

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA

LUCYANA GALINDO ARCOVERDE VAZ

NASF, importância na Política Nacional de Atenção básica e análise de sua
implantação

Orientadora: Dr^a. Paulette Cavalcanti de Albuquerque

Recife
2009

LUCYANA GALINDO ARCOVERDE VAZ

**NASF, IMPORTÂNCIA NA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA E
ANÁLISE DE SUA IMPLANTAÇÃO**

Monografia apresentada ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva do Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para a obtenção do título de especialista em saúde coletiva.

ORIENTADORA: Prof^a. Dra. Paulette Cavalcanti Albuquerque

RECIFE

2009

Catologação na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

LUCYANA GALINDO ARCOVERDE VAZ

**NASF, IMPORTÂNCIA NA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA E
ANÁLISE DE SUA IMPLANTAÇÃO**

Monografia apresentada ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva do Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para a obtenção do título de especialista em saúde coletiva

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Lusanira Maria da Fonseca de Santa Cruz
Secretaria Estadual de Saúde- PE

Orientadora: Prof^ª. Dra. Paulette Cavalcanti Albuquerque
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

VAZ, Lucyana Galindo Arcoverde. **NASF, importância na Política Nacional de Atenção Básica e análise de sua implantação.** 2009. Monografia (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) – Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2009.

Resumo

Mediante a criação, em janeiro 2008, dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), grande incentivo à Estratégia Saúde da Família, este trabalho objetiva analisar a implantação dos NASF no Brasil e sua importância na inserção de novos profissionais na Política Nacional de Atenção Básica. Trata-se de um estudo descritivo exploratório de revisão bibliográfica sistemática e análise dos dados de sua implantação nos municípios do Brasil. A Atenção Básica tem o PSF sua principal estratégia, mas pode-se questionar se a sua equipe mínima conseguirá avançar na integralidade da atenção, demonstrando a necessidade de avançar na busca pela integração das diferentes profissões. Admite-se que a atenção integral, conforme preconizada, só se concretiza através da atuação de uma equipe multidisciplinar. O novo programa vem em resposta à necessidade de incorporação de novos profissionais ao atendimento e possibilita essa inserção. Observa-se que apesar do incentivo financeiro repassado diretamente do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde Municipais e do Distrito Federal, a adesão ao programa ainda é baixa. A integralidade da assistência prevê que de forma articulada, sejam ofertadas ações de promoção da saúde, prevenção dos fatores de risco, assistência aos danos e reabilitação. A promoção de saúde está como objetivo principal do novo programa, entretanto a distribuição dos profissionais não segue, necessariamente, esse princípio e suas inserções ressaltam a carência, no sistema único de saúde, nas áreas de saúde mental e reabilitação. Observando a necessidade de reorientação e acompanhamento das ações dos núcleos, o presente estudo permite oferecer subsídios para o fortalecimento da proposta de implantação de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família, Atenção Básica, Integralidade, Promoção da saúde, Núcleos de Apoio à Saúde da Família.

VAZ, Lucyana Galindo Arcoverde. NASF, importance in the National Policy of Primary Care and analysis of its implementation . 2009. Monograph (Multidisciplinary Residency in Public Health) – Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2009.

ABSTRACT

By creating in January 2008, the Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), great incentive to the Family Health Strategy, This paper aims at analyze the implementation of the NASF in Brazil and its importance in inserting of new professionals in the National Policy Primary Care. This is a descriptive exploratory study of systematic literature review and analysis of its implementation in the municipalities of Brazil. The Primary Care PSF has its main strategy, but it is questionable if its minimal staff will be able to advance in comprehensive care, demonstrating the need for progress in the search for integration of different professions. It is assumed that integrated care, as recommended, only materializes through the agency of a multidisciplinary team. The new program comes in response to the need of hiring new professionals to service and enables the insertion. It is observed that despite the financial incentive directly transferred from the National Health Fund to Funds Municipal Health and the Federal District, joining the program is still low. The integral health care that provides a coordinated manner, are tendered shares of health promotion, prevention of risk factors, and rehabilitation assistance to damage. Health promotion is the main objective of the new program, however the distribution of professionals does not necessarily follow that principle and its inserts emphasize the need, in the public health system in the areas of mental health and rehabilitation. Noting the need for reorientation and monitor the actions of the nuclei, the present study allows us to offer grants to strengthen the proposed establishment of Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Keywords: Family Health Strategy, Primary Health Care, Integrality in Health, Health Promotion, Centre of Family health support.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição do NASF no Brasil, por categoria_____	28
Gráfico 2 - Cobertura das ESF e NASF por regiões do Brasil_____	33
Gráfico 3 - Cobertura das ESF e NASF na região Nordeste_____	34
Gráfico 4 - Cobertura das ESF e NASF na região Norte_____	34
Gráfico 5 - Cobertura das ESF e NASF nas regiões Centro-Oeste, Sudeste e Sul	36
Gráfico 6 - Categorias profissionais inseridas no NASF, no Brasil_____	37

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	12
2.1 Atenção Básica.....	13
2.2 O Programa de Saúde da Família como estratégia da atenção básica	14
2.3 Promoção de saúde	15
2.4 A Integralidade como princípio fundamental.....	18
2.5 Necessidade de inserção de novos profissionais para assistência integral	21
2.5.1 Proposta do Núcleo de Atenção Integral – NAISF	21
2.5.2 NASF	22
3 OBJETIVOS.....	25
3.1 Geral	25
3.2 Específicos	25
4 METODOLOGIA	26
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	28
5.1 Cobertura das ESF e NASF por Regiões.....	31
5.2 Categorias profissionais inseridas nos NASF's no Brasil.....	36
5.3 Relatos de experiências em municípios do Brasil	40
5.3.1 Amparo-SP	40
5.3.2 Alagoas-AL	40
5.3.3 Acre-AC	41
5.4 Competências das Categorias Profissionais na Atenção Básica	41
5.5 O PSF e as Diversas Categorias Profissionais: Definindo um Fazer na Estratégia de Saúde da Família no município de Sobral – CE	43
5.5.1 Fisioterapia	43
5.5.2 Farmácia.....	43
5.5.3 Nutrição	44
5.5.4 Fonoaudiologia	44
5.5.5 Terapeuta Ocupacional.....	45
5.5.6 Assistente Social	45
5.6 Conselhos Profissionais.....	46
5.6.1 Fisioterapia	46
5.6.2 Nutrição	47
5.6.3 Psicologia	48

5.6.4 Fonoaudiólogos	48
5.6.5 Farmacêuticos	49
5.6.6 Assistentes Sociais	50
5.6.7 Educação Física na atenção básica	51
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	53
REFERÊNCIAS.....	55

1 INTRODUÇÃO

Há muito vinha sendo discutida a proposta de criação de núcleos multiprofissionais para dar apoio às equipes mínimas da estratégia de saúde da família (ESF), principal ação de atenção básica do Ministério da Saúde.

A natureza transdisciplinar do conjunto de tarefas previstas para a ESF, assim como a natureza multifacetada dos problemas a serem enfrentados e o desafio de fazer avançar o modelo na direção da integralidade da atenção coloca em questão a composição da equipe mínima exigida para o Programa de Saúde da Família (PSF) (MACHADO, 2000).

Os problemas de saúde necessitam de um conhecimento diversificado dos profissionais e a atenção integral só se concretiza através da atuação de uma equipe multidisciplinar, respeitando os vários saberes, segundo a lógica da multicausalidade (CAMPOS, 2003).

Para implementar a integralidade é preciso articular e organizar todos os níveis de atenção com um entrelaçamento de referência e contra referência entre a pequena, média e alta complexidade. Um referenciando o outro de forma efetiva e resoluto (LEITE; VELOSO, 2009).

O desenvolvimento dos estudos em atenção básica e o fomento de novas políticas públicas acabaram por proporcionar a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Em janeiro de 2008 o Ministro da Saúde, José Gomes Temporão autorizou a implementação dos NASFs com o intuito de reunir profissionais de diversas áreas no atendimento à população.

O objetivo dos núcleos é ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, complementando o trabalho das equipes de Saúde da Família.

A proposta do NASF define o “apoio” à atenção básica dentro de um mecanismo de referência e contra referência, onde os núcleos não constituem a porta de entrada do sistema.

Destaca-se a importância da atuação multiprofissional para promover a saúde e a qualidade de vida, como estratégia de prevenção de doenças.

Foram criados a partir da necessidade de garantir a integralidade e a resolubilidade da atenção em saúde, nas ações de promoção, prevenção, assistência e reabilitação.

O Ministério da Saúde considerou as seguintes áreas imprescindíveis para a efetivação do cuidado integral em saúde: Alimentação/Nutrição, Saúde Mental, Atividade Física e Reabilitação.

Visto ser um programa recente, não havendo publicações referidas ao tema e tendo em vista sua relevância na saúde pública, buscou-se um embasamento na literatura que permitisse analisar a implantação do novo programa e sua importância na inserção de demais profissionais na atenção básica.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Nas décadas de 70 e 80, acontecimentos nos âmbitos: social, político e econômico acarretaram profundas transformações na sociedade brasileira. Na área da saúde, o fracasso do modelo prestador de serviços, a privatização da assistência médica, a crise financeira da previdência social, os altos índices de desemprego, um perfil epidemiológico marcado por altas taxas de mortalidade materna e infantil, o aumento das doenças infecto-contagiosas e os altos índices de acidentes de trabalho geraram uma grande mobilização social que ficou conhecida como movimento sanitário (DIMENSTEIN, 1998).

Esse movimento trouxe propostas de novas concepções do pensar e fazer saúde - mais humana e universal que só poderia ser alcançada através de uma ampla reforma sanitária.

Em 1986, ocorreu o evento político-sanitário mais importante da década, a VIII Conferência Nacional de Saúde, para o qual confluíram todo o movimento encetado desde os anos 70, foi o espaço da problematização do conceito de saúde visto como ausência de doenças e onde se questionou o foco nos aspectos biológicos, num esforço de redefinição para uma concepção mais ampliada e dinâmica a saúde como produto social resultante da ação de diversos determinantes: acesso a lazer, escola, saneamento básico, trabalho, serviços de saúde, entre outros (MENDES; MENDES, 1996).

A partir das propostas da VIII Conferência, foi implantado o Sistema Descentralizado de Saúde, o SUDS, que avançou para a desconcentração estadualizada da saúde, e a saúde foi incluída na Constituição do Brasil de 1988, no capítulo da Seguridade Social, como um direito de todos e dever do Estado. (BRASIL, 1988).

Em setembro de 1990, foi regulamentada a reforma sanitária com a proposição do Sistema Único de Saúde (SUS), através da homologação da Lei Orgânica da Saúde que vigora no país atualmente.

Do SUS, emergem princípios básicos: acesso universal e igualitário a ações e serviços; participação comunitária; rede regionalizada e hierarquizada e descentralização, cujas ações de saúde devem ser desenvolvidas de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda a princípios como: universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis

de assistência; integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e sua utilização pelo usuário; igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie (CAMPANHOLE; CAMPANHOLE, 1989).

2.1 Atenção Básica

Segundo o Ministério da Saúde, a atenção básica deve ser a porta de entrada preferencial do SUS, sendo o ponto de partida para a estruturação dos sistemas locais de saúde. Caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, individuais e coletivas, abrangendo: promoção, proteção da saúde; prevenção de agravos; diagnóstico; tratamento; reabilitação e a manutenção da saúde (BRASIL, 2006b).

Em 1995, desenvolveu-se no setor um movimento denominado de "reforma da reforma" do sistema que, além das determinações legais, buscou modificar o desenho e as operações da política de saúde no sentido de acelerar o processo de descentralização, reestruturar os mecanismos de financiamento das ações de saúde e, principalmente, fortalecer a atenção básica (BRASIL, 2003).

Os instrumentos importantes deste movimento foram as Normas Operacionais editadas pelo Ministério da Saúde. Neste contexto, vale ressaltar a relevância da Norma Operacional Básica 01/96 que, a partir de 1998, gerou mudanças importantes relacionadas à estruturação da atenção básica, à ampliação e organização da rede de serviços públicos. Ela também foi responsável pelo aumento do volume de transferências financeiras diretas do Fundo Nacional para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde e pelo fortalecimento dos gestores locais (BRASIL, 2003).

Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2006b).

A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a

prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (BRASIL, 2006a).

Tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde.

2.2 O Programa de Saúde da Família como estratégia da atenção básica

A história do Programa de Saúde da Família (PSF) tem início quando o Ministério da Saúde forma o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991. A partir daí começou-se a focar a família como unidade de ação programática de saúde e não mais (tão-somente) o indivíduo, e foi introduzida a noção de área de cobertura (por família).

A partir de uma reunião ocorrida nos dias 27 e 28 de dezembro de 1993, em Brasília, sobre o tema *Saúde da Família*, convocada pelo gabinete do ministro da Saúde (Dr. Henrique Santillo), O Programa de Saúde da Família foi concebido. Essa reunião foi a resposta do ministério a uma demanda de secretários municipais de Saúde, que queriam apoio financeiro para efetuar mudanças na forma de operação da rede básica de saúde (expansão do programa dos agentes comunitários de saúde para outros tipos de profissionais).

Participaram dessa reunião técnicos do Ministério da Saúde, de secretarias estaduais, secretários municipais de Saúde, consultores internacionais e especialistas em atenção primária. Foi um momento importante, pois agregou técnicos das regiões Sudeste e Sul do País, e as experiências inovadoras nessas regiões, rompendo com o isolamento do PACS, isto é, com o seu confinamento às regiões Norte e Nordeste (DAL POZ; VIANA, 2005).

O PSF adotou como referência as experiências internacionais e nacionais de extensão da cobertura à saúde por meio de assistência às famílias no próprio domicílio em articulação com as unidades de saúde. Rompendo com o comportamento passivo das unidades básicas de saúde e estendendo suas ações para e junto à comunidade (BRASIL, 1999b).

