

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE HISTÓRIA, DIREITO E SERVIÇO SOCIAL

ARIANA SIQUEIRA ROSSI MARTINS

PERFIL SOCIAL DAS PESSOAS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA
ATENDIDAS NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

FRANCA
2008

ARIANA SIQUEIRA ROSSI MARTINS

PERFIL SOCIAL DAS PESSOAS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA
ATENDIDAS NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Dissertação apresentada à Faculdade de História, Direito e Serviço Social da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, como pré-requisito para obtenção do Título de Mestre em Serviço Social. Área de Concentração: Trabalho e Sociedade.

Orientadora: Prof^a Dr^a Íris Fenner Bertani.

FRANCA
2008

Martins, Arian Siqueira Rossi

Perfil social das pessoas com hipertensão arterial sistêmica
atendidas no Programa de Saúde da Família / Arian Siqueira
Rossi Martins. –Franca : UNESP, 2008

Dissertação – Mestrado – Serviço Social – Faculdade de
História, Direito e Serviço Social – UNESP.

1. Serviço Social – Saúde pública – Hipertensos. 2. Programa
de Saúde da Família – Portadores de hipertensão arterial sistê-

ARIANA SIQUEIRA ROSSI MARTINS

PERFIL SOCIAL DAS PESSOAS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA
ATENDIDAS NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Dissertação apresentada à Faculdade de História, Direito e Serviço Social da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, como pré-requisito para obtenção do Título de Mestre em Serviço Social. Área de Concentração: Trabalho e Sociedade.

BANCA EXAMINADORA

Presidente: Profª Drª Íris Fenner Bertani.

1º Examinador: _____

2º Examinador: _____

Franca, _____ de _____ de 2008.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, que deu a oportunidade de cursar o mestrado, abrindo as portas para o seguimento da carreira acadêmica. Obrigada Deus por sempre cuidar de minha vida e me ajudar a entregá-la em Tuas mãos para que a conduza, pois acredito que a Tua vontade é “[...] boa, perfeita e agradável [...]” (Bíblia Sagrada – Livro de Romanos, Capítulo 12, versículo 2).

Agradeço a minha família que sempre me apoiou em todas as decisões. À minha mãe (Maria de Lourdes Siqueira), grande amiga e companheira, que sempre está pronta para ouvir e ajudar, sempre com o colo de mãe. Ao meu pai (Wagner Rossi), que sempre foi presente neste processo de conquista.

À meu esposo (Marcelo) que acompanha e me ajuda muito. Ao longo deste processo de estudo intenso, foi compreensivo e me incentivou a perseguir aquilo que tanto sonho, o de seguir a carreira acadêmica. Tudo aqui realizado tem muito de sua contribuição. Muito obrigada e te amo demais!

Agradeço muito à professora Íris que com grande carinho e paciência orientou este trabalho, sempre com a preocupação de atingir a qualidade e consistência necessárias. Obrigada por acreditar no potencial e nas idéias defendidas, que realmente elas valiam a pena para então, chegarmos a mais um pedacinho do percurso.

Aos participantes deste trabalho, usuários do Programa de Saúde da Família de Franca, Equipes de Saúde da Família e à Secretaria Municipal de Saúde de Franca que autorizou a realização da pesquisa de campo.

Aos amigos Rutzkaya, Dr. Lucas e Fernando que auxiliaram nas correções e traduções deste trabalho. Meu muito obrigada pela ajuda e que continuemos firme nesta estrada da vida.

MARTINS, Ariana Siqueira Rossi. Perfil social das pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica atendidas no Programa de Saúde da Família. 2008. 135 f. Dissertação (Mestre em Serviço Social) – Faculdade de História, Direito e Serviço Social, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Franca, 2008.

RESUMO

A estratégia Programa Saúde da Família (PSF) tem avançado no Brasil, por meio da mudança de conceito sobre saúde e doença, metodologias empregadas que favorecem a prevenção e promoção da saúde, a facilidade de acesso, o vínculo entre equipe e comunidade e os canais de desenvolvimento de cidadania. O trabalho das Equipes de Saúde da Família (ESF) é voltado para o cuidado integral das pessoas, ou seja, a atenção à saúde desde a criança até a pessoa idosa, como também, o estudo do contexto de vida que as rege, como por exemplo, as questões de epidemiologia e saneamento básico. Uma das ações desenvolvidas pelas ESF é a atenção às pessoas portadoras de hipertensão arterial sistêmica (HAS), promovendo a prevenção secundária, aquela que evita o surgimento de agravos da doença. Esse trabalho é realizado por meio de grupos sócio-educativos, da clínica tradicional (consulta médica) e orientações dos agentes comunitários de saúde (ACS). O objetivo deste trabalho compreende em conhecer, por amostragem, o perfil da população portadora de HAS atendida nas ESF. Este objetivo partiu do contato com o modelo desenvolvido por Green (PRECEDE-PROCEED), que enfatiza a importância de um planejamento contínuo quando se pretende implantar um programa ou atividade de atendimento em serviços de saúde. O que se questiona na proposta do levantamento do perfil, é se de fato as ESF conhecem sua população, e, se os trabalhos desenvolvidos são direcionados para as necessidades das demandas. Talvez esta falta de conhecimento possa explicar a dificuldade de algumas equipes na adesão de seus usuários ao tratamento adequado e contínuo. Diante disto, foi elaborado um questionário com itens como os fatores sócio-demográficos, a composição familiar, situação de trabalho, ambiente residencial, tipo de acesso aos serviços de saúde, entre outros. Os sujeitos escolhidos da pesquisa foram pessoas portadoras de HAS atendidas e acompanhadas pelas ESF de Franca e que concordaram em participar por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Acreditamos que o conhecimento do perfil desta população, assim como de outras demandas também atendidas pelas ESF, é fundamental quando se propõe uma política de atendimento à saúde. Por isso, que entendemos que o assistente social tem muito a contribuir neste Programa, por meio de seus instrumentais como a própria visita domiciliar, o levantamento de indicadores para o conhecimento sócio-econômico da população usuária do PSF e a contribuição na elaboração de estratégias de intervenção.

Palavras-chave: Programa de Saúde da Família. Hipertensão. Perfil de saúde. Acesso aos serviços de saúde.

MARTINS, Ariana Siqueira Rossi. Social profile of persons with Sistemic Arterial Hypertension participating into the Family Health Program. 2008. 135 f. Dissertation (Master in Social Work) – Faculdade de História, Direito e Serviço Social, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Franca, 2008.

ABSTRACT

The strategy of Family Health Program (FHP) has advanced in Brazil, through the change of concept on health and disease, methodologies employed to support the health prevention and promotion, the easiness of access, the link between the staff and the community and the channels for citizenship development. The work of the Family Health Staff (FHS) is dedicated to the entirely people care, that is, the health care from the childhood to the elderly, and also, the research of the life context that reign them, for example, issues of epidemiology and sanitation. One of the activities developed by the FHS is the attention to people with hypertension (SAH), promoting the secondary prevention, which avoids the appearance of disease worsening. This work is accomplished by means of socio-educational groups, the traditional clinical (medical consultation) and information from community health agents (CHA). The objective of this paper comprehends in knowing, by sampling, the profile of the population which suffering from HAS attended in the FHP. This goal arose from the contact with the Green's model (PRECEDE-PROCEED), which emphasizes the importance of a continuous planning when you set forth a program or activity of care in the health service. What is questioned in this proposal is weather the FHS knows its population, and if the work is targeted to the needs of the demands. Maybe this lack in knowledge can explain the some team difficulty in having its users adhered to the appropriate and continuous treatment. So, it was elaborated a questionnaire was prepared with items such as socio-demographic factors, family composition, job situation, residential environment, access to health services, among others. The subjects were chosen in the survey were people suffering SAH attended and followed by the FHS from Franca, who agreed to participate through the Term of Free and Informed Consent (TFIC). We believe that this population profile knowledge as well as other demands also attended by the FHS, is essential when a policy of the health care is proposed. So, we understand that the social assistant has much to contribute in this program through his/her tools, such as the home visits themselves, the survey of socio-economic indicators of the FHP user population and also his/her contribution in the preparation of interventional strategies.

Keywords: Family Health Program. Hypertension. Health profile. Health services accessibility.

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida)
ALAES	Associação Latino-Americana e do Caribe de Educação
AVC	Acidente Vascular Cerebral
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CAPs	Caixa de Aposentadorias e Pensões
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DF	Distrito Federal
DSTs	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ESF	Equipe de Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
FAPEC	Fundo de Aperfeiçoamento e Pesquisa em Cardiologia
FUNCOR	Fundo de Aperfeiçoamento e Pesquisa em Cardiologia
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IAPAS	Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social
IAPs	Institutos de Aposentadorias e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICC	Insuficiência Cardíaca Congestiva
ICV	Índice de Condição de Vida
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IDH-M	Índice de Desenvolvimento Humano do Município
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
LOS	Lei Orgânica da Saúde

NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
NOB-RH	Norma Operacional Básica de Recursos Humanos
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PA	Pressão Alta
PAB	Piso de Atenção Básica
PACS	Programa de Agente Comunitário de Saúde
PAD	Pressão arterial distólica
PAS	Pressão arterial sistólica
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PRECEDE	Predisposing, Reinforcing and Enabling Causes in Educational Diagnosis and Evaluation (Causas que Predispõem, Reforçam e Possibilitam o Comportamento com vistas ao Diagnóstico Educativo e Avaliação)
PROCEED	Policy, Regulatory and Organizational Constructs in Educational and Environmental Development (Fatores Político, Regulador, Organizacional no Desenvolvimento Educacional e Ambiental)
PSF	Programa de Saúde da Família
SBC	Sociedade Brasileira de Cardiologia
SESPA	Secretaria Executiva de Saúde Pública do Pará
SF	Saúde da Família
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SILOS	Sistemas Locais de Saúde
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UERJ	Universidade Estadual do Rio de Janeiro

UFPB	Universidade Federal de Paraíba
UNICEF	United Nations International Children's Emergency Fund (Fundo das Nações Unidas para a Infância)

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Tendências do Índice de Desenvolvimento Humano no Brasil.	70
Gráfico 2	Tendências de Longo-Prazo no IDH do Brasil.	71
Gráfico 3	IDH-M Brasileiro.	71
Gráfico 4	IDH de Franca (1991-2000).	73
Gráfico 5	Sexos femininos e masculinos entre as ESF de Franca.	96
Gráfico 6	Distribuição da faixa etária.	97
Gráfico 7	Frequência escolar	98
Gráfico 8	Distribuição de cor	99
Gráfico 9	Estado conjugal	101
Gráfico 10	Quantidade de pessoas que reside	102
Gráfico 11	Grau de parentesco	103
Gráfico 12	Quem trabalha na família	103
Gráfico 13	Tipo de ocupação	105
Gráfico 14	Situação de trabalho	106
Gráfico 15	Renda familiar	107
Gráfico 16	Dificuldade de locomoção	108
Gráfico 17	Acesso à medicação	109
Gráfico 18	Custo com medicação	110
Gráfico 19	Conceito sobre as ESF	110

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Escala de classificação para o IDH-M.	72
Quadro 2	Franca no Ranking dos municípios paulistas em 1991.	72

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição de usuários por unidade.	92
Tabela 2	Pessoas com HAS em Franca entre os 0 aos 14 anos.	92
Tabela 3	Pessoas com HAS em Franca acima dos 15 anos	92
Tabela 4	Escolaridade x Renda	98

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Modelo PRECEDE - PROCEED	85
Figura 2	Perfil e localização das ESF em Franca	95

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	15
CAPÍTULO 1 O PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DO SUS E DO PSF	20
1.1 Do SUS ao PSF	21
1.1.1 <i>Iniciativas e implantação do PSF</i>	30
1.1.2 <i>Família e comunidade: o lócus de abordagem do PSF</i>	37
CAPÍTULO 2 O SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE PÚBLICA	45
2.1 Inserção do assistente social na área da saúde	46
2.2 Atenção Básica (e não mínima) de Saúde	51
2.3 Serviço Social nas ESF: ampliação da visão	56
CAPÍTULO 3 HAS: UMA QUESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA	59
3.1 O que é hipertensão arterial?	61
3.2 Aspectos históricos sobre a Hipertensão	62
3.2.1 <i>Tratamento não farmacológico</i>	65
3.2.2 <i>Tratamento farmacológico</i>	66
As 3.3 HAS e os indicadores de saúde	68
3.4 HAS, Serviço Social e classe social	74
CAPÍTULO 4 METODOLOGIA PARA TRAÇAR O PERFIL SOCIAL DAS PESSOAS COM HAS NAS UNIDADES DE PSF EM FRANCA	80
CAPÍTULO 5 PESQUISA DE CAMPO	91
5.1 Perfil social dos entrevistados	96
5.1.1 <i>Sexo</i>	96
5.1.2 <i>Faixa etária</i>	96
5.1.3 <i>Escolaridade</i>	97
5.1.4 <i>Cor</i>	99
5.1.5 <i>Estado conjugal</i>	100
5.1.6 <i>Composição familiar</i>	101
5.1.7 <i>Tipo de ocupação</i>	104
5.1.8 <i>Influência do tipo de ocupação na saúde</i>	105
5.1.9 <i>Situação de trabalho</i>	106
5.1.10 <i>Renda</i>	106
5.1.11 <i>Meio de locomoção</i>	107
5.1.12 <i>Dificuldade na locomoção</i>	108

5.1.13 Tempo e tipo de tratamento da HAS	108
5.1.14 Acesso à medicação	109
5.1.15 Palavras que representam o sentimento dos usuários em relação ao PSF	110
5.2 Discussão dos dados	111
CONSIDERAÇÕES FINAIS	113
REFERÊNCIAS	117
APÊNDICES	124
Apêndice A - Autorização da Secretaria Municipal de Saúde para a pesquisa de campo	125
Apêndice B - Modelo TCLE	126
Apêndice C - Questionário da entrevista	127
ANEXOS	129
Anexo A – Portaria 399/GM – Pacto pela Saúde 2006	130
Anexo B – Portaria 154/GM – Núcleos de Apoio à Saúde da Família	131

INTRODUÇÃO

As décadas de 1980 e 1990 foram anos que trouxeram mudanças nas formas de pensar, estruturar, desenvolver e produzir os serviços de saúde pública no Brasil. Antes deste período, se entendia por saúde como sendo apenas ausência de doenças, além do enfoque na prática médica hospitalocêntrica e curativa, passou a ser compreendida como uma questão mais ampla e com enfoque preventivo e co-participativo.

