira, Luciana Alves e Maria Helena Dias pela grandiosa amizade conquistada no decorrer desses 5 anos, pessoas maravilhosas que nunca esquecerei e que quero levar para a vida toda, foi um privilégio tê-las conhecido.

*“A enfermagem é uma arte; e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, quanto a obra de qualquer pintor ou escultor; pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo, o templo do espírito de Deus?
É uma das artes; pode-se-ia dizer, a mais bela das artes!”*

(Florence Nightingale)

RESUMO

O presente trabalho pretende discutir sucintamente o papel do enfermeiro na Estratégia da Saúde da Família - ESF e a abrangência da humanização do serviço de saúde e seus benefícios tanto para trabalhadores como para usuários do Sistema Único de Saúde – SUS. A saúde como um bem coletivo assegurado por lei trouxe diversos desafios para o sistema de saúde pública no Brasil. O processo de implantação do SUS, seus avanços e desafios aborda a importância da participação de todos na implantação dessa nova política e suas implicações. O Programa de Saúde da Família - PSF propõe-se a atender a família integralmente em seu espaço social o que requer uma nova postura profissional e o foco desse estudo recai sobre a importância do enfermeiro na visita domiciliar do PSF, na política de acolhimento e humanização dos serviços de saúde. A análise possibilitou perceber que o SUS trouxe grandes avanços na saúde pública, porém tem um árduo caminho para percorrer até alcançar as metas idealizadas.

Palavras chave: SUS; PSF; ESF; ENFERMEIRO; VISITA DOMICILIAR.

ABSTRACT

The present work intends to discuss briefly the role of the nurse in the family health strategy-ESF and the comprehensiveness of the humanization of health service and its benefits both for workers and for users of the Sistema Único de Saúde – SUS. Health as a collective good assured by law brought many challenges for the public health system in Brazil. The SUS deployment process, its advances and challenges addresses the importance of the participation of all in the implementation of this new policy and its implications. The family health program-PSF is proposed to meet the family fully on your social space which requires a new professional attitude and focus of this study is on the importance of the nurse on House call of the PSF, in politics and humanisation of health services. The analysis made it possible to realize that the SUS brought major advances in public health, but have a hard way to go until it reaches idealized goals.

Key words: SUS; PSF; ESF; NURSE; HOME VISIT.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
CAPÍTULO 1 - O CENÁRIO DA SAÚDE NO BRASIL	12
1.1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS	12
1.2 O SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL.....	14
1.3 A SAÚDE NA CONSTITUIÇÃO.....	29
1.4 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS.....	32
CAPÍTULO 2 - OS PROGRAMAS DA SAÚDE DA FAMÍLIA	38
2.1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	38
2.2 PSF – PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	40
2.3 ESF - ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	41
CAPÍTULO 3 - HUMANIZAÇÃO E ACOLHIMENTO: O PAPEL DO ENFERMEIRO	43
3.1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS	44
3.2 HUMANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO AO PACIENTE.....	45
3.3 O PAPEL DO ENFERMEIRO NO CONTEXTO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA – ESF.....	45
CONSIDERAÇÕES FINAIS	48
REFERÊNCIAS	49

INTRODUÇÃO

A crise do sistema de saúde no Brasil é assunto constante no noticiário da mídia. Embora essa seja a realidade, é fato também que a saúde pública sofreu várias influências no contexto político-social.

Para analisarmos essa trajetória é necessário conhecer os fatos históricos envolvidos nesse processo, o que foi comentado no primeiro capítulo ao abordar o cenário da saúde no Brasil, a criação do Sistema Único de Saúde – SUS.

Assim, este estudo visa debater conceitos sobre saúde, as transformações ocorridas na dinâmica do tratamento do doente e no perfil do profissional que irá atendê-lo e também a evolução do Sistema de Saúde oferecido à população, assim o capítulo segundo trouxe uma reflexão sobre o papel do enfermeiro na visita domiciliar da Estratégia da Saúde da Família.

No terceiro capítulo, partindo da premissa de que o enfermeiro ocupa um lugar de fundamental importância no trabalho da equipe da Estratégia da Saúde da Família, sobretudo na promoção do cuidado preventivo, propõe-se a analisar as melhores estratégias de trabalho que poderão ser utilizadas por ele, enquanto parte de uma equipe, que possam contribuir para otimizar as ações da equipe da ESF.

A metodologia utilizada foi a pesquisa exploratória bibliográfica, recorrendo-se ao uso de materiais como: livros, revistas, dissertações de mestrado e teses de doutorado, artigos de pesquisas em sites e plataformas especializadas. Todos serão lidos, fichados, analisados e interpretados às luzes das teorias pertinentes.

Não esperamos com esse trabalho mudar os rumos das políticas públicas, mas que para além de um debate acadêmico, os conceitos, ideias e valores nele contidos sejam um convite especial a uma reflexão sobre nossas crenças e práticas, que muitas vezes nos fazem menos solidários.

CAPÍTULO 1 - O CENÁRIO DA SAÚDE NO BRASIL

1.1 – CONSIDRAÇÕES INICIAIS

A história da saúde pública no Brasil revela o tratamento desigual a que esteve submetida a população brasileira, caracterizando-se pela ausente ou pouca intervenção do Poder Público e a restrição de serviços de saúde a determinadas classes sociais.

A atenção à saúde não está centrada apenas sob o enfoque médico, mas nas diferentes intervenções cujas práticas enfocam a prevenção. A especialização da prática profissional no trabalho coletivo na saúde evidencia-se, em sua atuação, que não se dá na doença de forma específica, mas no conjunto de variáveis que a determinam. (CONASS, 2011)

O quadro da saúde no Brasil tem se modificado nos últimos anos. Segundo Otaliba Libânio, (2011), diretor do DASIS/MS, estas transformações refletem diretamente no SUS, e representam o grande desafio atual para o Sistema. O rápido envelhecimento e a alta obesidade populacional, o aumento da carga de doenças crônicas obriga a priorizar as intervenções sobre a redução das desigualdades geográficas, além de aprimorar o pacto interfederativo para o fortalecimento do SUS.

Segundo o ministério da saúde o índice de desempenho do SUS mostrou que o maior problema do país é o acesso ao atendimento, pessoas tem dificuldade de conseguir consultas e até mesmo pronto atendimento em caso de emergências.

Diniz, (2014) reporta que a crise na saúde pública do Brasil deve ser considerada sob três aspectos básicos: a deficiência na estrutura física, a falta de disponibilidade de material-equipamento-medicamentos e a carência de recursos humanos.

O Brasil têm inúmeros problemas e enormes dificuldades em serem solucionados, seja devido ao descaso do governo, aos problemas com a corrupção ou ao pouco tempo para colocar em prática políticas públicas que precisam ser implantadas em longo prazo. A melhoria da saúde pública é um desses grandes desafios que o

Brasil precisa vencer, principalmente quando avaliamos o SUS (DINIZ, 2014).

A Constituição Federal de 1988 põe a vida como sendo o bem maior dos direitos fundamentais, preceituando que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado. Porém, embora se tenha essa garantia nem sempre a efetivação do direito à saúde no Brasil, enquanto direito fundamental de todos e dever do Estado, é observado. Atualmente a sociedade assiste a decadência da saúde pública em todos os estados brasileiros e o consequente sucateamento do SUS, sem que as autoridades constituídas para zelar por esse direito tomem providências concretas para amenizar a situação, principalmente daqueles que só podem contar com os serviços de saúde oferecidos pelo SUS . (CONASS, 2011).

A situação de saúde brasileira exige a estruturação de redes integradas de atenção à saúde para equilibrar as ações e os gastos do Sistema de saúde nos níveis de atenção primária, secundária e terciária de atenção à saúde. Desequilíbrios internos na alocação dos recursos financeiros em função dos diferentes setores de prestação de serviços de saúde provocam ineficiências repercutindo, negativamente, nos resultados sanitários. (CONASS, 2011).

Muitos dos problemas que atormentam os usuários do SUS poderiam ser solucionados mediante boas práticas de gestão, porém o ponto frágil do sistema público de saúde se resume numa só questão: o financiamento. Esse é o fator de maior peso no impedimento de se cumprir integralmente os preceitos constitucionais de acesso universal e atendimento integral. (CONASS, 2011).

A atenção hospitalar do SUS vive atualmente uma crise crônica que se manifesta em três dimensões principais: o subfinanciamento, a baixa capacidade gerencial e a ineficiência. Os recursos para a atenção hospitalar no SUS são insuficientes e isso tem consequências desastrosas, principalmente no pagamento de procedimentos, com valores muito abaixo dos seus custos. Esse caso é um bom exemplo onde haverá que se aumentar os recursos para financiá-los, e, concomitantemente, dar um choque de eficiência. (CONASS, 2011).

1.2 O SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL

A conquista dos direitos sociais (saúde e previdência) tem sido na maioria das vezes, o resultado do poder de muita luta, de organização e de reivindicação dos trabalhadores brasileiros. Por isso podemos afirmar que a evolução histórica das políticas de saúde está relacionada diretamente com a evolução político-social e econômica da sociedade brasileira, não sendo possível, muitas vezes, diferenciar uma da outra.

No período Brasil Colônia, políticas públicas praticamente inexisiam e pensar em saúde pública era possibilidade remota, já que os nativos não eram cidadãos pertencentes à Coroa. Machado (1978) reporta que até meados do século XVIII, Portugal não se preocupou com a organização do espaço social no Brasil em referência ao combate às causas das doenças, a atuação do Estado e dos médicos se resumia em evitar a morte. Só em 1808, com a vinda da família real para o Brasil Portugal impôs normas sanitárias, regulamentando as entradas nos portos, tentando impedir que doenças contagiosas abalasses a saúde da realeza.

