



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS E SOCIAIS
UNIDADE ACADÊMICA DE DIREITO E SERVIÇO SOCIAL
CURSO DE BACHARELADO EM SERVIÇO SOCIAL

ANA RITA PEREIRA DA SILVA

**NASF-AB (NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA) NO MUNICÍPIO DE
MARIZOPÓLIS/PB: condições e peculiaridades das demandas profissionais**

SOUSA – PB
2020

ANA RITA PEREIRA DA SILVA

**NASF-AB (NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA) NO MUNICÍPIO DE
MARIZOPÓLIS/PB: condições e peculiaridades das demandas profissionais**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à coordenação de Curso de Serviço Social da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharela em Serviço Social.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Helmara Gicelli Formiga Wanderley Junqueira.

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE
Biblioteca Setorial de Sousa UFCG/CCJS
Bibliotecária – Documentalista: MARLY FELIX DA SILVA – CRB 15/855

S586n Silva, Ana Rita Pereira da.
NASF-AB (Núcleo Ampliado de Saúde da Família) no Município de Marizópolis/PB: condições e peculiaridades das demandas profissionais. / Ana Rita Pereira da Silva. - Sousa: [s.n], 2020.

66fl.

Monografia (Curso de Graduação em Serviço Social) – Centro de Ciências Jurídicas e Sociais - CCJS/UFCG, 2020.

Orientadora: Prof.^a Dra. Helmara Giccelli Formiga Wanderley Junqueira.

1. Políticas Públicas da Saúde. 2. NASF-AB Marizópolis. 3. Unidade Básica de Saúde. I. Título.

Biblioteca do CCJS - UFCG

CDU 614(043.1)

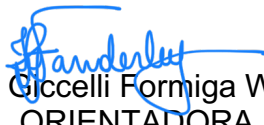
ANA RITA PEREIRA DA SILVA

**NASF-AB (NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA) NO MUNICÍPIO DE
MARIZOPÓLIS/PB: condições e peculiaridades das demandas profissionais**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à coordenação de Curso de Serviço Social da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharela em Serviço Social, sob a orientação da Prof.^a Dr.^a Helmara Giccelli Formiga Wanderley Junqueira.

Aprovada em: 30/11/2020

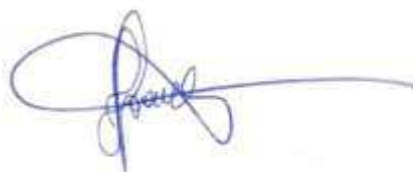
BANCA EXAMINADORA



Prof.^a Dr.^a Helmara Giccelli Formiga Wanderley Junqueira
ORIENTADORA



Prof.^a Me. Cibelly Michalane Oliveira dos Santos Costa
EXAMINADORA



Prof. Dr. Luan Gomes dos Santos de Oliveira
EXAMINADOR

Dedico esse trabalho primeiramente a Deus que me deu forças, por todas as vezes que cuidou de mim, acalmou meu coração e tranquilizou minh' alma;

A minha Vó Rita (In memorian), que se estivesse em nosso meio estaria muito orgulhosa neste momento. De alguma forma ela tem norteado meus passos até hoje.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus aquele que é dono de tudo, sem a sua infinita misericórdia não conseguiria chegar até aqui.

À toda minha família, aos meus Pais, meu irmão, aos meus sobrinhos, principalmente a minha mãe, Francisca Cícera, por todo o apoio e amor incondicional, por todas as renúncias que fizestes – e não foram poucas-, para que eu conseguisse chegar até onde cheguei, essa conquista é inteiramente sua!

À minha Vó Rita (*In memorian*), obrigada por tudo! É por você que continuo de pé, é por você que não me permitir desistir, é para que você sinta orgulho e para fazer valer a pena tudo que me ensinaste. Você é o meu ponto de luz, ao mesmo tempo o motivo da minha dor, é meu combustível para seguir, amo-te para sempre.

Ao meu noivo Mailson Coutinho, agradeço por permanecer todos esses anos ao meu lado, pelo seu amor e por sempre cuidar e se preocupar comigo, por ter sido sempre tão presente, por suportar minhas irritações, estresses e ausência nessa fase de escrita do TCC.

Agradeço a toda equipe do NASF-AB de Marizópolis por ter me acolhido com tanto carinho e por toda dedicação e ensinamentos no período de Estágio Curricular, por serem os grandes responsáveis pela escolha do meu tema de estudo. A minha imensa gratidão ao Assistente Social da Equipe, Fernando Possidônio, por ter assumido essa grande responsabilidade de ser meu supervisor de Estágio. Por toda compreensão, paciência, conversas, ensinamentos e amizade. Você fez toda diferença, obrigada!

À minha orientadora, Helmara Wanderley, por toda paciência, dedicação e contribuição para a elaboração do meu trabalho. Obrigada pelos ensinamentos que contribuíram para o meu crescimento, por ser essa profissional tão humana que despertou minha imensa admiração.

A Universidade Federal de Campina Grande, por me proporcionarem um ensino gratuito e de qualidade. A todo o corpo docente do curso de Serviço Social por transferir seus ensinamentos e florescerem meu conhecimento acadêmico.

Gratidão também, de forma geral, a todos os colegas de sala que durante esses anos estiveram presentes na minha vida. Agradeço especialmente àqueles que conheci e tive oportunidade de conviver, as minhas amigas: Estefany Alexandre,

Gabriela Rolim por estarem presentes e serem minhas parceiras de trabalho acadêmicos do primeiro ao último momento. As minhas amigas Hellita Fernandes, Camila Gomes, Estefani Teles, Monica Almeida, Luiz Fernando, Emilly Santos, Francisca Charleide e Suzana por permanecerem ao meu lado durante esses anos me apoiando, me incentivando, me fazendo rir e amenizando meus problemas diários, saiba que tenho um carinho enorme por cada uma, vocês foram responsáveis por amenizaras manhãs de estresses. Sentirei saudades e as guardarei sempre em meu coração. Obrigada!

RESUMO

A partir da criação do Sistema Único de Saúde, no final dos anos 1980, visando garantir que a universalidade e a igualdade no atendimento de saúde, inúmeros programas foram criados. Nesse sentido, o presente trabalho tem o escopo de analisar, no âmbito das políticas públicas de saúde, como se deu, no contexto do início do século XXI, a criação do Núcleo Ampliado da Saúde da Família na pequena cidade sertaneja de Marizópolis, no Estado da Paraíba. O objetivo principal do estudo foi compreender o papel da equipe multiprofissional do NASF-AB no referido município a partir da realidade existente na Unidade Básicas de Saúde II. A pesquisa também analisou a interação da equipe de profissionais do Núcleo, notadamente, em relação ao matriciamento. Não obstante, também buscou-se conhecer as condições de trabalho e as ações executadas por tais profissionais. Para fundamentais reflexões, foram realizadas pesquisas bibliográficas, o que possibilitou entender o processo histórico de surgimento e desenvolvimento das políticas sociais de saúde no Brasil, o que culminou com a criação do SUS nos anos 1980. Também foi realizado um estudo acerca do surgimento do NASF-AB no Brasil, de modo a refletir sobre a importância desse programa enquanto espaço de articulação entre as diversas equipes de profissionais que atuam na Atenção Básica, que juntos fortalecem e concretizam a Política de Saúde Nacional. A abordagem do trabalho é de teor qualitativo. Nesse sentido, para alcançar os objetivos propostos foram realizadas pesquisas de caráter observacional e exploratória, o que possibilitou tanto a produção de conhecimentos empíricos sobre o objeto de estudo, quanto permitiu a coleta de dados que não foram encontrados em outras fontes documentais. Nesse sentido, assinala-se a importância que a pesquisa documental teve nesse estudo, permitindo analisar a trajetória normativa das práticas e políticas de saúde no Brasil. O aporte teórico-metodológico aproxima-se do método crítico-dialético de Marx. Finalmente, com base nos dados compulsados, se conclui que a atuação do NASF-AB junto à Unidade Básica de Saúde II se dá de forma satisfatória, apesar dos limites impostos pela falta de recursos para financiar o programa, por haver falhas na gestão do Núcleo em relação a UBS, bem como, por existirem dificuldades de diálogos entre as equipes.

Palavras-chave: Políticas Públicas de Saúde. NASF-AB Marizópolis. Unidade Básica de Saúde.

ABSTRACT

Since the creation of the Unified Health System in the late 1980s, aiming to ensure that universality and equality in health care, numerous programs were created. In this sense, the present work aims to analyze, within the scope of public health policies, how, in the context of the beginning of the 21st century, the creation of the Expanded Nucleus for Family Health took place in the small country town of Marizópolis, in the State of Paraíba. The main objective of the study was to understand the role of the NASF-AB multiprofessional team in that municipality from the reality existing in the Basic Health Unit II. The research also analyzed the interaction of the Nucleus' team of professionals, notably in relation to matrix support. Nevertheless, it was also sought to know the working conditions and the actions to be taken by such professionals. To support these reflections, bibliographic research was carried out, which made it possible to understand the historical process of the emergence and development of social health policies in Brazil, the which culminated with the creation of SUS in the 1980s. A study was also carried out on the emergence of NASF-AB in Brazil, in order to reflect on the importance of this program as a space for articulation between the various teams of professionals working in Basic Care, that together strengthen and concretize the National Health Policy. The work approach is qualitative. In this sense, to achieve the proposed objectives, observational and exploratory research was carried out, which enabled both the production of empirical knowledge about the object of study and the collection of data that were not found in other documentary sources. In this sense, note the importance that documentary research had in this study, allowing to analyze the normative trajectory of health practices and policies in Brazil. The theoretical-methodological approach comes close to Marx's critical-dialectical method. Finally, based on the compulsory data, it is concluded that the NASF-AB's performance in the Basic Health Unit II is satisfactory, despite the limits imposed by the lack of resources to finance the program, as there are flaws in the management of the Center in relation to UBS, as well, as there are difficulties in dialogues between the teams.

Keywords: Public Health Policies. NASF-AB Marizópolis. Basic health Unit.

LISTA DE SIGLAS

IAP- Instituto de Aposentadoria e Pensão

CAPs- Caixas de Aposentadorias e Pensões

INPS-Instituto Nacional de Previdência Social

SINPAS–Sistema Nacional de Assistência e Previdência Social

INAMPS- Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

SUS- Sistema Único de Saúde

PNAB- Política Nacional de Atenção Básica

UBS- Unidade Básica de Saúde

ESF- Estratégia Saúde da Família

NASF-AB- Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
1 HISTÓRIA DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: reflexões políticas, sociais, econômicas e culturais	13
1.1 O Projeto da Reforma Sanitária	22
1.2 Surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS)	27
1.3 A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)	31
2 SURGIMENTO DO NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA E ATENÇÃO BÁSICA (NASF- AB) NO BRASIL	35
2.1 NASF: histórico, conceitos e finalidades	35
2.2. Implantação dos NASFS-AB na PARAÍBA	40
2.3 A implantação do Núcleo Ampliado de Saúde da Família em MARIZÓPOLIS- PB.....	42
3 NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA E ATENÇÃO BÁSICA NO MUNICÍPIO DE MARIZÓPOLIS/PB: atuação e dificuldades enfrentadas pela equipe multiprofissional do NASF-AB	45
3.1 Percurso e reflexões metodológicas	46
3.2- dados empíricos da pesquisa de campo com os profissionais da equipe NASF-AB..	50
CONSIDERAÇÕES FINAIS	56
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	58
APÊNDICES	

INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem como objetivo compreender o papel da equipe multiprofissional do NASF-AB no município de Marizópolis-PB, a partir da realidade inserida na Unidade Básicas de Saúde II. Seguindo-se a esta feita, a pesquisa pretende analisar como ocorrem as atribuições as condições de trabalho e as ações a serem executadas por profissionais da equipe multiprofissional. O tema foi escolhido baseado na experiência de Estágio Curricular do curso de graduação em Serviço Social da UFCG, ocasião em que foi possível observar, mesmo na dificuldade do dia-a-dia, a importância de uma equipe multiprofissional bem preparada e articulada para efetivar os direitos dos usuários no referido município.

Durante o Estágio foi identificado o comprometimento da equipe junto à população que necessitava de atendimento do NASF-AB. Observou-se também, em virtude das demandas da população de Marizópolis, o desconhecimento e, por conseguinte, a necessidade de conhecermos e analisar como funciona o referido Núcleo, trazendo para o debate acadêmico as condições de trabalho, as práticas profissionais, os principais desafios e as demandas dos profissionais da equipe que constitui o NASF-AB em Marizópolis. Nesse sentido, é fundamental entender o contexto de implantação/surgimento do NASF-AB naquela cidade.

Dito isto, entende-se que o tema merece ser discutido também no interior das relações profissionais da equipe NASF-AB em articulação com a equipe da Unidade Básica de Saúde.

Para uma melhor compreensão divide-se este trabalho em três capítulos, quais sejam:

No primeiro capítulo, intitulado: **HISTÓRIA DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL**: reflexões políticas, sociais, econômicas e culturais, realizou-se, de forma não exaustiva, um resgate histórico das Políticas Públicas de Saúde no Brasil, visando entender a gênese das políticas sociais, de caráter assistencialista, analisou-se o período que se estende desde a chegada dos Portugueses até os dias atuais, notabilizando, no contexto do século XX, a Reforma Sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde.

No segundo capítulo, denominado: **SURGIMENTO DO NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA E ATENÇÃO BÁSICA (NASF-AB) NO BRASIL**, buscou-se compreender o processo histórico do surgimento do NASF-AB no Brasil,

descendo ao nível Estadual, contemplou-se a implantação dos Núcleos na Paraíba, e, finalmente, fez-se um resgate histórico de como se deu a implantação do programa no pequeno município de Marizópolis, situado no sertão do Estado.

O terceiro capítulo, identificado como: **NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA E ATENÇÃO BÁSICA NO MUNICÍPIO DE MARIZÓPOLIS**: atuação e dificuldades enfrentadas pela equipe multiprofissional do NASF-AB, aborda-se, como base em pesquisa realizada junto às equipes do NASF-AB e de Marizópolis, como se dá o a articulação dos profissionais da referida equipe com aqueles que compõem a equipe da Atenção Básica, no sentido de compreender o próprio processo de trabalho e as demandas dos/as profissionais do NASF-AB.

1 HISTÓRIA DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: reflexões políticas, sociais, econômicas e culturais

A política de saúde de uma época reflete o momento histórico no qual foi criada, a situação econômica, os avanços do conhecimento científico, a capacidade das classes sociais influenciarem a política etc.

Cefor, Breve história das políticas de saúde no Brasil.

Para compreendermos a política de saúde no Brasil é necessário analisarmos as transformações ocorridas ao longo da história nos campos social, político, economia e no nível das ideias.

É sabido que a partir de 1500 o Brasil passou a ser colonizado por Portugal. A dominação portuguesa trouxe para as terras sul-americanas negros escravizados e aventureiros, tais sujeitos foram explorados durante o processo de colonização das terras tupiniquins, digo, do Brasil (PRADO JR, 2004).