Ao PSF foi, então, atribuída a função de desenvolver ações básicas, no primeiro nível de atenção à saúde propondo-se a uma tarefa maior do que a simples

extensão de cobertura e ampliação do acesso. O programa deveria promover a reorganização da prática assistencial com novos critérios de abordagem, provocando reflexos em todos os níveis do sistema (BRASIL, 2003).

Por esse programa inicial ser considerado potente para a universalização do atendimento à saúde e para implementar os preceitos da reforma sanitária brasileira, passou-se a haver um esforço e um incentivo para que se transformasse em Estratégia de um projeto único do sistema da saúde e responsável pelas Ações Primárias de saúde (APS) (BORGES; CARDOSO, 2005).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) visa estruturar o modelo de atenção voltado para a integralidade e a qualidade da assistência prestada e contribuir para consolidação dos princípios e diretrizes do SUS (CHAGAS; SECLLEN, 2003).

2.3 Promoção de saúde

Partindo da afirmação de um sentido positivo para a saúde, como algo além da ausência de doenças, como consta da Constituição da Organização Mundial de Saúde, de 1948, é possível se pensar em um campo de atuação que se volta para a saúde em seu sentido positivo e geral, e não focaliza a recuperação, tratamento ou prevenção de qualquer doença ou agravo específico (FLEURY TEIXEIRA et al., 2008).

A expressão 'promoção da saúde' foi usada pela primeira vez em 1974, pelo Ministro da *National Health and Welfare* (Saúde e Bem-Estar Nacional) do Canadá, Mark Lalonde, num documento chamado *The New Perspectives on the Health of Canadians* (Novas Perspectivas Sobre a Saúde dos Canadenses). O documento, genericamente referido na historiografia da promoção da saúde, destacava a influência de fatores ambientais, comportamentos individuais e modos de vida na ocorrência de doenças e na morte (OLIVEIRA, 2005).

O Relatório Lalonde, como ficou conhecido, identifica que a grande maioria dos gastos em saúde estão focalizados na organização da assistência à saúde, enquanto as principais causas de doenças estariam enraizadas no campo de saúde, especificamente: biologia humana, ambiente e estilo de vida. Conclui, portanto, que "é aparente que vastas somas estão sendo gastas tratando doenças que poderiam ter sido prevenidas" (BARROSO, 2007).

Leavell e Clarck, em 1976, escreveram, em “The concept of health and the difference between prevention and promotion”, que as medidas de promoção da saúde “não são dirigidas para uma dada doença ou desordem, mas servem para aumentar a saúde geral e o bem-estar” (CZERESNIA; FREITAS, 2003).

Outra importante característica da discussão sobre a promoção da saúde reafirma a questão dos limites do modelo biomédico para enfatizar os cuidados com a saúde. Tal prioridade tem fortes raízes na medicina comunitária que, procurou em meados do século XX, orientar a saúde pública na perspectiva da prevenção, sustentando o modelo da história natural da doença, cuja ênfase se concentra na prevenção das doenças, procurando se antecipar e evitar que elas ocorram, a partir de ações que visam (re)estabelecer o equilíbrio dinâmico entre o hospedeiro, o agente patogênico e o meio (CZERESNIA; FREITAS, 2003).

Nas décadas seguintes, se testemunhou um grande desenvolvimento na tecnologia e especialização médica, mas também se percebeu uma dissociação potencialmente explosiva entre os custos aí envolvidos e os resultados em termos de saúde pública (FLEURY-TEIXEIRA et al., 2008).

Contudo, uma contemporânea definição de promoção da saúde a identifica como uma estratégia que envolve um campo de conhecimentos e práticas transversais a todas as ações e níveis de atenção em saúde. Não se constitui em um nível específico de atenção e, tampouco, se situa em ações anteriores à prevenção, como se encontra bem caracterizada literalmente no tocante a esse ponto, no documento, por uma política nacional de promoção da saúde (BRASIL, 2002b).

Alternativas sistêmicas passaram a ser buscadas, como a promoção da saúde e, principalmente, a perspectiva da atenção primária ou básica em saúde, cristalizada na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde, realizada em Alma-Ata, 1978, que enfatiza a saúde como “estado de completo bem-estar físico, mental e social”

O marco de referência da declaração de Alma-Ata chama a atenção para a importância de se envolver nesses cuidados primários todos os setores e elementos correlatos ao desenvolvimento nacional e comunitário, tal como a agricultura, pecuária, produção de alimentos, indústria, educação, habitação, obras públicas e comunicações, entre outros, que ressaltam a importância dos demais setores sociais e econômicos. Ou seja, (e eis um marco importante para as subseqüentes

Conferências na área): a saúde não é de alçada exclusiva do setor sanitário (BRASIL, 2001).

Paralelamente, amplia-se o reconhecimento de que, ao regredirmos nas séries causais de qualquer patologia ou grupo patológico, vamos encontrar determinações cada vez mais genéricas, incidentes também sobre outras séries causais determinantes de outras patologias, o que embasa a concepção de que a atuação sobre esses determinantes mais gerais é potencialmente mais eficaz para o incremento da saúde populacional do que ações direcionadas para a prevenção de riscos ou o tratamento e a recuperação de agravos específicos (FLEURY-TEIXEIRA et al., 2008).

Por fim, também se reconhece que as condições sociais são a base para o padrão sanitário de um povo, assim como a posição de cada indivíduo na sociedade é um determinante fundamental da própria saúde. Ao retrocedermos nas séries causais dos principais grupos patológicos, daqueles que têm maior magnitude e transcendência nas diversas sociedades, encontramos, entre os determinantes finais, com grande peso, as condições sociais de vida. O modo como as pessoas se interrelacionam na sociedade determina as suas condições psíquicas, e isto constitui um elo básico nas cadeias causais de todos os principais agravos e patologias da contemporaneidade (FLEURY-TEIXEIRA et al., 2008).

Com esta motivação, foi planejada a I Conferência Internacional sobre Promoção à Saúde, realizada em Ottawa, em novembro de 1986. Teve a participação de trinta e cinco países e resultou na Carta de Ottawa, a qual passou a ser referência ao desenvolvimento das idéias de promoção à saúde em todo o mundo (HEIDMANN et al., 2006).

Promoção de saúde é o processo de capacitação das pessoas para aumentar seu controle sobre e melhorar a sua saúde. Para atingir um estado de completo bem estar físico, mental e social, um indivíduo ou grupo deve ser capaz de identificar e realizar aspirações, satisfazer necessidades e transformar ou lidar com os ambientes. Saúde é, portanto, vista como um recurso para a vida cotidiana, não o objetivo da vida. Trata-se de um conceito positivo enfatizando recursos sociais e pessoais, assim como capacidades físicas. Portanto, promoção de saúde não é apenas responsabilidade de um setor e vai além dos estilos de vida saudáveis para o bem-estar (CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 1996).

Dentro dessa abordagem, a Promoção da Saúde é definida como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e

saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo. Não se constituindo responsabilidade restrita do setor saúde, mas de uma integração entre os diversos setores do governo municipal, estadual e federal, os quais articulam políticas e ações que culminem com a melhoria das condições de vida da população e da oferta de serviços essenciais aos seres humanos (MACHADO et al., 2007).

Assim, identificamos o eixo das ações promotoras de saúde, o que nos permite localizar a autonomia como categoria norteadora da atuação em promoção da saúde. Seus principais constituintes são a ênfase na integralidade do cuidado e prevenção, o compromisso com a qualidade de vida e a adoção da participação comunitária como peça fundamental do planejamento e avaliação dos serviços (AYRES, 2004; TEXEIRA et al., 2008).

2.4 A Integralidade como princípio fundamental

O conceito de integralidade é um dos pilares a sustentar a criação do Sistema Único de Saúde. Princípio consagrado pela Constituição de 1988, seu cumprimento pode contribuir muito para garantir a qualidade da atenção à saúde. Em primeiro lugar prevê-se nesse conceito que, de forma articulada, sejam ofertadas ações de promoção da saúde, prevenção dos fatores de risco, assistência aos danos e reabilitação – segundo a dinâmica do processo saúde-doença.

Um segundo aspecto ligado à integralidade refere-se à garantia de acesso, do indivíduo, aos diversos níveis de atenção, primário, secundário e terciário. No nível primário são utilizadas intervenções com enfoques preventivos, comunitários e coletivos, destinadas a atender aos problemas mais comuns da população. Por envolverem determinação múltipla, necessitam de um conhecimento muito diversificado dos profissionais, pois, nesse nível, trabalha-se segundo a lógica da multicasualidade. Enquanto os níveis secundário e terciário são mais específicos ou parcelados/especializados, e usam intensivamente procedimentos baseados em aparelhos e exames (CAMPOS, 2003).

Em face do problema da fragmentação dos modelos assistenciais, a integração dos serviços de saúde aparece como atributo inerente às reformas das políticas públicas fundamentadas na Atenção Primária da Saúde (APS). Teoricamente, integração significa coordenação e cooperação entre provedores dos

serviços assistenciais para a criação de um autêntico sistema de saúde, mas, na prática, isso ainda não se realizou e poucas são as iniciativas para o monitoramento e avaliação sistemática de seus efeitos. No Brasil, a integralidade da atenção é um dos seus pilares de construção, baseada na primazia das ações de promoção; garantia de atenção nos três níveis de complexidade; articulação das ações de prevenção, promoção e recuperação; abordagem integral dos indivíduos e das famílias (GIOVANELLA et al., 2002).

Alguns autores comentam que para implementar a integralidade é preciso articular e organizar todos os níveis de atenção com um entrelaçamento de referência e contra referência entre a pequena, média e alta complexidade. Um referenciando o outro de forma efetiva e resoluta.

Carvalho, 1993, trabalha o conceito de integralidade em três níveis: no marco teórico, na prática de saúde em nível local e em nível distrital. No marco teórico, relaciona a integralidade com a concepção de homem, de mundo e de sociedade; com a concepção de medicina e de processo saúde-doença; bem como com a concepção de assistência e de atenção à saúde.

No que se refere à prática em nível local, o autor relaciona a integralidade à natureza e à relação das atividades e ações de atenção integral à pessoa e à coletividade na promoção, prevenção, saúde coletiva, terapêutica e reabilitação. As atividades integradas de ensino e pesquisa, o grau de interação entre as diversas categorias profissionais e a vinculação profissional de saúde usuário são outros aspectos necessários, onde se considera a interdisciplinaridade como “condição para a viabilização do conceito de integralidade”.

O atendimento integral extrapola a estrutura organizacional hierarquizada e regionalizada da assistência de saúde, se prolonga pela qualidade real da atenção individual e coletiva assegurada aos usuários do sistema de saúde, requisita o compromisso com o contínuo aprendizado e com a prática multiprofissional (MACHADO et al., 2007).

A natureza transdisciplinar do conjunto de tarefas previstas para a ESF, assim como a natureza multifacetada dos problemas a serem enfrentados e o desafio de fazer avançar o modelo na direção da integralidade da atenção, abre espaços de trabalho para os demais profissionais de saúde, que não fazem parte da equipe mínima exigida para o PSF.

Segundo as avaliações realizadas até o momento, essa composição mínima das ESF vem produzindo excelentes resultados em termos de extensão da cobertura, com efeitos positivos sobre a redução das taxas dos indicadores de morbi-mortalidade, entretanto, ainda apresenta limites técnicos, físicos e uma baixa resolutividade.

A partir daí, admite-se que a atenção integral, conforme preconizada, só se concretiza através da atuação de uma equipe multidisciplinar, pois a mudança nas formas de intervir é decorrente de uma “atuação e abordagem interdisciplinar ao indivíduo e à população na realidade em que se inserem” (ASSIS et al., 2002).

Além disso, o processo de adoecimento da população é explicado por uma rede complexa de determinantes biológicos, sociais, econômicos e culturais de difícil hierarquia na definição da situação de risco e de suas prioridades. Desse modo, a prevenção e o tratamento dos males que atingem os brasileiros requerem a disponibilidade de uma equipe multidisciplinar, capaz de conceber a saúde na sua dimensão coletiva. Os saberes e as práticas associados, e não divorciados, permitirão o exame minudente destas enfermidades, assegurando-se, no entanto, a prática dos saberes específicos, enquanto campos de competências necessários para a resolução dos problemas de saúde da população brasileira. Neste sentido, toma-se como referência o discurso oficial do PSF:

“O Programa Saúde da Família não é Programa do Médico da Família, pois não é centrado no trabalho médico, mas de uma equipe multiprofissional, na qual todos os saberes são respeitados [...]” (BRASIL, 2000b).

Tal afirmação, perfeitamente sustentada na compreensão da multideterminação dos problemas de saúde vivenciados pela população e amparada no conceito da interdisciplinaridade, evidencia que a implementação do programa prevê o envolvimento de outros profissionais, capazes de articularem no exercício de seu trabalho os conhecimentos específicos, construídos ao longo de cada formação profissional, com os saberes coletivos, na direção de uma prática social a qual transcenda à fragmentação e especialização características das ações de saúde no País.

Assim, pode-se questionar se a equipe mínima proposta para o PSF conseguirá em médio prazo avançar na integralidade da atenção, demonstrando a necessidade de avançar na busca pela integração das diferentes profissões (ASSIS et al., 2002).

2.5 Necessidade de inserção de novos profissionais para assistência integral

A atenção primária prevê a resolutividade das necessidades de saúde que extrapolam a esfera de intervenção curativa e reabilitadora individual, através da promoção da saúde, prevenção de doenças e educação continuada (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998).

Dentro desta abordagem de promoção da saúde, respeitando as diretrizes do SUS, o PSF propõe um modelo de assistência integral, enfatizando a atenção primária e a promoção da saúde familiar (COSTA NETO, 2000).

O SUS tem avançando com dificuldade na garantia da qualidade, equidade e na resolutividade da assistência ambulatorial e hospitalar, principalmente, pela falta de profissionais habilitados a prestar assistência integral de saúde (RAGASSON et al., 2005).