Os fatores determinantes da condição de saúde dos brasileiros, apresentados na Constituição de 1988, marcaram esta mudança de paradigmas, pois, itens como renda, habitação, alimentação, transporte, lazer, cultura, educação, meio-ambiente, saneamento básico, entre outros, passaram a ser considerados nas estatísticas e projetos de ação no âmbito da saúde pública.

O Sistema Único da Saúde (SUS), instituído em 1990, inaugurou um novo sistema de ação da política de saúde pública no Brasil. A saúde outrora privada e de difícil acesso, passa a ser um direito universal, de responsabilidade do Estado e medida não contributiva. Tal mudança somente foi possível devido à participação da sociedade, marcando a história com o movimento denominado de Reforma Sanitária.

Neste contexto a atenção integral foi um outro ponto a ser introduzido na nova forma de pensar sobre saúde-doença, o atendimento desde a criança até a pessoa idosa, em todos os níveis de serviço, fizeram parte de uma visão holística e sistêmica do ser humano, como também da sociedade que o insere.

Conforme a Constituição de 1988, em seu artigo 198, o atendimento integral refere-se a “[...] prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” (BRASIL, 1988).

Os trabalhos preventivos desenvolvidos pelos serviços de saúde têm se voltado a três níveis de ações: o nível primário, secundário e terciário.

Uma prevenção no nível primário ou básico se detém em ações que evitem o desenvolvimento ou agravos da doença na população, podendo ser realizadas atividades que chamem a atenção dos indivíduos e organizações para hábitos saudáveis e para uma vida social, econômica, psíquica e cultural digna para o pleno desenvolvimento do ser humano. Dentro da visão dos serviços na rede pública se encontram as UBSs e PSFs.

A prevenção secundária se resume em ações que visam a identificação dos fatores de riscos e tentativas de impedir os meios de vida que agriam ainda mais o organismo e estado de saúde da pessoa. Neste ramo são os hospitais especializados que prestam serviços do tipo prevenção secundária, como por exemplo, os de atendimento ao câncer.

E, por fim, o nível terciário de prevenção, composto por ações que reduzem a incapacidade, ou seja, que permitam a reintegração do indivíduo na sociedade. Em outras palavras, são basicamente os trabalhos de reabilitação dos indivíduos que já sofreram algum tipo de agravamento da doença e agora necessitam se recuperar para obter uma vida normal e evitar que corram outros ou repetições dos mesmos riscos. Este nível é compreendido pelos hospitais de grande porte, com alta tecnologia, sendo exemplos os Hospitais de Clínicas (HC).

Foi pensando em formas de efetivar a política de saúde do SUS e promover toda a mudança adquirida nestes anos, que no final da década de 90 foi implantado o Programa de Saúde da Família (PSF) como estratégia principal para a reformulação da atenção básica (de nível primário) de saúde prestada.

Dentre as atividades desenvolvidas com e para a população atendida há grupos direcionados para pessoas com diabetes e hipertensão, grupos de gestantes e grupos de adolescentes. Estas atividades são formas de focar o cuidado tanto para as pessoas que já têm a doença e queiram evitar agravos, como também a aquelas que queiram prevenir sua instalação.

O fato de estar em grupo facilita a comunicação e identificação dos sujeitos com outras pessoas que enfrentam problemas semelhantes.

As doenças crônico-degenerativas representam hoje, um importante problema de saúde da população adulta, assumindo um papel de destaque na condição saúde-doença da população.

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) ou como é mais conhecida “pressão alta” é uma doença que ataca os vasos, coração, cérebro, olhos e pode causar paralisção dos rins. A maioria dos casos ainda não tem cura, mas com um tratamento contínuo, quando realizado adequadamente, a pessoa pode obter uma vida sem maiores complicações de saúde.

A HAS pode ocorrer em qualquer idade, sendo mais comum em adultos e idosos. Além disso, apresenta maior incidência em pessoas negras, em homens até os 50 anos de idade, em mulheres após os 50 anos e em casos de herança genética.

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no censo de 2003, a população brasileira foi estimada em 176 milhões de habitantes, sendo constatado, por meio de pesquisa domiciliar, que aproximadamente 29,9% da população brasileira reportou ser portadora de pelo menos uma doença crônica. Esta proporção tende a aumentar com a idade, sendo maior em mulheres (33,9%) que nos homens (25,7%).

Segundo o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), no ano de 2000, destacaram-se dentre as doenças crônico-degenerativas as doenças cardiovasculares, como as principais causas de mortalidade do Brasil, correspondendo a 27% , sendo o equivalente a 255.585 mortes.

Neste cenário a HAS se destaca como importante fator de risco para a morbi-mortalidade cardiovascular, segundo a Secretaria de Políticas Públicas do Ministério da Saúde em 2001. Lessa (2001) destaca que a HAS é a morbidez mais comum na população adulta e freqüente nos serviços de emergência.

Segundo a Norma Operacional de Assistência a Saúde (NOAS), em 2001 foram estabelecidas algumas definições de responsabilidades e ações estratégicas mínimas que todos os municípios brasileiros deveriam desenvolver. Um exemplo do exercício dessa responsabilidade é o trabalho desenvolvido pela Secretaria Executiva de Saúde Pública do Pará (SESPA), a qual considera a estratégia do Programa de Saúde da Família (PSF) em expansão e, cada vez mais, consolidando como eixo estruturante para a organização da atenção básica à saúde, e dentre os aspectos abrangidos em sua organização está o controle da hipertensão.

O PSF como uma estratégia de reorganização da atenção básica à saúde, está centralizado na promoção da qualidade de vida de seus usuários, principalmente no âmbito da prevenção.

Algumas das atribuições do PSF são caracterizadas como:

- conhecer a realidade das famílias (sócio-econômica, psico-cultural, demográfica e epidemiológica);
- identificar os problemas de saúde mais comuns e situações de riscos ao qual a população está exposta;
- resolver a maior parte dos problemas de saúde e quando não for possível, garantir a continuidade do tratamento;
- prestar assistência integral promovendo a saúde através da educação sanitária;
- desenvolver processos educativos através dos grupos voltados a recuperação da auto-estima e melhoria de auto-cuidado.

Quando se pretende desenvolver ações educativas em saúde é incontestável a necessidade de planejamento, ou seja, conhecer as necessidades da demanda para então adotar práticas ou comportamentos que promovam a melhoria de sua qualidade de vida.

Para Green e Kreuter (1991), toda atividade educativa envolve diagnóstico e planejamento, sendo primordial a participação voluntária do indivíduo na determinação das próprias práticas de saúde a serem adotadas, pois os aspectos comportamentais do indivíduo são fundamentais para atingir mudanças da situação de saúde e doença.

A identificação dos fatores que *predispõem*, *possibilitam* e *reforçam* o comportamento são fundamentais para que as intervenções sejam eficazes, para que tenham impacto sobre o quadro da HAS já instalada ou que se previna sua instalação para que não aumente o número de pessoas vulneráveis a ela.

Neste estudo, nos remeteremos especificamente aos *fatores que possibilitam*, ou seja, a adoção de práticas sócio-educativas e fornecimento/ acesso aos recursos necessários para sua estabilidade do quadro de saúde.

Os *fatores que possibilitam* corresponde, então, aos recursos materiais, humanos e sociais que facilitam a realização de uma ação por indivíduos ou

organizações; incluem a disponibilidade e possibilidade de acesso aos serviços de saúde e habilidades da equipe de saúde para desenvolver ações educativas.

O conhecimento do perfil social das pessoas com HAS e o tipo de acesso aos serviços de saúde, ajudam a identificar os *fatores que possibilitam* para daí se planejar práticas educativas em saúde. Nessa fase de identificação o levantamento ou construção da rede de apoio ou convívio social, poderá otimizar a adesão ao tratamento e conseqüentemente, melhorar o impacto da HAS no cotidiano dessas pessoas.

Para tanto, dividimos cada um destes pontos de discussão de forma que possibilitasse discorrer do processo de implantação do SUS, passando pela implantação e desenvolvimento do PSF até à contribuição do serviço social nas Equipes de Saúde da Família (ESF).

No primeiro capítulo abordaremos o processo de implantação do SUS e do PSF no Brasil, como também os métodos de ação comunitária para não só a mudança do quadro de saúde-doença, mas do ser humano como agente de sua história, que se tem a co-participação ou co-gestão como parte importante de todo o processo. Daí a mudança de paradigma, o foco na saúde integral do homem.

A discussão sobre a introdução do assistente social, como profissional da área da saúde, e suas contribuições nas ESF é a que abordaremos no segundo capítulo. Neste, a introdução do assistente social na área da saúde até chegar a inclusão nas ESF por meio dos Núcleos de Apoio ao Saúde da Família no ano de 2008, fortalece o campo de atuação profissional como também, a contribuição deste profissional em como auxiliar na garantia do acesso ao básico para uma qualidade de vida.

A HAS vista não somente como ausência de doenças no indivíduo, mas como a junção de fatores preponderantes para sua prevenção de sua instalação e/ou agravos é o destaque do terceiro capítulo. Neste ainda apresentamos os aspectos históricos da HAS que comporão esta seqüência conceitual e tipos de tratamento da doença.

No quarto capítulo aprofundaremos sobre o referencial teórico e metodológico, que foi baseado nas obras de Green, que apontam para uma

visão holística no atendimento dos serviços de saúde e a importância do planejamento para o desenvolvimento das atividades voltadas para os grupos.

E no quinto capítulo, apresentamos a análise dos dados recolhidos na pesquisa de campo, que por meio de entrevista com questionário semi-estruturado e autorização assinada pelo usuário da Equipe de Saúde da Família (ESF) por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Esperamos que este trabalho contribua como subsídio para o aprimoramento das atividades de saúde já realizadas às pessoas portadoras de HAS nas equipes do PSF, como a reflexão e destaque de uma oportunidade que se abre à categoria profissional.

CAPÍTULO 1 O PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DO SUS E DO PSF

1.1 Do SUS ao PSF

O processo de mudança do conceito saúde-doença no Brasil transformou a forma de funcionamento, atendimento, abordagem e acompanhamento dos serviços de saúde. O que em meados dos anos 1970 apresentava-se como a simples ausência de doenças, com uma assistência fragmentada e de pouca consideração do contexto social, obteve-se, por meio de tensões sociais, provocadas pelas novas forças políticas e a aquisição de técnicas produtivas, um conceito mais amplo constituído por um conjunto de fatores, os quais determinam as condições e níveis de saúde da população.

Nesta mesma época, nos Estados Unidos da América (EUA), começou a surgir os primeiros questionamentos sobre os sistemas de saúde, o que permitiu refletir sobre novas formas de atendimento. Uma dessas formas foi a de articular quatro dimensões da saúde: biologia humana, estilos de vida, meio ambiente e serviços de saúde. Os estilos de vida e meio ambiente, antes desconsiderados, passaram a ser fatores importantes no processo de saúde-doença, permitindo que o atendimento médico e os serviços de saúde ampliassem sua ação.

Na América Latina a concepção de saúde se constituía como forma de controle, ou seja, nos sentidos de vigiar, combater e erradicar. Esta prática voltava-se mais às doenças infecciosas e parasitárias, utilizando-se de técnicas de controle de vetores, saneamento ambiental e educação sanitária das populações. Esta prática ainda não incorporava um viés educativo de fato, mas, sim, de repressão, combate e culpabilização do sujeito.

O conceito norte americano chegou à América Latina, introduzindo os novos modelos assistenciais, se fortalecendo entre os anos 1980 com a Conferência da Associação Latino-Americana e do Caribe de Educação (ALAES) em Saúde Pública, realizada no México em 1987.

Nos documentos desenvolvidos por estes encontros, buscou-se evidenciar as relações entre condições de vida e trabalho com a situação de saúde. Tal temática desencadeou uma reflexão coletiva em torno do modelo oferecido de prestação de serviços de saúde, sendo promovidas reuniões com temas específicos, como por exemplo: Prevenção de Enfermidades (fevereiro de 1990), Promoção da Saúde (julho de 1990) e Recuperação (setembro de 1990).

No Brasil, a assistência à saúde integrava o conceito norte-americano com o latino, considerando seus usuários como clientes, em que somente tinham o direito aos serviços de saúde, aqueles que contribuíam para a Previdência Social, ou seja, o atendimento da saúde era prestado somente àqueles que pagavam por ela, ficando para os não contribuintes os serviços das Santas Casas que constituíam por um viés de atendimento filantrópico e de caridade.

Em 1923 foram instituídas as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs), como iniciativa do poder central, as quais eram formadas por empresas, com a função de prestar benefícios aos seus contribuintes, como pensões, aposentadorias e assistência médica a seus filiados e dependentes.

Com a promulgação da Lei Eloy Chaves, também em 1923, as CAPs foram regulamentadas, o que abrangia os benefícios para outros grupos de assalariados, principalmente os ferroviários e marítimos, pois estes eram considerados os que equilibravam a economia brasileira, pelo contexto histórico de expansão deste ramo de atividades econômica no país.

No fim da década de 1920, as CAPs foram unificadas e substituídas pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), que ampliou ainda mais a extensão dos benefícios à população. Em 1930 foi criado o Ministério de Educação e Saúde, separando-se somente em 1953, com a criação do Ministério da Saúde podendo aprimorar a área da pesquisa e formação de recursos humanos.

No fim da década de 1940 trabalhadores lutaram para a transformação dos IAPs em instrumento de controle da Previdência Social. Foi nesta mesma época, que o Governo Federal passou a combater as endemias com campanhas de vacinação e controle epidemiológico.

Mudanças significativas na vida política da nação foram se refletindo nas abordagens à questão da saúde. A ideologia desenvolvimentista e nacionalista tomou grande força no governo de Juscelino Kubitschek, com a campanha “cinquenta anos em cinco”, na década de 1960. Neste mesmo período foi criada a Lei Orgânica da Previdência Social propondo a universalização dos benefícios prestados pelos IAPs.

Nesta época foram movidos grandes empreendimentos, como as usinas hidrelétricas e abertura de estradas a fim de atrair o capital estrangeiro e desenvolver o setor industrial. Todo este aparato implantado sem uma preparação da infra-estrutura necessária, provocou um fenômeno de grande decadência no quadro de saúde da população brasileira. A saída de trabalhadores sem preparo profissional da área rural para os centros urbanos, atraídos pela possibilidade de emprego e renda nas nossas indústrias, formou um verdadeiro aglomerado de pessoas sem condições adequadas para viver, surgindo principalmente as epidemias e doenças venéreas.

Nesta situação de inchaço do meio urbano, surgiram campanhas de vacinação e a instalação de outros tipos de unidades de serviços de saúde a fim de dar assistência a esta população migrante que se tornou marginalizada.