No que se refere às questões de saúde, os colonizadores portugueses não possuíam conhecimento ou interesse no assunto, deixando sob a responsabilidade de pajés, rezadeiras, benzedadeiras e curandeiros a responsabilidade de administrar os cuidados com a saúde dos homens e mulheres nativos ou estrangeiros que viviam na colônia (LAMPERT, 2008). Nesse sentido, entende-se que as práticas em saúde na América portuguesa, limitavam-se, para o tratamento dos males que atingiam os corpos, aos usos de ervas nativas e plantas medicinais ministradas durante benzeções e/ou outros ritos de teor místico. Tais práticas se perpetuaram até o século XIX sem levantar questionamentos por parte das instituições religiosas, dos administradores das Casas de Misericórdia, dos gestores e/ou da sociedade em geral, o que se deveu à falta de médicos diplomados na colônia. Essa falta, sublinhe-se, contribuiu para que, gradativamente, alguns curadores adquirissem prestígio junto as populações dos diversos povoados, vilas e cidades espalhados pelo vasto território brasileiro (REIS, 2008).

Somente no século XIX, notadamente a partir de 1808, com a chegada da família real portuguesa, foi que se observou alguns avanços no campo da saúde, para o que foi necessário um pequeno aparelhamento social, urbano e rural na estrutura sanitária do Brasil, que deixava a condição de colônia para assumir o lugar de Reino Unido à Portugal e Algarves (FAUSTO, 2009). Nesse sentido, as teorias

dos ares corrompidos, vigentes na Europa do século XVIII começaram a influenciar a sociedade.

De acordo com Marieta Pinheiro de Carvalho, as teorias miasmáticas chegaram com certa demora no Brasil, disseminando «a preocupação com a salubridade, o cuidado estético e a criação de espaços de sociabilidade [nas cidade[s]]» (2008, p. 63).

Para a mesma autora, tal preocupação «relacionava-se ao fato de se acreditar, durante o período [século XIX], que o surgimento das doenças epidêmicas era proveniente das precárias condições urbanas» (CARVALHO, 2008, p.35). Ademais, embora se observe um esforço material para melhorar a salubridade urbana naquele contexto, na prática, devidos aos hábitos de higiene social poucos foram os avanços no campo da saúde (CARVALHO, 2008).

Entretanto, foi sob a sigla dos gestores portugueses que foram criadas as primeiras escolas médicas do Brasil. A primeira, em Salvador, em fevereiro de 1808, a segunda, no Rio de Janeiro, em abril de 1808. Tal medida deu início à medicina pré-científica, que gradativamente substituiu as práticas de cura de pajés, curandeiros, feiticeiros, físicos, cirurgiões e curiosos (LAMPERT, 2008).

De todo o modo, durante os 20 primeiros anos que sucederam a vinda da família real para o Brasil, poucas mudanças foram observadas em relação a práticas sanitárias, assim, destaque-se que a primeira norma a tratadas questões de salubridade no Brasil, foi a Lei Imperial de 29 de agosto de 1828, que estabelecia as «regras para a construção das obras públicas, que tiverem por objeto a navegação de rios, abertura de canais, edificação de estradas, pontes, calçadas ou aquedutos» (BRASIL, 1828).

Apesar da referida lei, de conformidade com Polignano: «até 1850 as atividades de saúde pública estavam limitadas apenas na delegação das atribuições sanitárias as juntas municipais; e controle de navios e saúde dos portos» (2001,p.03), isso devido a crença de que as doenças de mau caráter eram originárias de outros países. Frente o exposto, entende-se que não havia um plano de ações sanitárias e profiláticas para combater as doenças epidêmicas ou endêmicas que assolavam o país (JUNQUEIRA, 2016). De tal modo, acreditava-se que seria possível, por meio de ações pontuais e quarentenas dos navios, evitar que tais enfermidades adentrassem no território brasileiro, tais foram os casos das epidemias da cólera, febre amarela e varíola no século XIX (JUNQUEIRA, 2016).

Enfim, de modo geral, as medidas sanitárias orientadas pelos administradores e pelos poucos médicos existentes no Brasil seriam incapazes de garantir a boa qualidade na atenção à saúde da população.

É importante observar que no Império (1822- 1889), para se falar de nação, não havia serviço de saúde pública no Brasil. Quem podia pagava por atendimento médico especializado, os menos afortunados ou recorriam aos curandeiros ou a assistência caritativa e/ou filantrópica subministrada nos Hospitais das Santas Casas de Misericórdia graças às doações dos homens e mulheres ditos "benevolentes".

A proclamação da República brasileira ocorrida no final do século XIX, em 1889, implantou o modelo presidencialista de governo. Com a mudança de regime e com a laicização do Estado os serviços de Assistência à saúde passaram a ser responsabilidade do Estado.

No contexto do início da República um dos maiores desafios para os republicanos brasileiros foi promover melhorias no quadro sanitário das cidades e nas comunidades rurais. Diante das precárias condições de higiene, com a carência de práticas sanitárias, se instalou no território brasileiro uma grande onda de epidemias, o que provocou muitos óbitos. Tal como cita Polignano: "As cidades apresentavam um quadro sanitário caótico pela presença de diversas doenças graves que atacava a população como varíola, a malária, a febre amarela, e posteriormente a peste [bubônica]" (2001, p.04).

Nesse sentido, visando combater as doenças de mau caráter, ainda no século XIX, surgiram os primeiros institutos de pesquisa do Brasil, a exemplo de Butantã (1899)¹ e Manguinhos (1900)², destacando-se os estudos de Oswaldo Cruz, Carlos

¹ "O Instituto Butantã foi criado em 1899, quando um surto de peste bubônica, que se propagou a partir do porto de Santos, levou o governo do Estado de São Paulo a criar um laboratório de produção de soro para o combate da peste, vinculado ao Instituto Bacteriológico Adolpho Lutz. O laboratório instalado na Fazenda Butantã, zona Oeste da cidade de São Paulo, teve como primeiro diretor o médico Vital Brazil Mineiro da Campanha, que destacou-se por seus estudos nos campos da saúde pública. Atualmente o Instituto Butantã é reconhecido por suas pesquisas biomédicas, que integram ciência e tecnologia inovadora para a produção de imunobiológicos e para a divulgação técnico-científica" (BUTANTAN, s.d., online).

² "A Fundação Oswaldo Cruz teve sua gênese em 1900, com a criação do Instituto Soroterápico Federal, na Fazenda de Manguinhos, Zona Norte do Rio de Janeiro. Sua origem relaciona-se a ocorrência da peste bubônica que atingiu a Capital Nacional, visando a fabricação de soros e vacinas para combater a doença. O instituto marca o desenvolvimento da saúde pública no Brasil, uma vez que as intervenções sanitárias de seu fundador, inicialmente implantadas no Rio de Janeiro, ultrapassaram os limites do Estado, "com expedições científicas que desbravaram as lonjuras do país", concorrendo para a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública, em 1920" (FIOCRUZ, s.d., online).

Chagas e outros cientistas que se interessaram por estudar as doenças do Brasil no século seguinte (LAMPERT, 2008).

Nas áreas rurais as endemias faziam não poucas vítimas. Diante desse "caos" instalado em 1903, o então Presidente da República, Rodrigues Alves, nomeou o médico sanitaria Oswaldo Cruz como diretor do departamento público de saúde com a promessa de acabar com as epidemias existentes no território nacional.

Nesse período, foram criados e implementados os serviços e programas de saúde pública em nível nacional (central). À frente da diretoria Geral de Saúde Pública, Oswaldo Cruz, ex-aluno e pesquisador do Instituto Pasteur, organizou e implementou progressivamente, instituições públicas de higiene e saúde no Brasil. Em paralelo, adotou o modelo das 'campanhas sanitárias', destinado a combater as epidemias urbanas e, mais tarde, as endemias rurais.[...]Em termos de poder, o próprio nome sugere que o modelo campanhista é de inspiração bélica, concentra fortemente as decisões, em geral tecnocráticas, e adota um estilo repressivo de intervenção médica nos corpos individual e social (LUZ, 1991, p 78).

Na Capital Nacional, a atuação de Oswaldo Cruz e do prefeito Pereira Passos não agradou a população. As medidas de saúde do médico sanitaria foram rejeitadas pela população que temia por suas vidas, uma vez que havia se propagado a notícia de que a ação do referido médico tinha como foco, principalmente, as camadas pobres, vítimas dos discursos dos defensores das teorias sociais das doenças (LUZ, 1991). Inclusive, as ações dos sanitarias visavam sempre proteger as classes privilegiadas. Ademais, o modelo defendido por Oswaldo Cruz se baseava no militarismo conhecido como campanhista, o que levou ao aparecimento de vários movimentos, dentre eles a Revolta da Vacina³, ocorrida no Rio de Janeiro em 1904.

O médico Carlos Chagas destacou-se no contexto do final do século XIX e início do século XX, como grande sanitaria. Enquanto pesquisador, Chagas esteve empenhado na campanha pelo saneamento rural do Brasil, destacando-se por suas descobertas acerca das doenças tropicais.

Nos anos de 1905 e 1908 Carlos Chagas organizou as medidas de proteção da malária e através de observações e análises constatou que a transmissão da doença ocorria preferencialmente dentro das casas de pau-a-pique.

³ [A Revolta da Vacina foi um movimento de protesto que aconteceu em meados dos anos 1904, onde a população se negava a tomar a vacinação mesmo sendo obrigatória] (FIOCRUZ, s.d., online)

Sua grande descoberta, entretanto, ocorreu em abril de 1909, quando Chagas, então pesquisador do Instituto Oswaldo Cruz, comunicou ao mundo científico a descoberta de uma doença causada por protozoário desconhecido, denominado *Trypanosoma cruzi*, e transmitida por um inseto conhecido como barbeiro, muito comum nas áreas rurais do Brasil. A investigação de Chagas colocou o IOC como um importante centro de medicina experimental em saúde pública do Brasil (apud KROPF, 2009). Inclusive, depois de realizar muitas expedições aos sertões do Brasil, o sanitarista Carlos Chagas afirmava que a doença que recebeu seu nome tratava-se de endemia que prejudicava seriamente o progresso nacional, por provocar decadência física e mental em extensas áreas do interior do Brasil (KROPF, 2009)⁴.

O trabalho desenvolvido por Oswaldo Cruz e Carlos Chagas pulverizou-se a partir dos anos 1920 por grande parte do território nacional, alcançando a Paraíba durante a gestão presidencial de Epitácio Pessoa, que liberou vultuosas somas de recursos para o combate as endemias no Estado (JUNQUEIRA, 2016).

É importante notar que, apesar dos avanços científicos no campo da saúde, destaque deve ser dado a criação do sistema de Previdência Social, considerado o pontapé *máster* para o desenvolvimento das políticas de saúde brasileira⁵.

A assistência à saúde dos trabalhadores com a industrialização nos países centrais, foi sendo assumida pelo Estado, aliado ao nascimento da medicina social na Alemanha, França e Inglaterra. A conquista de alguns direitos sociais pelas classes trabalhadoras foi mediada pela interferência estatal, no seu papel de manutenção da ordem social capitalista e de mediação das relações entre as classes sociais. No século XX, esta interferência será aprofundada, com elaboração de políticas para o setor e o surgimento de diversas propostas (MOTA, 2009, p.89).

Assim, na década de 1920 surgiu no país o seguro social, estabelecido pela lei 4.682/1923, conhecida como Lei Elói Chaves. A referida lei instituía as Caixas de Aposentadorias e Pensão (CAPs), que atendiam inicialmente os trabalhadores das empresas ferroviárias que, naquela época, era uma das maiores empresas

⁴ Segundo o Ministério da saúde, a doença das chagas atinge cerca de milhões de pessoas no Brasil, sendo as comunidades marginalizadas as mais atingidas, principalmente nos Países tropicais (FIOCRUZ, 2009, online).

⁵ O sistema previdenciário brasileiro começou a se delinear por volta de 1888. Conforme Mota e outros, eram beneficiados apenas aqueles sujeitos que eram considerados úteis, ativos, no mercado formal de trabalho (MOTA et al, 2009).

empregatícias do país, mais tarde outras poucas classes profissionais passaram a ser favorecidas. Dentre os benefícios oferecidos aos assegurados das CAPs, destacavam-se, além do seguro previdenciário, a assistência médica e o fornecimento de medicamentos. Cabe observar que os planos de benefícios não eram iguais para todos os funcionários, o que acontecia devido ao fato de:

Inexistirem regras comuns de funcionamento técnico e administrativo. Cada órgão estabelecia seu regulamento, que refletia parcialmente os anseios de cada segmento da classe trabalhadora e dependia da capacidade de receita disponível por meio das contribuições (MERCANDANTE et al, 2002, p.237).

Enfim, a aprovação da Lei Elói Chaves, em 1923, criando as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) se apresentavam como um grande progresso para a classe trabalhadora, o que deve ser compreendido como uma conquista, fruto de lutas e muitas reivindicações dos ferroviários para garantir seus direitos. A introdução das CAPs funcionava como mecanismo de proteção aos direitos dos trabalhadores.

No início dos anos 1930, quando Getúlio Vargas tornou-se presidente do Brasil, por meio de um golpe, teve início o processo de reestruturação das políticas de saúde no país. Para entendermos melhor esse movimento podemos dividi-lo em três períodos importantes: o primeiro período acontece nos anos de 1930 a 1934, definido como governo provisório; o segundo período vai de 1934 a 1937, trata-se do governo constitucional; por último, o período denominado como Estado Novo, que compreende os anos entre 1937 e 1945, quando Getúlio Vargas instaurou uma ditadura no país (FONSECA, 2007).

Nos anos 1930 frente às questões políticas e em face da crise econômica que estava se instalando devido ao colapso da economia americana em 1929, o que dificultou as ações de saúde e provocou o corte de gastos, com as medidas de proteção aos serviços já existentes no Estado brasileiro, fazia-se necessário criar no país um sistema de seguridade social mais qualificado, sendo assim, foram criados os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) que substituiriam as CAPs (REIS; ARAÚJO; CECILIO, 2010).

Naquele contexto, com o corte de gastos na saúde, Getúlio Vargas sofreu muitas críticas, visto que surgiu grande preocupação da população brasileira, que se via ameaçada pelas constantes epidemias que se abatiam sobre o país. Pressionado, visando acalmar os ânimos o presidente se comprometeu em

fortalecer esses serviços. Nesse sentido, se observam ações voltadas para a saúde pública, de modo que o governo passou a empenhar-se na redução de várias enfermidades, resultando na ampliação dos serviços de saúde, possibilitando uma vasta organização do sistema, para que toda a sociedade tivesse acesso integral aos serviços de saúde.

Foi a partir do *statebuilding*⁶ que, de acordo Fonseca, surgiu um novo aspecto no processo de mudanças na política de saúde, sendo o Estado o grande responsável a prestar serviços de saúde de forma universal a toda sociedade (2007).

De acordo com Mercadante, entende-se que o ano de 1933 foi um divisor de águas para a história do seguro social no Brasil, visto que, a partir de então o regime previdenciário passou a ser organizado de acordo com as categorias profissionais dos trabalhadores brasileiros⁷.

O ano de 1933 marcou o início de uma nova fase na história do seguro social brasileiro. A orientação adotada a partir de então estabeleceu a organização previdenciária em torno de categorias funcionais nacionais de trabalhadores.

Durante os anos Vargas as reformas no setor da saúde pública foram marcadas pela instabilidade política do período e pelas sucessivas mudanças no Ministério da Educação e Saúde Pública. A propósito, foi somente com a posse do ministro Gustavo Capanema⁸, em 26 de julho de 1934, que se observou uma evolução no Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP).

À frente do MESP Capanema realizou importantes reformas no campo da saúde, tanto de caráter estrutural, quanto de ações em saúde pública. Naquilo que se refere as organizações institucionais foram criadas Delegacias Federais de Saúde, cuja implantação refletia o interesse do Governo Vargas em controlar todo o

⁶ “*Statebuilding* foi um movimento idealizado por Getúlio Vargas, sendo caracterizado pela intervenção na economia e pela centralização política e administrativa, tornando-se mais intensa após 1937” (NUNES, 1997, p.53).