A partir da análise da mudança do perfil epidemiológico da população, verifica-se a necessidade de uma atuação ampla da rede de atenção básica, além do campo das doenças infecciosas, mas também nas áreas crônico-degenerativas e traumáticas. Para tanto é importante uma redefinição nos aspectos de espaço físico e no perfil dos profissionais que irão atuar na equipe de saúde, no sentido de promoção, prevenção, educação, controle social e reabilitação desta nova demanda que se apresenta (KATO, 1994).

2.5.1 Proposta do Núcleo de Atenção Integral – NAISF

No sentido de avançar ainda mais na qualificação da atenção básica, o Ministério da Saúde, através da Portaria Nº 1065/GM, de 04 de julho de 2005, cria os Núcleos de Atenção Integral na Saúde da Família (NAISF), com vistas à inserção das ações de Atividade Física, Alimentação, Saúde Mental e Reabilitação no âmbito da atenção básica (BRASIL, 2005).

Os núcleos foram criados a partir da necessidade de garantir a integralidade e a resolubilidade da atenção em saúde, nas ações de promoção, prevenção, assistência e reabilitação. O Ministério da Saúde considerou as seguintes áreas imprescindíveis para a efetivação do cuidado integral em saúde: Alimentação/Nutrição, Saúde Mental, Atividade Física e Reabilitação; sendo definidas como modalidades de atenção dos núcleos (BRASIL, 2005).

Esta proposta prevê a incorporação de outras categorias profissionais ao PSF, além da equipe básica proposta inicialmente pelo Ministério da Saúde, ou seja: o médico, o enfermeiro, o agente comunitário de saúde - ACS e o dentista. Poderão ser incorporados os seguintes profissionais: nutricionista, profissional de educação física, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, psicólogo, assistente social, farmacêutico e fonoaudiólogo (BRASIL, 2005).

Os Núcleos de Atenção Integral na Saúde da Família (NAISF) atendem, assim, a um modelo novo, dentro de um conceito da universalidade e integralidade, atendimento às necessidades básicas do indivíduo e da família, envolvimento comunitário, autoconfiança, integração nas ações para saúde, tecnologia apropriada e custo-efetividade, compatíveis com os recursos disponíveis (SILVA, 2008).

Entretanto, a portaria foi revogada por falta de orçamento, segundo informou à revista Radis o Ministério da Saúde. Agora, a inclusão desses profissionais na Atenção Básica é de iniciativa municipal (ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA, 2006).

2.5.2 NASF

Ao longo destes quase quatro anos pouco se falou (e se publicou) sobre os Núcleos de Atenção Integral na Saúde da Família. Quase nenhuma experiência foi compartilhada.

Há muito vinha sendo discutida a proposta de criação de núcleos multiprofissionais para dar apoio às equipes mínimas da estratégia de saúde da família, principal ação de atenção básica do Ministério da Saúde.

O desenvolvimento dos estudos em atenção básica e o fomento de novas políticas públicas, como a criação da Política das Práticas Integrativas e Complementares (Portaria GM 971/2006) acabou por proporcionar a criação dos tão aguardados Núcleos de Apoio à Saúde da Família (BRASIL, 2006c). Em janeiro de 2008 o Ministro da Saúde, José Gomes Temporão autorizou a implementação dos NASF com o intuito de reunir profissionais de diversas áreas no atendimento à população (BRASIL, 2008b).

Na portaria ministerial nº 154, publicada no Diário Oficial da União em 25 de janeiro de 2008, é definido que municípios podem dar início ao projeto de criação dos NASF para atender a população local. Os núcleos integram o *“Mais Saúde”*,

plano estratégico de saúde lançado em dezembro de 2007 e que contém ações para a ampliação da assistência e qualificação do Sistema Único de Saúde até 2011 (BRASIL, 2008a).

A proposta é a mesma do NAISF, a diferença é que o NASF define o “apoio” à atenção básica dentro de um mecanismo de referência e contra-referência, onde os núcleos não constituem a porta de entrada do sistema (SILVA, 2008).

Destaca-se a importância da atuação multiprofissional para promover a saúde e a qualidade de vida, como estratégia de prevenção de doenças.

O projeto implica, entre outras coisas, em uma reformulação dos conceitos de saúde e práticas assistenciais.

A atenção integral é o novo objetivo e traz implícita a necessidade de incorporação de novos profissionais ao atendimento. Esse conceito, ao impor o acesso igualitário de todos aos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, coloca como uma das questões fundamentais da política pública a integralidade da atenção à saúde e a participação social, reconhecendo a imprescindibilidade das ações realizadas pelos diferentes profissionais de nível superior (OLIVEIRA et al., 2004).

Tem como objetivo ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica (BRASIL, 2008b).

O NASF deve ser constituído por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, para atuarem em parceria com os profissionais das Equipes Saúde da Família, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das ESF no qual o NASF está vinculado (BRASIL, 2008b).

A definição dos profissionais que irão compor os núcleos é de responsabilidade dos gestores municipais, seguindo os critérios de prioridade identificados a partir das necessidades locais e da disponibilidade de profissionais de cada uma das diferentes ocupações.

Tem como responsabilidade central atuar e reforçar oito diretrizes na atenção à saúde: a interdisciplinaridade, a intersetorialidade, o território, a integralidade, o controle social, a educação permanente em saúde, a promoção da saúde e a humanização.

Está dividido em oito áreas estratégicas sendo elas: atividade física/práticas corporais; práticas integrativas e complementares; reabilitação; alimentação e nutrição; saúde mental; serviço social; saúde da criança/ do adolescente e do jovem; saúde da mulher e assistência farmacêutica.

A Política Nacional de Atenção Básica incorpora o preconizado no Pacto pela Saúde e prevê o desenvolvimento de ações orientadas pelo princípio da integralidade. Este princípio basilar do SUS prevê que as ações e serviços de saúde devem vislumbrar a promoção, a proteção, a cura e a reabilitação dos indivíduos e dos coletivos, ou seja, o sistema deve abordar o cuidado do ser humano em qualquer situação.

É neste contexto que surge a Portaria GM/MS nº 154/08, dando vida ao NASF. Espera-se dos profissionais de saúde que ultrapassem a abordagem clássica de dirigir seus esforços à cura e reabilitação, ao diagnóstico e tratamento. Pelo contrário, no contexto da atenção básica, estes diferentes profissionais devem conjugar seus saberes, num esforço interdisciplinar pela construção da cidadania na população, passando a serem considerados transformadores sociais (BRASIL, 2008b).

Alguns desafios colocam-se à atenção primária à saúde, entre estes estão a ampliação progressiva de sua cobertura populacional e sua integração à rede assistencial. O NASF insere-se neste sistema buscando tanto o aumento de sua resolutividade quanto de sua capacidade de compartilhar e fazer a coordenação do cuidado compartilhando esses desafios com as ESF.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Analisar a implantação do NASF no Brasil e sua importância na inserção de novos profissionais na Política Nacional de Atenção Básica.

3.2 Específicos

- a) Apresentar a distribuição dos NASFs, por tipo, no Brasil e em Pernambuco.
- b) Apresentar a distribuição dos profissionais nos NASFs implantados e a necessidade de inserção desses profissionais.
- c) Discutir o processo inicial de implantação e as competências dos profissionais na Atenção Básica.

4 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo exploratório de revisão bibliográfica sistemática a partir das bases de dados LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), MEDLINE (Literatura Internacional em Ciências da Saúde) e SCIELO (*Scientific Electronic Library Online*), com análise dos dados da implantação do NASF.

Também foram pesquisados, via internet, nos Conselhos Profissionais documentos e publicações que apresentavam razões que justificassem a incorporação de cada categoria profissional e as competências no âmbito da atenção primária em saúde em geral e, em particular, da estratégia da Saúde da Família.

Sendo o NASF um programa recente, lançado em janeiro de 2008, existe a carência de produção científica referente.

Por se tratar de um estudo exploratório, busca levantar questões referentes ao processo de implantação e estabelecer comparações entre os municípios que têm os núcleos implantados.

A área de estudo consiste no Brasil, no ano de 2009, onde de acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES, o número de ESF é de 29.275, distribuídas nos seus 5.565 municípios. Hoje se tem implantados apenas 472 núcleos, em 261 municípios. O critério para implantação dos NASF se dá de acordo com a população e o número de equipes de saúde da família (ESF).

A pesquisa bibliográfica considerou as publicações, segundo os temas de interesse, dos últimos cinco anos. Já os dados secundários são do período de 2008 a março de 2009, período de início do programa até o último mês de consolidação dos dados.

O levantamento bibliográfico utilizou como palavras chaves: integralidade, promoção de saúde, atenção básica, estratégia saúde da família, profissões com suas inserções e experiências na atenção básica. Foram considerados apenas artigos completos, no idioma português.

Os dados secundários sobre o NASF e as categorias profissionais inseridas no programa, foram obtidos no banco de dados do Sistema de informação do Ministério da Saúde, CNES.

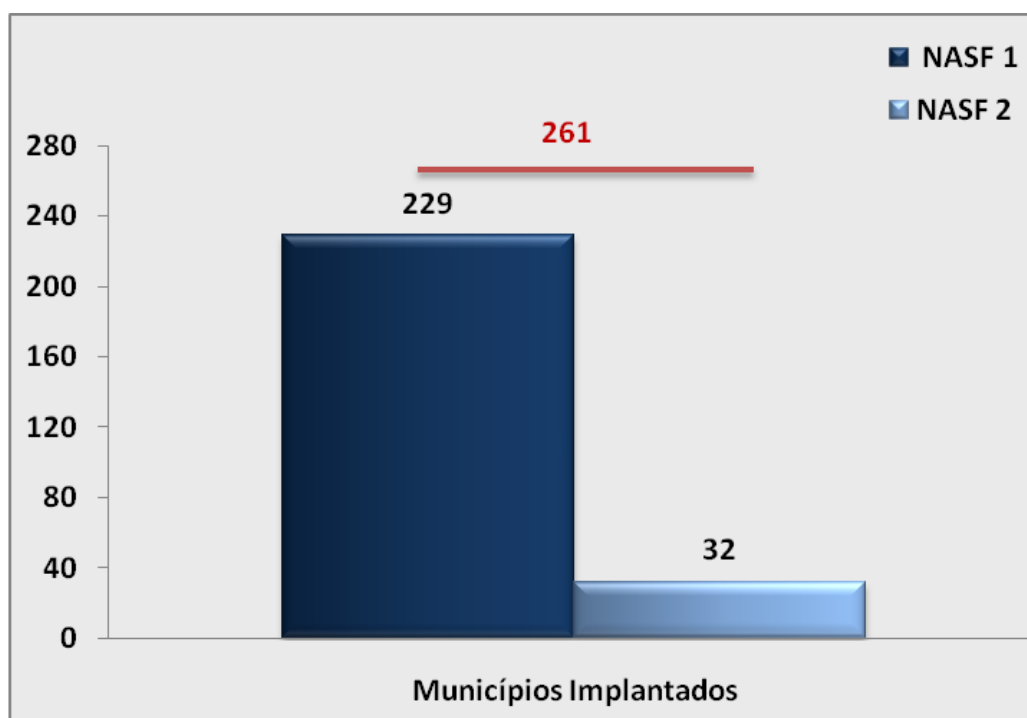
Os dados obtidos foram digitados e tabulados no programa Excel, para elaboração das planilhas e gráficos, a partir de onde se podem fazer análises e discussões.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O NASF no Brasil e os Desafios de sua Implantação uma proposta de criação do Ministério da Saúde de estimular a implantação dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família pretende ampliar a atenção a saúde da família. O Programa pode ser considerado um grande avanço da atenção básica e na busca da integralidade. Pretende solucionar a dificuldade de integração das mesmas com a rede de serviços públicos e mesmo referenciar as demandas para as quais não se têm na unidade de saúde da família, resolutividade.

Atualmente, dos 5.564 municípios brasileiros, apenas 261 implantaram os NASF. Apesar do incentivo financeiro repassado diretamente do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde Municipais e do Distrito Federal, a adesão ao programa ainda é baixa. A meta do Ministério da Saúde é implantar 1500 NASF até 2011. O montante de recursos previstos, conforme os artigo 10º e 11º da Portaria GM/MS nº 154/08, é de R\$ 20.000,00 mensais para o NASF tipo 1 (mais incentivo de R\$ 20.000,00 para implantação) e R\$ 6.000,00 mensais para o NASF tipo 2 (mais incentivo de R\$ 6.000,00 para implantação) (BRASIL, 2008b).

Gráfico 1 - Distribuição do NASF no Brasil, por categoria, 2009.



Fonte: Elaborado pela autora a partir do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES/MS).

O artigo 5º da Portaria GM/MS nº 154/08 se refere ao número de equipes ESF que devem estar vinculadas a um NASF. O NASF 1 deve atender a um conjunto entre 08 (oito) e 20 (vinte) ESF, nos municípios dos estados da Região Norte, do Maranhão e do Mato Grosso (BRASIL, 2008b).

Se levarmos em conta que uma equipe de ESF atende cerca de 3 mil habitantes e multiplicarmos esse valor por 8 equipes, teremos um total de 24 mil pessoas. Ou seja, todos os municípios com população inferior a 24 mil pessoas não poderão implantar o NASF1.

Quanto ao NASF 2, o artigo 6º da portaria estabelece seu vínculo à pelo menos 3 equipes de ESF, sendo que o parágrafo 1º delimita em apenas um NASF por município. A priori, todos os municípios com menos de 9 mil habitantes estão fora dessa possibilidade.

De acordo com o parágrafo 2º, o NASF 2 pode ser implementado “somente para municípios que tenham densidade populacional abaixo de 10 habitantes por quilômetro quadrado [...]”.