Segundo Machado, (1978), por volta de 1829 foi criada a Junta de Higiene Pública com o objetivo de cuidar da saúde da população que apesar dos esforços não se mostrou eficaz. Então em 1851, os médicos assumem o controle das medidas de higiene pública e a transformam em Junta Central de Higiene Pública, objetivando a inspeção da vacinação, o controle do exercício da medicina e a polícia sanitária, que engloba inspeção de todos os estabelecimentos que manipulam alimentos, remédios, hospitais, escolas, fábricas e em todos os lugares de onde possa provocar dano à saúde pública.

A Junta não logrou êxito quanto a sanar todos os problemas de saúde pública no Brasil, erradicando as epidemias, mas foi o ponta pé inicial que marcou uma nova etapa na reorganização da higiene pública no Brasil.

Ressalta-se que essa organização na saúde aconteceu, segundo Paim, (2009, p.27)

Durante a passagem do século XIX para o XX, início da industrialização do Brasil, a saúde despontava como questão social, ou seja, como um problema que não se restringia ao indivíduo, exigindo resposta da sociedade e do poder público. (PAIM, 2009)

Nesse sentido, com a proclamação da República teve início as práticas de políticas públicas voltadas para a saúde. Conforme enfatiza Bertolli Filho, (2004) emergia a necessidade de atualizar a economia e a sociedade com o mundo capitalista redefinindo os trabalhadores como “capital humano”, já que eram essas fontes produtivas que geravam riquezas para a nação.

Assim a medicina assumiu o papel de guia do Estado em referência aos assuntos das questões sanitárias, se comprometendo na melhora da saúde pública.

Pela Constituição de 1891 a responsabilidade pelas ações de saúde, saneamento ficava a cargo dos Estados. Num país predominantemente rural, com enorme contingente de doentes e analfabetos, sem um canal legal de articulação, eram inevitáveis os conflitos sociais urbanos entre capital e trabalho, sempre acompanhados de muita repressão. Com isso a falta de um modelo sanitário deixava a população à mercê das epidemias.

A atenção para as epidemias nas cidades, como a peste bubônica em 1899, no porto de Santos, conforme cita Figueiredo et al (2007), esteve na origem da criação em 1900 do Instituto Soroterápico, que posteriormente foi transformado em Instituto Oswaldo Cruz, no Rio de Janeiro e o Instituto Butantã, em São Paulo. Em 1903 criou-se o Departamento Federal de Saúde Pública, onde Oswaldo Cruz foi nomeado diretor, o qual tinha a difícil missão de erradicar a febre amarela no Brasil.

Ainda segundo Figueiredo et al (2007), nessa época também foi lançada a lei obrigatória para a vacinação contra varíola, fato que desencadeou a chamada Revolta da Vacina. Apesar do caráter autoritário, denominado intervenção campanhista, que predominou no Departamento Federal de Saúde Pública, os resultados foram positivos, sendo erradicada a febre amarela e controlada as principais doenças endêmicas, e, com a criação de novos laboratórios, institutos inspetorias e serviços de engenharia sanitária, atingiu-se parte da meta estipulada.

Carlos Chagas assumiu a direção do Departamento em 1920, reformulando totalmente o modelo de atuação, inserindo à intervenção campanhista programas educacionais e ampliando os institutos de pesquisas, mas só em 1923, com a Lei Elói Chaves aconteceu a intervenção estatal que assegurou ao trabalhador ações voltadas ao seguro social, regulando a criação de Caixas de Aposentadoria e Pensões – CAPs, mais tarde substituída pelo Instituto de Aposentadoria e Pensões – IAPs, que garantiam além das aposentadorias e pensões o direito a assistência médica e farmacêutica, porém tratava-se de um sistema previdenciário excludente pois não atendia o trabalhador rural e seus dependentes.

Conforme aponta Cordeiro (2004) o Estado não participava propriamente do custeio das Caixas, como determinava a Lei Eloi o sistema era sustentado pelos empregados das empresas, pelas empresas e pelos consumidores dos seus serviços.

Em 1937 é promulgada a Constituição Federal, reforçando ainda mais o centralismo e só em 1940 com a criação dos sindicatos os trabalhadores adquiriram mais força para reivindicar.

Polignano, (2006) sustenta que a assistência médica previdenciária não era considerada importante, nem mesmo pelos seus segurados. As políticas de saúde implementadas trouxeram também algumas mudanças, e a principal dela foi a instituição do Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP), encarregado de cuidar da saúde da população. Quem não pudesse ser atendido pelas caixas e pelos serviços previdenciários ficava a cargo do Ministério

Com a promulgação da nova Constituição do Brasil, em 1946, a saúde pública teve sua estrutura centralizada com múltiplos programas e serviços verticalizados para implementar campanhas e ações sanitárias.

Lima (2005) enfatiza que em meados da década de 1950 inicia-se o movimento da modernização do setor de saúde, reforçando aspectos importantes como o foco das ações sobre doenças específicas, cujos marcos institucionais foram:

- 1) a criação do Ministério da Saúde, em 1953;
- 2) reorganização dos serviços nacionais no Departamento de Endemias Rurais –

(DNERu), em 1956;

- 3) a implementação da campanha nacional contra a lepra e das campanhas de controle e erradicação da malária, de 1958 a 1964;
- 4) a realização da 3ª Conferência Nacional da Saúde, em 1963, considerada como um dos últimos eventos da experiência democrática.

A partir de 1964, tem início o governo militar, implantando no Brasil um sistema nacional de saúde caracterizado pela centralização, com predomínio financeiro das instituições previdenciárias e uma crescente burocracia e mercantilização da saúde.

Nessa época tiveram início também reformas institucionais como a unificação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que segundo Figueiredo et al (2007, p. 17), “representava o ápice do processo de centralização no setor previdenciário, com forte repercussão na área da saúde.” O sistema ampliou seu leque de atuação passando a atender também os trabalhadores rurais através do FUNRURAL.

A 4ª Conferência Nacional de Saúde foi realizada no período de 30 de agosto a 04 de setembro de 1967, no Rio de Janeiro e teve como tema central "Recursos Humanos para as Atividades de Saúde", pois que aí já se constatava o problema da falta de formação profissional orientada para a solução dos problemas de saúde do País. Os recursos humanos para a saúde foram tratados como “capital humano” e discutida a necessidade de profissionais de formação e perfil variados.

Em 1963, foi implantado o Programa para Formação de Auxiliares de Enfermagem com o objetivo de formar auxiliares de enfermagem para os serviços de assistência médico-sanitária para as Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste. Embora os resultados não tenham sido relevantes para a resolução do déficit destes profissionais, os debates ocorridos já indicavam aspectos norteadores na melhoria da qualidade da formação. Nesse mesmo ano também, no XV Congresso Brasileiro de Enfermagem foi discutido o aperfeiçoamento do corpo docente e a revisão dos currículos do curso, sugerido a inclusão de disciplinas voltadas para a saúde pública e para a saúde materno-infantil.

Em 1974, o Decreto nº 74.891, de 13 de novembro de 1974, dispendo sobre a

estrutura básica do Ministério da Saúde modificou-a, atribuindo como área de competência, os assuntos relacionados com:

- I - Política Nacional de Saúde;
- II - Atividades médicas e paramédicas;
- III - Ação preventiva em geral; vigilância sanitária de fronteiras e de portos marítimos, fluviais e aéreos;
- IV - Controle de drogas, medicamentos e alimentos;
- V - Pesquisas médico-sanitárias.

Com vistas à conjugação de esforços para a elaboração de programas regionais que integrassem as atividades preventivas, curativas e de reabilitação, o Ministério da Saúde foi constituído pelos seguintes órgãos e entidades, conforme indicado no artigo 2º:

- I - Estrutura Básica
 - a) Órgãos de Assistência Direta e Imediata ao Ministro de Estado:
 - 1 - Gabinete do Ministro (GM)
 - 2 - Consultoria Jurídica (CJ)
 - 3 - Divisão de Segurança e Informações (DSI)
 - 4 - Coordenadoria de Comunicação Social (CCS)
 - b) Órgãos Colegiados:
 - 1 - Conselho Nacional de Saúde (CNS)
 - 2 - Conselho de Prevenção Antitóxico (CPA)
 - c) Órgãos Centrais de Planejamento Coordenação e Controle Financeiro:
 - 1 - Secretaria-Geral (SG)
 - 2 - Inspeção-Geral de Finanças (IGF)
 - d) Órgãos de Administração de Atividades Auxiliares:
 - 1 - Departamento de Administração (DA)
 - 2 - Departamento do Pessoal (DP)
 - e) Órgão de Administração de Atividades Específicas:
 - 1 - Secretaria Nacional de Saúde (SNS)
 - 2 - Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM)
 - f) Órgãos de Atuação Regional:
 - 1 - Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS)
- II - Entidades Vinculadas
 - a) Autarquia:
 - I - Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN)
 - b) Fundações:
 - 1 - Fundação Oswald Cruz (FOC)
 - 2 - Fundação Serviços de Saúde Pública (FSESP)

A Lei nº 6.229, de 17 de julho de 1975, criou o Sistema Nacional de Saúde, compreendido pelos serviços de saúde oferecidos pelo setor público e privado, que deveriam abranger as atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde sem, no entanto, unificar institucionalmente a direção do Sistema. Competia-lhe formular a política nacional de saúde e promover ou executar ações voltadas para as

medidas e os atendimentos de interesse coletivo, cabendo-lhe:

- a) Elaborar planos de proteção da saúde e de combate às doenças transmissíveis e orientar sua execução;
- b) Elaborar normas técnico-científicas de promoção, proteção e recuperação da saúde;
- c) Assistir o Governo na formulação da política nacional de alimentação e nutrição, inclusive quanto à educação alimentar, e, com a colaboração dos demais Ministérios diretamente envolvidos na execução dessa política, elaborar e propor o Programa Nacional de Alimentação e Nutrição, promovendo, através do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição - INAN, a coordenação de execução, supervisão, fiscalização e avaliação de resultados;
- d) Coordenar a ação de vigilância, epidemiológica em todo o território nacional e manter a vigilância nas fronteiras e nos portos e aeroportos, principalmente de entrada, no País;
- e) Efetuar o controle de drogas, medicamentos e alimentos destinados ao consumo humano;
- f) Fixar normas e padrões pertinentes a cosméticos, saneantes, artigos de perfumaria, vestuários e outros bens, com vistas à defesa da saúde e diminuição dos riscos, quando utilizados pela população em geral;
- g) Fixar normas e padrões para prédios e instalações destinados a serviços de saúde;
- h) Avaliar o estado sanitário da população;
- i) Avaliar os recursos científicos e tecnológicos disponíveis para melhorar o estado sanitário da população e a viabilidade de seu emprego no País;
- j) Manter fiscalização sanitária sobre as condições de exercícios das profissões e ocupações técnicas e auxiliares relacionadas diretamente com a saúde;
- k) Exercer controle sanitário sobre migrações humanas, bem como sobre importação e exportação de produtos e bens de interesse da saúde.

Para apreciar a Política Nacional de Saúde formulada pelo Ministério da Saúde foi instituído o Conselho de Desenvolvimento Social a fim de preservar as diretrizes de coordenação geral definidas nos Planos Nacionais de Desenvolvimento bem como os programas de diferentes Ministérios, no que diz respeito a assuntos de saúde.

A 5ª Conferência Nacional de Saúde, realizada entre 05 a 08 de agosto de 1975, teve como objetivo "analisar as questões políticas e de administração sanitária buscando-se o desenvolvimento do nível local, o aprimoramento das vias de intercomunicação, a uniformização dos métodos de avaliação, sem preocupações casuísticas". (CNS, 1975)

A 6ª Conferência Nacional de Saúde- CNS, realizou-se de modo a complementar a 5ª CNS, de 01 a 05 de agosto de 1977 (em Brasília), no espaço de dois anos entre uma e outra, respectivamente, tendo como foco a institucionalização do Sistema Nacional de Saúde, teve como objetivo, aperfeiçoar os programas nacionais, integrar

a ação dos órgãos executores de ações de saúde, propondo estratégias baseadas nos referenciais legais que definiam a organização deste sistema, especialmente no estabelecimento de normas de defesa e proteção da saúde, buscando definir o papel das instituições de modo a evitar duplicidade de ações. (CNS, 1977)

A atuação do poder público passa a ser desenvolvida através do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que beneficiava somente os trabalhadores com carteira de trabalho assinada e seus dependentes. Com o crescimento da população urbana houve a necessidade de mais recursos financeiros, o que levou o INAMPS a uma crise que optou sua atuação por meio de convênios com a rede privada. (FIGUEIREDO ET AL, 2007).

A Saúde Pública foi duramente negligenciada durante da ditadura militar, sendo considerado o principal causador das atuais deficiências brasileiras no que diz respeito às políticas de saúde, principalmente não havia participação da população no que se refere às políticas públicas brasileiras.

Assim cresceu o movimento pela de representatividade popular no que diz respeito à reivindicação dos direitos e necessidades do país, e, em detrimento dessas características. Houve também uma maior cobrança da população para o provimento de um sistema de saúde eficaz, que atendesse às necessidades da população como um todo.

O movimento pela Reforma Sanitária surgiu da indignação de setores da sociedade sobre o dramático quadro do setor Saúde. Suas primeiras articulações datam do início da década de 1960, quando foi abortado pelo golpe militar de 1964, atingiu sua maturidade no final da década de 1970.

Um dos pontos culminantes na discussão contra a elitização das práticas médicas aconteceu em 1978, com a Conferência Internacional sobre a Atenção Primária à Saúde, realizada em Alma-Ata (atual Cazaquistão). A Conferência se posicionou também contra a inacessibilidade dos serviços médicos à grande parte da população, reafirmando ser a saúde um dos direitos fundamentais humanos e de responsabilidade política dos governos.

Nessa época destaca-se também o ressurgimento do movimento estudantil, o movimento pela anistia, pelo sindicalismo, além do movimento sanitarista. Nasce

então o II Plano Nacional de Desenvolvimento (II PND), um plano quinquenal voltado ao desenvolvimento econômico e social. O diagnóstico apresentado para a saúde pública e para a assistência médica da Previdência evidenciava a ingerência e a falta de estrutura técnica. (CORDEIRO, 2004)

Em 1975 foi promulgada a Lei 6.229, dispondo sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde (SNS) nas esferas de governo. No nível federal, elenca as competências do Ministério da Previdência e Assistência Social e do Ministério da Saúde, também se definiam competências para os Ministérios da Educação, do Trabalho e do Interior.

Em 1975 foi promulgada a Lei 6.229, dispondo sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde -SNS nas esferas de governo. Composto pelo complexo de serviços, do setor público e do setor privado, voltados para ações de interesse da saúde que deveriam abranger as atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde. Constitui-se num primeiro embrião de obrigações dos Estados, Municípios e Distrito Federal para com a saúde.

Essa lei elenca as competências do Ministério da Previdência e Assistência Social e do Ministério da Saúde ao qual competia formular a política nacional de saúde e promover ou executar ações voltadas para as medidas e os atendimentos de interesse coletivo, cabendo-lhe:

- a) Elaborar planos de proteção da saúde e de combate às doenças transmissíveis e orientar sua execução;
- b) Elaborar normas técnico-científicas de promoção, proteção e recuperação da saúde;
- c) Assistir o Governo na formulação da política nacional de alimentação e nutrição, inclusive quanto à educação alimentar, e, com a colaboração dos demais Ministérios diretamente envolvidos na execução dessa política, elaborar e propor o Programa Nacional de Alimentação e Nutrição, promovendo, através do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição - INAN, a coordenação de execução, supervisão, fiscalização e avaliação de resultados;
- d) Coordenar a ação de vigilância, epidemiológica em todo o território nacional e

manter a vigilância nas fronteiras e nos portos e aeroportos, principalmente de entrada, no País;

- e) Efetuar o controle de drogas, medicamentos e alimentos destinados ao consumo humano;
- f) Fixar normas e padrões pertinentes a cosméticos, saneantes, artigos de perfumaria, vestuários e outros bens, com vistas à defesa da saúde e diminuição dos riscos, quando utilizados pela população em geral;
- g) Fixar normas e padrões para prédios e instalações destinados a serviços de saúde;
- h) Avaliar o estado sanitário da população;
- i) Avaliar os recursos científicos e tecnológicos disponíveis para melhorar o estado sanitário da população e a viabilidade de seu emprego no País;
- j) Manter fiscalização sanitária sobre as condições de exercícios das profissões e ocupações técnicas e auxiliares relacionadas diretamente com a saúde;
- k) Exercer controle sanitário sobre migrações humanas, bem como sobre importação e exportação de produtos e bens de interesse da saúde.

É possível destacar conforme Souza (2013, p.25) “que entre 1974 a 1979 constituiu-se em uma fase de mudanças conceituais importantes no âmbito da discussão das políticas sociais e de saúde no Brasil, surgindo um movimento crítico de reflexão sobre as políticas públicas”

Segundo o CONASS (2011), os programas de saúde materno-infantil foram amplamente utilizados nos serviços de Saúde Pública, na década de 70, até meados da década de 1980, como resposta do governo a alguns problemas sanitários selecionados como prioritários. Apesar dos vários programas, dois delinearão os contornos da assistência à mulher:

- a) Programa Materno-Infantil (PMI), 1975 ;
- b) Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), 1984.

Cada um destes programas foi construído em contextos históricos diferentes: o

primeiro, de uma conjuntura política do período de regime militar e implantado no conjunto das políticas de extensão de cobertura, e o segundo, discutido e implantado no período de transição democrática, fruto de negociação com o movimento de mulheres.

Estas delimitações são importantes para a compreensão de algumas características que se observam nos processos de trabalho organizados para a assistência à mulher nas unidades básicas, nesses momentos históricos:

Primeiro momento: período compreendido à partir da Segunda metade da década de 1970 até meados da década de 1980, quando os serviços se organizam fundamentados no Programa Materno-Infantil;

Segundo momento: até a criação do SUDS, quando os serviços se organizam desenvolvendo programas por meio das ações básicas da saúde, combinando-se com atenção médica individual.

O Programa Materno-Infantil (PMI) era constituído de 6 subprogramas:

- a) assistência materna: gestação, parto e puerpério;
- b) assistência à criança e ao adolescente: controle de crianças menores de 05 anos e do grupo de 05 a 14 anos;
- c) expansão da assistência materno-infantil: integração de grupos comunitários, controle e orientação de curiosas;
- d) suplementação alimentar: prevenção de desnutrição materna, gestação e lactação (Programa coordenado pelo INAM);
- e) atividades educativas;
- f) capacitação de recursos humanos.