⁷ De acordo com o Dicionário de Verbetes Temáticos da Fundação Getúlio Vargas, entre os anos de 1933 e 1936 foram criados os Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos (1933); o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Comerciários (1934); o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Bancários (1934); e o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários (1936) (FGV, s.d., online).

⁸ Gustavo Capanema foi um político brasileiro, 4º Ministro da Educação que permaneceu durante 11 anos contínuos, tornando-se o ministro que ficou mais tempo no cargo em toda historia do Brasil (WIKIPÉDIA. s.d., 2012).

território nacional. De acordo com Hochman, um dos grandes marcos na criação dos serviços de saúde foram: as Delegacias Federais de Saúde, os Serviços nacionais, a Instituição das Conferências Nacionais de Saúde, e a criação do Serviço Especial de Saúde Pública, que tinham como objetivos constituir e organizar uma estrutura de saúde de forma verticalizada que combatesse as doenças (apud. CAMPOS, 2000).

Gustavo Capanema definia as CNS como:

Conferências de administradores que terão apenas o objetivo de estudar e assentar providências de ordem administrativa. Por meio delas, poderá ainda a União coordenar a execução dos planos nacionais que forem estabelecidos (apud. HOCHMAN, 2005, p. 133).

Segundo Hochman, a criação das Conferências viabilizaria a articulação entre o governo federal e os estados, objetivando distribuição de recursos financeiros e a sistematização de normas técnicas e administrativas para as questões de saúde.

Nesse sentido, para o autor:

o perfil delineado para o funcionamento das Conferências era o de um espaço para administradores e técnicos de saúde. Como diziam respeito a atividades exclusivamente de caráter público, as CNS aglutinariam representantes dos órgãos públicos de saúde na esfera federal e estadual, para discussão e deliberação das questões administrativas relativas à saúde pública (HOCHMAN, 2005, p.133).

No contexto das reformas propostas por Capanema foram promovidas ações de intervenção para o combate à malária, à tuberculose, à lepra e a febre amarela, tendo como foco as populações menos afortunadas. Como se observa, as propostas de Capanema para a saúde pública voltavam-se para a prevenção e combate a tais doenças, uma vez que o auxílio médico dado à população não era garantia pública, nem universal e sim feito de forma filantrópica⁹.

É necessário compreendermos que a implantação dos serviços de Saúde pública, apesar de suas limitações iniciais, constituiu grandes avanços no processo de transformações, mudanças e contribuições no âmbito das políticas sociais brasileiras, estabelecidas no governo Vargas.

De acordo com Fonseca, durante os anos Vargas ocorreram grandes mudanças em três campos sociais: na esfera Institucional, na política e, por último,

⁹ De acordo com Gustavo Capanema, os serviços de saúde eram voltados para a população de forma filantrópica, ou seja, não era garantido pelo Estado (apud HOCHMAN, 2005).

na esfera ideológica que, dessa maneira, ganhara novas características na política de saúde (2007).

Enfim, nos anos Vargas (1930-1945), o país começou a se desenvolver economicamente, principalmente no setor industrial e de serviços, em detrimento do setor agrário, que foi impactado pela falta de investimento, o que levou muitos trabalhadores rurais a se mudarem para as grandes cidades à procura de empregos nas grandes indústrias. Foi o desenvolvimento industrial que incitou o Estado a tomar como responsabilidade a Saúde, pois as situações de trabalho dentro das indústrias eram extremamente precárias.

De modo geral eram beneficiados pelas políticas de saúde apenas àqueles que estavam inseridos no mercado de trabalho, ainda que o acesso à saúde fosse muito precário.

Com a garantia de benefícios sociais, entre eles a assistência médica, a uma parcela da população, afirmava-se que determinadas atividades profissionais eram reconhecidas e seus trabalhos teriam assegurados seus direitos de acesso aos serviços médicos (FONSECA, 2007, p.43).

Naquele momento existiam apenas dois tipos de ações em saúde, quais sejam: a primeira ação tinha como público-alvo a população em geral, enquanto a segunda, de caráter previdenciário atingia os homens e mulheres que exerciam trabalhos em regime de CLT. Com isso, segundo Bravo, “a política de saúde se expressava nesse tempo em caráter nacional, coordenada em dois subsetores: o de saúde pública e o de medicina previdenciária” (BRAVO, 2008, p. 04).

Sublinhe-se que IAP's foram organizados obedecendo a um acordo com nível de hierarquia profissional, sendo considerado na década de 1950 como fator essencial para o crescimento econômico do país. Nos anos seguintes os IAPs se unificaram, resultando na criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que, uma década depois, se aperfeiçoariam levando a criação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS¹⁰) que segundo, (REIS; ARAÚJO; CECILIO, 2010) foi um sistema responsável por unificar todas as entidades ligadas ao Ministério da Previdência e Assistência Social e que possibilitou a criação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que

¹⁰ SINPAS - Sistema responsável por unificar todas as entidades ligada ao Ministério da Previdência e Assistência Social (REIS; ARAÚJO; CECILIO, 2010).

tratando-se de uma categoria mais voltada para a saúde se tornou responsável por comandar todos os serviços da saúde.

Finalmente, é importante observar que as instituições previdenciárias de: CAPS, IAP, INPS, SINPAS e INAMPS, não possuíam capacidade para atender, no âmbito da assistência médica, a todos os brasileiros/as. Relativo à medicina previdenciária o acesso aos serviços médicos era restrito àqueles que trabalhavam no regime de Consolidação das Leis Trabalhistas, o que visava evitar futuras reivindicações. Ademais, mesmo com uma forte seletividade, os serviços de saúde prestados eram escassos, frágeis e não atendiam as necessidades básicas daqueles que contribuíam com a Previdência Social.

Já a saúde pública todos tinham acesso, porém, o auxílio médico prestado ainda não conseguia dar conta do alastramento de doenças infectocontagiosas, levando o mercado privado a crescer, conforme assinala Bravo:

A medicalização da vida social foi imposta, tanto na saúde pública quanto na previdência social. o setor saúde precisava assumir características capitalistas, com a incorporação das modificações tecnológicas ocorridas no exterior. A saúde pública teve no período um declínio e a medicina previdenciária cresceu, principalmente após a reestruturação do setor, em 1966 (2008, p. 06-07).

As políticas públicas de saúde, entretanto, avançam naquele momento, de modo que em 1953 ocorreu a criação do Ministério da Saúde, cujo objetivo seria unificar as ações em saúde no país, sob o controle do Estado (MERCANDANTE et. al, 2002, p.237).

Mercadante e outros, ainda observa que nos anos 1960, entretanto, observou-se a solidificação de responsabilidades estatais no campo da saúde, evidenciando a divisão e especificação dos serviços ofertados pelo Ministério da Saúde e aqueles oferecidos pelo Ministério da Previdência Social.

1.1 O Projeto da Reforma Sanitária

Em 1964 foi implantada no Brasil a ditadura militar. Os militares ao tomarem o poder interromperam os movimentos reformistas brasileiros, tais como: reforma

agrária, reforma tributária, reforma urbano-sanitária, entre outros movimentos, conforme observou o médico sanitário Nelson Rodrigues dos Santos¹¹.

A princípio acreditava-se que o Brasil vivia um milagre econômico, crença que começou a cair por terra nos anos 1970 quando os sinais de crise começaram a aparecer na esfera econômica, política e na saúde, quando o número de doenças endêmicas cresceu em todo o território nacional, em decorrência da falta de saneamento e desnutrição. Dentre as principais doenças que atingiam a população brasileira destacavam-se a difteria, a coqueluche, o sarampo, o tétano, a poliomielite, as doenças diarreicas, a doença de Chagas, a peste bubônica, a tuberculose, a hanseníase, a febre amarela, a malária, a filariose e a leishmaniose segundo afirmou Maíra Mathias. Tais endemias, embora revelassem a insuficiência do Estado em planejamento e execução de ações profiláticas de saúde, foram responsáveis pela perpetuação de uma teoria social da doença, que culpabilizava as classes menos favorecidas, conforme pode ser observado a seguir:

As grandes endemias são responsáveis por altos índices de morbidade e mortalidade, tradicionalmente chamadas de doenças tropicais. Conhecimentos atuais revelam que são **antes de mais nada doenças associadas à pobreza: má qualidade de habitação, fome, falta de saneamento básico, falta de acesso à educação e má distribuição de renda**. Este é o quadro no Terceiro Mundo. As endemias são geradas pela miséria e nutrem a pobreza (BRASIL, s.d, grifos do autor).

Em face do crescimento do número de doenças, o governo brasileiro criou, em 1970, a Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM), responsável por desempenhar as atividades de eliminação e controle das endemias existentes no país (POLIGNANO, 2001).

No transcorrer da ditadura militar ocorreram grandes mudanças no que diz respeito a saúde. Assim, em 1975 foram normatizadas as ações do Ministério da Saúde, mas não se obteve o resultado desejado na qualificação dos profissionais da área, de modo que, “o Ministério da Saúde tornou-se muito mais um órgão burocrato-normativo do que um órgão executivo de política de saúde” (POLIGNANO, 2001, p.16).

¹¹ Sobre isso ver: (FIOCRUZ, s.d., online).

À propósito, a partir da criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1966, a previdência passou a ter função assistencial e redistributiva, ainda que esta estivesse limitada ao contingente de trabalhadores com carteira assinada¹². De forma mais pontual o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) era responsável pela assistência médica aos trabalhadores que contribuía com a previdência social.

Contudo, com o surgimento do INPS os trabalhadores passaram a contribuir mais, o que provocou um grande aumento nas exigências de assistência médica. Com a criação do INAMPS a assistência médica prestada à sociedade era feita de forma avaliativa com ações limitadas, com atendimento apenas para aqueles que estavam inseridos no mercado de trabalho e por meio de contribuição (RIBEIRO et al. 2010). A política dominante durante a ditadura era de estímulo à privatização da saúde. Inclusive, a assistência proporcionada pelo INAMPS era feita na grande maioria das vezes em clínicas privadas. Isto é, o Estado antes de investir na saúde pública, faziam investimentos nas instituições de saúde privadas, através do repasse de recursos pela prestação de serviços médicos.

Menção seja feita a tentativa do Ministério da Saúde, liderado por Mário Machado de Lemos que, na década de 1970, pretendeu universalizar o acesso a saúde nos moldes que regem o atual Sistema Único de Saúde. Lemos defendia o cumprimento do art. 156 do Decreto Lei nº 200/ 1967, ou seja, deseja assumir de fato e de direito a competência para implantar e coordenar a Política Nacional de Saúde, nesse sentido pretendia a integração no nível federal com a criação do Instituto Nacional de Assistência Médica, vinculada ao Ministério da Saúde e que absorveria todos os organismos até então na órbita da previdência social. Tal anseio caiu por terra devido aos antagonismos de força dentro do governo (MERCANDANTE et al, 2002, pp. 241-242). Além do mais, o governo fornecia pouco dinheiro para o Ministério da Saúde, impossibilitando o órgão de exercer suas funções e serviços de saúde de caráter profilático, de tal maneira se tornaria comum às práticas de medicina curativas, o que era obrigação do Estado.

Se no contexto dos anos 1970 o Ministério da Saúde fracassou ao tentar ampliar os serviços de saúde a toda a sociedade, o Ministério da Previdência Social, conduzido por Nascimento e Silva, criou o Plano de Pronta Ação. O plano, de acordo

¹² Conforme pode ser observado em: (SOUZA, s.d. 2003).

com Mercandante e outros, [romp[eu] a lógica da vinculação do direito de assistência médica à condição de contribuinte da previdência], o que viabilizaria a progressiva universalização dos serviços médicos, visto determinar que [os casos de emergência deveriam ser atendidos por todos os serviços próprios e contratados independentemente do paciente ser ou não um beneficiário (segurado ou dependente) da previdência. Quando o atendido não fosse previdenciário, as despesas com os serviços prestados limitar-se-iam à duração do estado de emergência] (2002, p. 242).

Ademais, durante a ditadura militar foi anunciado um grande crescimento econômico no país, de tal modo com a derrota do regime nos anos 80, a saúde pública entrou em forte crise e o Estado aproveitou essa abertura promovida pela crise econômica para promover transformações, repensando um novo modelo de política de saúde que pregava o atendimento em saúde para todos os brasileiros de forma igualitária. Portanto, foi através da abertura política, da crise decorrente do regime militar e da privatização da medicina curativa que o governo foi levado a rever as medidas de saúde, tornando-se o grande responsável por todas as mudanças no campo da saúde pública (RIBEIRO, et al., 2010). Assim, entende-se que foi através da pressão popular visando melhorias no âmbito da saúde, que os gestores nacionais consideraram uma reorganização do sistema de Saúde, que objetivava a expansão dos atendimentos e a reprovação da comercialização da saúde.

No ano de 1985 dois movimentos marcaram o fim da ditadura militar, o movimento das Diretas já e a eleição de Tancredo Neves. Tais mudanças na política nacional geraram grandes manifestações no âmbito da saúde pública, de modo que a Constituição Federal de 1988, resultou em novas melhorias nas leis que regem a saúde dos brasileiros e brasileiras, pois antes da constituição o Brasil não possuía nenhum modelo organizado de saúde, havendo apenas um serviço seletivo e excludente de assistência à saúde, como se viu antes (BRAVO 2008).

Dentre os acontecimentos que impactaram as ações em saúde no Brasil destacou-se a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, que trouxe novas propostas de saúde que beneficiariam todos os sujeitos que necessitassem de atendimento, como forma de direito social à toda sociedade, frente à grande crise e desigualdades que devastava o país. Após discussões acerca da conferência o governo se viu obrigado a inserir na sociedade um modelo de política, uma medida

eficaz que promovesse a diminuição das doenças e mortalidades no país. Dessa maneira, a pauta dos debates inseria toda a população. Esse movimento de luta se deu através de reivindicações por reformas na Política de Saúde brasileira que até então possuía um caráter de contribuição.

De acordo com Maíra Mathias, o movimento da Reforma Sanitária nasceu no contexto de lutas contra a ditadura militar. Refere-se às transformações consideradas necessárias na área da saúde e que visavam conter as epidemias e doenças em geral, que atingiam a população brasileira, no contexto dos anos 1960-70¹³.

É importante sublinhar que a Reforma Sanitária foi um grande avanço para toda sociedade, pois a mesma passa a ser entendida enquanto política pública garantindo o direito de todos, em todos os âmbitos, pois foi resultado de uma trajetória de enfrentamentos e muitas reivindicações de grande parte da população, que buscava melhorias nas condições de atendimento à saúde, exigindo que o Estado arcasse com as responsabilidades de não só tratar, mas de prevenir as doenças. Contudo, a Reforma estava além de apenas uma melhora no âmbito da saúde, ela defendia a democratização através das propostas e integração da defesa da saúde coletiva.

Naquele contexto, a Reforma Sanitária buscava fortalecer as Políticas Públicas existentes, mas com foco principal nas mudanças e transformações da Política de Saúde, que se consolidou nos debates da 8ª Conferência de Saúde no Brasil. De acordo com BRAVO (2008, p.08), "a Saúde deixa[va] de ser desejo individual para aderir a uma dimensão política, ficando inteiramente ligada à democracia". Contudo, a política na saúde teve grande importância para o detalhamento do estudo sanitário, que se deu através de vários problemas recorrentes à saúde, se fortalecendo nos discursos da medicina preventiva que resultou do referencial teórico, de bases universitárias, do movimento sanitário.