[...] porque as cidades não estão preparadas para receber a numerosa população proveniente do êxodo rural. Sem transportes e saneamento básico adequados, energia elétrica suficiente, escolas, assistência médica e outros serviços públicos em condições de atendimento da crescente demanda, as cidades incham-se e desumanizam-se. Assim, grande parte da população urbana vive marginalizada em favelas ou bolsões de miséria, em condições de vida subumanas (PINHO, 1988, p.23).

A ditadura, revigorada no Brasil no ano de 1964, porém agora com o militarismo, apresentou caráter ainda mais repressor. A política de saúde centralizou os serviços médicos no setor privados, onde as ações de educação à saúde não tinham espaço.

Com a posse de Costa e Silva (Ministro do Exército) a presidência de 1967, foi fortalecido o modelo ditatorial de governo com práticas de torturas, censuras, suspensão de direitos políticos e de repressão à liberdade de expressão. Costa e Silva formulou uma nova Constituição Federal, a qual unificou os IAPs, centralizando a organização previdenciária no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), consolidando o modelo médico assistencial privatista.

Em 13 de agosto de 1968 houve uma reestruturação do decreto nº 50.192, passando a contar com a “participação de empresas particulares, especializadas em planejamento, que se encarregavam de diferentes projetos [...] referentes ao descongestionamento da cúpula da pasta (Projeto GERA 37/67) [...]” (IYDA, 1994, p.117).

Este decreto passou a instituir quatro coordenadorias de assistência à saúde: Saúde da Comunidade, Assistência Hospitalar, Saúde Mental e Serviços Técnicos Especializados. Estabeleceu ainda, as atividades de Saúde Pública, as quais eram desenvolvidas em unidades regionais (Divisão de Saúde), sub-regionais (Distritos Sanitários) e locais (Unidades Sanitárias). Os Distritos Sanitários se caracterizaram por unidades básicas da organização, sendo classificadas pelo número de população abrangida. O decreto abrangia para os serviços de saúde a atenção para o saneamento básico e meio-ambiente, o atendimento médico, a imunização e visita sanitária, reforçando o controle sobre a população.

Neste período a Atenção Básica/Primária à saúde no Brasil teve como fundamento a iniciativa de

[...] órgãos do governo norte-americano preocupados com a continuidade de sua dominação econômica nos países subdesenvolvidos como também entidades representativas dos movimentos populares e partidos de esquerda lutando pela expansão deste modelo de organização de assistência à saúde (VASCONCELOS, 1997, p.21).

Em 1968 houve uma expansão das escolas médicas integrando a concepção internacional de Atenção Básica em Saúde, sendo inaugurado um novo critério da classe médica, um conhecimento científico amplo, possibilitando que os médicos sanitaristas trabalhassem com a educação popular em saúde.

Segundo Vasconcelos (1997, p. 146), a participação de profissionais nas experiências da educação popular, a partir dos anos 1970, possibilitou ao atendimento “uma cultura de relação com as classes populares que representou uma ruptura com a tradição autoritária e normatizadora da educação em saúde”.

O Relatório Lalonde, em 1974, a Conferência da Organização Mundial da Saúde (OMS) em Alma Ata, em 1978 e as conferências internacionais de promoção da saúde evidenciavam a importância da avaliação dos fatores como o estilo de vida e hábitos alimentares na produção da saúde-doença.

Entre 1976 e 1978 foi apresentada, na 3ª Reunião Especial de Ministros da Saúde das Américas, uma proposta de montar “estratégias de atenção primária” e participação comunitária, o que provocou a expansão da formação dos médicos sanitaristas.

No ano de 1976 o Posto de Atendimento Sanitário foi restabelecido pelo decreto de n. 8.648, passando a atuar como extensão do Centro de Saúde. Assim, famílias que residiam em locais distantes dos serviços de saúde podiam ter um tipo de atendimento mais próximo.

Em 1977 foi criado o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social separando os benefícios da assistência médica, passando esta última para o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), o qual movimentou o atendimento por uma forma clientelista, pois ainda somente eram atendidos os que contribuíam. Contudo, foi com este modelo, que a assistência médica começou a ganhar maior atenção. E os benefícios passaram para o Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (IAPAS).

Em 1978 foi fundado o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, com a responsabilidade de formular alternativas à política de saúde, principalmente no que se referia à democratização do setor.

Em 1979 aconteceu o 1º Simpósio Nacional de Políticas de Saúde, onde foram levantadas as condições para a construção da Reforma Sanitária brasileira, tendo como princípio:

[...] uma crítica à concepção de saúde restrita à dimensão biológica e individual, bem como a afirmação da relação entre organização social, organização dos serviços de saúde e prática médica, tendo como fundamento a determinação social da doença para se pensar o processo de trabalho em saúde (VASCONCELOS, 2002, p.76).

Neste movimento estiveram presentes os técnicos do Ministério da Saúde com propostas de reorientação do sistema através da descentralização do poder, o fortalecimento do poder público, a prioridade para atividades preventivas, a universalização do atendimento e a participação da comunidade.

As primeiras expressões deste movimento fizeram surgir o Prev-Saúde com o objetivo de descentralizar o sistema via mecanismos da Organização Panamericana de Saúde (OPAS), demonstrando preocupação com a atenção primária e a saúde comunitária. Porém, com muitos impasses, o Prev-Saúde não adquiriu efetividade, sendo criado o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária, em 1981, com a elaboração de uma proposta para a criação de subsistemas privados.

No início da década de 1980, o Brasil passa por uma nova crise econômica, findando o período militar, e visando novos cortes na assistência médica. Nesse período foram criadas as Autorizações de Internação Hospitalar, como forma de controle sobre o setor privado, institucionalizando um novo padrão de relação entre a Previdência Social e os setores públicos de saúde estadual e municipal.

Neste período todos os segmentos da população se organizaram e debateram sobre a necessidade de descentralização dos serviços de saúde, pressupondo que o Estado seria o responsável pelos serviços de saúde de toda a população.

Esta ação começou a ganhar força principalmente durante o Governo do General Figueiredo, que com a participação da sociedade civil, pela primeira vez, houve um evento que colocasse em pauta este tema.

Foi na VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, que se abordou o tema “Saúde, direito de todos e dever do Estado”, discutindo a situação de saúde no Brasil. Este debate desencadeou na Reforma Sanitária, que teve como propósito mudar o modelo de assistência à saúde vigente, propondo uma política de caráter universalista (direito de todos) e não contributiva (dever do Estado).

O primeiro passo para esta mudança foi a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), em 1987, através do decreto 94.657 de 20 de julho de 1987. Seu propósito era de democratizar o atendimento a saúde, funcionando com convênios realizados entre Estado e Secretarias Estaduais, Municipais de Saúde.

O Sistema Único de Saúde (SUS), instituído posteriormente, organizou todo o sistema de atendimento, de financiamento, de hierarquia e dos níveis de atuação. Dentre os princípios e diretrizes do SUS encontram-se a universalidade, integralidade, igualdade, descentralização, participação da comunidade, regionalização e hierarquização.

Dentre os níveis de atenção integram-se a Atenção Básica, denominada de nível primário e considerada a porta de entrada dos usuários. Neste constituem-se as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Equipes de Saúde da Família (ESF). No nível secundário, são os constituídos os serviços de saúde especializados, como Hospitais do Coração e Câncer. Já o nível terciário, compõe-se dos hospitais de grande porte e de atendimento aos casos de alta complexidade, como são os Hospitais de Clínicas.

Ao SUS coube a execução de ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador; promover a descentralização para os municípios referentes aos serviços e ações de saúde; atividades preventivas, entre outras.

Foi em 1988, com a nova Constituição, que a saúde assumiu um papel universal e igualitário na sociedade brasileira, conforme preconizou a Lei em seu artigo 196:

Saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988)

A Lei no seu art.165 compõe descentralização a partir de três orçamentos: fiscal, empresas estatais e a Seguridade Social, definindo esta prática como a redistribuição de poder, reformulação de práticas e controle social.

A Constituição também previa a elaboração da Lei Orgânica da Saúde (LOS) como o conjunto de duas leis editadas - Lei 8.080/90 (BRASIL, 1990a) e Lei 8.142/90 (BRASIL, 1990b) a fim de organizar o funcionamento das mesmas. Estas Leis juntas formam parte da Seguridade Social, que ao lado da Previdência e Assistência Social, a Saúde constituem no tripé das políticas econômicas e sociais.

A LOS esclareceu o papel das três instâncias de governo—federal, estadual e municipal, como também o reconhecimento do direito de se obter um meio ambiente saudável e equilibrado, além de outros fatores como se refere no artigo 3º:

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País (BRASIL, 1990a, art. 3º).

Através da LOS estabelecem-se duas formas de participação da comunidade: as Conferências e os Conselhos de Saúde. Os Conselhos como instância municipal, acabam sendo o espaço mais próximo para a participação contínua da população nas políticas de saúde. A Lei de nº 8.142/90 explica a forma de atuação dos Conselhos:

O Conselho de Saúde em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo (BRASIL, 1990b).

Tanto os Conselhos como as Conferências são paritários, ou seja, os usuários têm direito a 50% dos representantes na composição do colegiado.

As Conferências possuem, nas três esferas de governo, um caráter consultivo, capaz de avaliar e propor diretrizes de políticas de saúde.

Os Conselhos passaram a organizar um espaço não somente para as formalidades políticas, mas principalmente para o exercício do controle social, em que a realidade sobre a saúde pode ser repassada e como órgão deliberativo o Conselho pode divulgar e exigir medidas para melhor atender aos usuários dos serviços públicos de saúde.

Nas reuniões dos Conselhos, temas como orçamento da saúde, relação com o setor privado, organização dos serviços, política de recursos humanos, epidemiologia, saneamento básico, vigilância sanitária e outros, são discutidos e enviados para as Secretarias, as quais são responsáveis pelo encaminhamento de verbas e medidas para o melhor andamento da política. Estas reuniões acabam sendo espaços “marcados por uma nova forma de diálogo entre a sociedade civil e Estado” (MARTINS, 2000, p. 20).

A presença dos Conselhos Locais de Saúde, no território das ESF, abre espaços para a discussão das necessidades e potencialidades das comunidades e de seus atores para a resolução dos problemas enfrentados. Os Conselhos Locais são instâncias da participação e construção da política de saúde mais próxima da comunidade, por meio da mobilização, organização e regulação social.

A co-gestão coletiva semelhante ao funcionamento dos Conselhos Municipais, conhecida como Método da Roda, proposta por Campos (2003), é um método para a construção de processos de co-gestão e democratização das relações de poder, constituindo, ao mesmo tempo, em espaços de ensino-aprendizado, de decisões, e de atenção às subjetividades, desejos e relações interpessoais. Assim, cada ESF deveria ter uma Roda, onde possibilite as tomadas de decisões sobre os problemas em comum.

As Normas Operacionais Básicas (NOBs) surgiram como forma de regulamentar o repasse dos Fundos nacionais, estaduais e municipais de saúde, sendo promulgada em 1991, 1993 e 1996. Esta última privilegiou a efetiva ação da participação da sociedade.

A NOB de 1991 instituiu critérios de repasse de recursos do Ministério da Saúde para os estados, criando um padrão único de pagamento para os serviços públicos e privados.

A NOB de 1993 acrescentou à política os critérios populacionais para a permanência do repasse automático para os estados e municípios.

A NOB de 1996 incentivou a autonomia dos municípios, definindo bases para o processo de descentralização e estabelecendo mecanismos de financiamento, controle e avaliação a partir da capacidade de cada município. A NOB/96, que entrou em vigor somente em 1998, veio romper o conceito de integralidade, segundo Vasconcelos (2002, p. 80), pois voltou a enfatizar ações focalistas. Segundo a autora a preocupação maior da NOB/96 foi a gestão dos recursos e não com a complexidade do serviço. Nesta fase, a tendência econômica era de conter os gastos de forma a racionalizá-los ao máximo.

Segundo Bravo (2006, p. 104), em menos de três anos da implantação da NOB/96, mais de 98% dos municípios estavam habilitados, com cerca de 60% dos recursos sendo transferidos fundo a fundo.

Em 1992 aconteceu a IX Conferência Nacional de Saúde iniciando a descentralização e ampliação da participação popular (BRASIL, 1992, on line).

Já em 1996, com a X Conferência, que teve como tema “SUS - Construindo um modelo de atenção à saúde para a qualidade de vida”, onde houve o fortalecimento do controle social, conforme o Relatório Final desta Conferência:

Estimular a participação dos usuários em todos os níveis do SUS, promovendo formas participativas de planejamento e gestão, visando estabelecer prioridades de acordo com as necessidades da população, que deverá ser consultada sobre a implantação de programas, unidades e serviços de saúde. Promover eventos e oficinas abertas visando informar aos usuários do SUS e instrumentalizá-los para o exercício da cidadania (BRASIL, 1996, on line).

Em 2000 foi realizada a XI Conferência com o tema “Efetivando o SUS: Acesso, Qualidade e Humanização na atenção a saúde, com controle social”, a qual em seu Relatório atestou novamente a importância da participação da população nas políticas públicas:

Somente com a reorientação da atual política pública, social e econômica é que pudemos viabilizar com sucesso o processo de consolidação do SUS, o que inclui, a exemplo de lutas de importantes segmentos da sociedade civil, pois sem controle social, não é possível a efetivação do SUS (BRASIL, 2000, on line).

Em 2001 foi publicada no Rio de Janeiro a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS), trazendo uma reorientação do sistema e ampliação da Atenção Básica, apontando três grupos de estratégias prioritárias, a fim de contribuir para a organização dos sistemas de saúde: a elaboração do Plano Diretor de Regionalização, o fortalecimento da capacidade gestora do SUS e a atualização dos critérios e do processo de habilitação de estados e municípios.

A proposta de ampliação da Atenção Básica trazida pela NOAS 01/2001 comportou a definição das responsabilidades e ações estratégicas mínimas que todos os municípios brasileiros deveriam desenvolver, como por exemplo, o controle da tuberculose, hipertensão e diabetes, a eliminação da hanseníase, ações no âmbito da saúde da mulher e criança e de saúde bucal.

1.1.1 Iniciativas e implantação do PSF

Dentre as iniciativas da implantação do PSF, destacam-se alguns modelos de saúde que influenciaram seu processo no Brasil, um deles foi o modelo de Medicina Familiar instituído na Inglaterra na década de 1920. Com o Relatório Dawson, elaborado pelo Lord Bertrand Dawson, foi iniciada a proposta da organização de um sistema de saúde que mediasse a integração dos três níveis de atenção à saúde - primário, secundário e terciário (STARFIELD, 2002 apud SILVA, A. C. 2007, p. 22). A Medicina Familiar na Inglaterra tem longa tradição, levando cerca de cinquenta anos para construir um modelo de atenção integral.