Observa-se já nessa época a distinção dada às enfermeiras para o atendimento às gestantes nos centros de saúde, atribuindo-se a estas profissionais a responsabilidade pela maioria das consultas durante a gravidez, onde a consulta de enfermagem aparece como instrumento de atenção individual. Além disso, a enfermeira era elemento central da assistência à criança de 0 a 4 anos, como também responsável pelo seu cadastramento, treinamento, supervisão e controle.

No processo de abertura política, feministas e profissionais da saúde iniciaram uma parceria com o Ministério da Saúde para elaboração de propostas de atendimento à mulher que garantissem o respeito a seus direitos de cidadã, resultando em uma proposta concreta do Estado como resposta às reivindicações: o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher- PAISM.

Este novo Programa passa a ser prioridade do Ministério da Saúde por ter amplo respaldo no movimento de mulheres e por representar, no conjunto das suas concepções, um substancial avanço em relação à proposta anterior (Programa Materno-Infantil).

A partir de 1984, começaram a ser distribuídos às Secretarias Estaduais documentos técnicos que iriam nortear as chamadas "ações básicas de assistência integral à saúde da mulher", englobando o planejamento familiar, o pré-natal de baixo risco, prevenção de câncer cérvico-uterino e de mamas; as doenças sexualmente transmissíveis, a assistência ao parto e puerpério. Posteriormente foram sugeridas as ações relacionadas à sexualidade na adolescência e à mulher na terceira idade.

Algumas características dos processos de trabalho na vigência do PAISM estão contidas nos manuais que definem de modo simples e direto o conteúdo das ações, normatizando os procedimentos e padronizando as condutas que delas decorrem, em relação a :

- a) doenças sexualmente transmissíveis (DST);
- b) câncer cérvico-uterino e da mama;
- c) planejamento familiar;
- d) parto e puerpério;
- e) gravidez de baixo, médio e alto risco;
- f) assistência à adolescente e a mulher no climatério.

A política de saúde para a mulher é de fundamental importância para evitar a mortalidade materno-infantil, visando, principalmente a garantia da humanização e a qualidade no atendimento a mulher durante a gravidez,

A 7ª Conferência Nacional de Saúde foi realizada em Brasília, no período de 24 a 28 de março de 1980. Debateu a implantação do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde – PREV-SAÚDE. Destacando-se, sobretudo, as discussões a respeito da relação entre o modelo assistencial e a formação de recursos humanos, particularmente, o modelo de serviços básicos de saúde e os respectivos agentes necessários, tanto de nível superior, quanto de nível médio e elementar.

Nesta CNS foram destaques os seguintes aspectos:

- a) a formação de especialistas e generalistas, particularmente para os profissionais médicos;
- b) o papel da educação continuada para o pessoal de nível médio e elementar;
- c) a adequação da formação dos recursos humanos às necessidades de saúde da população através da integração docente-assistencial;
- d) o compromisso de transferência do conhecimento, a descentralização do poder, para processo de democratização do sub-sistema de recursos humanos;
- e) a proposta de integração entre as ações de promoção e proteção da saúde e as ações de assistência médica individual e a necessidade de que o médico não mais realize um trabalho isolado, mas enquanto líder da equipe multiprofissional;
- f) o incentivo à prática multiprofissional sem diferença de status, determinada pela diversificada formação dos integrantes do PREV-SAÚDE, de modo a torná-lo eficiente e permitir sua continuidade;
- g) as questões de recursos humanos em enfermagem foram discutidas especificamente (treinamento e supervisão dos agentes de saúde que atuam nos serviços básicos; reformulação da lei do exercício profissional - 1955 e 1986; a participação de toda equipe multiprofissional no treinamento dos agentes de saúde local dado o caráter polivalente de sua capacitação).

Com fortes críticas em relação às políticas de saúde pública por partes dos setores acadêmicos e da sociedade civil, em meados da década de 80, nasce o denominado Movimento da Reforma Sanitária. O grande marco histórico nesse processo foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em março de 1986, que contou com a participação de diversos setores organizados da sociedade. O relatório produzido

nessa Conferência serviu de referência para os constituintes que elaboraram a Constituição de 1988 com destaque para aprovação da criação de um Sistema Único de Saúde, com a separação total da saúde em relação à Previdência. (ESCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005)

Era necessário aprofundar discussões sobre o financiamento, a operacionalização para a constituição do sistema de saúde e a necessidade da organização de fundos especiais de saúde nas três esferas de governo. Em julho de 1987, criou-se o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), com princípios básicos como: universalização, equidade, descentralização, regionalização e a participação comunitária.

O Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde foi o antecessor dos SUS (Sistema Único de Saúde). O SUDS surgiu sob a forma de convênios do INAMPS com as Secretarias Estaduais de Saúde. Entretanto estes convênios passaram a ser um forte instrumento político, pelo qual o governo começa a reagir ao assinar o convênio com determinados municípios pelos mais variados motivos políticos (COHN & ELIAS, 1996).

Os objetivos principais da Reforma Sanitária seriam atingidos com a criação de um sistema único de saúde, o SUS, criado na constituição de 1988, e definia o seu modelo operacional, a sua forma de organização, seus princípios doutrinários, objetivos e atribuições.

Como fruto da Reforma Sanitária Brasileira, em um processo coletivo de lutas e conquistas sociais, em 1990 é instituída a Lei Orgânica da Saúde que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde.

A partir desta perspectiva de promoção da saúde como direito de cidadania, torna-se imprescindível a educação em saúde. A Reforma Sanitária e a Lei Orgânica da Saúde apresentam um novo conceito legal de saúde, priorizando o aspecto preventivo.

A 9ª conferência, convocada pelo Decreto n. 99.045, de 07/03/90, foi realizada em 1992, tendo por tema central: “Municipalização é o caminho”

As principais contribuições da 9ª conferência para a Política Nacional de Saúde

foram:

- a) a descentralização;
- b) a defesa das conferências estaduais e municipais como preparatórias à nacional;
- c) a mobilização nacional em torno da questão do financiamento;
- d) a proposta de extinção do Inamps – que ocorreu no ano seguinte.

A 11ª Conferência Nacional de Saúde, convocada pelo Decreto n. 8.985, de 28/12/90, foi realizada em 2000. Teve por tema central: “Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social” (Brasil, CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2001, p. 9).

A 12ª Conferência Nacional de Saúde Nacional, convocada pelo Decreto nº 9.872, de 05/05/90, foi realizada em 2003, tendo por tema central: “Saúde direito de todos e dever do Estado, o SUS que temos e o SUS que queremos” (CONASS, 2009)

A 13ª Conferência Nacional de Saúde, convocada por Decreto Presidencial de 10/05/07 (não numerado), teve como tema central: “Saúde e qualidade de vida: políticas de estado e desenvolvimento”. (CONASS, 2009)

Desde os anos 1970, quando se gerou e desenvolveu a luta pela reforma sanitária que resultou no SUS até a realização da 13ª conferência, ocorreu uma profunda modificação no movimento social brasileiro, possibilitando a participação no processo decisório e exercer controle sobre a implementação de políticas públicas. (CONASS, 2009)

No site da Fundação Osvaldo Cruz, encontramos um resumo dos principais acontecimentos da história do Sistema Único de Saúde – SUS, no Brasil:

1988 - O SUS é criado e aprovado pela Constituição Federal, que reconhece o direito de acesso universal à saúde para toda a população.

1990 - Regulamentação da organização e funcionamento dos serviços do SUS; regulamentação da participação da comunidade na gestão o SUS e das transferências intergovernamentais de recursos; implantação do Sistema de Informações Hospitalares e o Sistema de Informações Ambulatoriais.

1991- Implantação do Programa Agentes Comunitários da Saúde; realização da primeira campanha da mídia da hanseníase, quebrando o preconceito ao redor da doença.

1992- Realização da 9ª Conferência Nacional de Saúde, com o tema

“Municipalização é o caminho”

1993 - Regulamentação do processo de descentralização da gestão dos serviços e ações do SUS, por meio da Norma Operacional Básica; extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps).

1994 - Criação do Programa Saúde da Família.

1996 - Redefinição do modelo de gestão do SUS que disciplina as relações entre União, estados, municípios e Distrito Federal, por meio da Norma Operacional Básica; realização da 10ª Conferência Nacional de Saúde, com o tema “SUS: Construindo um Novo Modelo de Atenção à Saúde para a Qualidade de Vida”.

1997 - Criação do Sistema Nacional de Transplantes; implantação do serviço de Assistência Domiciliar Terapêutica (ADT) para o atendimento aos portadores de HIV/Aids; criação do Disque Saúde.

1998 - Instituição do Piso de Atenção Básica para viabilizar a organização de atenção básica à saúde nos municípios brasileiros.

1999 - Criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa); o medicamento genérico é estabelecido no país, assim como a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos; início da Campanha Nacional de Vacinação para a Terceira Idade contra a gripe, tétano e difteria.

2000 - Criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS); realização da 11ª Conferência Nacional de Saúde, com o tema “Efetivando o SUS: Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção à Saúde com Controle Social”;

São assegurados os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde nas três esferas de governo.

2001 - Aprovação da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), que define a regionalização e a descentralização da assistência à saúde; a Organização Mundial da Saúde reconhece o Brasil como o país com a maior e mais complexa Rede de Bancos de Leite Humano do mundo.

2002 - Criação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência; criação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.