As principais propostas debatidas por esse sujeitos coletivos foram a universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde, visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento

¹³ (FIOCRUZ, s.d., online).

efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão - os Conselhos de Saúde (MOTA, 2009 p. 96).

Esse projeto de política pública de saúde estava em consonância com o modelo privatista, possuindo como foco central o controle na redução de gastos, ou seja, era totalmente competência do Estado assegurar atendimento tanto aos que necessitassem, quanto àqueles que não tinham meios para pagar, quanto aos que acessavam a repartição privada (MOTA, 2009, p.101). Contudo, seu princípio básico era atender a população que estava em situação vulnerável, tornando-se uma prática celetista e, conseqüentemente, ampliando assim os serviços privativos.

Enfim, a Reforma Sanitária se tornou um marco na história da saúde brasileira, graças ao grande desempenho da 8ª Conferência Nacional de Saúde conseguindo consolidar ações unificadas no setor saúde e previdência que vai se concretizar posteriormente no sistema único de saúde (SUS).

1.2 Surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS)

O surgimento do Sistema Único de Saúde se deu através do resultado positivo da Reforma Sanitária dos anos 1970, tendo sido formulado, no contexto de lutas pela redemocratização nacional. No bojo dos movimentos sociais que ocorriam no país naquele momento o SUS aparecia □como integrante das ações destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social□.

Sua criação foi influenciada pelo surgimento do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), em 1987, que fortaleceu o atendimento público e a universalização dos serviços de saúde, se tratando da primeira forma de atendimentos em postos de saúde, já que anteriormente estes atendimentos só existiam em Casas de Misericórdia, através de práticas caritativas e filantrópicas¹⁴.

Depois em 1988, com a Constituição Federal, dispôs sobre as diretrizes para a implantação do Sistema Único de Saúde. Nesse sentido, o Título VIII Capítulo II, estabelece a universalização dos serviços de seguridade social, conforme pode-se observar a seguir:

¹⁴ Apesar de a noção de filantropia também abarcar a da caridade, as diferenças entre ambas estão diretamente relacionadas com o tempo histórico no qual as ações acontecem. A caridade está vinculada ao dogma cristão e a história da salvação, a filantropia tinha como primado a procura da eficácia na intervenção, que se queria transformadora (GISELE SANGLARD, et al., 2015).

Art. 194. A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.

Parágrafo único. Compete ao poder público, nos termos da lei, organizar a seguridade social, com base nos seguintes objetivos:

I - universalidade da cobertura e do atendimento;

II - uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais;

III - seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços;

IV - irredutibilidade do valor dos benefícios;

V - equidade na forma de participação no custeio;

VI - diversidade da base de financiamento;

VII - caráter democrático e descentralizado da administração, mediante gestão quadripartite, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do Governo nos órgãos colegiados (BRASIL, 1988).

O Art. 196 da Carta Magna evidencia o caráter democrático dos serviços de saúde ofertados com custeamento de toda a sociedade, conforme estabelecido no artigo precedente. Assim, de acordo com a lei:

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 (BRASIL, 1988).

Com o objetivo de garantir a universalização dos serviços de saúde, o Artigo 198 estabelece:

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 (BRASIL, 1988).

Como pode ser observado o Sistema Único de Saúde (SUS), foi criado de acordo com as diretrizes de descentralização, universalização, integralidade e participação social, visando a igualdade de atendimento a todos os brasileiros.

Segundo o site do Ministério da Saúde (2009), o SUS é um sistema público de saúde que tem como objetivo garantir o acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país e foi criado e regularizado a partir da Constituição Federal de 1988.

A partir da Lei regulamentar 8.080 de 1990, será efetivada a Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990, que estabelece a participação de toda sociedade na

administração do Sistema Único de Saúde e em todas as suas instâncias, possibilitando que a comunidade possa participar dos conselhos e conferências para que, dessa forma, a população esteja ciente de como está o funcionamento e a situação da saúde.

Os objetivos e atribuições do SUS foram detalhados na Lei 8.080/90, que em conformidade com o Art. 2º, a saúde é um direito indispensável do ser humano, aplicando-se ao Estado a responsabilidade de exercer as funções indispensáveis à prática. Dessa maneira a LOS veio para determinar as ações e serviços de saúde em todo o território nacional e assim reorganizar o seu funcionamento.

Art. 5º - Dos 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 §1º do artigo 2º 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 (BRASIL, 1990a).

O artigo 6º, por sua vez, trata da atuação do SUS nas ações vigilância sanitária, epidemiologia, saúde do trabalhador e assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica (Brasil, 1990).

A Lei 8.142/ 90, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências (BRASIL, 1990b).

Finalmente, em conformidade com as leis brasileiras,

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 (*apud* ZANCHI, 2010,p.101).

Nesse sentido, o Estado tornou-se o grande responsável por administrar todas as políticas públicas, colocando-as em prática e sendo fortalecida com a criação da Lei Orgânica de Saúde (LOS).

A Lei Orgânica de Saúde sanciona e regula as ações de saúde, e tem como objetivo o detalhamento, execuções e benefícios de saúde em todo o país, apresentando os objetivos, atribuições, princípios, diretrizes, organização, direção e gestão do Sistema Único de Saúde.

Dentro das suas atribuições se regulariza na LOS os princípios de: Universalidade que propõe atendimento a todos que precisam; a Integralidade que permeiam todas as especialidades médicas; e por último a Equidade que defende os atendimentos no mesmo nível de igualdade, mas que também atende desigualmente os desiguais, considerando assim as especificidades de cada região (BRASIL, 1990).

Com base na publicação da Constituição de 88, a saúde foi efetivada como direito de todo cidadão e dever estatal, promovendo a extensão dos serviços e consolidando a cidadania. Assim como consta em seu artigo 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 (BRASIL, 1988).

O SUS surgiu para que toda a sociedade tivesse mais acesso à saúde pública de qualidade, englobando execuções de ações e atividades com direito universal para todos os brasileiros, tornando-se exclusivamente obrigação do Estado. O Sistema Único de Saúde é um dos maiores sistemas públicos de saúde que abrange todo atendimento com o propósito central em serviços de qualidade, oferecendo e priorizando ações de forma preventiva. Conforme as leis que regem a saúde no Brasil (8.080/1990 e 8.142/1990), a sociedade deve participar desse sistema de forma ativa para que assim possam estar cientes de todos os seus direitos.

Art.4º O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais da administração direta e indireta e das fundações mantida pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde-SUS (BRASIL, 1988).

Dessa maneira, segundo o Ministério da Saúde o SUS compõe um agrupamento de Políticas que viabilizam praticas para que se previna o agravamento de doenças, com atendimentos de diversos níveis de complexidade que podem ser identificados como: Primário, que estabelece os atendimentos em unidades básicas de saúde e centros, realizando atendimentos através de perfis epidemiológicos da população; o Secundário que são centros de saúde mais especializados como as policlínicas, formados por laboratórios considerado de complexidade média; o Terciário, considerado de nível alto, por possuir os centros de imagens e atendimentos de elevada tecnologias e especializações; tratam-se dos hospitais com

tecnologias mais avançadas. Posto isso, o SUS abrange várias especialidades em serviços como método de promover atendimentos qualificados e diminuição nos agravos de doenças.

O SUS possui várias estratégias para atender as necessidades da sociedade, com isso precisamos entender como se dão os procedimentos de atribuições e diretrizes que estão regularizados na LOS, que vem para organizar esse novo modelo de SUS, incorporando a descentralização político-administrativa que insere um sistema de hierarquia dentro dos conselhos Municipais de Saúde, para que dessa maneira aconteça um melhor atendimento, de forma expandida e rápida, construída por meios de acordos entre as esferas Municipais, Estaduais e Federais, com propósito de complementar um novo sistema no âmbito da saúde no Brasil, de maneira que a população garanta seus direitos justos e igualitários a partir do fortalecimento do Sistema Único de Saúde com a Política Nacional de Atenção Básica.

1.3 A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)

A Portaria nº 2.488, de 21 de Outubro de 2011, aprova a Política Nacional de Atenção Básica cujo objetivo é a promoção de saúde, tratamento e reabilitação, visa estar mais próximo possível dos usuários e ser o contato prioritário com os serviços de saúde, isto é, visa facilitar o acesso ao SUS (BRASIL, 2012).

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos (BRASIL, 2011).

A Portaria 2.436, de 21 de setembro de 2017, por sua vez, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

De acordo com o Art. 1º, Parágrafo único, da Portaria 2.436/2017, os termos Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde são equivalentes, nas atuais concepções, de modo que suas diretrizes estão contidas no referido documento. Assim, em conformidade com o que estabelece o Art. 2º. da portaria:

A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária.

§1º A Atenção Básica será a principal porta de entrada e centro de comunicação da RAS, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede.

§ 2º A Atenção Básica será ofertada integralmente e gratuitamente a todas as pessoas, de acordo com suas necessidades e demandas do território, considerando os determinantes e condicionantes de saúde.

§ 3º É proibida qualquer exclusão baseada em idade, gênero, raça/cor, etnia, crença, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, estado de saúde, condição socioeconômica, escolaridade, limitação física, intelectual, funcional e outras.

§ 4º Para o cumprimento do previsto no § 3º, serão adotadas estratégias que permitam minimizar desigualdades/inequidades, de modo a evitar exclusão social de grupos que possam vir a sofrer estigmatização ou discriminação, de maneira que impacte na autonomia e na situação de saúde (BRASIL, 2017).

Entende-se, portanto, que a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é o fundamento essencial para que o Sistema Único de Saúde funcione corretamente, pois é através dela que se pode conhecer as carências da sociedade, possibilitando estabelecer o acesso à saúde de forma completa, se desenvolvendo com base nos princípios de promoção e reabilitação da saúde que visa a prevenção de doenças, dando continuidade ao princípio central do SUS, qual seja: agir de forma integral atendendo a toda população sem nenhuma distinção ou diferenciação.

A PNAB tem como foco atender às famílias, melhorando a qualidade das ações no cotidiano das populações, através de uma unidade física nomeada de Unidade de Saúde da Família (UBS), que é responsável por atender a todas as pessoas de forma eficiente, acolhendo os usuários de maneira mais acessível para que assim toda a sociedade tenha o direito ao atendimento de qualidade, com

profissionais qualificados que estejam agindo nas necessidades e especificidades de cada região e de cada usuário (BRASIL, 2012).

As Unidades Básicas de Saúde devem possuir espaços suficientes com estruturas apropriadas para que dessa maneira possam atender as demandas locais dentro do padrão das normas sanitárias¹⁵.

Os atendimentos devem oferecer serviços acessíveis e de qualidade, buscando resolver ou minimizar os problemas de saúde existentes para toda sociedade, agindo e se articulando com todos os profissionais das diferentes áreas que compõem as Unidades Básicas de Saúde. Dessa maneira, será possível obter maiores e melhores resultados nos atendimentos de prevenção da saúde, buscando garantir e unir serviços de saúde com qualidade.

É importante notar que a Unidade Básica é responsável pelo atendimento individual de cada usuário, e também responsável por todo atendimento no território em que o mesmo está inserido.

Com o propósito de reforçar os atendimentos, o Ministério da Saúde criou o Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF-AB) em 2008, que abrange os usuários das regiões de responsabilidade de cada UBS e, principalmente, por intermédio da ampliação da clínica, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos, quanto sanitários e ambientais dentro do território (BRASIL, 2009). Dizendo de outra forma, o núcleo é formado por uma equipe multidisciplinar que visa o avanço das ações que proporcionem a disseminação de práticas em saúde no território sob qual é responsabilizado, integrados a Unidades Básica de Saúde.

O Núcleo Ampliado de saúde da Família (NASF-AB) que está provocando uma reorientação no exemplo de Atenção Básica de Saúde, que contém profissionais qualificados para atuarem de forma a abarcar a sociedade como um todo, tanto no âmbito social e da saúde, como também no âmbito da promoção à cidadania e qualificação de vida dos usuários (BRASIL, 2009).

Assim sendo, o NASF-AB veio para ampliar as execuções das ações da Atenção Primária. As equipes dos NASF-AB exercem um papel extremamente importante para a instituição dando um suporte para Atenção Básica, trabalhando de forma articulada e interdisciplinar com objetivos de melhor analisar e intervir para

¹⁵ (BRASIL, 2006).

melhor garantir os direitos de toda população. Tal discussão será aprofundada no próximo capítulo.

2 SURGIMENTO DO NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA E ATENÇÃO BÁSICA (NASF-AB) NO BRASIL

2.1 NASF: histórico, conceitos e finalidades

O nível de maior atenção do SUS é a Saúde da Família, que segundo o site de acesso à informação da Fiocruz "Pense SUS", é considerada como um dos pilares de sustentação do sistema, um pilar para fortalecer e organizar a Atenção Básica. Ainda no site "Pense SUS", relatase que o SUS é um programa de abrangência nacional que está presente em quase todos os municípios do país e que visa à promoção, a equidade e a melhoria da saúde para toda a população brasileira¹⁶.

Através da Portaria Nº 154, de 24 de janeiro de 2008, com intuito de promover a Saúde da Família, o Ministério da Saúde criou o NASF-AB, "com o objetivo de aumentar a resolubilidade das equipes de saúde da família mediante o apoio matricial de especialistas, no desenvolvimento de ações de saúde"¹⁷. Assim como consta em suas Diretrizes:

[...] Dentro do escopo de apoiar a inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e ampliar a abrangência, a resolutividade, a territorialização, a regionalização, bem como a ampliação das ações da APS no Brasil, o Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), mediante a Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008 (BRASIL, 2010, p. 07).

Com a finalidade de auxiliar e ampliar os serviços de saúde, o NASF-AB foi criado pelo Ministério da Saúde para dar apoio na Atenção Básica nas Unidades de saúde. Os profissionais dos núcleos devem atuar de forma conjunta à rede de serviços de saúde a partir das demandas identificadas no trabalho das equipes Saúde da Família, incorporando profissionais capacitados de diversas áreas, visando promover a aproximação dos usuários aos serviços disponíveis em cada Unidade Básica de Saúde.

O alcance do NASF-AB é amplo, abrangendo todos os usuários que necessitem de atendimento, mas o foco prioritário está nas ações de prevenção e promoção da saúde.

¹⁶ (FIOCRUZ, s.d. online).

¹⁷ Atualmente denominado: Núcleo Ampliado à saúde da Família.

De acordo com Anjos (2013), o NASF-AB representa um conjunto de ações que dá suporte a toda sociedade, prestando serviços e atendimentos nos lugares onde a Unidade Básica de Saúde não conseguem alcançar, ofertando o aumento de serviços para que se obtenha os melhores resultados nos serviços ofertados.

Em sua gênese o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica estava dividido e composto por três modalidades NASF-AB1, NASF-AB 2, e NASF-AB 3. O primeiro era responsável por desenvolver atividades com a população com mais de 20 mil habitantes. Considerando que os municípios menores possuíam maiores demandas de serviços de saúde, se comparados aos maiores municípios do país, surgiu o NASF-AB2 para dar suporte e desenvolver serviços de saúde nesses municípios. A terceira modalidade foi criada com base na portaria GM/MS nº 2.843, de 20 de setembro de 2010, priorizando serviços aos usuários que necessitassem de atendimento em saúde mental. Apesar da importância do atendimento do NASF-AB3, ele foi extinto um ano após sua criação por meio da Portaria GM/MS 2.488/2011:

O NASF 3 foi suprimido a partir da publicação da Portaria GM/MS nº 2.488/2011 e se tornou automaticamente NASF 2. Os municípios com projetos de NASF 3 anteriormente enviados ao MS deverão, atualmente, enviar para a Comissão Intergestores Bipartite documento que informe as alterações ocorridas. Fica garantido o financiamento dos NASF intermunicipais já habilitados em data anterior, mas fica extinta a possibilidade de implantação de novos NASF intermunicipais (BRASIL, 2011 *apud* ANJOS 2013).