Na Espanha as modificações no sistema de atenção primária, foram fundamentais para o movimento de Reforma Sanitária, que iniciara no país nos períodos de 1983 a 1990. Após a Reforma, cerca de 80% das consultas começaram a ser realizadas pelo médico da família, que pretende atender cerca de 85% da demanda.

Em Cuba, a partir de 1984, também houve a adoção de um novo modelo de atenção primária à saúde, por meio do Programa Médico da Família, que tem por objetivo “melhorar o estado de saúde da população mediante ações integrais dirigidas à família, à comunidade e ao ambiente, mediante a

vinculação com as populações e com os diferentes setores e instituições” (FINAMOUR, 1995 apud SILVA, A. C. 2007, p. 27-28).

A partir dos anos 1950, a Medicina Familiar passou a ser adotada em diferentes países, como por exemplo, no Canadá, nos EUA e no Nepal, onde os médicos de família participam da atenção a pacientes hospitalizados e não somente nos ambulatórios e primeiro socorros de atendimento à demanda espontânea. O sistema de saúde canadense, por exemplo, passou a conter como princípios da política de saúde pública a universalidade, integridade, gestão pública e acessibilidade, garantindo, assim, o direito à saúde em todos os níveis de atenção.

O modelo de Medicina Familiar atingiu a América Latina por volta dos anos 1980, com iniciativas no Chile, onde o cuidado com a atenção estendia-se a toda família e em todas as etapas do ciclo vital. Segundo Anamaria (SILVA, A.C. 2007, p.25), o enfoque biopsicossocial promoveu a mudança de um paradigma biomédico, para um enfoque holístico, do cuidado personalizado, tendo a família como a unidade de atenção.

Entre os anos de 1960 e 1970, o Brasil, foi intensamente influenciado pelo movimento de Medicina Comunitária, aplicando uma visão social mais ampla a respeito da saúde-doença.

Nesta mesma época algumas iniciativas no bairro de Murialdo, em Porto Alegre, permitiram o trabalho comunitário a partir do conceito de atenção continuada às famílias, como também a incorporação dos Agentes Comunitários às equipes de saúde (CHAVES, 1983 apud SILVA, 2007, p. 34; TRAD & BASTOS, 1998 apud SILVA, 2007, p. 34).

Em 1975 o Projeto Integrado de Saúde Comunitária de Planaltina, Brasília/DF, teve como objetivo modificar a visão tradicional dos serviços de saúde e preparar um novo tipo de “auxiliar de saúde”, capaz de operar tanto em pequenas comunidades urbanas como em zonas rurais (SILVA, 2007, p. 144).

Em 20 de setembro de 1988 foi aprovada na XXXIII Reunião em Washington, através do Conselho Diretivo da OPAS, a reorientação dos Sistemas Nacionais de Saúde através da estratégia dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS). No Brasil os sistemas locais aproximavam-se da idéia de Distritos Sanitários enquanto processos sociais de mudança das práticas

sanitárias. Segundo Mendes (1993), os Distritos Sanitários conceituam-se como um processo social com três dimensões: político, ideológico e tecnológico.

No campo político, busca-se a transformação do sistema de saúde através de uma situação de poderes compartilhados ou de interesses que se manifestam e entram em conflito pela luta política. Já na dimensão ideológica, trata-se de obter uma concepção ampla do processo saúde-doença, introduzindo o paradigma de “promoção da saúde”; e, na dimensão tecnológica o Distrito Sanitário procura utilizar os conhecimentos, métodos e técnicas a fim de construir um “rearranjo físico-funcional das unidades de saúde”.

Para a implantação dos Distritos Sanitários existem basicamente três conceitos-chave: o território, problema e prática sanitária.

Quanto ao território, o autor conceitua como um espaço de superfície-solo e de características geofísicas ou como o produto de uma dinâmica social, o qual nunca está pronto, mas constitui-se de diferentes conjuntos sociais. O conhecimento do território permite a caracterização da população e seus problemas de saúde, ajudando que a população tenha maior acesso aos serviços de saúde, como também, às condições de vida necessárias para se obter saúde (nutrição, habitação, educação e outros).

O mapeamento da região de abrangência, por meio dos serviços de saúde, possibilitou conhecer as distintas realidades locais como, por exemplo, as áreas totalmente desprovidas de recursos e outras com excesso deles. Um exemplo citado por Unglert (1993, p. 221-235), foi sobre um município de Belo Horizonte que se propôs a trabalhar o problema da cobertura vacinal da área de abrangência do distrito através da visita “casa a casa”, possibilitando o levantamento da situação atual e o modo de intervenção específica. Com o constante conhecimento da área tornou-se possível mapear os riscos que a população estava exposta e visualizar estratégias para seus enfrentamentos.

O território quando não entendido apenas como espaço geográfico, mas como espaço construído pelo modo de vida do coletivo humano e suas relações sociais, culturais, políticas e históricas, o campo de conhecimento dos profissionais expandem-se ao ponto de estudarem mais que mapas e realizar diagnósticos de saúde de cada área, mas passam a procurar identificar as

redes sociais que os sujeitos estão inseridos, como também as lideranças locais, que ajudarão na potencialização do Programa.

Outra vantagem que o estudo territorial traz para o funcionamento das ESF é a proximidade do grupo populacional à unidade de Saúde da Família, que por meio do levantamento dos meios de transporte da população, os aspectos econômicos e culturais há de ter uma visão da realidade da comunidade e se há dificuldades de acesso aos serviços da unidade (SILVA, A. C. 2007, p. 59). Se poderá propor e construir alternativas de superação.

No Ceará o movimento dos Agentes de Saúde vem sendo desenvolvido desde 1987, com prioridade de atendimento na zona rural, onde não havia nenhuma assistência à população e o acesso aos serviços de saúde era praticamente inexistente.

A prática de utilização de pessoas da própria comunidade, segundo Anamaria (SILVA, A. C. 2007, p. 36) ajuda a difundir os conhecimentos entre os vizinhos. Esta prática foi amplamente difundida no nordeste brasileiro, especificamente no estado do Ceará, onde no final dos anos 1980, observou-se um total de 6.100 mulheres que viviam entre a linha de pobreza, necessitando de ajuda para sobreviverem à seca (MINAYO et al., 1990 apud SILVA, A. C. 2007, p. 36). Em 1989 foi inaugurado o Projeto Agentes de Saúde, abrangendo quarenta e cinco municípios, empregando cerca de 1.701 agentes.

O Unicef¹ deu notoriedade ao Programa, premiando-o na sede da Organização das Nações Unidas, em Nova York, em 1993, pela redução da mortalidade infantil no Ceará.

Em Sobral, também no estado do Ceará, a implantação do Programa de Agentes de Saúde se deu em 1992, que ao longo do tempo foi tomando força até integrar-se num projeto maior em 1997 que foi o funcionamento do Programa de Saúde da Família. No Ceará os municípios de Quixadá, Jucás, Cascavel, Fortim, Iço e Beberibe, foram os primeiros a aderirem a proposta e

¹ O United Nations Children's Fund (UNICEF), significa em português Fundo das Nações Unidas para a Infância, está presente no Brasil desde 1950, liderando e apoiando algumas ações na área da infância e da adolescência no País, como as campanhas de imunização e aleitamento materno, a aprovação do artigo 227 da Constituição Federal e o Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 2008, on line).

iniciaram de fato o PSF a partir de junho de 1994 (GOYA, 1996 apud SILVA, A. C. 2007, p. 45; MENDES, 2002 apud SILVA, A. C. 2007, p. 36).

A primeira etapa de implantação do PSF no Brasil foi em 1991 com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), sendo a partir de janeiro de 1994 o início das primeiras equipes de PSF podendo ampliar a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

O trabalho do ACS caracterizou-se como um elo entre os usuários destes serviços e a equipe do PSF, que através das visitas domiciliares diárias de sua micro-área, procura identificar os problemas, orientar, encaminhar e acompanhar a realização dos procedimentos quanto a proteção, recuperação e reabilitação da saúde daquela comunidade.

Os ACS são selecionados nas comunidades em que residem, para difundirem conhecimentos que ajudem as famílias a prevenir agravos e a utilizar melhor os serviços de saúde. Os agentes também coletam dados, fazem registro de dados para alimentar o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), que armazena o mapeamento da condição de saúde da população atendida (saneamento básico, condições de moradia, número de famílias visitadas e cadastradas, nascimentos, óbitos, número de pessoas com diabetes e hipertensão e outros).

Atualmente os agentes ao realizarem a visita domiciliar, observam a situação do domicílio e o comportamento das famílias,

[...] conversam com as pessoas para aprofundar o conhecimento da situação observada, orientam sobre atitudes promotoras e protetoras de saúde, encaminham para atendimento programado ou não (consultas, vacinas) e informam para os outros profissionais da equipe as situações de maior risco (SILVA, A. C. 2007, p. 170).

A autora ainda destaca que pelo ACS trabalhar na comunidade em que reside, facilita o conhecimento da problemática que a envolve. A consciência do seu papel é fundamental no desenvolvimento como interlocutor entre a comunidade, os demais membros da equipe e os serviços de saúde.

Atualmente o ACS assume atividades do tipo:

- cadastramento das famílias na sua micro-área de atuação
- atuação específica nos casos de dengue
- integração em projetos na área da educação em saúde

- integração nos projetos prioritários dirigidos a grupos populacionais específicos que compõem a agenda municipal de saúde, aprovados pelo Conselho Municipal de Saúde.

A profissão de ACS foi regulamentada pela Lei Federal n. 10.507, de 10 de julho de 2002. A Emenda Constitucional n. 51, promulgada em 14 de fevereiro de 2006, estabeleceu a forma de seleção e contratação dos ACS pelos entes federados nacional.

A preocupação com a profissionalização e capacitação dos ACS provocou algumas iniciativas, como em Sobral (CE), que organizou cursos sequenciais de dois anos para a conclusão do segundo grau. Outra iniciativa foi o convênio da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia, da Secretaria de Saúde de Sobral, com a Universidade Vale do Acaraú, que desenvolveu um curso experimental, na modalidade sequencial, que agrupou sessenta ACS que chegaram a concluir o ensino médio (SILVA, A. C. 2007, p. 174).

O PSF destaca-se como uma estratégia e/ou um sistema para a reorientação ou reorganização da atenção básica à saúde, centralizando seu foco de atuação na promoção da qualidade de vida. O Programa procura manter uma coerência com os princípios do SUS (acessibilidade, resolutividade, regionalização, descentralização, hierarquização e participação popular).

O Programa procura desenvolver um atendimento de atenção integral tanto individualmente como coletivamente. As equipes procuram “analisar junto com a comunidade, a situação de sua área de abrangência nos aspectos demográficos, sócio-econômicos, ambientais, sanitários e outros, identificando os problemas e as potencialidades existentes” (SILVA, A. C. 2007, p.11).

Dentre as atribuições do PSF estão:

- conhecer a realidade das famílias (sócio-econômicas, psico-culturais, demográficas e epidemiológicas);
- identificar os problemas de saúde mais comuns e situações de risco aos quais a população está exposta;
- elaborar, com a participação da comunidade, um plano local para o enfrentamento dos fatores que colocam em risco a saúde;

- executar os procedimentos de vigilância à saúde e de vigilância epidemiológica, atuando no controle de doenças transmissíveis como tuberculose, hanseníase, as DSTs e AIDS, das doenças crônicas e de relação com o trabalho e ao meio ambiente;
- valorizar a relação com o usuário e com a família, criando um vínculo de confiança;
- resolver a maior parte dos problemas de saúde e quando não for possível, garantir a continuidade do tratamento;
- prestar assistência integral, promovendo a saúde através da educação sanitária;
- desenvolver processos educativos através dos grupos voltados a recuperação da auto-estima e melhoria de auto-cuidado;
- promover ações intersetoriais e parcerias com as organizações formais e informais existentes na comunidade;
- promover através da educação continuada a qualidade de vida, o conceito de cidadania, enfatizando os direitos de saúde e as bases legais que os legitimam;
- incentivar a formação e/ou participação ativa nos Conselhos Locais e Municipais de Saúde.

As equipes de PSF desenvolvem seus serviços associando-os à criação de canais e de mecanismos facilitadores para a participação da população, atribuindo a eles o papel de sujeitos ativos do processo de manutenção e recuperação de sua saúde.

O Ministério da Saúde apresentou algumas atividades que podem ser desenvolvidas pelo Programa como forma de alcançar uma saúde com mais qualidade:

As atividades de educação em saúde podem lançar mão de inúmeras técnicas de trabalho criativo, de palestras a campanhas, oficinas, teatros, mamulengos, vídeos, literatura de cordel, feiras, caravanas, vivências, gincanas, contadores de histórias, mutirões, passeatas, programa de rádio, grupos de auto-ajuda, trabalhos corporais, capoeira, grupos de caminhada, etc., o importante é usar elementos da cultura local para mobilizar e sensibilizar as comunidades sobre cuidados de saúde e situações que interferem nas suas condições de saúde, saneamento básico, drogas, alcoolismo, etc. (BRASIL, 2000, p. 5).

Porém o Programa hoje, dispõe de uma equipe mínima formada por um(a) médico(a) generalista; um(a) enfermeiro(a); dois(as) auxiliares de enfermagem e de seis a dez agentes comunitários de saúde, conforme o número de população atendida. Suas atividades básicas estão entre consultas médicas, consultas de enfermagem, atendimentos domiciliares, atendimentos básicos de enfermagem, vacinação, atividades sócio-educativas e outros.

Segundo o Caderno 1 de Atenção Básica (BRASIL, 2000, p. 5) elaborado pelo Ministério da Saúde, são atribuições de um profissional qualificado para o PSF:

- compreender os princípios e diretrizes básicas do PSF no âmbito do SUS;
- identificar os fundamentos e instrumentos do processo de organização e prática dos serviços de Saúde da Família: trabalho em equipe, desenvolvimento das ações programáticas, reorganização do processo de trabalho e intersetorialidade.

Alguns resultados da implantação do PSF a nível nacional são apresentados no Guia Prático de 2001 (BRASIL, 2001, p. 7):

- diminuição do número de mortes de crianças por causa evitáveis;
- aumento de gestantes saudáveis e bem informadas quanto ao parto;
- melhora da qualidade de vida do idoso;
- melhora do índice de vacinação;
- hipertensos e diabéticos são diagnosticados, tratados e acompanhados;
- casos de tuberculose e hanseníase são localizados e tratados;
- diminuição das filas para atendimento nos hospitais da rede pública de saúde.