2003 - Criação da nova estrutura do Ministério da Saúde com as secretarias: Atenção à Saúde; Vigilância em Saúde; Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos; Gestão Participativa; e Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde; realização da 12ª Conferência Nacional de Saúde com o tema “Saúde: um Direito de todos e um Dever do Estado – a saúde que temos, o SUS que queremos”; criação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU); criação do programa “De Volta para Casa”, que contribuiu com o processo de reinserção social de pessoas com longa história de internação psiquiátrica. criação do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário; implantação do tratamento para fumantes na rede de atenção básica.

2004 - Instituição da Política Nacional de Humanização no Sistema Único de Saúde (HumanizaSUS); lançamento do programa “Brasil Sorridente”. Um conjunto de ações do Ministério da Saúde para melhorar as condições de saúde bucal da população brasileira; lançamento do programa “Farmácia Popular do Brasil”; criação da Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia (Hemobras); publicação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher.

2005 - Publicação do Plano Nacional da Saúde; lançamento da Política Nacional de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; inauguração do Banco Nacional de Tumores (BNT), do Instituto Nacional do Câncer (Inca).

2006 - Aprovação do Pacto pela Saúde em três dimensões: Pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão; instituição da Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde; incorporação da vacinação contra o rotavírus no Calendário Básico de Vacinação da Criança, tornando-se o primeiro país do mundo a oferecer essa vacina na rede pública de saúde; lançamento da Política da

Pessoa Idosa.

2007 - Realização da 13ª Conferência Nacional de Saúde, com o tema “Saúde e Qualidade de Vida: Política de Estado e Desenvolvimento”; lançamento do Programa Mais Saúde – PAC – Saúde – direito de todos, em quatro vertentes: 1. Promoção e atenção; 2. Gestão, trabalho e controle social; 3. Ampliação do acesso com qualidade; 4. Desenvolvimento e Inovação em Saúde e o PAC do saneamento, ara ampliar o acesso e a qualidade dos serviços prestados pelo SUS à população brasileira; lançamento do Programa Nacional de Telesaúde; licenciamento compulsório do anti-retroviral Efavirenz, remédio usado no tratamento da Aids.

2008 - Implantação das ações do “Programa Mais Saúde – PAC: Saúde, direito de todos”; governo estimula mudanças estruturais nas unidades de saúde para incentivar o parto normal humanizado, controlar riscos e reduzir a mortalidade materna neonatal; lançamento da Campanha Nacional contra a Rubéola, a maior campanha de vacinação do mundo.

Desde os primórdios o Brasil apresenta problemas políticos em relação à saúde pública, mas não se pode negar os avanços na área de saúde, como por exemplo, o atendimento universal e integral, o aumento da eficácia no atendimento às questões epidemiológicas e sanitárias, o apoio democrático dos Conselhos, entre outras.

1.3 A SAÚDE NA CONSTITUIÇÃO

A constituição de 1988 foi um marco fundamental na definição das prioridades da política de governo na área da saúde pública, antes da promulgação, os serviços e ações de saúde destinavam-se apenas a determinados grupos, aqueles com carteira de trabalho assinada,, ficando de fora as pessoas quem não possuíam condições financeiras para custear o seu tratamento de forma particular e os que não contribuía para a Previdência Social A Seção II, do artigo 196 ao artigo 200, trata das questões relacionadas à área da Saúde:

Definiu o conceito de saúde e garantiu que para se ter saúde é necessário o acesso a um conjunto de fatores, como: alimentação, moradia, emprego, lazer, educação. Demonstra claramente a urgência de um modelo de saúde voltado para as necessidades da população, onde o Estado afirma o compromisso com o bem estar social referente à saúde coletiva, consolidando-o como um dos direitos da cidadania.

Esse direito foi inserido na Constituição Federal de 1988 no título destinado à ordem social, que tem como objetivo o bem-estar e a justiça social. Isto fica bem explícito

no artigo 6º, quando trata dos direitos fundamentais:

Art. 6º - São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.

O direito à saúde, por estar intimamente atrelado ao direito à vida, manifesta a proteção constitucional à dignidade da pessoa humana. O artigo 196 da Constituição prevê o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde.

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Assim está previsto que além de universal, o acesso deve ser igualitário, não devendo haver distinção em relação a grupo de pessoas, nem de serviços prestados. Para que o acesso seja universal e igualitário, impõe-se a gratuidade dos serviços sendo vedado serviço público que exija contrapartida pecuniária.

A universalidade não só constitui diretriz do Sistema Único de Saúde, como também se manifesta como a base de toda a estrutura administrativa da saúde. A integralidade está relacionada com a política de fornecimento de medicamentos, porque diz respeito à assistência terapêutica fornecida ao usuário do SUS.

Já o artigo seguinte prioriza o SUS para conseguir atender à população, contando com rede própria e ou contratada, ficando a participação da iniciativa privada apenas de forma complementar.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao poder público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

A Constituição não se limitou apenas à criação de uma estrutura organizacional para garantir o direito à saúde, como também indicou a atuação desse órgão administrativo e seus objetivos, numa clara alusão do que seria o Sistema Único de Saúde, como podemos notar no artigo 198:

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - participação da comunidade.

Muito embora, conforme trata o artigo 197, o atendimento do SUS preferencialmente seja feito através da rede pública, o artigo 199 e parágrafos estabelece normas para a participação da iniciativa privada, cuja participação depende de convênios.

Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

§ 1º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

§ 2º - É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.

§ 3º - É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei.

§ 4º - A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização.

Conforme previsto no artigo 200, as atribuições do SUS variam da competência fiscalizadora e controladora das atividades que envolvam a saúde, passando também pela produção de medicamentos e insumos, preparação dos profissionais, buscando novos rumos para a saúde pública.

Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;

II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;

III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;

IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;

V - incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;

- VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;
- VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;
- VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

A Constituição da República de 1988 abriu caminho para a descentralização, e pela primeira vez o setor de saúde recebeu papel de destaque constitucional, acolhendo em seu texto muitas das demandas colocadas pelas pela sociedade brasileira.

1.4 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS

O Sistema Único de Saúde – SUS foi criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentados pelas Leis 8.080/90, a Lei Orgânica da Saúde, e pela Lei 8.142/90. Construído por meio de Normas Operacionais, em consenso com as três esferas de Governo, teve como principal objetivo alterar a situação de desigualdade na assistência à Saúde dos brasileiros, tornando obrigatório o atendimento público gratuito a qualquer cidadão.

Na afirmação de Souza, (2002) o Sistema Único de Saúde é, por definição constitucional, um sistema público de saúde, nacional e de caráter universal, baseado na concepção de saúde como direito de cidadania, na noção de unicidade, na descentralização, com comando único em cada esfera de governo; integralidade do atendimento; e participação da comunidade, concretizada por meio de Conferências de Saúde e pelos Conselhos de Saúde.

Segundo a cartilha do CONASS – Conselho Nacional dos Secretários de Saúde, (2011), o SUS:

O Sistema Único de Saúde – SUS é constituído pelo conjunto de ações e de serviços de saúde sob gestão pública. Está organizado em redes regionalizadas e hierarquizadas e atua em todo território nacional, com direção única em cada esfera de governo. O SUS não é, porém, uma estrutura que atua isolada na promoção dos direitos básicos de cidadania. Insere-se no contexto das políticas públicas de seguridade social, que abrangem além da Saúde, a Previdência e a Assistência Social.

É evidente que desde sua instituição o SUS vem passando por importantes mudanças, em razão do processo de descentralização das responsabilidades, das atribuições e dos recursos alocados para os estados e municípios. Essa nova concepção conta também com a participação da sociedade organizada através da divisão de responsabilidades entre o poder público e a sociedade, cabendo aos gestores setoriais a concretização dos princípios e diretrizes da reforma sanitária brasileira. (CONASS, 2011).

Conforme conceitos propostos por Scotti e Oliveira (1955), para as funções do SUS e adotadas pela Norma Operacional Básica (NOB 01/1996), em termos de processo de descentralização, é importante definir quem são os gestores e quais as funções gestoras no SUS, assim temos:

“Gestão” como a atividade e a responsabilidade de comandar um sistema de saúde (municipal, estadual ou federal) exercendo as funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria.

“Gerencia” como a administração de unidade ou órgão de saúde (ambulatório, hospital, instituto, fundação, etc) que se caracteriza como prestador de serviço do SUS.

Essa distinção é necessária porque a ação de comandar o sistema de saúde é distinta daquela de administrar uma unidade de saúde. Enquanto a gestão é uma função exclusivamente pública e executada no SUS pelos gestores, representantes de cada esfera de governo e designados para o desenvolvimento das funções do Executivo na área da saúde, a gerência ou administração, por sua vez, pode ser pública ou privada. (CONASS, 2011)

Os gestores do SUS, representantes de cada esfera de governo designados para o desenvolvimento das funções do Executivo na saúde, no âmbito Nacional é o Ministro da Saúde, no estadual, o Secretário de Estado da Saúde e no municipal o Secretário Municipal de Saúde. As funções gestoras podem ser definidas como “um conjunto articulado de saberes e práticas de gestão, necessários para a implementação de políticas na área da saúde.” (CONASS, 2011, p.33)

O setor de saúde unificou seu sistema em nível nacional, integrando as antigas bases assistenciais às sanitárias e transferiu aos estados e municípios as

estruturas de atendimentos locais e recursos financeiros mediante assinaturas de convênios.

A regulamentação do SUS só foi estabelecida no final da década de 1990, com a Lei Orgânica da Saúde - LOS e a Lei 8.142, nas quais se destacaram os princípios organizativos e operacionais e no controle social em um sistema descentralizado e regionalizado com base municipal.