De acordo com a mesma portaria, os NASF poderiam ser organizados em duas modalidades: NASF 1 e NASF 2.

O NASF 1 deverá ter uma equipe formada por uma composição de profissionais de nível superior escolhidos dentre as ocupações listadas abaixo que reúnam as seguintes condições:

I -a soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe deve acumular no mínimo 200 horas semanais;

II - nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que 20 horas; e

III - cada ocupação, considerada isoladamente, deve ter no mínimo 20 horas e no máximo 80 horas de carga horária semanal.

O NASF 2 deverá ter uma equipe formada por uma composição de profissionais de nível superior escolhidos dentre as ocupações listadas abaixo que reúnam as seguintes condições:

I -a soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe deve acumular no mínimo 120 horas semanais;

II - nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que 20 horas; e

III - cada ocupação, considerada isoladamente, deve ter no mínimo 20 horas e no máximo 40 horas de carga horária semanal (BRASIL, 2011).

Com base na Portaria Nº 154, DE 24 DE JANEIRO DE 2008 O NASF-AB 1 passou a exercer suas atividades com no mínimo cinco, e máximo de nove equipes, enquanto o NASF-AB 2 pode realizar suas atividades com o mínimo de três e o máximo sete equipes.

Já a Portaria GM/MS nº 2.488/2011, define que o NASF-AB 1 realize suas atividades vinculadas a no mínimo, oito equipes e no máximo quinze equipes. E acrescenta: Excepcionalmente, nos Municípios com menos de 100.000 habitantes dos Estados da Amazônia Legal e Pantanal Sul Matogrossense, cada NASF-AB 1 poderá realizar suas atividades vinculado a, no mínimo, 5 (cinco) e no máximo 9 (nove) equipes. O NASF 2 deve realizar suas atividades vinculado a, no mínimo, três equipes e no máximo sete equipes de saúde da família (BRASIL, 2011).

Segundo a mesma Portaria, “a composição de cada um dos NASF-AB será definida pelos gestores municipais, seguindo os critérios de prioridade identificados a partir dos dados epidemiológicos e das necessidades locais e das equipes de saúde que serão apoiadas” (BRASIL, 2011).

Outra alteração que a Portaria GM/MS nº 2.488/2011 trouxe foi a supressão dos NASF 3 e observa que os núcleos dessa modalidade automaticamente se tornariam NASF 2.

Em 2012, por meio da Portaria 3.124¹⁸, o Ministério da Saúde criou uma terceira modalidade de conformação de equipe NASF-AB 3, abrindo a possibilidade de qualquer município do Brasil aderir à implantação de equipes NASF-AB, uma vez que era exigido que tivesse ao menos uma equipe de Saúde da Família.

O NASF-AB é formado por equipes multidisciplinares que surgem e se constituem em função das necessidades da atenção básica que devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das equipes de Saúde da Família, das equipes de Atenção Básica para populações específicas, compartilhando as práticas e saberes em saúde (BRASIL, 2009).

Dizendo de outra forma, as equipes do NASF-AB devem atuar em conjunto com os profissionais e técnicos das Unidades Básicas de Saúde para apoiar e compartilhar as práticas de saúde no território de abrangência de cada Unidade,

¹⁸ (BRASIL, 2012).

além de promover a educação permanente em saúde dos profissionais e da população; desenvolvimento da noção de território; integralidade, participação social, educação popular; promoção da saúde e humanização (BRASIL, 2009, p. 07).

É a partir das necessidades da população, de como a sociedade se organiza, que a equipe NASF-AB vai se constituir em um determinado espaço. Trata-se de um projeto não contributivo e contínuo que visa prestar serviços para a comunidade dando apoio através das Unidades Básicas de Saúde para todos os usuários que dele necessitem.

Enfim, cada NASF-AB só pode agir dentro do espaço de atuação da Unidade Básica de Saúde a qual está vinculado, cada núcleo tem uma abrangência de território diferenciada, até porque o programa é de caráter regionalizado em um processo de territorialização, um único município pode possuir mais de um NASF-AB, com sua área de atuação delimitada. Vale ressaltar que o NASF-AB atualmente está presente em todos os estados do país (BRASIL, 2009).

O NASF-AB integra um conjunto hierarquizado e regionalizado dentro do SUS, este programa possui uma relação de complementariedade com as Unidades Básicas de Saúde. A criação do Núcleo Ampliado a Saúde da Família foi exatamente para expandir e qualificar essas ações. Neste sentido, o NASF-AB está inserido dentro da Unidade Básica de Saúde com articulações diretas entre profissionais dos dois programas, compartilhando as práticas em saúde dentro de cada território de sua abrangência e atuação (BRASIL, 2009).

Conforme o anexo 1 da PORTARIA Nº 154, DE 24 DE JANEIRO DE 2008, que trata da criação dos NASFs, podemos ver algumas ferramentas de gestão e participação do programa junto a sociedade. O documento deixa em evidência que nenhuma ação seria possível sem a participação e integração da população em suas atividades. Dessa forma o NASF-AB tem como responsabilidade:

- Promover a gestão integrada e a participação dos usuários nas decisões, por meio de organização participativa com os Conselhos Locais e/ou Municipais de Saúde;
- Elaborar estratégias de comunicação para divulgação e sensibilização das atividades dos NASF por meio de cartazes, jornais, informativos, faixas, folders e outros veículos de informação;
- Avaliar, em conjunto com as ESF e os Conselhos de Saúde, o desenvolvimento e a implementação das ações e a medida de seu impacto sobre a situação de saúde, por meio de indicadores previamente estabelecidos (BRASIL, 2008).

Vale ressaltar que o NASF-AB está ligado a esfera do governo municipal nas Secretarias de Saúde ou do Distrito Federal, ou seja, suas ações estão sob assessoria, acompanhamento e monitoramento dessas esferas de governo. Nesse sentido, é dever dos municípios fornecer estrutura física adequada e estabelecer área de atuação do programa.

Com isso, o poder de decisão do programa está sob as atividades a serem desenvolvidas, porém sobre o olhar da Secretaria de Saúde dos Municípios ou Distrito Federal. Dessa forma, o NASF-AB tem participação no controle da saúde da população, elaborando diversas atividades, que tanto abrangem a criação de espaços de inclusão social, considerando as especificidades de cada lugar, como proporcionam a educação permanente em práticas integrativas e complementares, tais como as ações que previnem hipertensão, depressão, entre várias outras ações, que visem a melhoria da qualidade de vida da população.

Como o nome do programa já deixa claro seu intuito: Núcleo Ampliado, o NASF-AB, amplia as práticas em saúde incluindo toda a população. Seu objetivo é apoiar profissionais no desenvolvimento das ações que contribuam para a integralidade da atenção em saúde, ampliando os horizontes de intervenção das equipes.

O financiamento para implantação e manutenção do NASF-AB foi estabelecido pela portaria 154/ 2008, que define em seu artigo 10º o valor para a implantação dos NAFS segundo sua categoria. Assim,

I – NASF-AB1: o valor de R\$ 20.000,00 (vinte mil reais) em parcela única no mês subsequente à competência do SCNES com a informação do cadastro inicial de cada NASF 1, que será repassado diretamente do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde e ao Fundo de Saúde do Distrito Federal; e

II – NASF-AB2: o valor de R\$ 6.000,00 (seis mil reais) em parcela única no mês subsequente à competência do SCNES com a informação do cadastro inicial de cada NASF-AB, que será repassado diretamente do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde (BRASIL, 2008).

O artigo 11º, por sua vez, define o valor do incentivo federal para o custeio de cada NASF, segundo sua categoria:

I – NASF-AB1: o valor de 20.000,00 (vinte mil reais) a cada mês, repassado diretamente do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde e ao Fundo de Saúde do Distrito Federal; e

II – NASF-AB2: o valor de R\$ 6.000,00 (seis mil reais) a cada mês, repassado diretamente do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde.

§ 1º Os valores dos incentivos financeiros para os NASF implantados serão transferidos a cada mês, tendo como base o número de NASF-AB cadastrados no SCNES.

§ 2º O envio da base de dados do SCNES pelas Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde para o banco nacional deverá estar de acordo com a Portaria nº 74/SAS/MS, de 6 de fevereiro de 2007.

§ 3º O registro de procedimentos referentes à produção de serviços realizada pelos profissionais cadastrados nos NASF-AB deverão ser registrados no SAI/SUS mas não gerarão créditos financeiros (BRASIL, 2008).

De acordo com o Ministério da saúde, a Política Nacional de Atenção Básica define que o financiamento da Atenção Básica deve ser tripartite e garantido nos Planos Nacional, Estaduais e Municipais de gestão do SUS. Os repasses dos recursos da AB aos municípios são efetuados em conta aberta especificamente para este fim, de acordo com a normatização geral de transferências de recursos fundo a fundo do Ministério da Saúde com o objetivo de facilitar o acompanhamento pelos Conselhos de Saúde no âmbito dos municípios, dos estados e do Distrito Federal.

2.2 Implantação dos NASFS-AB na Paraíba

O Estado da Paraíba fica localizado na região Nordeste do Brasil limitando-se com os Estados do Rio Grande do Norte, Pernambuco e Ceará. Seu território é composto por 223 Municípios e sua área territorial é de 56 469,778 km², tornando-se o décimo quarto Estado mais habitado do Brasil¹⁹.

Segundo o IBGE a população estimada da Paraíba é de 4.018.127 pessoas [2019]²⁰.

Considerando a Saúde, o Estado da Paraíba dispõe de 14 unidades geoadministrativas da Secretaria de Estado da Saúde, intituladas como Gerências Regionais de Saúde (GRS).Entretanto, na prática apenas 12 Gerências estão implantadas.

Segundo os Planos Estaduais Permanentes (PEEPS-PB, 2019) as Gerências Regionais têm como objetivo adotar medidas sanitárias e oferecer apoio a população dos municípios sob sua competência, para reforçar o processo de divisão

¹⁹ (WIKIPÉDIA, s.d., online).

²⁰ (IBGE, s.d. online).

do espaço territorial e assim planejar as ações dos serviços de saúde de forma pontual, atendendo as necessidades de cada região. Nesse sentido, a equipe de Vigilância em Saúde propõe um estudo para identificar a real situação da saúde de toda população do Estado, a fim de controlar e evitar futuros danos à população.

Para que haja uma melhoria na forma dos atendimentos aos usuários, o Estado aderiu ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), programa esse que objetiva ampliar e qualificar as ações de saúde para que possa garantir qualidade nos atendimentos nas Unidades Básicas de Saúde. O programa, lançado em 2011, tem como objetivo incentivar os gestores e as equipes a melhorar a qualidade dos serviços de saúde oferecidos aos cidadãos do território, para tanto, como prêmio para os municípios participantes que alcançarem melhora no padrão de qualidade no atendimento em saúde, o programa eleva o repasse de recursos do incentivo federal²¹.

Outra estratégia importante na saúde que beneficia toda a sociedade é a implantação dos NASF-AB na Paraíba. Programa que tem a finalidade de reforçar os atendimentos com os profissionais da Atenção Básica. Como citado anteriormente, os NASFs-AB são formados por equipes multiprofissionais que buscam atender e solucionar os problemas de todos os usuários. Atualmente, a Paraíba possui 152 NASF-AB Modalidade I, 54 NASF-AB Modalidade II e 78 NASF-AB Modalidade III, implantados²².

Foi a partir da Portaria Nº 1.955, de 6 de Setembro de 2013 que o Município de João Pessoa-PB, então capital do Estado, passou a credenciar o recebimento de incentivos referente ao NASF-AB²³.

De acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde para a implantação da equipe do NASF-AB inicialmente, deve-se realizar uma análise do território com apoio matricial para que sejam identificadas as áreas que necessitem de atenção²⁴. (BRASIL, 2009).

²¹ (BRASIL, s.d., online).

²² (GOVERNO DA PARAÍBA, s.d., online).

²³ (BRASIL, 2013, online).

²⁴ □Apoio matricial se caracteriza por apoiar e dar suporte técnico-pedagógico e assistencial, tendo como conceito a educação permanente□ (BRASIL, 2009, online).

O NASF-AB tem como público-alvo as equipes de Atenção Básica da Família e os/as usuários/as em seu contexto de vida, sendo necessários instrumentos para a participação popular como, por exemplo, fóruns. Vale destacar a importância da 8ª Conferência Nacional da Saúde e da 11ª Conferência Nacional de Saúde, as quais marcaram os novos rumos da saúde pública, na luta pelo Sistema Único de Saúde (SUS), igualitário, com controle popular em torno das fontes de financiamento, de modo a elucidar a aplicação dos recursos públicos e possibilitar o acompanhamento da execução dos planos de saúde.

2.3 A implantação do Núcleo Ampliado de Saúde da Família em Marizópolis- PB

Marizópolis é uma cidade que se encontra no Alto Sertão da Paraíba, a uma distância de 458 km da Capital do Estado, João Pessoa. A cidade foi fundada pelos familiares do Governador Antônio Mariz, em sua origem foi chamada de Pedra Talhada, a mudança do nome foi uma homenagem aos fundadores. A cidade é popularmente conhecida como a Mesopotâmia do Sertão, pois está localizada entre os Rios do Peixe e Piranhas.

De acordo com o IBGE atualmente a população estimada do município é de 6.617 pessoas (2019)²⁵. Em termos de Saúde Marizópolis-PB é constituída por 3 Unidades Básicas de Saúde (UBS), duas localizadas na zona urbana e uma localizada na zona rural, no Sítio Assentamento Juazeiro.

As Unidades Básicas de Saúde são essenciais para a efetivação dos serviços de saúde no Município, vez que prestam apoio para os usuários que necessitem de atendimentos. Inclusive, considerando que no município não há profissionais para atender a todas as especialidades do campo da saúde, caso o atendimento solicitado seja de alguma área profissional que não esteja disponível no município, é providenciado atendimento na cidade de Sousa, que fica a aproximadamente 20 km de distância, cerca de 20 minutos. Para viabilizar o atendimento fora do município é disponibilizado carro de saúde para que os usuários possam ser transferidos/ase/ou encaminhados para consultas/exames.

Como foi dito anteriormente a implantação do NASF-AB na Paraíba se deu em 2013. Em Marizópolis sua implementação ocorreu cerca de três anos depois, no

²⁵ (IBGE, s.d., online).

biênio 2015/2016. Cabe ressaltar que a primeira equipe do NASF-AB do município permanece inalterada até os dias atuais, registrando-se mudanças apenas na área administrativa.

O NASF-AB do Município de Marizópolis-PB é considerado dentro da modalidade □NASF-AB 2□, que de acordo com o portal do Ministério da Saúde (2012), abrange de 3 a 7 equipes profissionais.

A equipe de profissionais do NASF-AB em Marizópolis é constituída por: Psicólogo, Nutricionista, Educador físico, Fisioterapeuta, Assistente Social, Coordenador e Secretário. Além dessa equipe, o NASF-AB veio introduzir novos profissionais ao serviço de Atenção Básica de Marizópolis. Na mesma medida, se observa a inclusão de profissionais mais qualificados nas equipes das Unidades Básicas de Saúde, como por exemplo, a introdução de um Odontólogo e de um agente administrativo, houve também a substituição do Auxiliar de Enfermagem por um Técnico em Enfermagem.