Para a implantação do PSF é exigido que o município elabore a proposta para sua implantação e em seguida submetê-la à aprovação do Conselho Municipal de Saúde que conseqüentemente enviará para análise da Secretaria Estadual de Saúde. Aprovada a proposta, é apreciada pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB²), a qual envia uma declaração de incentivo para o

² Instância colegiada de decisão do SUS, integrada paritariamente pela Secretaria Estadual de Saúde e representantes dos Secretários Municipais de Saúde. A CIB foi criada em 1993, pela Norma Operacional Básica (NOB/93) do Ministério da Saúde. Entre outros aspectos, a CIB

Ministério da Saúde. Este publica a qualificação do município no Diário Oficial da União. O município, a partir de então, está apto para começar os atendimentos da equipe de PSF.

1.1.2 Família e comunidade: o locus de abordagem do PSF

A família como reprodutora biológica, tem importância fundamental na sociedade ainda ser mediadora das relações sociais, pois “[...] a vida familiar é a base geral do estilo de vida comunitária [...]” (JOSÉ FILHO, 1998, p. 27) que perpassa a história construindo uma relação não só dentro do ambiente familiar como em outros espaços de relacionamentos entre as pessoas.

Segundo Prof. Dr. Mário José Filho, a família possui algumas funções como as de ordem biológica e demográfica, que garantem a sobrevivência do ser humano; de ordem educadora e socializadora, transmitindo conhecimentos, valores, afetos, através da comunicação verbal e corpórea tão importante nas relações interpessoais; de ordem econômica, produtora e consumidora que se dá no campo do trabalho; de seguridade, que cuida da seguridade física, moral, afetiva, criando uma dimensão de tranquilidade; e, finalmente a recreativa que se faz com atividades diversas que rompem o tédio.

No início da civilização, surge o Estado como produto social que “atesta a divisão da sociedade em classes; é um poder colocado ‘acima’ da sociedade, para amenizar os conflitos entre as classes e mantê-las em harmonia” (SOARES, 2001, p. 41, grifo do autor). Para que esta harmonia aconteça, o Estado usa de mecanismos muitas vezes repressores e injustos, podendo privilegiar determinada classe dominante. Um desses mecanismos se dá com

condiz com as diretrizes do SUS, nas quais estabelecem que o sistema de saúde deve ser descentralizado e municipalizado, regionalizado e hierarquizado, tornando-se fundamental a integração entre todos os gestores públicos, para a discussão dos problemas e elaboração de propostas de aperfeiçoamento das ações de saúde realizadas pelo sistema em seus diferentes níveis. No Estado de São Paulo foram constituídos órgãos regionais correspondentes à cada Direção Regional de Saúde - DIR da Secretaria de Estado da Saúde, uma Comissão Intergestores Regional - CIR, constituídas pelo Secretários Municipais de Saúde locais e a direção estadual da região, com os mesmos objetivos da CIB (Brasil, 2008, on line).

a criação de leis, normas e regras que obtenham a obediência da classe dominada.

Com a produção em excesso pelos donos de terras, inicia-se a prática do comércio (troca de produtos), que acarretará na separação do campo com as cidades. As próprias pessoas acabam sendo consideradas mercadorias, em que, com o ponto máximo da escravidão, foi lhes atribuído o valor de troca.

A Revolução Industrial abarcada pelos séculos XVIII, XIX e XX, veio a concretizar a separação entre produção e comércio, acirrando o movimento de troca. As máquinas passaram a competir com os operários, que segundo Lukács (1974, p. 97, grifo do autor), as indústrias interferiram na relação entre as pessoas da sociedade moderna:

[...] a essência da estrutura mercantil, que assenta no fato de uma ligação, uma relação entre as pessoas, tomar o caráter de uma coisa, e se por isso, de uma 'objetividade ilusória' que, pelo seu sistema de leis próprias, aparentemente rigoroso, inteiramente fechado e racional, dissimula todo e qualquer traço de sua essência fundamental: a relação entre homens.

A família burguesa, como detentora atual do capital, é considerada a "célula da sociedade" que tem como modelo a família nuclear (pai, mãe e filhos). Pôster (1979, p. 186) ao discutir sobre a situação da família burguesa, apresenta que

[...] a família burguesa está localizada em áreas urbanas. Desde o final da Idade Média e começo da Renascença até meados do século XVIII (para a França, mas um pouco antes para a Inglaterra e mais tarde para a Europa Central), ela não é essencialmente diferente das formas familiares contemporâneas.

Nas relações familiares do modelo nuclear, o marido é responsável por prover economicamente a família através do seu trabalho, denominando-se uma autoridade do lar. Às mulheres cabiam os afazeres domésticos e à criação dos filhos. A casa é considerada como o espaço de intimidade da família, sendo que no século XVIII, houve um desenvolvimento maior da vida privada em relação à vida profissional que está no nível público.

Por outro lado, as famílias operárias, propulsoras do capital aos burgueses, viviam em péssimas condições de vida "por terem se alojado nas

idades pela indústria, que lhes ofereciam baixos salários” (SOARES, 2001, p.64).

As crianças não conseguiam viver a fase infantil que passavam, mas eram meios para o complemento da renda, sendo submetidas a jornadas de trabalho desumana, chegando a dezessete horas por dia.

O crescimento das cidades sem uma preparação adequada provocou uma crescente “pobreza estrutural”, ou seja, a pobreza que está engendrada nas cidades e bairros periféricos, que em sua maioria foram constituídos por famílias de emigrantes que saíram do campo, da vida camponesa, para se alojar nas metrópoles em péssimas condições de vida.

Diante deste quadro de marginalidade social, as famílias viram-se obrigadas a criar estratégias de sobrevivência. Gomes (1995, p. 67) ao se referir sobre as estratégias de sobrevivência revela o início desta luta:

é nas vilas semi-rurais que a vida dessas pessoas e de suas famílias sofrem as primeiras e grandes transformações. E, sobretudo, a luta pela sobrevivência, que vai se tornando brutal. [...] a vida familiar no campo e, em especial, nas vilas semi-rurais se caracterizava por uma incessante luta pela sobrevivência no nível da estrita subsistência.

Atualmente, século XXI, vários arranjos familiares vêm quebrando o paradigma da família nuclear (pai, mãe filhos) no qual o Prof. Dr. Mário explica porque essas mudanças ocorreram:

[...] essas mudanças foram desencadeadas pela dinâmica global das forças produtivas e das relações de produção que governam as formações contemporâneas. Sendo assim, a nova ordem política e econômica, a globalização, tem feito com que as relações de produção se entrem num processo de transformação, repercutindo nas políticas públicas onde as decisões de cada Estado guiam-se mais para atender às demandas de competitividade do que para suas demandas populacionais, influenciando nas relações familiares (JOSÉ FILHO, 1998, p. 39).

As primeiras famílias que chegaram nas cidades, rapidamente garantiram seu espaço nos centros das cidades e nas vagas de emprego, aquelas que tinham permanecido no campo por mais tempo nas vilas semi-

rurais, não resistiram ao êxodo rural e vieram a se alojar em cômodos insalubres e a ocupar vagas de emprego com salários miseráveis.

A inserção das mulheres no mercado e trabalho formal foi uma das expressões da desigualdade social e econômica da época, em que o trabalho prestado por mulheres era um meio de completar a renda ou mesmo a única renda existente. Carvalho (1995, p.14) ao discutir sobre as mulheres no mundo do trabalho observa que “o papel do chefe da família, função até então quase exclusivamente masculina, passa, em grandes percentuais, às mulheres (Nordeste, 19,5%; Sudeste, 18,6%)”.

A família nestes aspectos torna-se uma forte “unidade econômica” (CARVALHO, 1995, p. 13), em que na constante ausência do Estado nas políticas públicas de proteção e reprodução social dos cidadãos, acaba transferindo às famílias a responsabilidade do provimento de custos.

A família não pode perder seu espaço privilegiado para a socialização e o exercício da cidadania como base para a igualdade, respeito, e a prática dos direitos e deveres na sociedade. A cidadania parte do princípio das pessoas terem a liberdade de exercerem seus direitos e deveres enquanto cidadãos, ou seja, ela só existe quando há participação e da possibilidade do homem se reconhecer como sujeito de sua história. Sobre cidadania Prof. Dr. Mário diz que

[...] a educação para a cidadania deve ser um princípio básico para a formação do indivíduo [...] então podemos afirmar que a educação é um fator fundamental para a formação do cidadão desde seu nascimento [...] a participação é um elemento qualitativo e o desenvolvimento do indivíduo dentro da sociedade não o é, pois na lógica do poder, não se aprecia o cidadão crítico e produtivo, mas o manipulado e o dependente. (JOSÉ FILHO, 1998, p. 89-90).

As redes de serviços comunitários podem ampliar a oportunidade de inclusão dessas famílias subalternas, através de várias alternativas criadas pelos órgãos públicos e privados, com atividades como programas de geração de emprego e renda, atendimento de apoio psicossocial, cultural e pequenas demandas de justiça.

É com base nestes conceitos e discussões que vemos a atuação do PSF que tem sua ação focalizada nas famílias, preocupando-se com a boa situação

da família no âmbito do processo saúde-doença, desenvolve um atendimento individual aos membros da família.

O PSF ao agir de forma intersetorial e interdisciplinar com a proteção e alteração da qualidade de vida das famílias, podem desenvolver atividades que não se limitam ao bom controle e acompanhamento clínico, mas acrescentar a informação, orientação e apoio psicossocial aos grupos de gestante, adolescente, hipertensos e diabéticos e outros que possam utilizar a cultura como ferramenta à educação em saúde.

O foco na família e na comunidade são abordagens que vêm de encontro com o princípio da integralidade da atenção. As ESFs têm o coletivo como seu foco de atenção,

[...] entendendo que os indivíduos estão inseridos em uma família e esta última em determinado grupo populacional, e que o processo saúde-doença é determinado socialmente, e, conseqüentemente, só uma abordagem coletiva poderá efetivamente provocar um impacto profundo e duradouro nesse processo. Isto significa que a abordagem individual deverá ser abandonada (SILVA, A. C. 2007, p. 57-58).

O estabelecimento de uma nova relação entre os profissionais de saúde e os usuários de seus serviços é fundamental para a aplicação nesta nova abordagem. Para isto um novo perfil para os profissionais também é exigido, como

Atuar com criatividade e senso crítico, mediante uma prática humanizada, competente e resolutiva, que envolva promoção, prevenção, recuperação e de reabilitação. Para isto, é preciso uma permanente interação com a comunidade, no sentido de mobilizá-la e estimular sua participação (BRASIL, 2000, p. 9)

No âmbito da comunidade, experiências com a criação e desenvolvimento de redes sociais, como grupos de idosos, grupos de gestantes, grupos de adolescentes, de diabetes e hipertensão, como também os grupos de vizinhança, de auto-ajuda, de Terapia Comunitária³, estimulam a formação de redes sociais auxiliando, por meio de apoio aos membros da comunidade, em situações adversas, como ansiedade, alcoolismo, dependência de drogas, violência familiar, dentre outras.

³ A Terapia Comunitária constitui-se de uma metodologia para trabalhar com grupos comunitários. Foi criado pelo professor Adalberto Barreto, da Universidade Federal do Ceará, na Comunidade Quatro Ventos, em Fortaleza.

A marca fundamental do PSF é o foco na saúde e não mais na doença. Nesse sentido o indivíduo é compreendido em sua totalidade. Outros métodos também foram desenvolvidos para o trabalho com a comunidade, com esta visão da integralidade, como é o Método de Roda ou Método Paidéia, como são conhecidos.

Paidéia é um conceito antigo, oriundo da Grécia clássica, que significa o desenvolvimento integral das pessoas. Foi criado na época em que os gregos sonhavam com cidades democráticas. Para a fundação deste tipo de governo, os gregos valeram-se da Àgora, que era uma assembléia do povo, onde as pessoas se reuniam para “traçar o próprio destino: a co-gestão, o orçamento participativo, os conselhos, etc.” No entanto, para que tudo isso fosse possível, era preciso realizar um trabalho com elas próprias, um “sistema de formação integral dos cidadãos: uma educação para a vida, daí que surgiu a palavra Paidéia”, que se trata de um passo adiante do “Agir Comunitário” apenas, mas um “Agir Paidéia” (CAMPOS, 2003, p.25, 154).

O Método Paidéia visa a melhora da informação, garantindo a capacidade de compreensão e decisão, como também a construção de novos padrões de relação, é uma forma de incluir o sujeito no processo saúde-doença. Significa facilitar que o sujeito expresse seus interesses e desejos, para em seguida, recompô-los aos interesses e necessidades dos outros. A proposta Paidéia é de realizar um trabalho com as pessoas e não sobre elas.

O vínculo entre a equipe e família/comunidade, é outra característica dos métodos. O vínculo significa a capacidade de oferta de um serviço, por um lado, e por outro, a necessidade de receber estes serviços. Os vínculos, segundo Campos (2003, p. 28) se constroem quando “se estabelece algum tipo de dependência mútua: uns precisam de ajuda para resolver questões sanitárias; outros precisam disso para poder ganhar a vida, exercer a própria profissão”.

Com o apoio aos membros da comunidade, estes poderão seguir com mais autonomia na superação das condições adversas, pois do contrário manterão um padrão paternalista de vínculo.

O Método Paidéia surge para estimular os grupos e organizações a participarem da resolução dos próprios problemas. Uma das experiências já em andamento deste método, é realizado na cidade de Campinas/SP, onde

existem Núcleos de Saúde Coletiva para apoiar cada quatro ou cinco equipes de PSF.

O vínculo, segundo Campos (2003), é sempre informal e variável, porém há a necessidade de formalização da divisão de papéis e responsabilidades, a esta formalização o autor denomina de Contrato, que é colocado tudo aquilo que foi acordado entre o grupo.

A educação em saúde como meio de trabalho para fazer circular informações e modificar hábitos, valores ou subjetividades do grupo, sua efetividade estará na construção compartilhada, tanto das tarefas como das dificuldades. A educação em saúde significa, segundo Campos (2003, p. 35), mais do que difundir informações, “busca ampliar a capacidade de análise e de intervenção das pessoas tanto sobre o próprio contexto quanto sobre o seu modo de vida e sobre sua subjetividade”.

A cultura e saúde são atributos humanos que se referem às pessoas e estão sujeitas à variação social e histórica. O Método Paidéia, preocupa-se com a capacidade dos sujeitos compreenderem a si mesmos e ao seu contexto, e a partir disso, ampliarem a capacidade de interferir sobre o mundo, também como produtores de cultura.