A trajetória de construção do SUS ao longo de sua história veio formulando instrumentos e normas para orientar a descentralização e organização do sistema, como as NOB, o PAB, as formas de habilitação do sistema etc.

A Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e a recuperação da saúde, organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, regulando em todo o território nacional as ações e os serviços de saúde, isoladamente ou em conjunto, em caráter permanente ou provisório, tanto por pessoas físicas como jurídicas. Assim prevê o artigo 1º:

Art. 1º - Esta Lei regula em todo território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de Direito Público ou privado.

A Lei 8.080 regulamenta as ações do SUS, estabelece as diretrizes para o seu gerenciamento e descentralização, detalhando as competências da esfera governamental, enfatizando a descentralização político-administrativa, por meio da municipalização dos serviços de saúde. Determina ainda como competência a definição de critérios, valores e qualidade dos serviços, trata da gestão financeira, define o Plano Municipal de Saúde como base das atividades e da programação de cada nível de direção e a gratuidade das ações e dos serviços nos atendimentos públicos e privados contratados e conveniados. (FIGUEIREDO ET AL, 2007).

A saúde é fundamental para que se consiga a realização do objetivo de atingir o mais completo bem estar físico, mental e social, não consistindo somente da ausência de doença ou enfermidade. O artigo 2º e seus parágrafos assim estabelecem a garantia do Estado para prover o direito à saúde:

Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

§ 2º O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

Ainda se caracterizam essa obrigação quando objetivos e atribuições do sistema de saúde vem elencados no capítulo I, nos artigos 5º e 6º:

Art. 5 - São objetivos do Sistema Único de Saúde - SUS:

I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;

II - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1, do Art.2 desta Lei;

III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

As principais atribuições do SUS, citadas no artigo 6º da Lei Orgânica da Saúde – LOS:

Art. 6º Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS):

I - a execução de ações:

a) de vigilância sanitária;

b) de vigilância epidemiológica;

c) de saúde do trabalhador; e

d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica;

II - a participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico;

III - a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde;

IV - a vigilância nutricional e a orientação alimentar;

V - a colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho;

VI - a formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção;

VII - o controle e a fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde;

VIII - a fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano;

IX - a participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

X - o incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico;

XI - a formulação e execução da política de sangue e seus derivados.

§ 1º Entende-se por vigilância sanitária um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas

sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo:

I - o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e

II - o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.

§ 2º Entende-se por vigilância epidemiológica um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.

§ 3º Entende-se por saúde do trabalhador, para fins desta lei, um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho, abrangendo:

I - assistência ao trabalhador vítima de acidentes de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho;

II - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho;

III - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), da normatização, fiscalização e controle das condições de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, de produtos, de máquinas e de equipamentos que apresentam riscos à saúde do trabalhador;

IV - avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde;

V - informação ao trabalhador e à sua respectiva entidade sindical e às empresas sobre os riscos de acidentes de trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódicos e de demissão, respeitados os preceitos da ética profissional;

VI - participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas;

VII - revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho, tendo na sua elaboração a colaboração das entidades sindicais; e

VIII - a garantia ao sindicato dos trabalhadores de requerer ao órgão competente a interdição de máquina, de setor de serviço ou de todo ambiente de trabalho, quando houver exposição a risco iminente para a vida ou saúde dos trabalhadores.

Com a promulgação da Constituição, a participação popular, a descentralização das ações e políticas de saúde se tornaram instrumentos de fundamental importância para a construção de um modelo público de saúde.

A Lei 8.142, de 28.12.1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros no setor da saúde. Foi ela que instituiu os conselhos e as conferências de saúde como instrumentos do controle social, através dos quais deve acontecer a participação dos

diversos segmentos da sociedade, ao lado do governo, no acompanhamento e na definição de políticas públicas de saúde.

Conferências e conselhos de saúde são, hoje, os principais espaços para o exercício da participação e do controle social sobre a implementação da política de saúde em todas as esferas de governo. (CONASS, 2009)

O estabelecimento de comissões de pactuação entre representantes dos gestores de saúde é ressaltado como uma inovação institucional de fundamental importância para a formação de consensos sobre decisões operacionais relativas à gestão do Sistema Único De Saúde - SUS.

Como apontou documento do Conselho Nacional de Saúde, os conselhos gestores de saúde atuam na formulação e proposição de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde, inclusive em seus aspectos econômicos e financeiros. (BRASIL, 2003)

Os Conselhos de Saúde, por sua vez, são órgãos colegiados compostos por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários, sendo que estes últimos detêm 50% dos membros dos mesmos. Esses órgãos colegiados têm caráter permanente e deliberativo, e atuam na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na esfera correspondente. Os Conselhos constituem uma rede ascendente, com Conselhos Municipais de Saúde, um Conselho Estadual de Saúde em cada estado e um Conselho Nacional de Saúde. (SOUZA, 2002)

CAPÍTULO 2 - OS PROGRAMAS DA SAÚDE DA FAMÍLIA

2.1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Antes da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), as ações de saúde eram desenvolvidas pelo Ministério da Saúde com o apoio dos estados e municípios, e baseava-se em ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, com destaque para as campanhas de vacinação e controle de endemias. (SOUZA, 2002).

Na área de assistência à saúde, o Ministério da Saúde atuava apenas por meio de alguns poucos hospitais especializados, sendo que a maior parte da atuação do poder público nessa área se dava através do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e posteriormente Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), porém atendia apenas os trabalhadores com carteira assinada e seus dependentes. (SOUZA, 2002).

A crescente crise de financiamento do modelo de assistência médica da Previdência Social e o movimento da Reforma Sanitária, levaram a estudos para a criação da Lei Orgânica da Saúde – LOS, através da Lei 8080/instituindo o SUS, que começou a ser implantado por meio de uma estratégia que buscou dar caráter universal à cobertura das ações de saúde e não apenas aos beneficiários da Previdência Social.

Esse caráter universal no atendimento, segundo Souza, (2002, p. 17) levou a uma redução de internações, e “a redução se deve, provavelmente, aos avanços obtidos com a Atenção Básica, em particular com a presença de um grande número de Agentes Comunitários de Saúde, e dos investimentos realizados em saneamento básico”.

A definição de Atenção Primária da Saúde formulada pela Organização Mundial da Saúde afirma que:

A atenção essencial à saúde, baseada em métodos práticos, cientificamente evidentes e socialmente aceitos e em tecnologias tornadas acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis e a um custo que as comunidades e os países possam suportar, independentemente de seu estágio de desenvolvimento, num espírito de auto-confiança e auto-determinação. Ela forma parte integral do sistema de serviços de saúde do

qual representa sua função central e o principal foco de desenvolvimento econômico e social da comunidade. Constitui o primeiro contacto de indivíduos, famílias e comunidades com o sistema nacional de saúde, trazendo os serviços de saúde o mais próximo possível aos lugares de vida e trabalho das pessoas e constitui o primeiro elemento de um processo contínuo de atenção (OMS apud Mendes, 2002, p.13).

No período anterior à criação do Sistema Único de Saúde -SUS, a Atenção Primária à Saúde representava um marco referencial para a organização dos serviços numa lógica que tinha como proposta ser uma das principais alternativas de mudança do modelo assistencial. Após sua criação e o desenvolvimento de seus mecanismos financeiros e operacionais, cada vez tem sido mais freqüente o uso do conceito Atenção Básica como referência aos serviços municipais.

A implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS é considerada uma estratégia transitória para o estabelecimento de vínculos entre os serviços de saúde e a população e a plena expansão do Programa Saúde da Família PSF, ao qual os Agentes Comunitários são incorporados. O agente deve ser um morador da localidade onde trabalha, que está totalmente identificado com a sua comunidade, com seus valores, seus costumes e sua linguagem. Nas áreas onde o PSF ainda não foi implantado, os Agentes Comunitários de Saúde - ACS estão vinculados às unidades básicas tradicionais e são capacitados e supervisionados por enfermeiros para o desenvolvimento de ações de prevenção de doenças e de promoção da saúde. (GUIA PRÁTICO DO PSF, p. 51)

Principais responsabilidades da Atenção Básica a serem executadas pela ESF nas áreas prioritárias da Atenção Básica à Saúde (NOAS 2001):

- a) Ações de Saúde da Criança
- b) Ações de Saúde da Mulher
- c) Controle da Hipertensão
- d) Controle da Diabetes Mellitus
- e) Controle da Tuberculose
- f) Eliminação da Hanseníase
- g) Ações de Saúde Bucal

Nos últimos anos, vimos crescer no cenário brasileiro o Programa Saúde da Família - PSF, que vivificou este debate ao explicitar a superposição destes referenciais que permeiam a organização dos sistemas locais.

2.2 PSF – PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

Para o Ministério da Saúde o Programa Saúde da Família - PSF aparece como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde. Apresenta-se como uma nova maneira de trabalhar a saúde, tendo a família como centro de atenção e não somente o indivíduo doente, na medida em que não espera a população chegar para ser atendida, pois age preventivamente sobre ela. (Brasil, 1997)

O PSF não é um programa propriamente dito, é uma estratégia que “deve ser entendido como modelo substitutivo da rede básica tradicional – de cobertura universal, porém assumindo o desafio do princípio da equidade”. Visa contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, ou seja atender o indivíduo e a família de forma integral e contínua, desenvolvendo ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Quer reorganizar a prática assistencial, centrada no hospital, passando a focar a família em seu ambiente físico e social. (Brasil, 1997)

Especificamente pretende humanizar as práticas de saúde através do estabelecimento de um vínculo entre os profissionais de saúde e a população., proporcionar parcerias através do desenvolvimento de ações intersetoriais, contribuir para a democratização do conhecimento do processo saúde/doença, da organização dos serviços e da produção social da saúde.