Ao realizar visitas *in loco*, observamos que o NASF-AB Marizópolis não possui uma sede própria no município, porém, em cada Unidade Básica de Saúde o programa possui sua sala, com uma mesa, cadeiras e uma estante para guardar os documentos e os mapas da produção. Na Unidade Básica de Saúde I, a sala do NASF-AB é bem resumida, possui uma mesa para roda de conversas entre a equipe e o usuário, e um armário. Dessa maneira, percebemos a falta de uma sala estruturada e apropriada para os atendimentos individuais, pois os profissionais necessitam de uma sala para fazer os atendimentos de forma adequada com o devido sigilo profissional.

Na Unidade Básica de Saúde II, a sala da equipe é bem estruturada, com uma mesa redonda, cadeiras, armário, computadores, e com espaço adequado para os atendimentos coletivos e individuais.

Em relação aos atendimentos, o NASF-AB trabalha em parcerias com instituições/ órgãos que dão todo o suporte necessário para os atendimentos, dentre eles podemos destacar: Unidade Básica de Saúde, CRAS, CREAS, Secretária de Saúde, Conselho Tutelar, Escolas, Creches etc.

Atualmente o programa NASF vem passando por um momento de grande retrocesso promovido pelo governo do atual Presidente Jair Messias Bolsonaro que, por meio da NOTA TÉCNICA Nº 3/2020-DESF/SAPS/MS, extinguiu o programa, se isentando da responsabilidade de repasse de verbas, passando o encargo de sua

continuação inteiramente para os Municípios, que serão incumbidos de decidirem se devem ou não manter o programa e de financiá-lo.

Podemos analisar, diante dessa pequena explanação que com essa nota técnica toda população sofrerá com as consequências, visto que o programa NASF-AB trabalha arduamente para que os direitos dos usuários em saúde sejam efetivados, buscando sempre maneiras de garantir que as necessidades básicas da população menos favorecida economicamente sejam atendidas.

Diante das considerações acerca da importância da articulação da equipe multiprofissional do NASF-AB junto a equipe da Unidade Básica de Saúde, no próximo capítulo iremos realizar a pesquisa de caráter subjetivo com os profissionais da equipe NASF-AB no Município de Marizópolis-PB.

3 NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA E ATENÇÃO BÁSICA NO MUNICÍPIO DE MARIZÓPOLIS/PB: atuação e dificuldades enfrentadas pela equipe multiprofissional do NASF-AB

O NASF-AB do Município de Marizópolis está vinculado à três Unidades Básicas de Saúde, compostas por 5 (cinco) profissionais cada uma, obedecendo às Diretrizes instituídas pelo Ministério da Saúde, tendo em vista o favorecimento de ações integradas a serviço do trabalho coletivo diante das necessidades dos/as usuários/as.

As equipes dos NASFs-AB de Marizópolis são compostas por Nutricionistas, Assistentes sociais, Fisioterapeutas, Psicólogos e profissionais de Educação Física que se somam aos profissionais existentes nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e na Atenção Primária à Saúde (APS) do Município para melhor atender os usuários dos serviços de saúde, produzindo ações mais abrangentes que aquelas encontradas em trabalhos segmentados.

De forma geral, o NASF-AB é responsável pela saúde da criança e do adolescente, da mulher, do idoso, da gestante, dos sujeitos com transtornos mentais, etc. Vale salientar que o NASF-AB não é porta de entrada da saúde básica, mas sim, um apoio à promoção dela.

A partir de experiências vivenciadas no Estágio Curricular, pôde-se perceber que o programa proporciona: atendimentos individuais e coletivos, realizando entrevistas com os usuários, produzindo relatórios sócio econômicos em cumprimento às demandas do Programa de Saúde nas Escolas (PSEs) abordando temas importantes como: *bullying*, drogas tabaco e outras drogas, saúde mental, dentre outros. Os NASFs também realizam visitas domiciliares aos usuários que se encontram em situação de vulnerabilidade social. Estas atividades são realizadas através do Projeto Terapêutico Singular (PTS), projeto este apoiado por outros profissionais de diferentes áreas que dão apoio à UBS, na qual os usuários são acompanhados por diferentes profissionais, que percebem a necessidade de intervenção de especialistas através da escuta e assim fazem os devidos encaminhamentos até chegarem a ter uma melhora. Contudo, as práticas realizadas pelo profissional de Serviço Social, juntamente com os demais membros da equipe interdisciplinar do NASF-AB de Marizópolis, também visa orientar e informar os

usuários a respeito dos seus direitos e da cobertura de serviços atendidos pelo SUS. Também é papel dos assistentes sociais das equipes NASFs, fazer, de acordo com as necessidades dos usuários, os encaminhamentos para outras instituições responsáveis por cada caso. Enfim, além de tais atividades, o Assistente Social também pode realizar abordagens com usuários num âmbito grupal, familiar e individual, pode realizar visitas institucionais, elaborar Estudos Sociais, da forma como se apresenta nas Diretrizes do NASF-AB.

Assim sendo, a proposta multidisciplinar entre o NASF-AB e equipe de Atenção Básica é justamente essa, buscar pela união de saberes, qualificação para a resolução das demandas que chegam até a Unidade Básica de Saúde. O NASF-AB tem o papel de auxiliar as equipes dando apoio, como já foi citado, exercendo um papel mais estratégico e dinâmico nas suas ações. Para que isso ocorra, o NASF-AB necessita de um encaminhamento direto das equipes, realizando reuniões de planejamentos e agendamentos de tais atividades (ANJOS, 2013).

A organização dos processos de trabalho do NASF e da ESF deverá criar espaços de discussão voltados a gestão e à constituição de uma rede de cuidados. As reuniões e os atendimentos precisam constituir um processo de aprendizado coletivo, em uma perspectiva de se produzir saúde e de se ampliar a autonomia das pessoas (ANJOS, 2013, p.677).

A atuação multiprofissional se dá através da articulação com a equipe de várias outras instituições, tornando-se sempre fortalecida para que, dessa maneira, possa atender as demandas. Portanto, é de suma importância a atuação do NASF-AB para o fortalecimento dessas equipes na promoção de saúde, uma vez que o "Núcleo" veio para ampliar as ações da atenção primária, visando a disseminação de práticas em saúde no território pelo qual é responsabilizado.

Tendo em vista o que foi mencionado, o NASF-AB emergiu com a intencionalidade de se alcançar a integralidade do cuidado e a multidisciplinaridade das ações em saúde, de maneira a apoiar e complementar o trabalho dos demais espaços da saúde promovendo a aproximação entre os serviços e os usuários.

3.1 Percurso e Reflexões Metodológicas

Antes de qualquer coisa é preciso observar que este estudo é resultado de uma experiência no campo de Estágio, logo, pode-se afirmar que sua gênese está

no método observacional, considerado primordial para toda pesquisa científica, tal como sugere Odília Fachin (2006,), em seu trabalho intitulado Fundamentos de Metodologia.

De acordo com a mesma autora, o método observacional “fundamenta-se em procedimentos de natureza sensorial, como produto do processo em que se empenha o pesquisador no mundo dos fenômenos empíricos” (FACHIN, 2006, p. 37).

Quanto aos métodos de abordagem a presente pesquisa é de natureza qualitativa, por entender que tal abordagem possibilita alcançar um conhecimento que não pode ser quantificado. Nesse sentido, a pesquisa qualitativa, segundo Minayo, preocupa-se com o universo dos significados das ações e relações humanas, ou seja, “um nível de realidade que não pode ser quantificado”, mas analisado e refletido a luz de pressupostos teóricos que o subsidiem (1994).

Para alcançar os objetivos propostos escolheu-se a pesquisa exploratória, que objetiva proporcionar maior aproximação do pesquisador com o tema estudado, por esse motivo, de acordo com Tatiana Engel Gerhardt, Denise Tolfo Silveira *et al.*, geralmente esse tipo de pesquisa pode ser classificada como pesquisa bibliográfica e/ou estudo de caso: “(a) levantamento bibliográfico; (b) entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado; e (c) análise de exemplos que estimulem a compreensão” (GIL, *apud* GERHARDT; SILVEIRA, 2009, p. 35).

Para o desenvolvimento do trabalho foi realizado pesquisa documental com vistas a compreender a evolução das políticas de saúde no país, notadamente, a criação dos NASFs-AB, o que inclui, dentre outros, lei, portarias e regulamentos do Ministério da Saúde. De acordo com Fonseca citado por Tatiana Engel Gerhardt, Denise Tolfo Silveira *et al.*,

A pesquisa documental trilha os mesmos caminhos da pesquisa bibliográfica, não sendo fácil por vezes distingui-las. A pesquisa bibliográfica utiliza fontes constituídas por material já elaborado, constituído basicamente por livros e artigos científicos localizados em bibliotecas. A pesquisa documental recorre a fontes mais diversificadas e dispersas, sem tratamento analítico, tais como: tabelas estatísticas, jornais, revistas, relatórios, documentos oficiais, cartas, filmes, fotografias, pinturas, tapeçarias, relatórios de empresas, vídeos de programas de televisão, etc (FONSECA, *apud* GERHARDT; SILVEIRA, *et al.*, 2009, p. 37).

Também foram aplicados questionários com profissionais das equipes do NASF-AB de Marizópolis, objetivando conhecer as particularidades do município em relação ao Núcleo.

Os questionários foram realizados com 05 profissionais de uma equipe NASF-AB do município de Marizópolis. A aplicação dos questionários se deu através de e-mails individual encaminhado para cada profissional do NASF-AB pesquisado, o que se deve à dificuldade de contato, decorrente do isolamento social, provocado pela pandemia de Covid-19. De acordo com Tatiana Engel Gerhardt, Denise Tolfo Silveira *et al.*, o questionário

É um instrumento de coleta de dados constituído por uma série ordenada de perguntas que devem ser respondidas por escrito pelo informante, sem a presença do pesquisador. Objetiva levantar opiniões, crenças, sentimentos, interesses, expectativas, situações vivenciadas. A linguagem utilizada no questionário deve ser simples e direta, para que quem vá responder compreenda com clareza o que está sendo perguntado (GERHADT; SILVEIRA *et al.*, 2009, p. 69).

Os mesmos autores apontam algumas vantagens na utilização do referido instrumento para a coleta, o que vai ao encontro das necessidades que marcam o período que estamos vivenciando de isolamento social, período esse em que a pesquisa ocorreu. Nesse sentido, observe-se que o uso do questionário além de favorecer a obtenção de dados com economia de tempo e viagens, atinge um número maior de pessoas simultaneamente. Outra vantagem da aplicação de questionários, para a coleta de dados, é o fato de que esses recursos possibilitam a obtenção de respostas mais precisas, minimizando os riscos de distorções pela não influência do pesquisador. Destaque-se também que por meio do questionário o pesquisador pode obter respostas inacessíveis por outros meios (GERHADT; SILVEIRA *et al.*, 2009, p. 70).

Isto posto, cabe sublinhar que as análises de tais documentos e/ou dados são feitas a partir do método o crítico-dialético de Marx, pois possibilita ao/a pesquisador/a extrair do objeto de pesquisa suas múltiplas determinações, fornecendo as bases para uma interpretação dinâmica e totalizante da realidade. Nesse sentido:

A realidade é concreta exatamente por isto, por ser “a síntese de muitas determinações”, a “unidade do diverso” que é própria de toda totalidade. O conhecimento teórico é, nesta medida, para Marx, o conhecimento do concreto, que constitui a realidade, mas que não se oferece imediatamente

ao pensamento: deve ser reproduzido por este e só "a viagem de modo inverso" permite esta reprodução. [...] em Marx, há uma contínua preocupação em distinguir a esfera do ser da esfera do pensamento; o concreto a que chega o pensamento pelo método que Marx considera "cientificamente exato" (o "concreto pensado") é um produto do pensamento que realiza "a viagem de modo inverso". Marx não hesita em qualificar este método como aquele "que consiste em elevar-se do abstrato ao concreto", "único modo" pelo qual "o cérebro pensante" "se apropria do mundo" (NETTO, 2009, p. 21).

Segundo Netto, a dialética marxista permite ao/a pesquisador/a compreender as múltiplas determinações do objeto pesquisado, proporcionando a abstração do concreto, não mais de forma desprovida da totalidade. Dessa forma, é um método que irá proporcionar uma investigação pautada na dinâmica e na totalidade em que se encontra o objeto pesquisado, de forma a ultrapassar a sua aparência e captar a sua essência.

A presente pesquisa foi realizada no NASF-AB (Núcleo Ampliado de Saúde da Família) no município de Marizópolis-PB. O trabalho seguiu algumas orientações éticas contidas na resolução 510/2016, que trata de pesquisas que envolvem seres humanos nas áreas das ciências humanas e sociais, o que objetiva evitar danos aos participantes, durante a pesquisa e depois de sua publicação. Nesse sentido, a respeito dos termos adotados na pesquisa, cabe registrar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que consiste na relação de confiança entre pesquisador/a e pesquisado, em que o/a pesquisador/a apresenta a natureza de sua pesquisa aos seus participantes, lhes garantido a confidencialidade das informações, a privacidade e a proteção de sua identidade.

De acordo com os princípios éticos abordado no TCLE, o presente trabalho não irá conter os nomes dos profissionais que concordaram em participar da pesquisa. Também é importante sublinhar que, sequer, as respostas serão vinculados as especialidades dos mesmos, o que visa garantir e preservar a confidencialidade dos colaboradores.

Participaram da pesquisa todos os profissionais do NASF-AB de Marizópolis. Portanto, o universo dos/as referidos/as sujeitos é de um Assistente social, um Educador físico, um Fisioterapeuta, uma Psicóloga e uma Nutricionista.

Como já foi referido anteriormente, o interesse em realizar essa pesquisa se deu pelo fato da pesquisadora ter realizado seus Estágios Curriculares I e II no referido Núcleo, e de fato conhecer mais afundo a importância do NASF-AB para os usuários que necessitam de atendimento em saúde.

Finalmente, o presente estudo procura contribuir para esclarecer o papel dos profissionais da equipe NASF-AB para a sociedade, visto que por meio das observações *in loco*, durante os Estágios Curriculares, evidenciou-se que a maioria dos usuários, talvez, a maioria da população de Marizópolis-PB não saiba do que se trata o Núcleo, nem tampouco como funciona esse programa que é de suma importância para as Unidades Básicas de Saúde. Diante das experiências vivenciadas esse trabalho de conclusão busca esclarecer dúvidas sobre como o NASF-A surgiu, e como acontece os devidos atendimentos nas Unidades Básicas de Saúde.

3.2- Dados empíricos da pesquisa de campo com os profissionais da equipe NASF-AB

A presente pesquisa tem como objetivo compreender quais são as demandas dos profissionais no programa NASF-AB. Assim precisamos compreender como se dá a atuação do NASF-AB junto à Unidade Básica de Saúde em Marizópolis-PB. Considerando a necessidade de não identificar os participantes da pesquisa, optou-se por informar o nível de escolaridade de cada profissional que compõe o programa NASF-AB e que respondeu ao questionário.