No início do século XX, a saúde pública não valorizou a cultura popular nacional, mas agiu com a força da lei e mãos de ferro, sobre o controle das pragas. Campos (2003, p. 44), aponta que a sociedade e as pessoas eram objetos da saúde pública. Já no século XXI começou-se a descobrir a importância da cultura popular e a importância da educação em saúde respeitando o saber técnico e o popular, considerando o interesse e o desejo dos agrupamentos, sempre agindo em defesa da vida.

A perspectiva que o autor aponta é a do protagonismo do sujeito, ou seja, do reconhecimento do paciente como pessoa com direitos, mas, ao mesmo tempo argumenta-se sobre a necessidade de preparar este sujeito para fazer valer os próprios direitos “construindo um mundo melhor para o Sujeito e para os outros”. Gramsci dizia que a revolução não seria o único, nem o principal meio para se constituir o novo em novas sociedades (GRAMSCI, 1978 apud CAMPOS, 2003, p. 51). A busca da pessoa e não a doença como foco, no PSF, já é o início de uma mudança.

O Método Paidéia visa a aplicação de uma clínica ampliada ou Clínica do sujeito, onde a cultura da comunicação é o primeiro passo para o movimento de mudança.

O modelo tradicional de assistência à saúde está em desuso. A tarefa atual constitui-se em recolher, integrar e aprofundar e reinventar os saberes. Conforme Campos (2003, p. 106),

[...] a valorização da atenção básica com capacidade para resolver problemas individuais e coletivos; a ampliação de ações de promoção e de prevenção; a rearticulação dos serviços especializados e de alta complexidade segundo diretrizes de humanização e de adoção de práticas alternativas como internação domiciliar; tratamentos e cirurgias ambulatoriais, têm-se espalhado por todo o mundo [...]

Mais recentemente, no ano de 2006, o Ministério da Saúde lançou a nova diretriz para o SUS, por meio da Portaria 399, de 22 de fevereiro (BRASIL, 2006, on line), na qual institui o Pacto pela Saúde, com três dimensões de abrangência: o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão.

O Pacto pela Vida possui algumas prioridades de atenção como: a saúde do idoso, o controle do câncer do colo do útero e mama, redução da mortalidade infantil e materna, fortalecimento de respostas às doenças emergentes e endemias, promoção da saúde e fortalecimento da Atenção Básica.

Sobre esta última, é o Saúde da Família que se torna a estratégia principal para o desenvolvimento das ações locais.

CAPÍTULO 2 O SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE PÚBLICA

Atualmente a área da saúde pública tem se constituído num dos maiores espaços de atuação dos assistentes sociais. Este campo de trabalho foi conquistado pelos profissionais por demonstrar grande atenção à população brasileira em contribuir para a garantia de uma política pública que desse o direito ao acesso dos serviços de saúde de forma integral.

Para a inserção neste ramo de atuação, o serviço social passou por uma intensa reflexão de sua teoria e prática profissional. A mudança de pensamentos que outrora estavam baseados na fiscalização e controle, até chegar a pensamentos novos que se juntassem aos interesses da população por garantias de vivência e qualidade de vida.

O serviço social dentre estas reflexões passou a estabelecer mecanismos que auxiliassem os profissionais a compreenderem a realidade e criar propostas que a ajudassem a reconstruí-la. A utilização de métodos quantitativos e qualitativos passou a ser ferramentas importantes para o conhecimento da realidade, proporcionando indicadores para a construção de uma realidade melhor para todos.

Neste capítulo apontaremos as mudanças teóricas e práticas do serviço social ao longo dos anos, sua especialização na área da saúde até chegar à necessidade atual, em que o Ministério da Saúde inclui o assistente social nos PSFs. Acreditamos que este processo de introdução dos assistentes sociais ajudará no conhecimento da população com HAS e outros tipos de doenças crônicas a terem a garantia de acesso e melhoria na qualidade de vida.

2.1 Inserção do assistente social na área da saúde

O serviço social até os anos de 1930 estava fundamentado na tradição da Igreja Católica, pautada nas ações de filantropia e de “bem ao próximo”, que tinha como foco a assistência ao pobre por meio de perspectivas que se restringiam ao assistencialismo. Medidas estas que acabavam reproduzindo a situação social de pobreza e miséria que viviam as comunidades brasileiras, situação tal, que foi formada pela larga expansão das cidades devido ao êxodo rural, além das mudanças políticas e econômicas do país.

A partir dos anos 1930 a profissão é influenciada pelos movimentos modernizadores do Governo brasileiro, como também, pelos métodos

utilizados na Europa, onde a ênfase era dada a meios mais técnicos de atuação. Este momento da profissão passou a ser chamado de Perspectiva Modernizadora, que procurou introduzir um tom mais científico, e que se propôs a estudar mais sobre organização, saúde, educação, direitos e leis.

Foram nos anos de 1945, período de término da II Guerra Mundial, que mais se absorveu os assistentes sociais na área da saúde. Nesta época as influências norte-americanas acabaram substituindo a europeia com suas técnicas de atendimentos e as análises de cunho psicológico.

Essa ampliação dos assistentes sociais na área da saúde decorreu principalmente após a mudança do conceito de Saúde, elaborado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1948, enfocando os aspectos biopsicossociais e das questões sociais levantadas na sociedade (pobreza, exploração do trabalho, trabalho infantil, precarização do saneamento básico, etc.).

Como prática de atuação o assistente social adotou neste período uma prática educativa que intervisse nos hábitos de higiene e saúde, introduzindo a idéia de que o poder público devesse garantir meios para uma boa higiene e outras condições necessárias para a garantia da saúde, como também, o indivíduo se tornar co-responsável pela melhora do processo saúde-doença.

Nos anos de 1940 os assistentes sociais tinham como área de atuação os hospitais e ambulatórios, expandindo sua participação somente em meados dos anos 1970 quando passa a ocupar programas de desenvolvimento com a comunidade. Neste período a visão que se começava a fazer dos indivíduos era a de que estes precisariam estar engajados no trabalho, como “clientes no tratamento” (BRAVO, 2006, p. 30).

A prática veio de encontro com a visão atual da medicina – hospitalocêntrica e curativa, em que cabia ao assistente social a responsabilidade de controlar os benefícios e realizar plantões, triagens, encaminhamentos, concessão de benefícios e orientações previdenciárias.

Nos anos de 1950 os métodos de atuação se basearam nas formas clássicas desenvolvidas por Mary Richmond, como o estudo de caso, a prática do serviço social de grupo e de desenvolvimento de comunidade. Percebe-se neste período uma necessidade de buscar um referencial teórico, que

fundamentasse a profissão para sua prática, pois até este momento a prática por si só criava a teoria (pragmatismo).

A participação popular nas instituições e programas de saúde começou a ter uma abertura nestes espaços por meio dos trabalhos de Desenvolvimento de Comunidade.

Na primeira metade dos anos 1970 a profissão toma a teoria marxista como fundamento de sua prática. Este fundamento teórico serviu para um movimento da profissão denominada Movimento de Ruptura. Momento este da profissão, que o militanteismo e o messianismo estavam arraigados nas práticas da profissão, por meio das manifestações diante das repressões do Governo em relação à sociedade – período militar. Momento este em que a profissão começa a se posicionar e tornar-se uma classe profissional com fundamentos teóricos mais profundos. Aqui as influências marxistas e leninistas acabam limitam-se ao dogmatismo e abordando-se pouco a metodologia dialética.

Na década de 1980, há mudanças significativas na saúde coletiva, que resultavam na ampliação do debate teórico por meio do movimento sanitário, que colocou em debate a relação da prática em saúde com a estrutura de classes da sociedade, que em período posterior foi efetivado e denominado de Reforma Sanitária.

Quanto à relação do serviço social com a Reforma Sanitária, conforme Bravo (2006, p. 30), a década de 1980 significou um período de amadurecimento da profissão, se preocupando com a formação acadêmica, na busca por fundamentação e consolidação teórica, garantindo a intervenção como prioridade da vertente de intenção de ruptura.

O serviço social aproxima-se da definição do seu objeto de estudo, de sua teoria, seus objetivos e procedimentos teórico-metodológicos. Período em que se pensou na lógica de produção e reprodução das relações sociais da ordem burguesa considerando suas particularidades da formação social brasileira e em temas como a assistência social enquanto uma política pública.

O Movimento de Reconceituação, nascido neste período, traz como cerne de seu debate as bases teóricas-metodológicas, em que se procurava sair de uma visão do imediato para uma que considerasse as complexidades, em que fosse possível chegar à essência dos fenômenos.

A procura pela essência dos fenômenos não significa a simples descrição dos fatos, mas exige do profissional uma posição diante deles também. Esta exigência que rompia com a ação tradicional do serviço social que dizia sobre a neutralidade do profissional.

A partir desta definição o serviço social registra suas bases no Código de Ética e em seu projeto ético-político.

O serviço social chega aos anos 1990, como confrontação aos projetos neoliberais, cabendo ao Estado a garantia dos mínimos sociais às populações e para este enfrentamento precisa formular estratégias que busquem reforçar ou criar experiências nos serviços de saúde que efetivem o “direito de social de saúde, atentando para o fato de que o trabalho do assistente social na saúde que queira ter como norte o projeto-ético político profissional tem que, necessariamente, estar articulado ao projeto da reforma sanitária” (MATOS, 2003 apud BRAVO, 2006, p.43).

O assistente social na área da saúde passa a buscar então a “compreensão dos aspectos sociais, econômicos e culturais que interferem no processo saúde-doença como também a busca por estratégias para o enfrentamento desta questão” (BRAVO, 2006, p. 43).

Segundo a autora, a atuação do serviço social na área da saúde faz das ações como a articulação e sintonia ao movimento dos trabalhadores e dos usuários que lutam pela real efetivação do SUS; além de facilitar o acesso à unidade de saúde, como também usar de forma crítica e criativa a não submissão de seu trabalho aos rearranjos propostos pelos governos que descaracterizam a proposta original do SUS; tentar construir e/ou efetivar, conjuntamente com outros profissionais, espaços nas unidades de saúde que garantam a participação popular nas decisões a serem tomadas e, estar sempre disposto a procurar reciclar, buscar assessoria técnica e sistematizar o trabalho desenvolvido, bem como estar atento sobre a possibilidade de investigações sobre temáticas relacionadas à saúde.

A dimensão instrumental da profissão para o conhecimento e enfrentamento da questão social e sua interferência no processo saúde-doença, permite a construção de métodos para o estudo, diagnóstico, análise, intervenção e avaliação. Segundo Yolanda Guerra (1995, p. 175), a instrumentalidade do serviço social, apesar do paradigma da racionalidade

formal influenciar com formas positivistas à profissão, privilegiando as formas técnicas de atuação, há de se considerar que possibilitou responder às necessidades instrumentais da ação profissional.

O uso de instrumentais no processo do conhecimento dos fatos permite a compreensão não somente da lógica interna dos fenômenos que se expressam na realidade, como as conexões que aí se estabelecem, ou seja, segundo a autora, este movimento do conhecimento do profissional de sua realidade de atuação constitui-se da “relação dialética entre universalidade e singularidade e suas conexões em particularidades” (GUERRA, 1995, p. 178).

Segundo Guerra, o autor Lukács (1968, p. 255 apud GUERRA, 1995, p. 178), ajuda a refletir na necessidade de criação de instrumentais para o serviço social a partir da relação cotidiana dos profissionais com os sujeitos e estes com a realidade social. Portanto o método utilizado configura-se no movimento teoria/prática:

[...] a singularidade perde seu caráter fugidio, meramente superficial, casual, mas que toda singularidade não só conserva como intensifica sua forma fenomênica isolada, que sua imedaticidade sensível transforma-se numa sensibilidade imediatamente significativa [...]. A universalidade, por sua vez, perde sua imedaticidade conceitual. Ela aparece como potência, que se expressa em homens singulares como concepção do mundo que determina suas ações em suas relações, que refletem suas conexões sociais, como força objetiva das condições histórico-sociais.

A questão da formulação de instrumentos para o trabalho do serviço social não se limita em apenas desencadear ações instrumentais às situações imediatas, diz a autora, mas de constituir-se do uso de um grau de racionalidade que lhe permita apreender a totalidade dos processos sociais e atuar sobre eles.

A totalidade para Marx (1844 apud PEREIRA, 2007, p. 60) não significa o acabamento e exatidão das “coisas”, mas é o momento que se encontra uma verdade parcial, pois a realidade é dinâmica e não há como escrevê-la por inteiro, pois sempre está mudando independentemente da racionalidade do profissional. A totalidade compreende, portanto, na complexidade das relações mais variadas possíveis.

A totalidade (parcial) é formada por complexos dinâmicos: universal (geral), particular e singular. O universal trata-se das formas mais gerais da

sociedade, pois podemos pensar em questões que envolvem todas as pessoas do mundo; o particular incorpora questões mais específicas, como àquelas que são próprias de cada região, e o singular são as formas imediatas, de onde nasce o “ponto de partida”.

Tanto para Marx como para Lukács, segundo Pereira (2007, p. 60), o trabalho é o ponto principal da existência e desenvolvimento do homem e sociedade, é ele que faz a mediação entre homem e realidade. Assim é impossível explicar o ser social para além da sua imediatez, sem explicar as relações sociais coletivas.

Desta forma, concordamos com a conclusão da autora sobre a relação da instrumentalidade e o serviço social ao dizer que

[...] o Serviço Social possui modos particulares de plasmar suas racionalidades que conforma um “modo de operar”, o qual não se realiza sem instrumentos técnicos, políticos e teóricos, tampouco sem uma direção finalística e pressupostos éticos, que incorporam o projeto profissional (GUERRA, 1995, p. 203, destaque do autor).

2. 2 Serviço social e Atenção Básica (e não mínima) de Saúde

Devido às inúmeras razões de precarização da saúde na população brasileira, percebe-se suas conexões com o desemprego, a baixa renda, a falta de moradia adequada, a desnutrição, o surgimento de diversos focos de endemias e epidemias.

Toda essa conjuntura da realidade acaba envolvendo aspectos econômicos e sociais, exigindo ao profissional da área da saúde pensar para além do biológico e medidas curativas.

A política de saúde pública saindo de uma tradição privatista e excludente, ao passar para uma prática universal, não contributiva e de visão integral, também faz parte de um tripé que assegura a provisão das necessidades básicas da sociedade, as quais precisam ser atendidas para que se alcance a plenitude de uma vida com saúde.