A partir da análise da Portaria e de relatos de municípios, se permitiu identificar uma série de dificuldades quanto à adesão aos NASF, sendo restrito o número de municípios que efetivamente tem condições de implantá-los.

Devido as condicionalidades do programa, se excluem no mínimo 3492 municípios da modalidade 1, e 2557 da modalidade 2, sendo estes, municípios pequenos, com população de até 20 e 10 mil habitantes, respectivamente.

Apenas municípios de maior porte e que tem o número mínimo de ESF implantadas poderão aderir a essa política pública.

É de competência das secretarias de saúde dos Estados e do Distrito federal identificar a necessidade e promover a articulação entre municípios, estimulando, quando necessário, a criação de consórcios intermunicipais para implementação de NASF 1 entre os Municípios que não atinjam as proporções estipuladas (BRASIL, 2008b).

Os consórcios entre os municípios de pequeno porte pode ser uma alternativa, porém podem não atender a expectativa de alguns destes, uma vez que os profissionais poderão encontrar dificuldades no deslocamento de um município para o outro. Além disso, a composição dos núcleos precisa ser definida por consenso entre os municípios, uma vez que esta é definida seguindo os critérios de

prioridade identificados a partir das necessidades locais e da disponibilidade de cada uma das diferentes profissões.

A existência de fatores políticos também poderá dificultar a criação dos consórcios, principalmente quando os municípios forem de frentes partidárias diferentes, podendo não haver consenso entre eles.

Por isso, é preciso se pensar em uma política de inclusão dos pequenos e médios municípios.

Há ainda os limites que a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) impõe sobre a contratação de profissionais. Com o advento da lei complementar nº101 de 04 de maio de 2000 (Lei de responsabilidade fiscal), os Municípios se depararam com uma realidade diferente. Até então, os gestores públicos poderiam realizar gastos com a contratação de pessoal sem preocupação com limites ou condições, no entanto, a Lei de responsabilidade fiscal, visando estabelecer um maior equilíbrio econômico e financeiro aos municípios, impôs limites a esse tipo de dispêndio (ALVES; GOMES, 2002). Vejamos o texto da lei no que se refere aos municípios:

Art. 19. Para os fins do disposto no *caput* do art. 169 da Constituição, a despesa total com pessoal, em cada período de apuração e em cada ente da Federação, não poderá exceder os percentuais da receita corrente líquida, a seguir discriminados:

- I - União: 50% (cinquenta por cento);
- II - Estados: 60% (sessenta por cento);
- III - Municípios: 60% (sessenta por cento).

Art. 20. A repartição dos limites globais do art. 19 não poderá exceder os seguintes percentuais:

- III - na esfera municipal
 - a) 6% (seis por cento) para o Legislativo, incluído o Tribunal de Contas do Município, quando houver;
 - b) 54% (cinquenta e quatro por cento) para o Executivo (BRASIL, 2000a).

Observa-se que o percentual efetivo que a administração pública pode gastar com despesa de pessoal é de 54% (cinquenta e quatro por cento) da receita corrente líquida do município, não obstante, a grande maioria dos municípios já estavam sendo geridos com gastos de pessoal muito acima desse percentual, forçando os gestores públicos promoverem cortes nas despesas com pessoal para se adequarem a LRF.

Contudo, a contratação de profissionais da saúde passou a ter esse grande empecilho, podendo apenas a administração pública contratar, através de terceirização, profissionais para desenvolverem atividade-meio (serviços inerentes a hemocentros, realização de exames, médicos, consultas, etc.) da saúde, a

contratação para atividade-fim (gestão operacional da saúde), só será possível se a despesa de pessoal atender ao percentual imposto pela lei de responsabilidade fiscal.

5.1 Cobertura das ESF e NASF por Regiões

O movimento de expansão do PSF demonstra uma progressiva adesão dos gestores municipais e estaduais, sobretudo no co-financiamento, por meio de criação de incentivos estaduais, o que não se via em 1994, ano de sua implantação. Naquela época, somente 12 estados da federação aderiram a essa iniciativa (Alagoas, Ceará, Paraíba, Pernambuco, Sergipe, Pará, Goiás, Minas Gerais, Rio de Janeiro, São Paulo, Paraná e Santa Catarina), e 12 municípios, considerados pioneiros: Bragança/PA, Campina Grande/PB, Neópolis/SE, Quixadá/CE, Goiânia e Planaltina de Goiás/GO, Juiz de Fora e Além Paraíba/MG, Niterói/RJ, Curitiba/PR, Joinville e Criciúma/SC. A decisão política e determinação técnica desses municípios fizeram com que, ao final de 1994, o PSF estivesse presente em 55 cidades brasileiras com 328 equipes atuando (SOUSA; HAMANN, 2009).

Ainda que reconhecendo a expansão progressiva das equipes de saúde da família nos municípios de todas as regiões do país, verifica-se uma desigualdade na cobertura do PSF entre as regiões e nos chamados grandes centros urbanos (municípios acima de 100 mil habitantes, e capitais), onde mais de 50% da população brasileira residem. Portanto, nas capitais, solta aos olhos a baixa cobertura das equipes do PSF.

As Unidades de Saúde da Família (USF) eram distribuídas em municípios de pequeno porte – entre 10 e 20 mil habitantes – e médio porte – abaixo de 50 mil habitantes, evidenciando uma baixa adesão dos municípios de grande porte (SOUSA; HAMANN, 2009).

De acordo com Baduy e Oliveira (2001) as desigualdades citadas, resultam das dificuldades já verificadas na implementação do PSF em municípios de pequeno e médio porte, que são potencialmente agravadas nas grandes cidades e metrópoles. Consideram-se nestas grandes cidades fatores contribuintes para a não implantação do PSF, tais como:

- a) Os altos níveis de exclusão no acesso aos serviços de saúde;
- b) Os agravos de saúde característicos dos grandes centros;

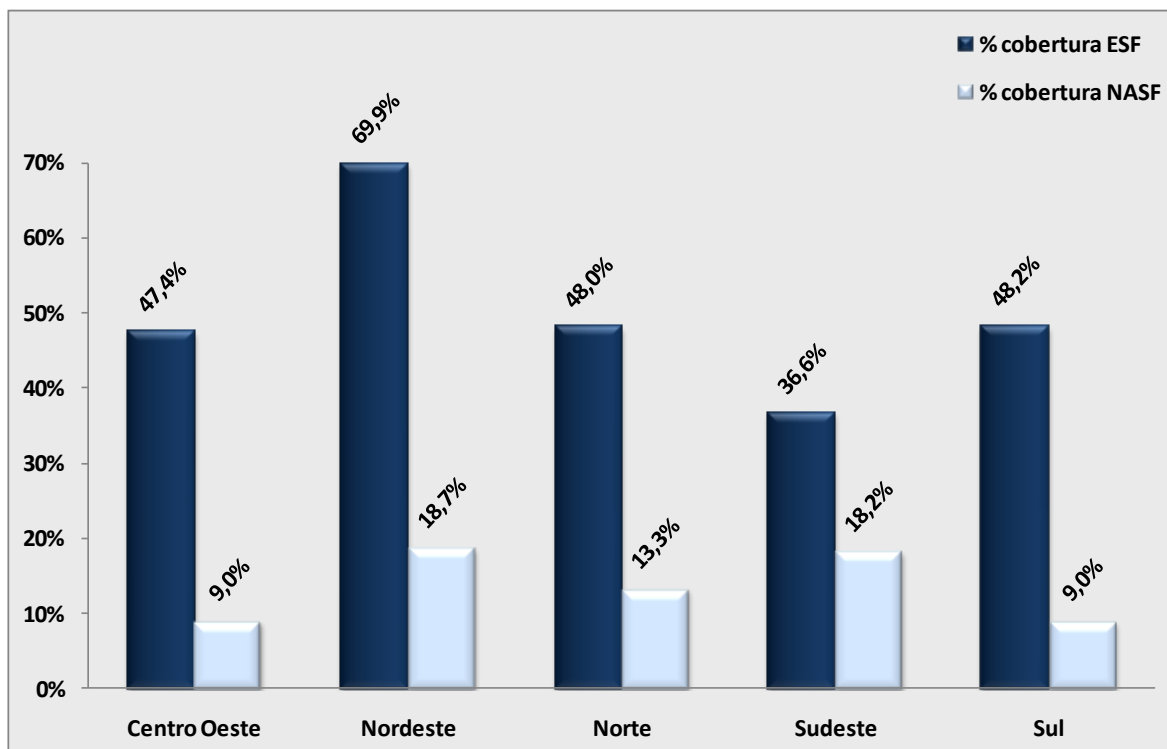
- c) A oferta consolidada de uma rede assistencial desarticulada e mal distribuída
- d) A predominância da modalidade tradicional de atendimento à demanda e de programas verticalizados sem estabelecimento de vínculos com a comunidade do seu território.

Vários autores assinalam a obtenção de boas práticas por parte das equipes do PSF, sobretudo nos municípios de pequeno porte. Porém, muitas vezes estas as práticas apresentam-se limitadas para a oferta de atenção integral face à ausência de uma rede regionalizada de referência e contra-referência de serviços assistenciais.

Logo, não alteram substantivamente a lógica organizativa dos serviços e sistemas locais de saúde, predominando com isto o modelo clássico de assistência a doenças em suas demandas espontâneas, sustentadas no tripé do médico (consultas, apoio diagnóstico), equipamentos e medicamentos (SOUSA, 2002).

A expansão dessa estratégia para os Municípios acima de 100.000 habitantes, da mesma forma como vem sendo implementada nos demais, leva a análise sobre a pertinência nesses novos espaços-territórios, onde o PSF passaria a concorrer fortemente com as práticas assistenciais médico-curativas, o que provoca tensão e resistência de atores envolvidos na manutenção do modelo hegemônico (TEIXEIRA, 2003).

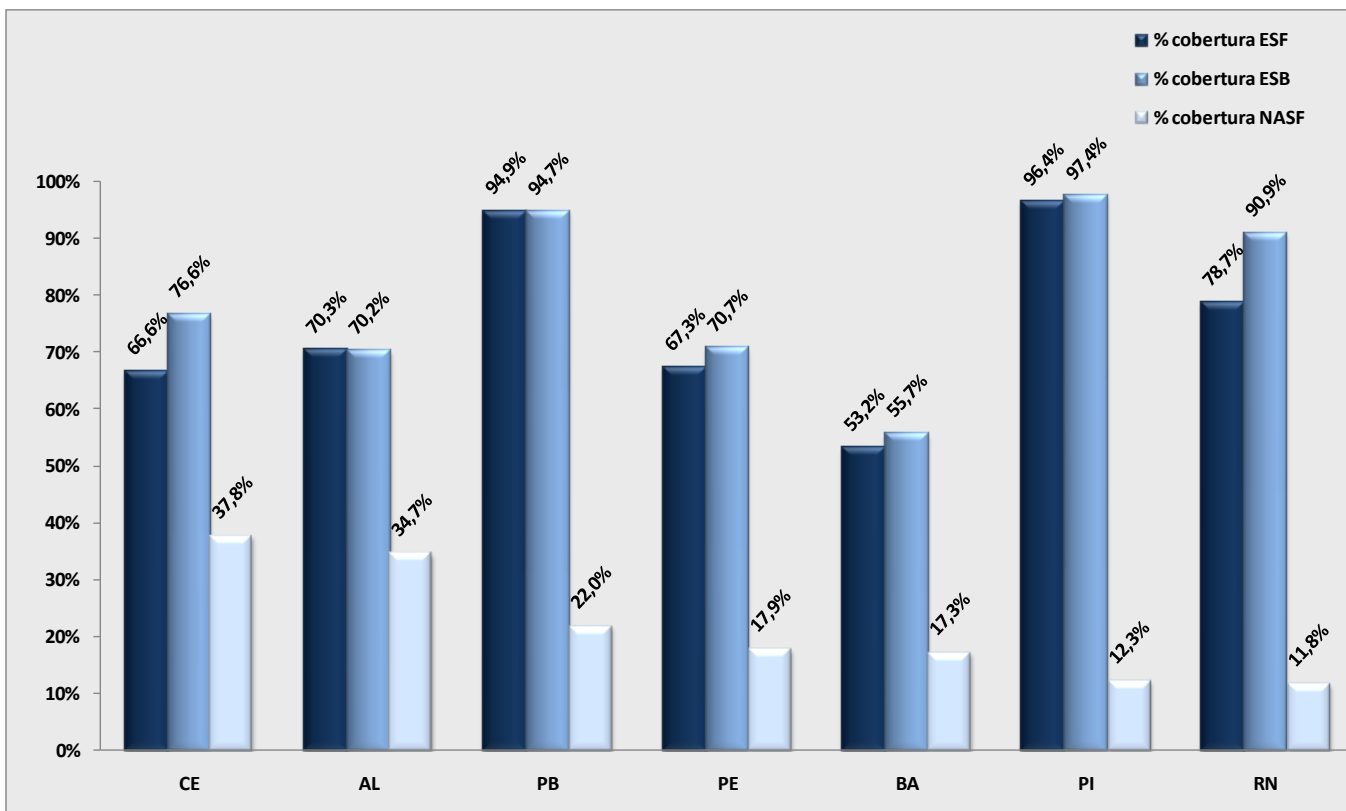
Os Estados pioneiros na implantação do PSF seguem pioneiros nas implantações do NASF, Alagoas, Ceará, Paraíba, Pernambuco, Minas Gerais, Paraná, possuindo as maiores coberturas do país. Os outros, até agora, não apresentam uma cobertura superior a 10%.

Gráfico 2 - Cobertura das ESF e NASF por regiões do Brasil, 2009

Fonte: Elaborado pela autora a partir do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES/MS).