A base de atuação das equipes são as unidades básicas de saúde, incluindo a visita domiciliar com a finalidade de monitorar a situação de saúde das famílias, segundo critérios epidemiológicos e de identificação de situações de risco. (BRASIL, 1997)

É recomendável que a equipe de uma unidade de Saúde da Família seja

composta, no mínimo, por um médico de família ou generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde. Por ora será destacado somente o trabalho do enfermeiro que é o foco desse estudo.

2.3 ESF - ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

A Estratégia Saúde da Família começou a ser implantada em 1991, com a criação do Programa Agente Comunitário de Saúde - ACS. Em 1994 foram formadas as primeiras equipes do Programa Saúde da Família-PSF. A estratégia busca melhorar a saúde e a qualidade de vida dos cidadãos, priorizando ações de prevenção e promoção da saúde de forma integral e contínua.

Estudos mostram a evolução em oito indicadores de saúde, comparados entre 1998 e 2004, em comunidades cobertas pelo PSF, considerando o Índice de Desenvolvimento Humano -IDH, a renda e o porte populacional dos municípios. Outros estudos também mostram que países que adotam sistemas de saúde universais, como o Brasil, e que têm a Atenção Primária de Saúde - APS como porta de entrada para o sistema, têm resultados mais positivos, explica Claunara Schilling Mendonça, Diretora do Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS), do Ministério da Saúde. (Brasil, 1997).

Segundo o Ministério da Saúde, os objetivos da ESF são:

Objetivo geral: Contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população.

Objetivos específicos:

- I. Prestar, na unidade de saúde e no domicílio, assistência integral, contínua, com resolubilidade e boa qualidade às necessidades de saúde da população adscrita;
- II. Intervir sobre os fatores de risco aos quais a população está exposta;
- III. Eleger a família e o seu espaço social como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde;
- IV. Humanizar as práticas de saúde através do estabelecimento de um vínculo entre os profissionais de saúde e a população.
- V. Proporcionar o estabelecimento de parcerias através do desenvolvimento de ações intersetoriais;
- VI. Contribuir para a democratização do conhecimento do processo

saúde/doença, da organização dos serviços e da produção social da saúde;
VII. Fazer com que a saúde seja reconhecida como um direito de cidadania e, portanto, expressão da qualidade de vida. Estimular a organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social.(BRASIL, 1997, p.10)

A implantação da ESF tem enfrentado vários desafios, pois visa mudar um modelo assistencial que já está enraizado nas ações em saúde, e isso necessita de um constante aperfeiçoamento dos profissionais para que reformulem suas práticas, de acordo com os objetivos dessa estratégia.

CAPÍTULO 3 - HUMANIZAÇÃO E ACOLHIMENTO: O PAPEL DO ENFERMEIRO

3.1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A 11ª Conferencia Nacional de Saúde, realizada no ano 2000 já discutiu o problema da humanização nos serviços de saúde, condição bastante valorizada pelo paciente. Torna-se importante entender que o acolhimento não é uma simples triagem, e sim, uma ferramenta que não pressupõe, hora nem profissional específico para utilizá-la, mas que tenha uma percepção integral do que é acolher. (MATOS, 2013)

O acolhimento ao ser implantado traz uma visão de processo de trabalho, tendo como foco principal a reorganização e a construção do novo sistema de saúde. Cria novas estratégias que visam um atendimento multiprofissional através da equipe de acolhimento, e não mais o modelo voltado apenas ao médico, reduzindo assim, o número de filas e aumentando a acessibilidade dos serviços. FRANCO et al. (1999).

Lançada em 2003, a Política Nacional de Humanização - PNH busca pôr em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar. A PNH estimula a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários para construir processos coletivos de enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto que muitas vezes produzem atitudes e práticas desumanizadoras que inibem a autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais de saúde em seu trabalho e dos usuários no cuidado de si. (BRASIL, 2001)

Segundo cartilha do Ministério da Saúde, a proposta de humanização da assistência à saúde é um valor para a conquista de uma melhor qualidade de atendimento à saúde do usuário e de melhores condições de trabalho para os profissionais. (BRASIL, 2001)

Nesse sentido Figueiredo et al, (2007, p.139) ao se referir às rápidas e constantes mudanças atuais do mundo, salienta que ao cuidar da família no Programa Saúde da Família – PSF, o olhar “sobre esse cuidado merece ser corretamente reformado, e, para isso é preciso considerar a complexidade humana de cada um dos membros

da família, em um mundo onde tudo se transforma rapidamente – ideias, conceitos, tecnologias.”

Em outro trecho as autoras se referem que “o homem permanece desconhecido e quanto mais o conhecemos, menos compreendemos o ser humano”. Usou essa máxima para fazer uma comparação com o nosso sistema de saúde, quando frisa que:

Também parece que esse é um paradoxo que se coloca no discurso do SUS; o PSF tem uma legislação que aparentemente dá conta de tudo, sem se aprofundar em questões humanas que não funcionam só com leis e normas – necessárias, mas que devem ter aberturas diversas para dar conta do ser humano que cuida e do que é cuidado. (FIGUEIREDO ET AL, 2007, p.139)

Para as autoras o “PSF é um desdobramento do SUS”, porém o espaço da atuação do profissional passa de dentro do hospital para diretamente dentro das famílias, implicando numa mudança de conduta, que para Figueiredo et al (2007, p. 145) envolvem ações como: “sair de um espaço que detém o poder e o saber, além da proteção dos muros dos hospitais, das unidades básicas, recebendo a família para cuidar dela” e isso não é uma ação simples, implica em mudança de conduta profissional para “ entrar em um espaço onde o profissional é estrangeiro, nômade, onde quem detém o poder e o saber é a família.”

Isso significa que para cuidar no domicílio, assume riscos que não são mais do usuário e sim dos profissionais da saúde que ficaram expostos às suas fragilidades se não souberem o que fazer para desempenharem suas funções.

Ao pensar em saúde da família, Mendes (2001) observa que a saúde da família não é medicina familiar, a saúde da família procurará funcionar sob os ditames da prática sanitária da vigilância à saúde e, portanto estará referida pela saúde e não exclusivamente pela medicina.

3.2 HUMANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO AO PACIENTE

A humanização do serviço de saúde atualmente é o grande marco referencial para todo o profissional desta área. Humanizar significa reconhecer as pessoas que buscam nos serviços de saúde a resolução de suas necessidades de saúde; é observar cada pessoa, cada família em sua singularidade, em suas necessidades específicas, com sua história particular, com seus valores, crenças e desejos, ampliando as possibilidades para que possam exercer sua autonomia (ZOBOLI, et al, 2001).

Segundo o Ministério da Saúde, o atendimento no PSF deve ser sempre realizado por uma equipe multiprofissional. A constituição da equipe deve ser planejada levando-se em consideração alguns princípios básicos:

- a) o enfrentamento dos determinantes do processo saúde/ doença
- b) a integralidade da atenção
- c) a ênfase na prevenção, sem descuidar do atendimento curativo
- d) o atendimento nas clínicas básicas de pediatria, ginecologia obstetrícia, clínica médica e clínica cirúrgica (pequenas cirurgias ambulatoriais)
- e) a parceria com a comunidade
- f) as possibilidades locais

De acordo com Silva (2000), para começarmos a caminhar em direção à humanização dos cuidados de saúde é necessário, antes de tudo perceber o ser humano como um agente biopsicossocial e não apenas um ser com necessidades biológicas.

3.3 O PAPEL DO ENFERMEIRO NO CONTEXTO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA - ESF

Segundo o Guia Prático do PSF, (p. 51), os enfermeiros desempenham um papel fundamental nas ESF, “pois cabe a eles o acompanhamento e supervisão do trabalho, a promoção das capacitações e educação continuada dos ACS e auxiliares

de enfermagem, além de atuarem na assistência com ênfase na promoção da saúde”

Sobre as atribuições do enfermeiro, pode-se apontar que este profissional desenvolve seu processo de trabalho em dois campos essenciais: na unidade de saúde, junto à equipe de profissionais, e na comunidade, apoiando e supervisionando o trabalho dos ACS, bem como assistindo às pessoas que necessitam de atenção de enfermagem. Basicamente, segundo indica o Ministério da Saúde, suas principais atribuições assim se descrevem:

- a) executar, no nível de suas competências, ações de assistência básica de vigilância epidemiológica e sanitária nas áreas de atenção à criança, ao adolescente, à mulher, ao trabalhador e ao idoso;
- b) desenvolver ações para capacitação dos ACS e auxiliares de enfermagem, com vistas ao desempenho de suas funções junto ao serviço de saúde;
- c) oportunizar os contatos com indivíduos sadios ou doentes, visando promover a saúde e abordar os aspectos de educação sanitária;
- d) promover a qualidade de vida e contribuir para que o meio ambiente torne-se mais saudável - discutir de forma permanente, junto a equipe de trabalho e comunidade, o conceito de cidadania, enfatizando os direitos de saúde e as bases legais que os legitimam;
- e) participar do processo de programação e planejamento das ações e da organização do processo de trabalho das unidades de Saúde da Família.

O trabalho do enfermeiro deve estar voltado também para as atividades clínicas da atenção básica de saúde, desenvolvido de forma a atender as necessidades de saúde de uma população, é necessário ver o usuário para além de suas necessidades biológicas por meio da escuta, do acolhimento, da relação humanizada. (SCHIMTH, LIMA 2009).