Conforme discutido a priori, o NASF-AB do Município de Marizópolis é constituído por cinco profissionais que atuam de forma ativa no programa. Todos se disponibilizaram a participar da referida pesquisa. Dessa maneira, sobre a atuação do NASF-AB em Marizópolis eles observaram:

A atuação da equipe sucede por meio de diálogo e da parceria conjunta, promovendo atendimento em três unidades na cidade, com o objetivo de buscar auxiliar os membros familiares a construir um sistema familiar mais harmônico e funcional, cuidado familiar dirigido a coletividade e grupos sociais (PROFISSIONAL 01, 2020).

Como dispositivo que trabalha na lógica do Apoio Matricial com atuação conjunta de uma equipe multiprofissional, de modo a fortalecer ações de prevenção de doenças e promoção à saúde no território, valorizando a construção do processo interdisciplinar para garantir o atendimento integral ao usuário. A equipe dá apoio clínico-assistencial a três Unidades Básicas de Saúde, sendo duas na zona urbana e uma na zona rural do município de Marizópolis – PB (PROFISSIONAL 02, 2020).

A equipe tenta da melhor maneira possível dá suporte necessário para as 3 unidades de saúde da cidade, atendendo todos os usuários que necessitam do serviço oferecido (PROFISSIONAL 03, 2020).

A equipe trabalha com apoio matricial as três equipes existentes, fortalecendo a prevenção e promoção da saúde dos usuários (PROFISSIONAL 04, 2020).

A equipe NASF-AB busca auxiliar a equipe da Unidade Básica de Saúde, de maneira a construir um sistema mais harmônico, cuidando da saúde da população com ações de atenção, buscando a integralidade e acolhimento (PROFISSIONAL 05, 2020).

De acordo com as falas dos profissionais notamos que a equipe NASF-AB exerce uma boa articulação com a Unidade Básica de Saúde, de forma que os mesmos estão sempre dispostos a criar um bom vínculo com as UBS, fornecendo os serviços de forma humanizada, organizada e sempre priorizando o conforto dos usuários. Também foi recorrente em suas explicações o apoio matricial, o que possibilita compreender a importância da integração profissional da equipe NASF com vistas a obtenção de suporte para casos e intervenções terapêuticas no âmbito da saúde da família.

Cientes das dificuldades que a efetivação das políticas públicas impõe aos profissionais do NASF e de outros programas sociais, os colaboradores foram questionados sobre os desafios e as possíveis melhoras que cada um deles, a partir da sua especialidade, vislumbra. Assim, se expressaram:

Sim, no cotidiano profissional somos cercados de desafios. Melhorias como um transporte para uso exclusivo para o NASF-AB e salas de atendimento mais equipadas (PROFISSIONAL 01, 2020).

Desafio da construção de uma prática direcionada a interdisciplinaridade e intersetorialidade. [Alguns profissionais], no contexto do NASF-AB, ainda são muito solicitados para o atendimento clínico-individualizado. A equipe da Unidade Básica de Saúde tem uma concepção eminentemente clínica [de algumas especialidades]. Como possibilidades de melhorias considero as práticas de ações coletivas e o diálogo entre os profissionais, sobre a construção do novo modelo de assistência à saúde em prol da efetividade do trabalho em equipe (PROFISSIONAL 02, 2020).

Algumas. Melhorias como um transporte exclusivo para o NASF-AB ajudaria bastante para o desempenho e resolutividade dos profissionais (Profissional 03, 2020).

Em relação aos desafios encontrados é esclarecer como funciona a atuação e serviço dos profissionais da equipe que não estão ali para fazer atendimento clínico. Uma das primeiras possibilidades seriam mais diálogo e capacitação mostrando quais são as responsabilidades do NASF-AB dentro da equipe da Unidade Básica de Saúde (PROFISSIONAL 04, 2020).

Sim. Uma grande melhoria seria se tivéssemos um transporte para a equipe, seria importante também uma sala mais adequada para os atendimentos individuais (PROFISSIONAL 05, 2020).

A partir dos relatos dos profissionais podemos notar que todos encontram desafios em suas práticas cotidianas, principalmente, por se tratar de um programa de saúde pública, pois a equipe sente dificuldade para a locomoção para atendimentos domiciliares. Também a precariedade do Núcleo se revela na falta de lugar adequado para os atendimentos individuais ou coletivos.

Durante o Estágio Curricular, momento em que foi possível observar as condições materiais e as práticas dos profissionais do NASF-AB no Município de Marizópolis essas dificuldades ficaram em evidência. Assim, considerando que as salas são reduzidas, a chegada de mais um componente para a equipe (estagiária), representou mais uma dificuldade, tanto para acomodar um membro a mais, quanto para os deslocamentos para as visitas domiciliares.

Em relação às mudanças necessárias para articulação da equipe NASF-AB com a Unidade Básica de Saúde os profissionais responderam:

A melhor mudança que posso enxergar hoje, seria a construção de uma rede com participação conjunta dos profissionais (PROFISSIONAL 01, 2020).

Seria a oferta de capacitações para profissionais de saúde, direcionadas tanto para as questões pedagógicas, técnicas quanto para o trabalho interdisciplinar, para melhor compreensão sobre o novo modelo da clínica ampliada (PROFISSIONAL 02, 2020).

Uma capacitação para toda a equipe da Atenção Básica, para que cada um possa entender quais os deveres e funções do programa NASF-AB (PROFISSIONAL 03, 2020).

Seria basicamente o que foi falado na questão anterior, capacitação e treinamento para as equipes e toda rede de trabalho para mostrar e explicar o funcionamento do NASF-AB (PROFISSIONAL 04, 2020).

Seria de extrema importância que se disponibilizassem cursos para todas as equipes, e houvesse mais diálogos e organização entre ambas as equipes para que aja uma atuação satisfatória sobre os problemas (PROFISSIONAL 05, 2020).

Ao entender o papel do NASF-AB como programa para ampliar o atendimento em saúde, e compreendendo que o apoio matricial tem sido largamente aplicado nos Núcleos, chama a atenção a preocupação dos profissionais por programas e cursos de capacitação, o que seria necessária para se obter uma boa articulação com a equipe da Unidade Básica de Saúde. A Capacitação, segundo os depoimentos dos profissionais da equipe NASF-AB de Marizópolis possibilitaria uma maior sintonia e

engajamento para a busca de soluções frente aos problemas encontrados e para ampliar a oferta de serviços prestados.

Enquanto equipe multidisciplinar, perguntamos aos profissionais do NASF-AB como se dá a relação com a equipe da Unidade Básica de Saúde.

Estamos cercados de profissionais que pensam e agem de maneiras diferentes da nossa. Existe sim harmonia com toda equipe (PROFISSIONAL 01, 2020).

Considero satisfatória a minha relação interpessoal com as equipes das Unidades Básica de Saúde, de maneira dialogada e respeitosa, discutimos processos de trabalho entre outros assuntos, porém, é notório clima tenso entre membros da equipe quando há divergências de opiniões (PROFISSIONAL 02, 2020).

Sim. Mas como em toda equipe grande de saúde, sempre existem desavenças e opiniões opostas, mas acredito que minha relação é sim boa com toda a Unidade Básica de Saúde (PROFISSIONAL 03, 2020).

Minha relação com as equipes sempre foram de muito diálogo e respeito, mas claro, isso não impede a divergência de opiniões em relação ao processo de trabalho e realização das ações desenvolvidas (PROFISSIONAL 04, 2020).

Sim. Apesar de trabalharmos com uma equipe grande sempre prevalece o respeito, porém cada um possui opiniões diferentes, mas sempre buscamos usar conhecimentos diferentes para melhoria das ações entre as equipes (PROFISSIONAL 05, 2020).

Conforme dito pelos profissionais apesar das diferenças existentes no campo profissional de cada um/a, a equipe NASF-AB possui uma relação harmônica com a equipe da Unidade Básica de saúde. A partir do diálogo e, provavelmente, do matriciamento, as diferenças entre esses profissionais são reduzidas de modo a focarem no que realmente importa: a busca por estratégias de apoio aos usuários de saúde. De tal modo, como deixam evidenciado em seus relatos, os mesmos estão sempre dispostos a intervirem para um melhor atendimento a sociedade.

A seguir analisa-se as maiores dificuldades enfrentadas pelos profissionais para que se efetive os direitos dos usuários.

Como em todas as políticas públicas existem desafios, na saúde não seria diferente. Dependemos dessa política e de toda uma hierarquia nela presente, principalmente de verbas federais. Para que os direitos sejam sempre efetivados os profissionais do NASF-AB, dentro de suas especificidades buscam articulações visualizando a totalidade da questão em pauta (PROFISSIONAL 01, 2020).

Como profissional de saúde mental identifico dificuldades referentes à rede de atenção à saúde desintegrada, desarticulada, o grande fluxo de atendimento no CAPS. No meu ponto de vista são realidades que às vezes

reflete de forma negativa na integralidade do cuidado em saúde mental de usuários que necessitam desse serviço, devido à ausência de suporte necessário e assistência de melhor qualidade, é bastante recorrente casos de desistências pelo fato de que muitos ficam em lista de espera aguardando consulta agendada. Em casos de urgências como estratégia e amparo necessário ao usuário por vezes me articulo com amigos profissionais de mais acesso ao serviço na tentativa de alcançar a realização do atendimento (PROFISSIONAL 02, 2020).

Infelizmente enfrentamos várias dificuldades, mas na minha opinião a maior é estarmos a mercê do município e de verbas Federais (PROFISSIONAL03, 2020).

O maior desafio encontrado pelos profissionais[...] seria na parte de referência do serviço especializado (PROFISSIONAL 04, 2020).

Apesar de considerar o NASF-AB um programa que sempre busca atender as demandas dos usuários, enfrentamos várias dificuldades no dia-a-dia. A falta de verbas é uma delas, pois o programa depende delas para que haja um bom funcionamento (PROFISSIONAL 05, 2020).

Analisando, buscamos entender que as maiores dificuldades apresentadas pelos profissionais da equipe são a falta de repasses de verbas para o programa, o que reflete o momento de retrocesso para o NASF, promovido pela Nota técnica nº 3/2020-DESF/SAPS/MS, que desresponsabiliza o governo federal pelo repasse de verbas para o Núcleo, que fica totalmente a depender dos interesses da gestão municipal, seja para a implantação de novas equipes, seja para a manutenção dos núcleos já existentes, como se viu anteriormente. Em face dessa situação, conforme se depreende das declarações dos profissionais da equipe NASF-AB Marizópolis, a falta de recursos inviabiliza alguns atendimentos que dependem de repasses financeiros, de todo modo, tais profissionais declararam buscar meios dentro de cada especificidade para realizar o seu trabalho e atender satisfatoriamente os usuários, tal como sugeriu o Profissional 01.

Embora os profissionais do NASF-AB de Marizópolis já tenham declarado que uma das maiores dificuldades do Núcleo seja a falta de repasses, considerando a NOTA TÉCNICA Nº 3/2020-DESF/SAPS/MS, procurou-se saber a opinião dos mesmos sobre a extinção dos repasses de verbas do Governo para o programa, nesse sentido os profissionais relataram:

Essa nova política de financiamento extinguiu a prioridade para essa atenção a família fazendo o financiamento indistinto para qualquer equipe de Atenção Básica e NASFs, extinguindo esse incentivo específico. Esse modelo pode trazer consequências para a saúde da população, efeitos nocivos a população que é assistida (PROFISSIONAL01, 2020).

Um desmonte das políticas públicas e sociais, visando reestruturação da economia, uma maneira de cortar gastos, precarizando assim a oferta dos serviços que, por sua vez, implica diretamente na negação e desregulamentação de direitos já constituídos, tudo isso reflete uma política de governo autoritário e fascista onde a economia é colocada no topo de interesses daqueles que defendem a lógica do capital intensificando os problemas sociais e a negação dos direitos (PROFISSIONAL02, 2020).

Um regresso grande para a saúde. Visto que o apoio e suporte que o NASF-AB dá é de suma importância para a população (PROFISSIONAL 03, 2020).

Na minha opinião o governo quer uma forma de economizar gastos, prejudicando no processo das políticas públicas e sociais, levando a um grande prejuízo para os usuários que precisam dos serviços (PROFISSIONAL 04, 2020).

Um grande retrocesso para a política de saúde, pois o programa depende desses repasses para funcionar e para realizar os atendimentos com a sociedade (PROFISSIONAL 05, 2020).

Com bases nas respostas dos profissionais do NASF-AB pode-se perceber o quanto é importante o repasse de verbas para o programa, o que representa uma grande perda para a sociedade, notadamente, para aqueles que precisam de atendimentos especializados. É notória a preocupação dos profissionais do NASF-AB Marizópolis em relação aos usuários que dependem do programa para serem atendidos em suas necessidades de saúde, o que implica em um grande regresso na saúde pública.

Em face do exposto, conclui-se que tanto os profissionais da equipe NASF-AB quanto da equipe Unidade Básica de Saúde estão realizando os seus trabalhos de forma satisfatória, apesar das várias dificuldades enfrentadas, seja de ordem material, seja de gestão, tais profissionais estão sempre buscando soluções para fazerem um atendimento de forma humanitária e igualitária para todos aqueles que venham a necessitar de atendimento em saúde no Município de Marizópolis-PB.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Entendendo que a criação do NASF-AB tem como principal objetivo apoiar e ampliar a promoção da saúde e da cidadania, abarcando os usuários das regiões de responsabilidade de cada Unidade Básica de Saúde, configurando assim, uma rede de articulação entre a Unidade Básica de Saúde e o programa NASF-AB a fim de melhorar os atendimentos e solucionar as demandas existentes, a partir do estudo acerca da implantação do NASF-AB no Município de Marizópolis e da atuação da equipe profissional que o compõe, foi possível entender a política de saúde, no âmbito da assistência às famílias através das Unidades Básicas de Saúde e da Atenção Básica aos usuários.

O objetivo deste trabalho foi realizar um estudo para compreender as condições de trabalho e as demandas do exercício profissional em Marizópolis-PB especificamente na Unidade Básica de Saúde II onde funciona o NASF AB. Nesse sentido, foi através de um estudo bibliográfico e de pesquisa empírica, por meio de questionário que buscamos compreender como se dá essa articulação e compromisso. Ao compulsar os dados coletados ficou evidente que a interação entre os profissionais da equipe do NASF-AB é satisfatória, revelando que o interesse da equipe em atingir os objetivos do programa está acima de qualquer outra prerrogativa.

Apesar dos esforços da equipe NASF-AB Marizópolis para bem atender a população que utiliza os serviços de saúde, notamos, a partir da pesquisa realizada, que as maiores dificuldades que os profissionais encontram são de ordem material, tais como: falta de espaço e equipamentos adequados para o funcionamento do Núcleo e falta de veículo próprio, além da falta de repasses financeiros.

Os dados também sugerem limitações de ordem administrativa na execução de atividades junto a Unidade Básica de Saúde, decorrente de falta de planejamentos, organização e, especialmente, nas execuções de atividades entre as equipes de saúde do Município, apesar de ser recorrente a informação que no âmbito do NASF a matricialidade é habitual, viabilizando o trabalho da equipe. Nesse sentido, o que falta é capacitação continuada para a interação entre os diversos profissionais que formam as equipes dos vários programas em saúde ofertados no município.

Finalmente, é de suma importância discutirmos acerca das Políticas de Saúde brasileiras que, ultimamente, vêm sofrendo com a precarização e falta de recursos

para atender às demandas da população, principalmente, no programa NASF-AB que dependem dos repasses do governo para exercerem um trabalho eficiente.