Segundo Pereira (2007, p. 26), há uma distinção entre o atendimento às necessidades básicas e mínimas. As necessidades básicas são constituídas por algo fundamental, primordial, principal, não se restringindo a apenas satisfações de desejos ou preferências individuais; e, necessidades mínimas,

as que são consideradas ínfimas, com uma conotação de menos ou menor. Sem as condições básicas não há como falar em auto-sustentação ou desenvolvimento de potencialidades. O básico corresponde ao inegociável e incondicional de todos, diz a autora.

A provisão das necessidades humanas básicas está atrelada à concretização de direitos fundamentais, que se legitimam por meio das políticas sociais. Marx foi um dos teóricos que discutiram sobre isso, ao expor sobre as “necessidades existenciais como sinônimo de necessidades primárias relacionadas ao instinto de autoconservação” e estas não limitavam-se aos cuidados de nível biológico ou econômico apenas, mas de nível social, como a liberdade, universalidade e autoconsciência (PEREIRA, 2007, p. 58-59).

Segundo os autores utilizados por Pereira (2007, p. 57-61), para explicar quais são os fatores considerados básicos das necessidades humanas, apontam a saúde física e a autonomia como as necessidades principais de todos os seres humanos. A saúde é justificada como uma necessidade básica universal porque sem a provisão devida os homens estão impedidos de viver; e a autonomia porque dá a capacidade aos homens a liberdade de crença, de traçar objetivos e de alcançá-los sem opressão. O alcance à autonomia pode levar a um nível maior que seria a autonomia crítica, que definida por Pereira, como sendo a capacidade de “criticar e, se necessário, mudar as regras e práticas da cultura a que pertence”.

Para a garantia da saúde física e da autonomia, Doyal e Gough (1991 apud PEREIRA, 2007, p. 76), utilizados pela autora, caracterizam onze fatores, como a alimentação nutritiva e água potável, habitação adequada, ambiente de trabalho, ambiente físico saudável, cuidados apropriados de saúde, relações primárias significativas, seguranças física e econômica e educação apropriada.

Sobre a alimentação os autores correspondem à quantidade e qualidade necessárias para o desenvolvimento e manutenção dos seres humanos.

Sobre a habitação adequada deve garantir um abrigo resistente aos climas adversos, aos riscos de epidemias e vetores patogênicos, além de acesso ao sistema sanitário básico e ausência de superlotação, o que poderão causar doenças físicas e mentais dos moradores.

O ambiente de trabalho deve evitar a jornada de trabalho prolongada e limitação da autonomia, contendo um ambiente seguro livre de acidentes.

O ambiente físico saudável contempla a existência de um ambiente ecologicamente saudável, com água potável, alimentos, serviços sanitários, habitação e emprego satisfatório.

Os cuidados de saúde incorporam todos os itens acima além do acesso aos serviços de saúde, inclusive o acesso a alta tecnologia do ramo.

Sobre as relações primárias estas são constituídas por “uma rede de apoios individuais que podem oferecer um ambiente educativo e emocionalmente seguro” (DOYAL; GOUGH, 1991 apud PEREIRA, 2007, p. 79).

Segurança econômica e física constitui-se em ameaças que os indivíduos podem viver, limitando sua capacidade de participação/ autonomia, nos contingentes sociais durante a velhice, desemprego, enfermidades ou incapacidades, como também a garantia de uma sociedade segura, livre de violências.

E por fim, a educação apropriada a qual é indispensável para que as pessoas possam fazer suas escolhas, permitindo às pessoas compararem situações.

O processo saúde-doença das populações dependem essencialmente da garantia desses fatores, em que a falta deles pode significar bolsões de subalternidade indignamente vividas, sem o acesso aos direitos de “[...] decidir, compreender, de ter consciência [...]” (YAZBEK, 2007, p. 119).

Diante desta breve exposição sobre as necessidades humanas básicas é que podemos compreender melhor sobre o que a Atenção Básica à saúde se propõe a oferecer. Atendimento este que se amplia, que vai além do biológico e do mínimo às populações, garantindo o necessário para uma vida com qualidade e precavendo os surgimentos de doenças.

A Atenção Básica torna-se o espaço para o desenvolvimento da cidadania e emancipação dos sujeitos atendidos.

A prática sócio-educativa na Atenção Básica vem como uma oportunidade de ruptura com a alienação, que segundo o dicionário produzido por Ferreira (1988, p.21), alienação é entendida como: 4. Falta de consciência dos problemas políticos e sociais. Esta alienação perpassa pela população atendida como também entre os próprios profissionais de saúde.

A desinformação e desinteresse pelas questões sociais impedem a expansão do conhecimento e a atuação da população, e promovem também a falta de conhecimento da vida social da população atendida, impedindo a realização do atendimento sócio-educativo e de assistência social. As ESF podem ser um identificador de problemas, como também propulsoras de alternativas sociais, comunitários e individuais para que a saúde alcance sua plenitude.

Educação em saúde é definida por uma

[...] prática social que se relaciona intimamente com as ciências sociais e com a ciência da saúde. Tem como objeto de ação a construção de um projeto político pedagógico, que possibilite a população o desenvolvimento de estratégias de ação que leve a superação da dominação e a construção de um processo de cidadania [...] tem sua ação voltada para a compreensão e transformação das condições sociais e sanitárias pelas quais se instalam as doenças [...] um processo capaz de desencadear nas pessoas uma consciência crítica dos problemas (OLIVEIRA, 1991, p. 78).

Esta prática requer do profissional uma relação dialética entre todas as áreas da sociedade, ou seja, “não basta a este profissional somente conhecer os aspectos conjunturais da sociedade, mas é imprescindível saber se mover dentro dela” (GADOTTI, 1985 apud CARVALHO, 1995, p. 27). Este movimento consegue desenvolver um “agir estratégico”, ou seja, uma “consciência sanitária”.

Em síntese, uma “consciência sanitária” seria a capacidade, tanto do profissional com a população, de esboçar metodologias para o alcance de melhor qualidade de vida. Dessa forma, população e profissionais não são vistos de maneira isolada, mas como parte de uma totalidade histórica.

Nossa proposta para a superação dessas dificuldades visa a inserção do profissional de serviço social nas equipes de PSF. O código de ética profissional do assistente social também nos traz alguns atributos do seu dever de trabalho junto aos usuários, o que deixa evidente sua qualificação para uma atuação dentro das ESF, como por exemplo, contribuir para a viabilização da participação efetiva da população usuária nas decisões institucionais; democratizar as informações e o acesso aos programas disponíveis no espaço institucional, como um dos mecanismos indispensáveis à participação dos usuários e contribuir para a criação de mecanismos que venham desburocratizar a relação com os usuários, no sentido de agilizar e melhorar os serviços prestados.

Em alguns estados do Brasil a ampliação das equipes de Saúde da Família já incorporam o assistente social como membro. Um exemplo destes é o estado do Maranhão que desde o ano de 2003, foi publicada uma ementa dispondo sobre a inclusão do assistente social nas equipes de PSF.

Neste documento foram colocadas algumas atribuições do assistente social integrante das equipes como:

- I – Promover o levantamento de dados relacionados aos aspectos sociais da população usuária, demonstrando as relações de causa e efeito na problemática da saúde;
- II – Elaborar, com a participação da comunidade, um plano local para o enfrentamento dos determinantes do processo saúde-doença;
- III – Difundir orientações à população sobre saúde preventiva;
- IV – Elaborar, coordenar e executar treinamentos, bem como prestar supervisão e acompanhamento técnico a estagiários, profissionais e equipes ligadas ao Programa Saúde da Família;
- V – Estimular o processo de participação social da população para a formação dos conselhos locais de saúde ou instâncias similares;
- VI – Atuar na intermediação entre o usuário, sua família e a equipe de saúde realizando o acompanhamento social nas questões de saúde;
- VII – Orientar e esclarecer as famílias com relação aos direitos sociais, mobilizando-as para o exercício efetivo da cidadania.

A justificativa colocada pela ex-deputada Helena Barros Heluy (2003, on line) em defesa da presença do assistente social nas ESFs foi de grande consistência e valorização da categoria profissional:

[...] O caráter preventivo e social estava claramente embutido no novo conceito de saúde atrelado à qualidade de vida e às diretrizes preceituadas na Carta Magna. Nela os serviços de saúde estariam voltados para o atendimento integral com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais. Portanto, além de impor a priorização de ações coletivas à promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, ampliou também a caracterização e tipificação dos profissionais de saúde. Neste contexto, quando nascia um novo modelo de atenção à saúde, o Sistema Único de Saúde, universal, equânime, integral e resolutivo com serviços regionalizados e hierarquizados com controle social e definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população, registrou-se uma maior visibilidade da prática profissional do assistente social, enquanto trabalhador da saúde [...]. A inserção do Assistente Social na área da saúde vem sendo inscrita ao longo dos

anos a partir da caracterização de um profissional que, articulando o recorte social nas diferentes formas de promoção da saúde vem contribuindo para identificar as causalidades e multiplicidades de fatores que incidem na qualidade de vida da população [...]. Desde a implantação do SUS, o assistente social vem desempenhando ações tanto na atenção aos grupos populacionais, como na supervisão e coordenação das ações sugeridas no novo modelo de assistência à saúde.

A política do Sistema Único da Assistência Social (SUAS) vem sendo construída mediante uma nova lógica de organização das ações: com a definição de níveis de complexidade, na área da proteção social básica e proteção social especial, com a referência no território, considerando regiões e portes de municípios e com a centralidade na família. Trata-se de uma forma de operacionalização da LOAS, que viabiliza o sistema descentralizado e participativo e a sua regulação, em todo o território nacional.

2.3 Serviço Social nas ESF: ampliação da visão

Segundo Anamaria (SILVA, A. C. 2007, p. 70) um dos princípios norteadores das ESF, se constitui na integralidade, que unida aos princípios do SUS com os do serviço social, estando essa integralidade fundamentada na

[...] visão totalizadora, [que] requer preocupações com os aspectos sociais, culturais e econômicos da população adstrita. Assim, sendo, cabe à Equipe de Saúde da Família enfrentar, além dos problemas individuais e biológicos de saúde, os problemas coletivos e socioculturais dos indivíduos e da comunidade pela qual tem responsabilidade sanitária.

Para a realização desta responsabilidade, somente será possível e real com a introdução de outros profissionais, além do médico e da enfermagem. Sobre este aspecto a autora, ainda salienta que mesmo havendo a participação de outros profissionais, esta não deve ser de forma fragmentada, em que “cada categoria desenvolve seu campo de conhecimento e sua prática isoladamente das outras”, mas sim uma visão interdisciplinar que permita

atingir a totalidade ou “uma abordagem totalizante para que se alcance o objetivo de se promover saúde entendida como qualidade de vida”.

Na experiência de Sobral várias categorias profissionais da saúde vêm desenvolvendo ações de impacto, onde já fazem parte da equipe mínima o médico, enfermeiro(a), dentistas, auxiliares de enfermagem, agentes de saúde, assistentes sociais, psicólogos, fisioterapeutas, educadores físicos e terapeutas ocupacionais.

Neste período a formulação da Norma Operacional Básica sobre Recursos Humanos (NOB-RH), enfatizou alguns pontos como o impacto dos cursos seqüenciais na área da saúde, principalmente aos ACS, enfermagem e médicos; o aprofundamento da questão da humanização e acessibilidade no Conselho Nacional de Saúde (CNS) e a discussão sobre a relevância do assistente social na composição das ESF, “enquanto estratégia de melhoria da qualidade do atendimento e não por uma questão corporativista [...] e o incentivo à qualificação da atuação do assistente social na área” (BRAVO, 2006, p. 39).

Sobre esta questão foi lançada recentemente a Portaria de n. 154, de 24 de janeiro de 2008, localizada na íntegra nos anexos, que discorre sobre a implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), que efetiva e amplia a metodologia usada na cidade de Campinas com as Rodas/ Paidéia.

Dentre as atribuições do NASF, estão:

§ 2º A responsabilização compartilhada entre as equipes SF [Saúde da Família] e a equipe do NASF na comunidade prevê a revisão da prática do encaminhamento com base nos processos de referência e contrareferência, ampliando-a para um processo de acompanhamento longitudinal de responsabilidade da equipe de Atenção Básica/Saúde da Família, atuando no fortalecimento de seus atributos e no papel de coordenação do cuidado no SUS.

§ 3º Os NASF devem buscar instituir a plena integralidade do cuidado físico e mental aos usuários do SUS por intermédio da qualificação e complementaridade do trabalho das Equipes Saúde da Família - ESF.

Os NASF, segundo a Portaria, estão classificados em duas modalidades, o NASF 1, que é composto por no mínimo cinco profissionais, e o NASF 2 que compõe no mínimo três profissionais. Ao NASF 2 fica estabelecidos sua implantação exclusiva aos municípios abaixo de cem mil habitantes, sendo da escolha do município os profissionais que o comporão. Os municípios acima

de cem mil habitantes terão os NASF 1 como critério de implantação seguindo a escolha dos profissionais segundo sua escolha.

A Portaria especifica as diretrizes e responsabilidades de cada profissional, para o assistente social foi considerado o contexto social brasileiro, com suas “graves desigualdades sociais e a grande desinformação acerca dos direitos”, ficando este profissional responsável das seguintes ações:

[...] promoção da cidadania e de produção de estratégias que fomentem e fortaleçam redes de suporte social e maior integração entre serviços de saúde, seu território e outros equipamentos sociais, contribuindo para o desenvolvimento de ações intersetoriais para realização efetiva do cuidado.

Dos detalhamentos das ações dos assistentes sociais nos NASFs são destacadas:

- coordenar os trabalhos de caráter social adstritos às ESF;
- estimular e acompanhar o desenvolvimento de trabalhos de caráter comunitário em conjunto com as ESF;
- discutir e refletir permanentemente com as ESF a realidade social e as formas de organização social dos territórios, desenvolvendo estratégias de como lidar com suas adversidades e potencialidades;
- atender as famílias de forma integral, em conjunto com as ESF, estimulando a reflexão sobre o conhecimento dessas famílias, como espaços de desenvolvimento individual e grupal, sua dinâmica e crises potenciais;
- identificar no território, junto com as ESF, valores e normas culturais das famílias e da comunidade que possam contribuir para o processo de adoecimento;
- discutir e realizar visitas domiciliares com as ESF, desenvolvendo técnicas para qualificar essa ação de saúde;
- possibilitar e compartilhar técnicas que identifiquem oportunidades de geração de renda e desenvolvimento sustentável na comunidade, ou de estratégias que propiciem o exercício da cidadania em sua plenitude, com as ESF e a comunidade;
- identificar, articular e disponibilizar com as ESF uma rede de proteção social;
- apoiar e desenvolver técnicas de educação e mobilização em saúde;
- desenvolver junto com os profissionais das ESF estratégias para identificar e abordar problemas vinculados à violência, ao abuso de álcool e a outras drogas;
- estimular e acompanhar as ações de Controle Social em conjunto com as ESF;
- capacitar, orientar e organizar, junto com as ESF, o acompanhamento das famílias do Programa Bolsa Família e outros programas federais e estaduais de distribuição de renda; e
- no âmbito do Serviço Social, identificar as necessidades e realizar as ações necessárias ao acesso à Oxigenioterapia.