Miranda (1996), afirma que muitos pacientes relatam melhora apenas depois de serem ouvidos. Para tanto, deve-se levar em conta o respeito, a empatia, ser capaz de se colocar no lugar do outro, e, compreensão. Uma atitude humana é preparar o ambiente, chamar o paciente pelo nome, cumprimentá-lo, individualizá-lo, assumir

uma postura física adequada. O importante não é o que está sendo feito, mas como está sendo feito. Não é o exame ou o procedimento que importa, mas como ele está sendo conduzido.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A crise na saúde pública do Brasil deve ser considerada sob três aspectos básicos: a deficiência na estrutura física, a falta de disponibilidade de material, equipamentos, medicamentos e a carência de recursos humanos.

O Brasil têm inúmeros problemas e enormes dificuldades em serem solucionados, seja devido ao descaso do governo, aos problemas com a corrupção ou ao pouco tempo para colocar em prática políticas públicas que precisam ser implantadas em longo prazo. A melhoria da saúde pública é um desses grandes desafios que o Brasil precisa vencer, principalmente quando avaliamos o SUS.

Muitos dos problemas que atormentam os usuários do SUS poderiam ser solucionados mediante boas práticas de gestão, porém o ponto frágil do sistema público de saúde se resume numa só questão: o financiamento. Esse é o fator de maior peso no impedimento de se cumprir integralmente os preceitos constitucionais de acesso universal e atendimento integral.

A saúde é fundamental para que se consiga a realização do objetivo de atingir o mais completo bem estar físico, mental e social, não consistindo somente da ausência de doença ou enfermidade.

A humanização é uma necessidade atual, que exige que o profissional pense na sua ação. Não apenas no cuidado ao adulto, de forma singular, nem a situações muito complexas, mas, sim, em todas as situações que envolvem o seu cotidiano.

A humanização do serviço de saúde atualmente é o grande marco referencial para todo o profissional desta área; o trabalho em equipe interdisciplinar e a inclusão da família como foco de atenção básica, ultrapassando o cuidado individualizado focado na doença, podem ser ressaltados como progressos da atenção à saúde e como contribuição do PSF para modificar o modelo biomédico de cuidado em saúde.

REFERÊNCIAS:

BERTOLLI FILHO, C. **História da saúde pública no Brasil**. São Paulo: Ática, 2004.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**, de 05 de outubro de 1988. Disponível Em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm. Acesso em 19/08/2015.

_____. **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, Lei Orgânica da Saúde (LOS)**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível Em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm Acesso em 19/08/2015.

_____. **Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. 1990a. Disponível Em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm . Acesso em 19/08/2015.

_____, Conselho Nacional de Saúde - CNS. **A prática do controle Social e os conselhos de saúde em 14 reflexões**. 2000. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/pratica/pratica.htm>>. Acesso em: 10.08.2015

_____, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e perspectivas**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2009. Disponível em http://www.conass.org.br/conassdocumenta/cd_18.pdf. Acesso em 18.08.2015.

_____, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Coleção Para Entender a Gestão do SUS, 1 – Brasília: CONASS, 2011.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar** /Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. – Brasília: 2001)

_____, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 333 de 04 de novembro de 2003**. Brasília - DF: Ministério da Saúde; 2003.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília. Ministério da Saúde, 1997. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf . Acesso em 30 de agosto de 2015.

_____, Ministério da Saúde. O CNS e a construção do SUD: referências estratégicas para melhora do modelo de atenção à saúde. Brasília, 2003.

_____, Ministério da Educação e Saúde. **1ª Conferência Nacional de Educação e 1ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Educação e Saúde, 1941.

_____. **III Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1963.

_____. **4ª Conferência Nacional de Saúde**, recursos humanos para as atividades de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1967.

_____. **V Conferência Nacional de Saúde**, relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 1975.

_____. **VI Conferência Nacional de Saúde**, relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 1977.

_____. **7ª Conferência Nacional de Saúde, Anais**. Brasília: Ministério da Saúde, 1980.

_____. **8ª Conferência Nacional de Saúde** – relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

_____. **IX Conferência Nacional de Saúde** – relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 1992a.

_____. **Relatório final da 10ª Conferência Nacional de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 1992b.

_____ e Conselho Nacional de Saúde. **11ª Conferência Nacional de Saúde,** Brasília 15 a 19 de dezembro de 2000: o Brasil falando como quer ser tratado: efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social: relatório final/ Brasília: Ministério da Saúde e Conselho Nacional de Saúde, 2001.

_____. **12ª Conferência Nacional de Saúde:** Conferência Sergio Arouca: Brasília, 7 a 11 de dezembro de 2003: relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, 2004.

_____. **Relatório Final da 13ª Conferência Nacional de Saúde:** Saúde e Qualidade de vida: políticas de estado e desenvolvimento. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

_____. **Relatório Consolidado para a 13ª Conferência Nacional de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde, 2007.

_____, **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar.** Brasília, 2000. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1342. Acesso em: 30/08/2015.

COHN, Amélia & ELIAS, Paulo Eduardo. **Saúde no Brasil: políticas e organizações de serviços.** São Paulo, Cortez Editora, 1996.

COHN, A. **Políticas de saúde e reforma sanitária hoje: delimitações e possibilidades.** Ciência & Saúde Coletiva, n. 13 (Sup. 2), 2008.

CORDEIRO, H. **O Instituto de Medicina Social e a luta pela reforma sanitária: contribuição à história do SUS.** Physis, n. 14, v. 2, p. 343-362, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n2/v14n2a09.pdf> . Acesso em 28/08/2015.

DINIZ, Janguê . Os desafios da saúde pública no Brasil. Artigo publicado em 14.06.2014. Disponível em <http://www.joaquimnabuco.edu.br/artigo/exibir/cid/10/nid/619/fid/1>. Acesso em 30/07/2015..

ESCOREL, S.; NASCIMENTO, D. R.; EDLER, F. C. As origens da reforma sanitária e do SUS. In: LIMA, N. T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F. C.; SUÁREZ, J. M. (Orgs.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

FIGUEIREDO, N.M. de et al. Entre a filosofia e as políticas públicas: o que saber sobre o SUS. In: FIGUEIREDO, N.M.A; TONINI, Teresa. (Orgs). **SUS e PSF para enfermagem: práticas para o cuidado em saúde coletiva**. São Caetano do Sul-SP: Yendis Editora, 2007.

_____, A família – saberes e reflexões práticas de cuidar. Parte 2 – A enfermagem e o PSF. In: FIGUEIREDO, N.M.A; TONINI, Teresa. (Orgs). **SUS e PSF para enfermagem: práticas para o cuidado em saúde coletiva**. São Caetano do Sul-SP: Yendis Editora, 2007.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S. & MERHY, E. E. **O Acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil**. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v.15, n.2, p. 345-353, abr/jun. 1999.

LIBANIO, Otaliba. Informativo Eletrônico do Conselho Nacional de Saúde - ano 08 – n.º 13 - Brasília, 10 de junho de 2011. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/informativo/2011/junho/informe13.pdf>. Acesso em 05/08/2015.

LIMA, N. T.; FONSECA, C. M. O.; HOCHMAN, G. A saúde na construção do estado nacional no Brasil: reforma sanitária em perspectiva histórica. In: LIMA, N. T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F. C.; SUÁREZ, J. M. (Orgs.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

MACHADO, R.; LOUREIRO, A.; LUZ, R.; MURICY, K. **Danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MATOS, Luiz M. A. Acolhimento para prática de trabalho p/ humanizar a Assistência no PSF. Artigo de 01 de março, 2013. Disponível em: <http://www.portaleducacao.com.br/enfermagem/artigos/36642/acolhimento-como-pratica-de-trabalho-para-humanizar-a-assistencia-no-psf#!1> Acesso em 03 de setembro de 2015.

MENDES, E. V. **Os grandes dilemas do SUS**. Tomo II. Salvador: Casa da Quitanda, 2001.

MENDES, E.V. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola da Saúde Pública do Ceará, 2002.

MIRANDA, C. F. de. **Atendendo o paciente: perguntas e repostas para o profissional de saúde**. Belo Horizonte: Crescer, 1996.

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

POLIGNANO, M. V. **História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão**. Disponível em: http://internatorural.medicina.ufmg.br/saude_no_brasil.pdf#search=%22Marcus%20Vin%C3%ADcius%20Polignano%22 .

SCHIMIT, M.D.; LIMA, M.A.D.S. **O Enfermeiro na Equipe de Saúde da Família: Estudo de Caso**. (Artigo de Pesquisa). Revista Enfermagem UERJ, Rio de Janeiro, Abril/Junho, 2009.

SCOTTI, R.F.; Oliveira, M.H,B. Segundo Relatório Sobre o Processo de Organização da Getão da Assistência à Saúde, 1995.

SILVA, A. L. da. **A dimensão humana do cuidado em enfermagem**. Acta Paul Enf, São Paulo, v. 3, n. especial, parte 1, 2000, p. 86-90.

SOUZA, R. R. **Construindo o SUS: a lógica do financiamento e o processo de divisão de responsabilidades entre as esferas de governo**. (Dissertação). Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social da UERJ, 2002.

ZOBOLI, E. L. C. P. et al. O Programa de saúde da Família na busca da humanização e da ética na atenção à saúde. In: **Manual de Enfermagem: instituto para o desenvolvimento da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde/Universidade de São Paulo, 2001.