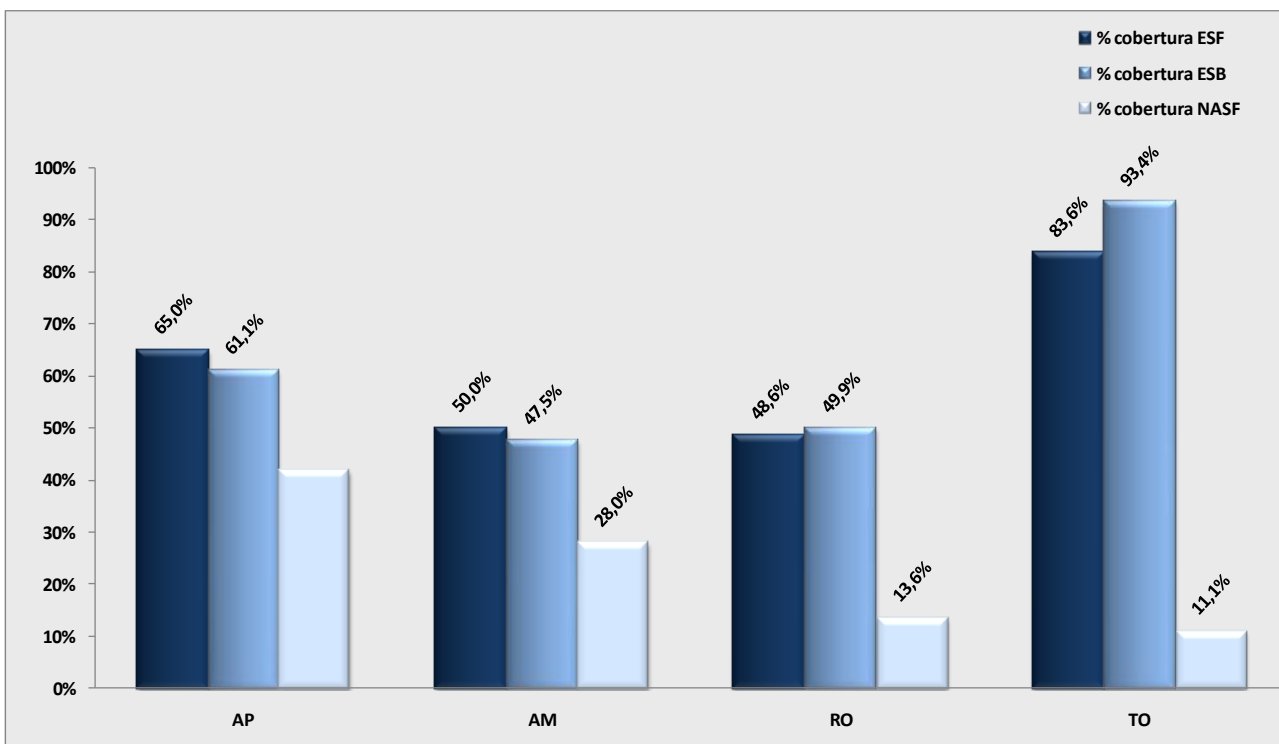
Através da análise da distribuição do ESF e do NASF nas regiões do Brasil, se observa que é no Nordeste e no Norte que existe uma maior cobertura por estes programas.

Gráfico 3 - Cobertura das ESF, ESB e NASF - Região Nordeste, 2009



Fonte: Elaborado pela autora a partir do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES/MS).

Gráfico 4 - Cobertura das ESF, ESB e NASF - Região Norte, 2009



Fonte: Elaborado pela autora a partir do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES/MS).

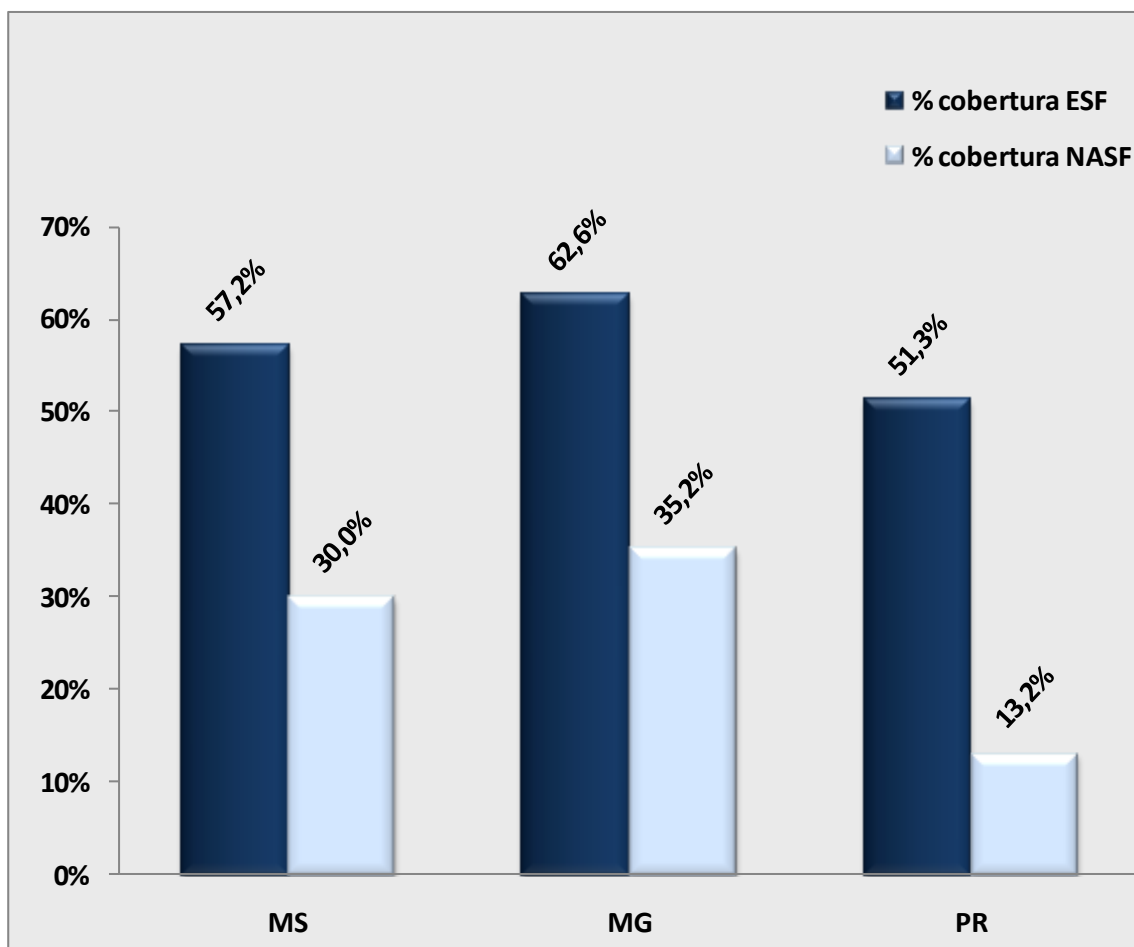
Pode ser explicado pelo fato do PACS ter sido formulado com objetivo central contribuir para a redução da mortalidade infantil e mortalidade materna, principalmente nestas regiões, através de extensão de cobertura dos serviços de saúde para as áreas mais pobres e desvalidas (DAL POZ; VIANA, 2005).

No Nordeste, dos seus nove (09) Estados, sete (07) apresentam coberturas de NASF maior que 10%. Desses, quatro (04) foram pioneiros na implantação do PSF e apresentam as maiores coberturas da região.

Em especial o Ceará, que foi idealizador do Programa Agentes Comunitários de Saúde. Este estado formulou uma proposta inovadora de compor equipes formadas pelos ACS, enfermeiro, médico para atuarem em território limitado assistindo a um número de 1.000 famílias aproximadamente.

No Norte, dos sete (07) Estados, quatro (04) apresentam uma cobertura de NASF acima dos 10%.

Gráfico 5 - Cobertura das ESF e NASF nas regiões Centro-Oeste, Sudeste e Sul, 2009



Fonte: Elaborado pela autora a partir do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES/MS).

Apenas Paraná e Mato Grosso do Sul, dos sete (07) Estados das regiões Sul e Centro-oeste, respectivamente, têm a cobertura de NASF acima de 10%. São Estados que já vinham desenvolvendo experiências de práticas em saúde com agentes Comunitários de saúde antes de vir a ser um programa a nível nacional.

A proposta do novo modelo de Atenção Primária foi levada ao Ministério da Saúde, que visou, com as experiências de alguns municípios nos estados do Paraná, Mato Grosso do Sul e Ceará, a formatação de um programa para implantação a nível nacional (DAL POZ; VIANA, 2005).

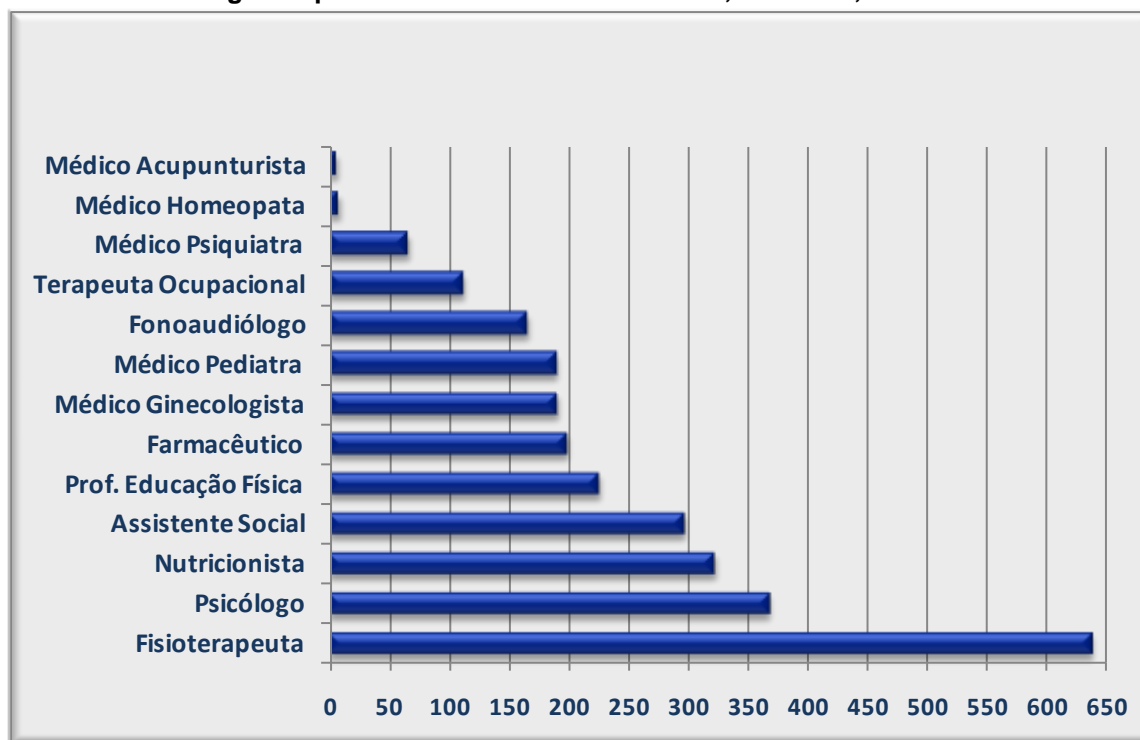
Da Região Sudeste, apesar de São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais terem sido pioneiros na implantação do PSF no Brasil, apenas MG têm uma cobertura de NASF superior a 10%.

5.2 Categorias profissionais inseridas nos NASF's no Brasil

O NASF é uma iniciativa que vai ampliar o número de profissionais vinculados às equipes de Saúde da Família (SF). Os núcleos reunirão profissionais das mais variadas áreas de saúde, como médicos (ginecologistas, pediatras e psiquiatras), professores de Educação Física, nutricionistas, acupunturistas, homeopatas, farmacêuticos, assistentes sociais, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicólogos e terapeutas ocupacionais. Esses profissionais atuarão em parceria e em conjunto com as equipes de Saúde da Família (TEMPORÃO; MAZZOLI, 2009).

A composição de cada um dos NASF é definida pelos gestores municipais, seguindo os critérios de prioridade identificados a partir das necessidades locais e da disponibilidade de profissionais de cada uma das diferentes ocupações (BRASIL, 2009).

Gráfico 6 - Categorias profissionais inseridas no NASF, no Brasil, 2009



Fonte: Elaborado pela autora a partir do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES/MS).

O gráfico chama atenção para o número de fisioterapeutas inseridos no Programa, podendo estar ressaltando a carência nas áreas de reabilitação, fragilidade que há muito vem sendo observada e discutida no sistema único de saúde.

Além disso, Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia ocupacional (COFFITO) pleiteou a efetiva aplicação da Lei nº 8.856/94, que trata da carga horária máxima dos fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais, onde fica estabelecido que estes profissionais deverão ter carga horária de 20 horas semanais, ao contrário dos demais profissionais, que possuem carga horária de 40 horas semanais, sendo necessário assim a contratação de dois fisioterapeutas.

Quanto aos psicólogos, os municípios podem estar, também, seguindo uma recomendação do Ministério da Saúde que, através do artigo 4º da portaria que cria os NASF, recomenda, em vista da magnitude dos transtornos mentais, que cada núcleo tenha pelo menos 1 (um) profissional da área de saúde mental.

A carência de profissionais no âmbito da assistência individual pode comprometer o funcionamento do programa, uma vez que pela alta demanda, os profissionais do NASF podem ter suas ações voltadas para suprir essa necessidade,

que apesar de necessária, merece uma política específica, voltada para preencher essa lacuna.

As ações de prevenção, eliminação ou melhora de estados patológicos do indivíduo, de promoção e de educação em saúde, não exclui a necessidade de assistência por parte da população. A atuação curativa e reabilitadora não pode deixar de ser prestada e nem substituída por práticas de promoção, precisam co-existir.

Há ainda um ponto que se refere à formação de todos esses profissionais, no qual se prioriza a assistência ao doente, tendo pouca tradição em ações voltadas à promoção e prevenção, havendo necessidade de redefinir o perfil de suas atividades. Assim, a distribuição dos profissionais sugere que suas atuações estejam mais voltadas pra ações no campo curativo.