A partir do exposto, acredita-se que as discussões realizadas aqui possam, de alguma forma, contribuir para o esclarecimento da importância do programa NASF-AB para a sociedade, tendo em vista a experiência dessa pesquisadora que, mesmo sendo usuária dos serviços de saúde do Município de Marizópolis desconhecia a importância e o papel do núcleo para a assistência à saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANJOS, Karla Ferraz dos. et al. Perspectivas e desafios do núcleo de apoio à saúde da família quanto às práticas em saúde. In: **Revista Saúde debate**. 2013, vol.37, n.99, p.672-680.

BOSCHETTI, Ivanete. A política da seguridade social no Brasil. In: **Serviço social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília; CFESS/ABEPSS/CEAD-UNB, 2009.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**.

Senado, Brasília:DF, Brasil, online, 1988. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 16.set.2019.

BRASIL. **A SUCAM e as endemias 1990/1994**. Ministério da Saúde.

Superintendência de Campanhas de Saúde Pública - SUCAM Departamento de Erradicação e Controle de Endemias – DECEN. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sucam_endemias_1990_1994.pdf>. Acesso em 14 de nov. de 2020.

BRASIL. **LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990**. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em 16 de set.2019..

BRASIL. **Caderno de Atenção Básica: diretrizes do NASF**. n.27. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. 2009a.

BRASIL. **Portaria nº 1.638, de 4 de julho de 2017**. Credencia municípios a

receberem incentivos financeiros referentes aos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF). MINISTÉRIO DA SAÚDE. Disponível

em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt1638_05_07_2017.html>. Acesso em: 16 de Set.19.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Ministério da

Saúde. Brasília:DF, 2012. Disponível

em:<<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 10 de Set. 20.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Coletâneas e normas para o controle social no sistema único de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Cadernos de Atenção Básica, 1 ed. Brasília-DF, MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2009. Disponível

em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf>. Acesso em: 10 de Set. 20.

BRASIL. **Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008**. Cria os núcleos de Apoio a Saúde da Família – NASF. Ministério da Saúde - Gabinete o Ministro. Disponível

em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html>. Acesso em: 10 de Set. 20.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). **Financiamento da Atenção Básica.** Secretária de Atenção Primária à Saúde (SAPS). Portal do Departamento de Atenção Básica.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). **Portaria nº 1.638, de 4 de julho de 2017.** Credencia municípios a receberem incentivos financeiros referentes aos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt1638_05_07_2017.html>. Acesso em: 09 de Set.20.

BRASIL. **Lei Imperial de 29 de agosto de 1828.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lim/LIM-29-8-1828.htm#:~:text=LEI%20DE%2029%20DE%20AGOSTO,%2C%20pontes%2C%20calçadas%20ou%20aqueductos>. Acesso em 17 de nov. de 2020.

BRASIL. **Lei Nº 8.142, de 28 de Dezembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm>. Acesso em: 09 de Set. 20.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção Primária à Saúde Departamento de Saúde da Família.** Disponível em: <<https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/01/NT-NASF-AB-e-Previne-Brasil.pdf>>. Acesso em: 09 de Set. 20.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde :** saúde da família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. **PORTARIA Nº 3.124, DE 28 DE DEZEMBRO DE 2012.** Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3124_28_12_2012.html>. Acesso em: 10 de Agosto de 2019.

BRASIL. **PORTARIA Nº 1.955, DE 6 DE SETEMBRO DE 2013.** Credencia Municípios a receberem incentivos referentes aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1955_06_09_2013.html>. Acesso em: 28 de Ago. 20.

BRASIL. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ).** Disponível em: <<http://aps.saude.gov.br/ape/pmaq>>. Acesso em: 28 de Ago.20.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica. Saúde na escola** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à

Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.
Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nas_f.pdf>. Acesso em: 28 de Ago.20.

BRAVO, Maria Inês de Souza. **Serviço social e reforma sanitária: lutas sociais e praticas profissionais**. 4 .ed. São Paulo: Editora Cortez, 2009.

BRAVO, Maria Inês de Souza. Política de Saúde no Brasil. In: **Serviço Social e Saúde**. 3. ed, São Paulo: Cortez, 2008.

BUTANTAN. **Histórico**. Disponível em:

<<https://www.butantan.gov.br/institucional/historico>>. Acesso em: 19 de nov. de 2020.

CAVALHO, Marieta Pinheiro de. **Uma idéia ilustrada de cidade**. Rio de Janeiro, Odisséia, 2008.

CEFOR. **Breve história das políticas de saúde no Brasil**. São Paulo, s.d.

COSTA JÚNIOR, Antônio Gil da; COSTA, Carlos Eduardo de Mira. **Breve Relato Histórico das Políticas Públicas de Saúde no Brasil**. 2014. Disponível em:<<http://historiaehistoria.com.br/materia.cfm?tb=professores&id=170>>. Acesso em: 09 de Set. 20.

FAUSTO, Boris. **História do Brasil**. São Paulo: Editora Universitária de São Paulo, 2008.

FACHIN, Odília. **Fundamentos de Metodologia**. São Paulo: Editora Saraiva, 2006.

FGV. **Institutos de aposentadoria e pensões**. Disponível em:

<<http://www.fgv.br/cpdoc/acervo/dicionarios/verbete-tematico/institutos-de-aposentadoria-e-pensoes>>. Acesso em: 12 de nov. de 2020.

FIGUEIREDO, Elisabeth Nigilo de. **A Estratégia Saúde da Família na Atenção Básica do SUS**. Especialização em Saúde da família. BibliotecaVirtual.Unidades de Contéudo, UNIFESP. São Paulo, 2015.

FIOCRUZ. **História**. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/historia>>. Acesso em: 19 de nov. de 2020.

FIOCRUZ. **SUS de A a Z**. Disponível em: <<https://pensesus.fiocruz.br/>>. Acesso em: 08 de Set.20.

FIOCRUZ. **A Revolta da Vacina**. Disponível em:

<<https://portal.fiocruz.br/noticia/revolta-da-vacina-2>>. Acesso em: 10 de Set. 20.

FIOCRUZ. **Antes do SUS**: Como se (des)organizava a saúde no Brasil sob a ditadura. Disponível em: <<https://cee.fiocruz.br/?q=antes-do-sus>>. Acesso em 01de out.2019.

FONSECA, Cristina M. Oliveira. **Saúde no governo Vargas (1930-1945): dualidade institucional de um bem público/**. Rio de janeiro: Editora: FIOCRUZ, 2007.

GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA Denise Tolfo. (Org.) **Métodos de Pesquisa**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 2008.

HOCHMAN, G. **Reformas, instituições e políticas de saúde no Brasil (1930-1945)**. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/er/n25/n25a09.pdf>>. Acesso em 01.10.2019>. Acesso em: 10 de Set. 20.

IBGE. **Paraíba**. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pb.html>>. Acesso em: 28 de Ago.20.

IBGE. **Marizópolis**. Disponível em:<<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pb/marizopolis.html>>. Acesso em 29 de Ago.20.

JUNQUEIRA, Helmara Giccelli Formiga Wanderley. **Doidos[as] e doutores: a medicalização da loucura na Província/Estado da Parahyba do Norte 1830-1930 / Tese (Doutorado)**. PPGH/UFPE. Recife, 2016.

KROPF, Simone Petraglia; Massarani,Luisa. **Carlos Chagas, a ciência para combater doenças tropicais**. Rio de Janeiro: Museu da Vida / Casa de Oswaldo Cruz /FIOCRUZ, 2009.

KROPF, Simone Petraglia. Carlos Chagas e os debates e controvérsias sobre a doença do Brasil (1909-1923). **Hist. cienc. Saude-Manguinhos**. vol.16 supl.1 Rio de Janeiro July 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702009000500010>. Acesso em 11 de nov. de 2020.

LAMPERT. Jadete Barbosa. Dois Séculos de Escolas Médicas no Brasil e Dois Séculos de Escolas Médicas no Brasil e a Avaliação do Ensino Médico no Panorama Atual e Perspectivas. **Gazeta Médica da Bahia**, 2008. Disponível em: <<http://www.gmbahia.ufba.br/index.php/gmbahia/article/viewFile/255/246>>. Acesso em: 01 de out. de 2020.

LUZ. Madel Therezinha. Notas sobre as Políticas de Saúde no Brasil na "transição democrática" - anos 80 . **PHYSIS** - Revista de Saúde Coletiva Vol. I, Número I, 1991.

MERCADANTE, Otávio Azevedo (Coord.). Evolução das Políticas e do Sistema de Saúde no Brasil In. FINKELMAN, Jacobo (Org.) **Caminhos da Saúde Pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.

MINAYO, M. C. (Org). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

MOTA, et al. **SERVIÇO SOCIAL E SAUDE: Formação e trabalho profissional**. 4 .ed. São Paulo: Editora Cortez, 2009.

NETTO, José Paulo. Introdução ao método na teoria social. In: CFESS/ ABEPSS. (Org). **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

NUNES, Edson de Oliveira. **A gramática Política do Brasil**. Rio de Janeiro, Zahar/ENAP, 1997.

PAIM, JS. A reforma sanitária como um fenômeno sócio-histórico. In: **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica** [online]. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

GOVERNO DA PARAÍBA. Secretária de Estado da Saúde. Comissão Intergestores Bipartite. **Declaração Ad Referendum**. João Pessoa, 28 de Janeiro de 2019. Disponível em: <<https://www.conass.org.br/planos-estaduais-educacao-permanente/PEEPS-PB.pdf>>. Acesso em: 10 de Set.20.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. **História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão**. Cadernos do Internato Rural Faculdade de Medicina/UFMG, v.35,2001. Disponível em: <<http://medicinadeemergencia.org/wp-content/uploads/2015/04/historia-das-politicas-de-saude-no-brasil-16-030112-SES-MT.pdf>>. Acesso em: 09 de Set.20.

REIS, Denizi Oliveira; ARAÚJO, Eliane Cardoso de; Cécilio, Luiz Carlos de Oliveira. **Políticas públicas de saúde no Brasil: SUS e pactos pela saúde**. Módulo Político Gestor. São Paulo,2010. Disponível em: <https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_4>. Acesso em: 09 de Set.20.

REIS, João José. **Domingos Sobré: um sacerdote africano**. São Paulo: Companhia das letras, 2008.

RIBEIRO, Carla Trevisan Martinsetal. O sistema público de saúde e as ações de reabilitação no Brasil. In: **Revista Panam Salud Publica**. 2010.

SANGLARD, Gisele; et al. **Filantropos da Nação: sociedade, saúde e assistência no Brasil e em Portugal/** Rio de Janeiro: Editora FV, 2015.

SOUZA, R. R. O sistema público de saúde brasileiro. In: **Seminário Internacional – tendências e desafios dos sistemas de saúde nas américas**, Ago. 2002, São Paulo. Anais eletrônicos. Brasília: Ministério da Saúde.

WIKIPÉDIA. **Gustavo Capanema**. 2012. Disponível em: <https://pt.wikipedia.org/wiki/Gustavo_Capanema>. Acesso em: 10 de Set. 20.

WIKIPÉDIA. **Paraíba**. Disponível em: <<https://pt.wikipedia.org/wiki/Para%C3%ADba#Hist%C3%B3ria>>. Acesso em: 28 de Ago.20.

ZANCHI, Marco Túlio; ZUGNO Paulo Luiz. **Sociologia da saúde**. Caxias do sul, RS: Educs2. Ed. rev., e ampl.-, 2010.

APÊNDICE I
ROTEIRO DE ENTREVISTA

1. PERFIL DOS SUJEITOS DA PESQUISA

Nome: _____

Profissão: _____

Gênero: () Masculino () Feminino

EQUIPE EM QUE ESTÁ INSERIDO (A):

() Equipe Unidade Básica de Saúde () NASF-AB

3. DO OBJETO DE PESQUISA

3.1 Na sua opinião, como ocorre a atuação da equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família junto à Unidade Básica de Saúde em Marizópolis-PB?

3.2 Você encontra desafios para sua atuação profissional? Quais possibilidades de melhorias você enxerga enquanto profissional da equipe do NASF-AB em Marizópolis?

3.3 Quais mudanças, em sua opinião, seriam necessárias para facilitar a articulação da Unidade Básica de Saúde com os profissionais da Equipe NASF-AB de Marizópolis?

3.4 Vocês, enquanto membro de uma equipe multidisciplinar, possui uma relação harmônica em relação a equipe da Unidade Básica de Saúde?

3.5 Em sua opinião qual a maior dificuldade que os profissionais da equipe NASF-AB enfrenta para garantir que os direitos dos usuários sejam efetivados?

3.6 Qual a sua opinião sobre o decreto (NOTA TÉCNICA Nº 3/2020-DESF/SAPS/MS portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019) que extingue o repasse de verbas federais para o programa NASF-AB?

APENDICE II



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS E SOCIAIS
UNIDADE ACADÊMICA DE DIREITO
CORDENAÇÃO DE SERVIÇO SOCIAL**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Prezado (a) Senhor (a),

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada: **NASF-AB (NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA) NO MUNICÍPIO DE MARIZOPÓLIS/PB: condições e peculiaridades das demandas profissionais**, que está sendo desenvolvida pela pesquisadora Ana Rita Pereira da Silva, aluna do Curso de Serviço Social da Universidade Federal de Campina Grande, sob orientação da professora Dr.^a Helmara Giccelli Formiga Wanderley Junqueira.

Antes de decidir sobre a participação é importante que entenda o motivo pela qual a mesma está sendo realizada e como ela será desenvolvida. Portanto, leia atentamente as informações e caso tenha alguma dúvida consulte a pesquisadora responsável.

O objetivo dessa pesquisa é analisar a importância da equipe NASF-AB para o toda a sociedade, e como acontece a articulação da equipe com a Unidade Básica de Saúde II em Marizópolis-PB. Buscando compreender como se dá a atuação desses profissionais junto a equipe de Atenção Básica.

Esse estudo será realizado com os profissionais do NASF-AB de Marizópolis-PB, que aceitem participar voluntariamente da pesquisa. Deixando claro que sua

participação nesse trabalho é de suma importância para compreensão da temática abordada, e consiste em responder a um breve questionário.

A pesquisadora e sua orientadora encontram-se permanentemente a disposição para prestar informações necessárias sobre a pesquisa.

Informamos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o senhor (a) não é obrigado a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pela pesquisadora. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, prejuízo ou constrangimento.

Todas as informações obtidas em relação a esse estudo permanecerão em absoluto sigilo, assegurando proteção a sua imagem, sua privacidade e respeitando valores morais, culturais, religiosos, sociais e éticos. Os resultados dessa pesquisa poderão ser apresentados em congressos ou publicações científicas (artigos, livros etc.), porém sua identidade não será divulgada nessas apresentações, nem serão utilizadas quaisquer informações que permitam sua identificação.

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento.

Assinatura do Participante da Pesquisa
ou Responsável Legal

Contato do Pesquisador (a) Responsável:

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para Ana Rita Pereira da Silva (83) 9 XXXX-XXXX.

Atenciosamente,

Assinatura do Pesquisador Responsável

CONSENTIMENTO

Após ter sido informado sobre a finalidade da pesquisa **NASF-AB (NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA) NO MUNICÍPIO DE MARIZOPÓLIS/PB:** condições e peculiaridades das demandas profissionais, e após ter lido os esclarecimentos prestados anteriormente no presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, eu _____ estou plenamente de acordo em participar do presente estudo, permitindo que os dados obtidos sejam utilizados para difusão e progresso do conhecimento científico e que minha identidade será preservada. Estou ciente também que receberei uma via deste documento. Por ser verdade, firmo o presente.

Marizópolis-PB, __/__/__

Assinatura do Participante da Pesquisa

Assinatura do Aluno Pesquisador