Tem sido constatado que o perfil dos profissionais formados não é adequado o suficiente para prepará-los para uma atuação na perspectiva da atenção integral à saúde e de práticas que contemplem ações de promoção, proteção, prevenção, atenção precoce, cura e reabilitação (GIL, 2005).

Estas preocupações estão refletidas nos relatórios das Conferências Nacionais de Recursos Humanos de 1986 e 1993, assim como no documento Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB/RH/ SUS), documentos que refletem a posição de um conjunto representativo de segmentos e atores sociais em torno deste tema (LACAZ, 1997).

Esses dois processos – modelo de atenção e recursos humanos – são difíceis de discutir separadamente e, ainda que se avalie como de imprescindível importância a discussão em torno da formação de recursos humanos para o SUS, tão importante quanto, é encontrar as melhores alternativas para enfrentar a situação dos profissionais já inseridos no sistema, minimizando os efeitos da formação inadequada dos profissionais e buscando meios de garantir que suas práticas atendam os desafios que estão sendo colocados para a implementação do sistema, em especial no âmbito dos municípios (GIL, 2005).

Em tese, todos os que atuam neste âmbito da Atenção primária, deveriam estar aptos para compreender e agir sobre os determinantes do processo saúde/doença, o que implicaria realizar uma síntese de saberes a serem utilizados na definição dos cuidados dos indivíduos e famílias. Entretanto, as práticas

profissionais impressas pelo modelo flexneriano não valorizam tal percepção, limitando o cuidado às práticas pontuais e curativas (GIL, 2005).

Pierantoni (2002) argumenta que as proposições para a área de recursos humanos em saúde apresentam questões mescladas por novos e antigos problemas que abrigam interesses múltiplos e diversificados, indo desde o extremo da reivindicação pela antiga isonomia salarial até o gerado pela sociedade pós-industrial. No entanto, na perspectiva da consolidação do SUS, é importante manter o foco nos avanços já obtidos, e um fato a se considerar é que ele tem possibilitado ampliar o mercado de trabalho dos profissionais de saúde num movimento crescente desde a década de 80. Nesta mesma perspectiva, Machado (2003) afirma que:

[...] esse setor saúde gera na ordem de 2 milhões de empregos diretos em saúde [...] e continua sendo, em plena era tecnológica, que se caracteriza pela redução do uso de mão-de-obra, um setor gerador de empregos [...]. Tomando os dados recentes disponíveis do IBGE, observamos (...) um crescimento da esfera municipal [...]. O setor privado reduz sua importância e passa a representar 41,3% do total dos estabelecimentos de saúde e, o setor público 58,7%, sendo que a esfera municipal representa 54,2%, configurando assim, o real processo de municipalização do sistema de saúde brasileiro.

Considerando que a saúde da família está efetivamente incorporada à atenção básica, que deixou para trás o rótulo de programa vertical e tem hoje um papel potencial de eixo norteador da organização dos sistemas municipais de saúde (haja vista que a saúde da família não foi descartada no processo de sucessão presidencial de 2002) e que sua expansão tem sido contínua, com medidas, inclusive, de ampliação específica aos municípios com mais de 100 mil habitantes, como é o caso do Projeto de Expansão da Saúde da Família (PROESF), por exemplo, é de fundamental importância o investimento nas políticas de recursos humanos voltadas às necessidades dos profissionais que atuam nas equipes (BRASIL, 2002a).

Nesta perspectiva o Ministério da Saúde lançou, em 2000, uma convocatória nacional com o objetivo de implementar a oferta de cursos de pós-graduação *lato sensu*, nas modalidades de especialização e residência multiprofissional em saúde da família, mediante incentivos financeiros repassados às universidades e escolas de saúde pública das Secretarias Estaduais de Saúde (GIL, 2005).

No Brasil, a implantação de cursos de especialização na área de saúde como estratégia de fortalecimento de políticas públicas tem sido uma prática habitualmente utilizada pelo Ministério da Saúde.

Nesta mesma linha, os cursos de Especialização e Residência Multiprofissional em saúde da família foram concebidos para dar suporte teórico-prático aos profissionais já inseridos nas equipes e oferecer, em especial, aos recém egressos dos cursos de medicina e enfermagem, uma formação mais voltada às necessidades do PSF. Outro objetivo esperado era estimular, no interior das universidades e escolas estaduais de saúde pública, a inserção deste tema nos programas de pós-graduação (BRASIL, 1999a).

5.3 Relatos de experiências em municípios do Brasil

5.3.1 Amparo – SP

“A aprovação dos NASF vem responder a uma necessidade dos municípios. Com eles será possível implementar essas ações de forma mais ampliada” (MIRANDA, 2008).

Além de aumentar a variedade de profissionais, o grande desafio é mudar a forma de atendimento. “É fazer com que esses profissionais trabalhem na lógica do território e da abordagem familiar, superando o modelo de atendimento individual”, diz. “Para isso é preciso investir no trabalho interdisciplinar das equipes.”

Para o representante da Secretaria municipal de Amparo- SP, a força do modelo curativo e individual é grande. Tem de investir na mudança da prática sanitária com a interdisciplinaridade. Uma mudança construída junto com a população, processual e cotidiana.

5.3.2 Alagoas-AL

A criação dos NASF é comemorada pelos gestores municipais como vitória de uma luta antiga. Para os pequenos municípios, a luta agora é por financiamento para que possam ter núcleos exclusivos.

“É um grande avanço, mas não achamos que seja viável o consórcio de municípios para ter um NASF na questão da integralidade. Assim que tiver financiamento disponível, queremos ampliação dessa política também para os pequenos municípios”, afirma o vice-presidente do CONASEMS, José Sival Clemente da Silva.

5.3.3 Acre-AC

O grande desafio da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco para este ano é superar o obstáculo da falta de profissionais médicos para reforçar as equipes de Saúde da Família na capital acreana.

5.4 Competências das Categorias Profissionais na Atenção Básica

O Sistema Único de Saúde vem possibilitando, através da inserção de novos profissionais, a construção de novas práticas e saberes que dê resposta ao novo modelo proposto.

No saúde da família, é necessário estabelecer condições para que esta construção se concretize, entre elas está a reformulação da cultura organizacional das equipes de saúde possibilitando a crítica ao fazer das profissões e a incorporação de novos saberes.

Art. 2º da Portaria GM/MS nº 154/08 estabelece que os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, atuem em parceria com os profissionais das Equipes Saúde da Família (ESF), compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das ESF, atuando diretamente no apoio às equipes e na unidade na qual o NASF está cadastrado (BRASIL, 2008b).

Vale ressaltar que os NASF não se constituem em porta de entrada do sistema, e devem atuar de forma integrada à rede de serviços de saúde, a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes Saúde da Família.

A equipe do núcleo prevê uma revisão da prática do encaminhamento com base nos processos de referência e contra-referência, ampliando-a para um processo de acompanhamento longitudinal de responsabilidade da equipe de Saúde da Família.

Entre as competências dos Municípios está o planejamento das ações dos NASF, entre elas estão: a criação de formulários de referência e contra-referência, educação continuada, atendimento a casos específicos, estabelecer estratégias para desenvolver parcerias com os demais setores da sociedade e envolver a comunidade local no cuidado à saúde da população, de modo a potencializar o funcionamento dos NASF (BRASIL, 2008b).

Os profissionais de cada núcleo devem identificar, em conjunto com as equipes do SF e a comunidade, as atividades, as ações e as práticas a serem adotadas com cada área coberta.

Faz parte da estratégia de atuação dos núcleos promover a saúde e a qualidade de vida, como estratégia de prevenção de doenças. Por essa razão, destaca-se a importância da atuação multiprofissional (TEMPORÃO; MAZZOLI, 2009).

São definidas, pelo Ministério da Saúde, ações de responsabilidade de todos os profissionais do NASF, a serem desenvolvidas em conjunto com as Equipes de Saúde de Saúde da Família. E ações detalhadas que competem a áreas específicas de atuação, que são divididas em: Atividade Física/ Práticas Corporais, Práticas Integrativas e Complementares, Reabilitação, Alimentação e Nutrição, Saúde Mental, Serviço Social, Saúde da Criança, Saúde da Mulher e Assistência Farmacêutica.

As categorias que não a de médico, enfermeiro e dentista, não tinham ainda uma proposta acordada, seja local ou nacionalmente, do que fazer na Atenção Primária de Saúde, enquanto modelo de atenção estruturante.

É necessário definir o que dentro das necessidades de saúde da população e do território é específico de cada categoria. Determinar “o fazer” para as outras categorias do PSF fará com que estejam no mesmo nível de inserção nos territórios que o médico e enfermeiro, possibilitando-se a reflexão e a crítica para construção do modelo ideal.

Por isso, tiveram que se reorganizar e redefinir suas competências mediante a nova situação de saúde e a nova oportunidade de atuação. Fizeram isso junto a seus conselhos, demonstrando a necessidade de suas inserções, e através de experiências de outros municípios, que mesmo antes dos NASF, já possuíam equipes multiprofissionais em suas ESF.

Entre os municípios, está Sobral - CE, que aproveitando sua experiência de mais de dois anos de atuação de equipes de PSF multiprofissionais, buscou definir o núcleo de atuação de cada categoria na equipe de saúde da família e construir suas competências para atuar no território.

5.5 O PSF e as Diversas Categorias Profissionais: Definindo um Fazer na Estratégia de Saúde da Família no município de Sobral – CE

Na II Mostra nacional de experiências bem sucedidas em saúde da família, cujo Relatório final foi consolidado pelo Departamento de Atenção Básica, do Ministério da Saúde, representantes da Secretaria municipal de Sobral-CE apresentaram as atribuições, a partir de suas experiências, como equipe multiprofissional (BRASIL, 2008c).

5.5.1 Fisioterapia

O fisioterapeuta vem adquirindo crescente importância nos serviços de Atenção Básica à Saúde. A inserção desse profissional na equipe NASF pode ser de grande relevância, sobretudo no processo de reabilitação da população atendida, faz parte da prática do fisioterapeuta as ações como:

- a) Trabalhar a promoção de saúde visando à integridade do movimento baseado na realidade das necessidades do território (violência no trânsito, patologias dos principais ciclos de vida);
- b) Prevenir os distúrbios cinéticos – funcionais em todos os ciclos da vida humana;
- c) Tratar e Reabilitar as principais alterações do movimento mais incidentes e/ou prevalentes no território;
- d) Realizar atendimento domiciliar em pessoas restritas ao leito prestando assistência fisioterapêutica e orientando os familiares quanto aos cuidados.

5.5.2 Farmácia

O profissional farmacêutico, na perspectiva do NASF, atua realizando intervenções diversas (individuais ou coletivas) para orientação quanto ao uso correto dos medicamentos, à prevenção e ao tratamento da dependência química, à utilização de plantas medicinais, à viabilização da dispensação de medicamentos de alto custo e outras ações específicas, tais como:

- a) Identificar e apoiar o uso das práticas terapêuticas populares úteis e selecionadas por sua eficácia e segurança.

- b) Proceder a levantamentos regionais das plantas usadas nas práticas caseiras de medicina popular ou tradicional e identificá-las cientificamente;
- c) Desenvolver programas locais de farmácias vivas.
- d) Problematizar a medicalização com a equipe e a população;
- e) Supervisão das farmácias locais;

5.5.3 Nutrição

O profissional de nutrição tem o importante papel de promover uma reeducação dos hábitos alimentares da população fazendo a prevenção de doenças e a promoção da qualidade de vida, através das consultas com monitoramento do estado nutricional buscando a melhoria das condições alimentares e nutricionais da comunidade. Entre suas atribuições estão:

- a) Ampliar a abordagem da suplementação alimentar, superando o assistencialismo, apontando para a Segurança Alimentar Sustentável e valorizando as experiências positivas de promoção da nutrição;
- b) Contribuir para o desenvolvimento da competência didática das equipes do PSF e do PACS em educação alimentar e no cuidado nutricional junto aos grupos de gestantes, nutrizes, hipertensos/ diabéticos e idosos;
- c) Potencializar as estruturas e capacidades existentes nas unidades de saúde e nas comunidades para promoção da nutrição.

5.5.4 Fonoaudiologia

O Fonoaudiólogo no NASF, em conjunto com os demais profissionais da equipe, buscará instituir a integralidade do cuidado físico e mental dos usuários, atuando no processo de comunicação humana. Constituem-se atribuições do Fonoaudiólogo:

- a) Ações de promoção e proteção à saúde fonoaudiológicas, dentro dos grupos operativos da unidade.
- b) Atendimento grupal as demandas específicas do núcleo da categoria, atuando em consonância com as outras profissões, especialmente para inclusão de portadores de deficiências e seqüelas.

5.5.5 Terapeuta Ocupacional

O terapeuta ocupacional desempenha papel primordial no âmbito da atenção primária, pois sua formação é constituída por elementos que o possibilita lidar com as subjetividades, com questões sociais, de reabilitação física e psíquica e com a reintegração social, e a partir disso, contribuir para a promoção, prevenção e recuperação daqueles que necessitam de cuidado, fazendo parte de suas atribuições:

- a) Desenvolver atividades de promoção a saúde dos deficientes construindo grupos terapêuticos e de abordagem a família e as comunidades para inclusão destas pessoas, visando principalmente o deficiente visual o portador de déficit cognitivo, aos deficientes motores.
- b) Apoiar e desenvolver junto a equipe para desenvolver ações de promoção e prevenção junto às crianças de risco.
- c) Estruturar ações de prevenção e promoção de saúde do trabalhador nos territórios.

5.5.6 Assistente Social

Capacitados para trabalhar com questão social nas suas mais variadas expressões, e atuarem na defesa dos direitos sociais, visando qualificar a atenção à saúde e melhorar a sua resolutividade, atuando nas ações/programas da UBS de forma interdisciplinar. Dentre suas atribuições estão:

- a) Fomentar a informação, participação e mobilização social na comunidade e na equipe visando o apoderamento destas.
- b) Valorizar a cultura local, fortalecendo os vínculos dos indivíduos com a sua comunidade.
- c) Estimular no espaço do território do saúde da família um processo de desenvolvimento local, integrado e sustentável.
- d) Possibilitar aos moradores do território acesso a serviços/ programas/ projetos/ benefícios da política de assistência social e saúde, observando os critérios de inclusão.

- e) Contribuir para que a UBS evolua de espaço de referência de doença, para centro de referência para Promoção da Saúde.

5.6 Conselhos Profissionais

Os Conselhos Profissionais também buscaram produzir documentos que explicitassem a necessidade de inserção de suas categorias na atenção básica. Vários trabalhos acadêmicos também buscam explicitar a necessidade de inserção de novos profissionais.

5.6.1 Fisioterapia

Estudos demonstram uma mudança importante no quadro de doenças com o aumento na incidência das doenças crônicas e degenerativas (CORRÊA et al., 1995).

Estas mudanças no perfil epidemiológico da população se devem, principalmente, ao aumento da expectativa média de vida da população.

Com a idade, aumenta o risco de comprometimento funcional e perda de qualidade de vida. A avaliação funcional dos idosos, com acompanhamento do profissional fisioterapeuta, torna-se essencial para estabelecer um diagnóstico, um prognóstico e um julgamento clínico adequado que subsidiarão as decisões sobre os tratamentos e cuidados necessários com o idoso (CIANCIARULLO et al., 2002).

O atendimento domiciliar é imprescindível ao trabalho de atenção primária do profissional fisioterapeuta, pois é quando se deparam com a realidade das pessoas, verificando suas atividades de vida diária, suas limitações e a partir daí proceder aos encaminhamentos e orientações pertinentes a cada caso (VIANA; CICOTOSTE, 2008).

As ações de prevenção e educação em saúde são fundamentais para propiciar a melhora da qualidade de vida da população e as intervenções fisioterapêuticas no atendimento domiciliar podem produzir um impacto positivo na relação do paciente com o meio, tanto físico quanto social (MACIEL et al., 2005).

A fisioterapia apresenta uma missão primordial, de cooperação, mediante a nova realidade de saúde que se apresenta, através da aplicação de meios

terapêuticos físicos, na prevenção, eliminação ou melhora de estados patológicos do homem, na promoção e na educação em saúde.

Neste contexto, verificamos a importância da inserção do profissional fisioterapeuta, como agente multiplicador de saúde, desenvolvendo suas atividades em interação com uma equipe multiprofissional e de forma interdisciplinar, nas Unidades Básicas de Saúde da Família.

5.6.2 Nutrição

A transição nutricional no Brasil é marcada pela dupla carga de doenças, com a convivência de doenças infecciosas e transmissíveis, desnutrição e carências nutricionais específicas e de Doença Crônicas Não-transmissíveis (DCNT) relacionadas à alimentação, tais como obesidade, hipertensão, doenças cardiovasculares, diabetes e alguns tipos de câncer, em todas as faixas de renda da população, em particular entre as famílias de menor poder socioeconômico (CFN, 2008).

Compõem ainda esse quadro de insegurança alimentar e nutricional, presente entre parcela significativa das famílias brasileiras, as infecções e as doenças transmissíveis quase sempre associadas a situações de pobreza e precariedade nas condições de alimentação e do espaço geográfico em que vivem. A eliminação da desnutrição infantil – atualmente expressa por déficits de crescimento – e das carências nutricionais por micronutrientes, como anemia e Hipovitaminose A, ainda constituem desafios para os gestores do SUS e para todos os sujeitos envolvidos na atenção à saúde (BRASIL, 2006d).

Esses problemas de saúde e nutrição implicam uma mobilização de recursos econômicos, financeiros, políticos e sociais que poderiam ser evitados a partir de ações de promoção e prevenção, reduzindo também os custos no sistema de saúde (SICHERI; NASCIMENTO, 2007).

Considerando o papel da alimentação como fator de proteção - ou de risco - para ocorrência de grande parte das doenças e das causas de morte atuais, considera-se que a inserção universal, sistemática e qualificada de ações de alimentação e nutrição na atenção primária à saúde, integrada às demais ações já

garantidas pelo SUS, poderá ter um importante impacto na saúde de pessoas, famílias e comunidades.

5.6.3 Psicologia

Constantes transformações que mobilizam o profissional da Psicologia a encontrar novos campos de inserção. O campo da saúde pública possibilita, assim, uma nova forma de atuação onde a ciência do comportamento pode contribuir através de um conhecimento diferenciado. No entanto, deve-se perceber tais contribuições em um contexto complexo e dinâmico, possibilitado mesmo pelas mudanças de práticas e paradigmas no interior da medicina preventiva (SILVA et al., 1998).

A articulação da Psicologia Social da Saúde e a ESF, sendo uma composição de saberes e fazeres, para a transformação da produção do cuidado em saúde, visando contribuir para a perspectiva da mudança, na busca de uma assistência menos tecnicista e mais humanizada.

Como proposição geral, a Psicologia Social da Saúde, ao contribuir para a superação do modelo biomédico, objetiva trabalhar dentro de um modelo mais integrado, reconhece a saúde como um fenômeno multidimensional em que interagem aspectos biológicos, psicológicos e sociais e caminha para uma compreensão mais holística do processo saúde-doença-cuidado. Dessa maneira sua inserção na ESF pode ser útil para contribuir para a transformação das práticas em saúde rumo à integralidade. (BORGES; CARDOSO, 2005).

5.6.4 Fonoaudiólogos

Junto à equipe profissional qualificada para o PSF, a Fonoaudiologia pode contribuir como ciência do conhecimento e de atividades que têm por objetivo os cuidados com a saúde da comunicação da população geral.

O Fonoaudiólogo, neste contexto, é especializado para avaliar a comunicação, realizando diagnósticos; orientações preventivas em grupos educativos para gestantes, sobre aleitamento materno e saúde bucal, por exemplo: trabalho em creches; atendimentos para a reabilitação das alterações da

comunicação, sugerindo medidas de alcance coletivo para aperfeiçoar a saúde global da comunidade assistida.

Observa-se, portanto, a importância, digo até a fundamental participação do fonoaudiólogo junto à equipe do Programa de Saúde da família, auxiliando no atendimento mais humanizado à população, segundo a proposta do programa.

5.6.5 Farmacêuticos

O Componente Básico de Assistência Farmacêutica destina-se à aquisição de medicamento e insumos de assistência farmacêutica no âmbito da atenção básica em saúde e aquelas relacionadas a agravos e programas relacionadas a agravos e programas de saúde específicos, inseridos na rede de cuidados da atenção básica.

Hoje, no Brasil, apesar de 51% dos brasileiros não terem acesso aos medicamentos, desperdiça-se, anualmente, cerca de 20% desses produtos, tanto no setor público, quanto no privado. E para os 80% dos medicamentos aproveitados, ainda existe o risco de serem mal utilizados, o que pode impedir que o paciente apresente a resposta terapêutica esperada pelo médico (ABRANTES, 2009).

O farmacêutico é uma figura indispensável à atenção básica e sua presença melhora a assistência, pois evita a medicação errônea.

No PSF, o farmacêutico assume tarefas que, devido à sua ausência no Programa, eram realizadas por médicos e enfermeiros, a exemplo do acompanhamento dos doentes crônicos (hipertensos e diabéticos) à luz da assistência farmacêutica. . Atua em todo o ciclo da assistência (seleção, aquisição, distribuição e dispensação de medicamentos).

A inserção do farmacêutico no PSF vai mudar a história do Programa e da atenção básica, vez que levará à adesão ao tratamento, ao uso racional dos medicamentos, ao barateamento dos gastos na aquisição dos produtos e à diminuição das internações hospitalares desnecessárias, dentre outros benefícios (ABRANTES, 2009).

5.6.6 Assistentes Sociais

Ao longo da história da organização do trabalho coletivo em saúde, vêm se constituindo cada vez mais uma das tarefas dos assistentes sociais no interior do processo de trabalho em saúde.

Nas unidades e equipes de atenção básica, essa atividade faz parte da coleta de informações que devem ser anotadas na ficha individual que integra o prontuário do usuário na unidade. Esse prontuário é utilizado pelo assistente social para registrar os problemas que determinaram a busca do atendimento naquele momento. Também funciona nos moldes de um atendimento individual (uma espécie de "consulta social"), na qual se registra o "diagnóstico social" e se anota os encaminhamentos / orientações realizadas.

Os assistentes sociais também elaboram questionários ou entrevistas dirigidas para cada programa (controle do diabetes, hipertensão, Crescimento e Desenvolvimento (CD), Atenção ao Idoso, programas de saúde bucal etc.). Somente nos programas de saúde mental e nos de saúde do trabalhador o profissional trabalha com entrevistas e questionários padronizados para toda equipe. Participam de levantamento sócio sanitário junto às comunidades. Essa atividade deriva diretamente do processo de reorganização, descentralização, racionalização e municipalização dos serviços (COSTA, 1998).

O objetivo dessa atividade é identificar os aspectos socioeconômicos, culturais e sanitários que interferem na capacidade dos usuários cuidarem da própria saúde, interferindo diretamente na eficácia dos programas. É utilizada também nos processos de triagem socioeconômica, para validar a inclusão/exclusão dos usuários em programas especiais.

Além dessas finalidades, essa atividade facilita a localização da família ou dos próprios usuários, nos casos de abandono de tratamento, ou para comunicação de resultados de exames que envolvam urgência no tratamento ou providências e colaboração da família na sua resolução.

A necessidade de construção do diagnóstico sobre a realidade epidemiológica, sanitária, socioeconômica e cultural da população e comunidade que fazem parte da área de abrangência das unidades, e é indispensável ao

planejamento das ações no atual processo de reorganização dos serviços (COSTA, 2000).

5.6.7 Educação Física na atenção básica

O novo paradigma de saúde, marcado pela promoção da saúde, abre um campo para atuação do Profissional de Educação Física nos serviços de saúde pública.

Os altos índices de sedentarismo, de obesidade e de doenças crônicas não transmissíveis são fatos que possibilitam ao Profissional de Educação Física uma grande oportunidade de atuar nos serviços de saúde pública.

Promover saúde envolve a incorporação de objetivos das políticas e da ação social, cabendo, também, ao profissional de Educação Física, o papel de ator fundamental no fomento à integração dessas ações mediadoras para assegurar os meios necessários à criação de ambientes favoráveis, promovendo mudanças no estilo de vida. (MIRANDA et al., 2007; LUCENA et al., 2004)

O profissional de Educação Física é um especialista em atividades físicas nas suas mais diversas manifestações, tendo como propósito prestar serviços que oportunizem o desenvolvimento da educação em saúde, contribuindo para capacitação e/ou restabelecimento fisio-corporal dos indivíduos, visando bem estar e a qualidade de vida. Este profissional “deve estar apto a desenvolver ações de prevenção, reabilitação, promoção e proteção de saúde, tanto em nível individual quanto coletivo” (CONSELHO FEDERAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA, 2002).

A atividade física regular pode contribuir muito para evitar as incapacidades associadas ao envelhecimento, seu enfoque principal deve ser na promoção da saúde, porém, para indivíduos patológicos, a prática dos exercícios orientados pode ser bem relevante para controlar a doença, evitar sua progressão e/ou reabilitar o doente (MIRANDA, 2008).

O estilo de vida ativo em adultos está associado à redução da incidência de várias doenças crônico-degenerativas e da mortalidade cardiovascular. Os mesmos autores ressaltam ainda que em crianças e adolescentes o maior nível de atividade física contribui para melhorar o perfil lipídico e metabólico, reduzindo assim, a obesidade. Promover atividade física, do ponto de vista da saúde pública, na infância e na adolescência, significa estabelecer uma base sólida para reduzir a

prevalência do sedentarismo na idade adulta, contribuindo assim, para uma melhor qualidade de vida (LAZZOLI et al., 2002).

Segundo Alcântara (2004), a atuação do Profissional de Educação Física no PSF deve fomentar e promover um estilo de vida saudável através da atividade física nas suas diferentes manifestações, constituindo-se em um meio efetivo para a construção coletiva da qualidade de vida, cujos objetivos consistem em programar e fomentar a atividade física dos grupos operativos nas unidades de saúde, visando o exercício como terapia e como estímulo à adesão ao tratamento através da auto-estima, consciência corporal, autonomia na vida e em seu processo terapêutico, bem como articular as redes sociais, incluindo o PSF no território, a fim de elaborar e programar projetos e atividades para a promoção de estilo de vida saudável.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Sistema Único de Saúde vem possibilitando, através do NASF, com inserção de novos profissionais à atenção básica, a construção de novas práticas e saberes que dê resposta ao novo modelo proposto.

Por ser um programa recente, buscou-se analisar o processo de implantação e a inserção dos profissionais nos municípios do Brasil.

Permitiu-se identificar uma série de dificuldades quanto à adesão ao Programa. É preciso pensar em uma política para inclusão dos pequenos municípios, já que um grande número desses é excluído pelas condicionalidades do Programa.

Faz parte da estratégia de atuação dos núcleos promover a saúde e a qualidade de vida, como estratégia de prevenção de doenças, superando o modelo de atendimento individual.

Havendo assim, necessidade de redefinir as competências e atuações dos profissionais nos núcleos, mediante a nova situação de saúde e a nova oportunidade de atuação. A carência de profissionais no âmbito da assistência individual e a própria formação profissional pode voltar suas ações à assistência ao doente.

Para alcançar-se a integralidade, todos os profissionais devem refletir e se conscientizar que a atenção à saúde deve ser totalizadora, humanizada, contextualizada, integral e principalmente deve ser considerada como prioridade tanto pelos profissionais de saúde como pelos gestores.

Observando a necessidade de reorientação e acompanhamento das ações dos núcleos, o presente estudo permite oferecer subsídios para o fortalecimento da proposta de implantação dos NASF's.

A realização deste trabalho pode funcionar como subsídio aos que trabalham com o objetivo de garantir a saúde de forma integral, principalmente com relação ao cumprimento do princípio norteado do sistema único de saúde, o da integralidade.

Espera-se que através do NASF, com a possibilidade de atuação de demais profissionais, possa haver uma diminuição na lacuna da assistência e da promoção de saúde, já que com a inclusão de novos saberes e práticas, a atenção tende a ser mais resolutiva.

A inserção de novos profissionais nas equipes básicas ainda não é fundamentada pela literatura, demonstrando a necessidade de trabalhos e projetos neste âmbito.

REFERÊNCIAS

- ABRANTES, A. A inserção do farmacêutico no PSF. **Correio da tarde**, Natal, 2009. Disponível em: <<http://www.correiodatarde.com.br/artigos/3093>>. Acesso em: 29 fev. 2009.
- ALCÂNTARA, F. C. Estudo Bibliográfico Sobre o Processo Histórico de Atuação do Educador Físico e da sua Inserção na Estratégia Saúde da Família do Município de Sobral-CE. 2004. Monografia (Especialização com Caráter de Residência em Saúde da Família) - Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia, Universidade Estadual Vale do Acaraú, Acaraú, 2004.
- ALVES, B. A.; GOMES, S.E.R. **Lei de Responsabilidade Fiscal comentada e anotada**. Campinas: J. H. Mizuno, 2002.
- ASSIS, A. M. O. *et al.* O Programa Saúde da Família: contribuições para uma reflexão sobre a inserção do nutricionista na equipe multidisciplinar. **Revista de Nutrição**, Campinas, v.15, n. 3, p. 255-266, set./dez .2002.
- AYRES, J. R. Normas e formação: horizontes filosóficos para práticas de avaliação no contexto da promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 583-592, 2004.
- BADUY, R. S.; OLIVEIRA, M. S. M. Pólos de formação, capacitação e educação permanente para os profissionais das equipes de Saúde da Família: reflexos a partir da prática no Pólo Paraná. **Revista Olho Mágico**, Londrina, v. 8, n.2, p.17-20, 2001.
- BARROSO, M. G. T. Saúde coletiva e promoção da saúde: sujeito e mudança. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 244-246, 2007.
- BORGES, C.C.; CARDOSO, C. L. A psicologia e a estratégia saúde da família: compondo Saberes e fazeres. **Psicologia & Sociedade**, Ribeirão Preto, v.17, n. 2, p. 26-32, maio/ago. 2005.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. São Paulo: Atlas, 1988.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Termos de referência para licitação internacional dos cursos de especialização em saúde da família**. Brasília: Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Políticas de Saúde, 1999a.
- BRASIL. Secretaria de Assistência à saúde/CAB. **Avaliação da implantação e funcionamento do Programa Saúde da Família – PSF**: Relatório preliminar, 1999b. Disponível em: <<http://www.pgov.br/psf/programa/publicações.htm>>. Acesso em: 20 jul. 2001.
- BRASIL. Lei complementar nº 101, de 4 de maio de 2000. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 5 maio 2000a. Disponível em:

<<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/leicom/2000/leicomplementar-101-4-maio-2000-351480-norma-pl.html>>. Acesso em: 17 nov. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Abrindo a porta para dona saúde entrar**: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial. Brasília, 2000b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Promoção da saúde, Declaração de Alma-Ata, Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Santafé de Bogotá, Declaração de Jacarta, Rede dos Megapaíses, Declaração do México**. Brasília, DF, 2001. 54 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto de apoio à implementação e consolidação do Programa Saúde da Família no Brasil**. Brasília: Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Políticas de Saúde, Ministério da Saúde, 2002a.

BRASIL. Secretaria de Políticas de Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde: documento para discussão**. Brasília, DF, 2002b. 41 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Saúde da Família: ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo de Atenção Básica. **Revista brasileira saúde materno infantil**, Recife, v. 3 n.1, p.113-125, jan./mar. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS1.065, de 4 de julho de 2005**. Cria os Núcleos de Atenção Integral na Saúde da Família, com a finalidade de ampliar a integralidade e a resolubilidade da Atenção à Saúde. Brasília, 2005. Disponível em: <<http://www.ministerio.saude.bvs.br>>. Acesso em: 6 dez. 2005.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **II Mostra Nacional de Produtos de Saúde da Família**: trabalhos premiados, Brasília, 2006a.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 971, de 03 de maio de 2006**. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Brasília, 2006c. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt097103052006.html>>. Acesso em: 8 set. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa nacional de demografia e saúde da criança e da mulher**: PNDS 2006 – resultados preliminares. Brasília, DF, 2006d.

BRASIL. Ministério da Saúde. **MAIS saúde**: municípios já podem organizar o NASF para atender a população. Brasília, 2008a. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/pacsauade/noticias.php>>. Acesso em: 31 jan. 2008.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio ao Saúde da Família – NASF. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, n. 18, 25 jan. 2008b. Seção 1, p. 47.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Relatório da II Mostra nacional de experiências bem sucedidas em saúde da família. **O PSF e as Diversas Categorias Profissionais: Definindo um Fazer na Estratégia de Saúde da Família**. Brasília, DF, 2008c. Disponível em:

<http://dab.saude.gov.br/docs/eventos/2a_mostra/psf_diversas_categorias_profissionais_definindo_um_fazerestrategia_saude_familia.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Gestão da Atenção Básica. **NASF**. Nota técnica revisada. Brasília, 2009.

CAMPANHOLE, A.; CAMPANHOLE, H. L. Constituições do Brasil. São Paulo: Atlas, 1989.

CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 569 – 584, 2003.

CHAGAS, L.; SECLLEN, J. Discussão sobre o marco referencial e conceitual da Atenção Básica e Saúde da Família no Brasil. In: ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Projeto de desenvolvimento de Sistema e Serviços de Saúde**. Brasília, 2003.

CIANCIARULLO, T. I. *et al.* **Saúde na família e na comunidade**. São Paulo: Robe, 2002.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 1., 1996, Ottawa. **Carta de Ottawa**. Ottawa: OPAS, 1996.

CONSELHO FEDERAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA (Brasil). **Formação Superior em Educação Física**. Brasília, 2002. Disponível em: <<http://www.confef.com.br>>. Acesso em: 15 set. 2006.

CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS (Brasil). **Papel do Nutricionista na atenção primária à saúde**. Brasília, 16 out. 2008. Disponível em: <<http://www.cfn.org.br/novosite/arquivos/OPapelDoNutricionistanaAtencaoPrimariaaSaude.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2008.

CORRÊA, A. D. *et al.* Hipertensão Arterial: Epidemiologia, fisiopatologia e complicações. **ARS CVRANDI**, Clínica médica, São Paulo, v. 28, n. 6, 1995.

COSTA, M. D. H. **Os elos invisíveis do processo de trabalho no I tico de Saúde: um estudo sobre as particularidades do trabalho dos assistentes sociais da saúde pública de Natal (RN)**. 1998. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 1998.

COSTA, N.; MENEZES, M. **A implantação da Unidade de Saúde da Família**. Brasília: Secretária de políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2000.

CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. **Promoção da Saúde: reflexões, conceitos, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

DAL POZ, M. R.; VIANA, A. L. D. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v 15, p. 225- 264, 2005. Suplemento.

DIMENSTEIN, M. D. B. 1998. **O Psicólogo no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS)**: Perfil profissional e perspectivas de atuação nas unidades básicas de saúde. Tese (Doutorado). Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1998. Disponível em <http://www.scf.unifesp.br/artigos/artigo_1_geriatria.htm> . Acesso em: 15 nov. 2007.

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA (Rio de Janeiro). Cartas. **Radis – Comunicação em Saúde**, Rio de Janeiro, n. 49, set. 2006. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/radis/49/cartas.html>>. Acesso em: 5 mar. 2009.

FLEURY-TEIXEIRA, P. et al. Autonomia como categoria central no conceito de promoção de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, p. 2115-2122, 2008.

GIL, C. R. R. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 490-498, mar./abr. 2005.

GIOVANELLA, L. *et al.* Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. **Saúde e Debate**, Rio de Janeiro, v. 26, p. 37-61, 2002.

HEIDMANN, I. T. S. B. *et al.* Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.15, n. 2, p. 352-358, abr./jun. 2006.

KATO, D. S. et al. Avaliação da importância da fisioterapia na rede primária de atenção à saúde. **Semina**, Londrina, v. 15, p. 60-63. 1994.

LACAZ, F. A. D. C. Saúde dos trabalhadores: cenário e desafios. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, p. S07-S19, 1997.

LAZZOLI, J. K. *et al.* **Atividade Física e Saúde na Infância e Adolescência**. 2002. Disponível em: <http://www.saudeemmovimeto.com.br/conteudos/conteudo_exibe1.asp>. Acesso em: 12 out. 2008.

LEITE, R. F. B.; VELOSO, T. M. G. Limites e avanços do Programa Saúde da Família de Campina Grande: um estudo a partir de representações sociais. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 18, p. 50-62, 2009.

LUCENA, D. *et al.* A Inserção da Educação Física na Estratégia Saúde da Família em Sobral / CE. **Sanare**, Sobral, ano 5, n. 1, p. 87-91, jan./mar. 2004.

- MACIEL, P. T. G. *et al.* Teoria, Prática e Realidade Social: uma perspectiva integrada para o ensino e fisioterapia. **Revista Fisioterapia em Movimento**, Curitiba, v.18, n.1, p.11-17, jan./mar. 2005.
- MACHADO, M. F. A. S. *et al.* Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 335-342, 2007.
- MACHADO, M. H. Mercado de trabalho em saúde. In: FALCÃO, A. (Org.). **Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 228.
- MACHADO, M. H. **Perfil dos médicos e enfermeiros do Programa Saúde da Família no Brasil: relatório final**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. p. 146.
- MENDES, E. V. **Um novo paradigma sanitário: a produção social da saúde**. In: _____. Uma agenda para a saúde. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 233-300.
- MIRANDA, F. M. *et al.* a inserção do profissional de educação física no programa saúde da família segundo opinião dos profissionais integrantes do programa em uma unidade básica de saúde da cidade de coronel fabriciano – MG. **Revista Digital de Educação Física**, Ipatinga, v.2, n.2, p.1-11, ago/dez. 2007.
- MIRANDA, R. D. Atividade Física e Envelhecimento, s.d. Novos Investimentos Fortalecem a Atenção Básica no Brasil. **Revista Conasems**, Brasília, ano 5, n. 27, p. 17-22, fev./mar. 2008. Disponível em <http://www.conasems.org.br/files/Revista_conasems_27.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2008.
- OLIVEIRA, D. L. A “nova” saúde pública e a promoção da saúde via educação: Entre a tradição e a inovação. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 13, n.3, p.423-431, maio/jun. 2005.
- OLIVEIRA, I. F. *et al.* O psicólogo nas unidades básicas de saúde: Formação acadêmica e prática profissional. **Interações**, Natal, v. 9, p. 71-89, jun. 2004.
- PAIN, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. Saúde Coletiva: uma nova saúde pública ou campo aberto a novos paradigmas? **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 299-316, 1998.
- PIERANTONI, C. R. Recursos humanos e gerência no SUS. In: NEGRI, B.; FARIA, R.; VIANA, A. L. D. (Org.). **Recursos humanos em saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho**. Campinas: Ed. Unicamp, 2002. p. 221-256.
- RAGASSON, C. A. P. *et al.* Atribuições do Fisioterapeuta no Programa de Saúde da Família: reflexões a partir da prática profissional. **Revista Olho Mágico**, Londrina, v. 13, n. 2, p. 1-8, 2005.
- SICHERI, R.; NASCIMENTO, S. **O custo da obesidade pra o sistema único de saúde. Perspectivas para a próxima década**. Jornadas científicas do núcleo

interdepartamental de segurança alimentar e nutricional. São Paulo: Minha Editora, 2007.

SILVA, C. S. **Percepção dos docentes de fisioterapia das universidades do sul do estado e meio-oeste de Santa Catarina sobre integralidade na atenção básica à saúde**. 2008. Dissertação (Mestrado profissionalizante em saúde e gestão) - Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí, 2008.

SILVA, L. A. V.; OLIVEIRA, R. F.; FRANCO, A. L. S. Inserção do psicólogo em programas de atenção primária à adolescência: uma experiência em Salvador-Bahia. Relato de experiência. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 11, n. 3, 1998.

SOUSA, M. F.; HAMANN, E. M. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 1, p. 1325-1335, 2009.

SOUSA, M. F. de (Org.). **Os Sinais vermelhos do PSF**. São Paulo: Hucitec, 2002.

TEIXEIRA, C. F. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 257-277, set./dez. 2003.

TEMPORÃO, J. G.; MAZZOLI, M. B. L. D. C. **Implementação do Mais Saúde: o desafio de transformar o Ministério da Saúde**. Brasília, 2009. Disponível em: <<http://consad.org.br/wp-content/uploads/2013/02/IMPLEMENTA%C3%87%C3%83O-DO-MAIS-SA%C3%9ADE-O-DESAFIO-DE-TRANSFORMAR-O-MINIST%C3%89RIO-DA-SA%C3%9ADE1.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2009.

TEXEIRA, P. F. *et al.* Autonomia como categoria central no conceito de promoção de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, p. 2115-2122, 2008.

VIANA, G. S.; CICOTOSTE, C. L. A importância da inserção do profissional fisioterapeuta no programa saúde da família (PSF): Uma revisão bibliográfica. In: SEMINÁRIO DE FISIOTERAPIA DA UNIAMERICA: INICIAÇÃO CIENTÍFICA, 2., 2008. Foz do Iguaçu. **Trabalhos**. Foz do Iguaçu: Uniamerica, 2008.