Diante dessas atribuições, o serviço social assemelha-se cada vez mais dos propósitos e finalidades constituídas no SUS e no PSF. Assim, a necessidade deste profissional nas ESF é condição de expansão e desenvolvimento da melhoria da qualidade de vida para comunidades atendidas.

A pesquisa para o assistente social é um instrumental usado para o levantamento de propostas e criação de novas estratégias de ação. Portanto, ao utilizarmos o modelo criado por Green e Kreuter (1991), PRECEDE-PROCEED, enfatizamos a importância que os próprios autores indicam que se trata do planejamento e estratégia de ação no âmbito da educação em saúde, onde se torna necessário uma investigação e diagnóstico epidemiológico e social da população.

Dentre os fatores a serem identificados com este modelo, estão os que possibilitam práticas em saúde, correspondendo aos recursos materiais, humanos e sociais que facilitam a realização de uma ação por indivíduos ou organizações, incluindo a disponibilidade dos serviços e acesso a eles.

CAPÍTULO 3 HAS: UMA QUESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA

Entendendo a saúde, como já apontado nos dois capítulos anteriores, como um conjunto de fatores determinantes, entende-se que ações de prevenção, tratamento e reabilitação, dependem de condições sociais dignas.

O cuidado para o não adoecimento (a prevenção) depende do tipo de acesso aos recursos básicos, como já demonstrados no capítulo anterior, sobre o atendimento das necessidades humanas para se ter saúde. Para uma pessoa saudável não vir a ter a HAS instalada são as condições de alimentação, a prática de exercícios físicos e a não obtenção de vícios como álcool e tabagismo, que poderão impedir que seu desenvolvimento aconteça. Essas condições estão ligadas à autonomia e saúde física apontados por Pereira (2007).

Uma pessoa com a doença já instalada, além de ter todos esses fatores citados acima, em nível prejudicial à saúde, provavelmente, precisará também de ter acesso à medicação e formas de tratamento mais intensas, com mais presença em consultas médicas e observações de uma equipe multidisciplinar.

Por se tratar de uma doença silenciosa, em que muitas vezes, as pessoas não percebem seu grau de complicação, somente quando um estágio de seu agravamento e situação de risco é que passa a ser percebida. Muitos casos apontam a dor de cabeça, tonturas e dores no peito como sintomas da HAS, o que pode indicar o início de um Acidente Vascular Cerebral (AVC) ou outras complicações com órgãos como os rins e coração.

Neste estágio da doença com um acontecimento de AVC, por exemplo, o acesso a tipos de serviços de reabilitação, medicamentos, alimentação específica, aparelhos de oxigênio, fraldas, luvas, gase, cama hospitalar e outros, tornam-se necessários para que a pessoa possa se restabelecer. Muitas vezes neste estágio a pessoa pode ficar incapacitada para o trabalho, precisando de recursos de aposentadoria, na maioria das vezes por invalidez, auxílio doença ou até mesmo o Benefício de Prestação Continuada (BPC).

Portanto, o que trataremos neste capítulo diz respeito à definição e explicação da ocorrência da HAS nas pessoas e sua relação tanto com as questões sociais, as quais formam demandas de atendimento ao serviço social da área da saúde, como as ESF que oferecem um tipo de serviço específico para esta demanda, tentando lhe oferecer uma saúde integral que proporcione qualidade de vida.

3.1 O que é hipertensão arterial?

Pressão arterial, segundo os Manuais de Cardiologia (MANO, 2007, on line), significa a pressão exercida pelo sangue contra a superfície interna das artérias, sendo que a força original vem do batimento cardíaco. A pressão arterial varia a cada instante, seguindo um comportamento cíclico. São vários os ciclos que se superpõem, mas o mais evidente é o determinado pelos batimentos cardíacos.

Chama-se ciclo cardíaco o conjunto de acontecimentos desde um batimento cardíaco até o próximo batimento.

No momento em que o coração ejeta seu conteúdo na aorta, a energia é máxima, gerando força máxima e consequentemente pressão máxima. Esta fase no ciclo cardíaco chama-se sístole, sendo que a pressão neste instante é chamada de *pressão arterial sistólica*.

Imediatamente antes do próximo batimento cardíaco, a energia é mínima, com a menor força exercida sobre as artérias em todo o ciclo, gerando portanto a menor pressão arterial do ciclo cardíaco. Esta fase é chamada de diástole, sendo que a pressão neste instante é chamada de *pressão arterial diastólica*.

Quando se fala em dois valores de pressão arterial (140 por 90 mmHg, por exemplo), estamos dizendo que neste momento os ciclos cardíacos estão gerando uma pressão arterial que oscila entre 140 e 90 mmHg, 140 no pico da sístole e 90 no final da diástole.

Com base nesta definição, a HAS seria a elevação dos níveis pressóricos, sendo um fator independente de risco de conseqüências a nível cardíaco, coronariano, cerebrovascular, renal e vascular.

A HAS obtém alguns níveis diferentes de estágio, sendo a do tipo primário e do tipo secundário. A HAS primária em sua grande maioria dos casos é considerada essencial, isto é, ela é uma doença por si mesma, ou seja, de fator genético. Por essa razão é preciso verificar o histórico familiar do paciente, uma vez que, se seus pais ou parentes próximos são hipertensos, ele tem grandes probabilidades de desenvolver a doença. Já a HAS de tipo secundária ocorre quando um determinado fator causal predomina sobre os demais, embora os outros possam estar presentes. Um dos exemplos mais comuns são os de HAS Renovascular, ou seja, que é provocada por algum problema nas artérias renais. De maneira reacional, o rim afetado produz substâncias hipertensoras.

A correção do problema arterial pode diminuir a pressão arterial; HAS relacionada a gestação, ao uso de medicamentos e do aumento dos fatores de risco, como o álcool, o fumo, a obesidade, sedentarismo e alimentação inadequada.

Ao tratar a HAS devemos ter em mente os fatores de risco associados e o impacto do tratamento nestes fatores. Assim apesar de um controle satisfatório da pressão arterial, outros fatores de risco potencialmente maiores

podem se sobrepor, não melhorando a situação clínica do paciente, fazendo com que o tratamento atual da HAS não possa se resumir simplesmente à redução dos níveis pressóricos, mas do risco cardiovascular em geral.

3.2 Aspectos históricos sobre a Hipertensão

Os primeiros experimentos sobre a pressão arterial foram realizados nos anos de 1711 por Stephen Halles, na Inglaterra, onde foi realizado um experimento em um cavalo que, imobilizado por um grande número de estudantes, foi colocado uma cânula na artéria crural do animal (localizada na coxa), conectando-a a um tubo de vidro de três metros de altura. A coluna de sangue se elevou a dois metros e meio de altura acima do animal, tendo sido este o primeiro registro da pressão arterial.

A pressão arterial foi clinicamente valorizada com o aparecimento dos primeiros aparelhos de medida, no início do século XIX, inventados pelo italiano Riva Rocci, em Turim nos anos de 1896.

No Brasil somente na década de 1950 é que chegaram os estudos e início de tratamentos da HAS, até então não havia um tratamento medicamentoso efetivo para a hipertensão arterial. Nesta época iniciaram-se algumas ações no âmbito da prevenção, como também os estudos estatísticos por meio de uma pesquisa de dados epidemiológicos. Um exemplo dessas iniciativas foi a “Semana do Coração”, desenvolvida pelo Fundo de Aperfeiçoamento e Pesquisa em Cardiologia (FAPEC) - órgão da Sociedade Brasileira de Cardiologia, que realizou junto à população do Rio de Janeiro e de São Paulo a medida da pressão arterial. Só no Rio de Janeiro foram abordados 40.952 indivíduos, que aferiram a pressão e verificou-se que 22,4% da população medida tinha uma pressão arterial maior do que 160/95mmHg (considerada elevada) pelos índices.

Nesta época, como já abordamos no capítulo 1, caracteriza-se pelo momento de criação do Ministério da Saúde, havendo aprimoramento na área da pesquisa, o que na época de 1970, fez surgir muitas publicações sobre o tema, como por exemplo, a obra de Ruy Laurenti, que levantou o número de mortalidade por doença cardiovascular na cidade de São Paulo, encontrando um valor significativo de variação entre 2,8% a 5,7%, no espaço de trinta anos.

Neste período, um editorial chamou a atenção da comunidade médica para os seguintes aspectos: que a maioria das pessoas com HAS é assintomática, sendo esta o mais importante fator de risco para o surgimento de complicações da saúde como a coronariopatia, o AVC conhecido como o “derrame cerebral”, que significa a dificuldade de fornecimento de sangue ao cérebro e a insuficiência renal, que com o tratamento precoce diminui, sensivelmente, a morbidez (taxa de portadores) gerada pela doença.

Apesar de devidamente diagnosticados, apenas 50% dos pacientes utilizam medicação de forma regular. Isto se deve principalmente ao caráter assintomático da hipertensão durante seus 15 a 20 primeiros anos de evolução, pois sendo informado ou notificado antecipadamente, poderiam ter um tipo de tratamento não medicamentoso.

Ainda segundo os Manuais de Cardiologia (MANO, 2007, on line), a estimativa de prevalência de HAS na população adulta do Brasil, baseada nos dados estatísticos de 1995, estimava que existiam 13 milhões de brasileiros hipertensos com cifras de Pressão Arterial de > 160 e/ou 95 mmHg. Se considerarmos as cifras entre 140-159 e/ou 90-94 estima-se 30 milhões de hipertensos no Brasil em 1995. Provavelmente 50% destes (aproximadamente 15 milhões), desconheciam ser hipertensos.

Alguns estudos norte americanos dizem que a prevalência da HAS aumenta progressivamente com a idade em ambos os sexos. Sendo prevalecente entre os negros, em qualquer idade, sendo a que possui pior evolução atingindo complicações mais graves e freqüentes. Os miscigenados, predominantes no Brasil, podem diferir dos afrodescendentes quanto às características da HAS, pois até os 40 anos, a prevalência é de aproximadamente 10% enquanto que para os negros é 20%, até os 50 anos chega a 20% enquanto nos negros chega aos 40%, após 60 anos ultrapassa os 40%, nos negros chega a atingir os 60% após 70 anos.

Diversos estudos demonstram uma prevalência elevada de HAS na população brasileira. Estudos mais recentes demonstram uma prevalência de 26% da população geral adulta. Alguns destes estudos indicam que os segmentos sociais mais pobres são os que possuem maior prevalência de HAS e também de complicações como acidentes vasculares.

Já as regiões rurais apresentam menor prevalência de HAS em relação à urbana. O índice de prevalência de HAS varia numa mesma população de determinada origem conforme ocorrem migrações, portanto o ambiente é um importante fator determinante. A urbanização, os hábitos sociais e a atividade profissional são determinantes maiores.

No Brasil, as mortes por doença cardiovascular foram notificadas em aproximadamente 27,4% de todos os óbitos. Excluindo-se as mortes violentas e de origem não definida o índice sobe para 37%. A HAS está envolvida em 40% das mortes por doença cerebrovascular e em 25% das mortes por doença coronariana, segundo Manuais de Cardiologia (MANO, 2007, on line). Em 2005, foram 1.180.184 internações relacionadas com a doença cardiovascular com um custo superior a U\$575.000.000,00 (Quinhentos e Setenta e Cinco Milhões de Dólares).

Idade, fatores sócio-econômicos, psicológicos, consumo excessivo de sódio, obesidade, sedentarismo e consumo constante de álcool e tabaco são os principais fatores relacionados ao aparecimento e a piora da HAS. Logo, o desenvolvimento de HAS depende da interação entre predisposição genética e fatores ambientais e comportamentais.

A HAS estava se tornando muito importante dentro da medicina e uma problemática dentro da saúde pública e da política de assistência social, pelo grande número de demandas aos serviços de saúde e necessidades de acesso a diversos recursos.

Em 1998 o Departamento de Hipertensão Arterial da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) publicou os Anais do 3º Consenso Brasileiro para o Tratamento de HAS, que o abordou sobre a importância do atendimento multidisciplinar às pessoas com HAS (MANO, 2007, on line).

A inserção do assistente social nas ESF, na Atenção Básica, por meio do NASF demonstra o reconhecimento do trabalho multidisciplinar, já apontado nos congressos de cardiologia, indicando a necessidade de se compreender a HAS em seu contexto mais amplo, considerando as questões sociais, econômicas, psicológicas e culturais dessas pessoas e comunidade, garantindo um tratamento digno e capaz de proporcionar qualidade de vida aos sujeitos, os quais também são partícipes deste processo.

3.2.1 Tratamento não farmacológico

O tratamento não farmacológico (sem uso de medicação) baseia-se fundamentalmente na modificação do estilo de vida, no qual há comprovações científicas de redução nos valores da pressão arterial. A modificação do estilo de vida está ligada à redução do peso, a redução da ingestão de sódio, maior ingestão de potássio, uma dieta rica em frutas e vegetais e alimentos com pouco teor de gordura, a diminuição ou abolição do álcool e do fumo e a atividade física regular.

A V Diretrizes Brasileiras de HAS de 2006 (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2006, on line), recomenda que o tipo de hábito alimentar que as pessoas com HAS devem adquirir. Em sua recomendação destaca o poder aquisitivo como fator relevante para ter acesso aos alimentos indicados:

[...] redução da quantidade de sal na elaboração de alimentos; [...] inclusão de, pelo menos, cinco porções de frutas/verduras no plano alimentar diário [...] ingestão adequada de cálcio pelo uso de produtos lácteos, de preferência, desnatados; busca de forma prazerosa e palatável de preparo dos alimentos: assados, crus e grelhados; plano alimentar que atenda às exigências de uma alimentação saudável, do controle do peso corporal, das preferências pessoais e *do poder aquisitivo do indivíduo/família* [...] (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2006, on line, grifo nosso).

Muitas vezes é recomendada ao usuário um determinado tipo de alimentação que impossibilita a pessoa de cumprir exatamente o que lhe é proposto pela dificuldade financeira que enfrenta. Os valores em reais de alimentos “light” e “diet” ou de baixo teor de sódio, encareceu os alimentos dificultando o acesso a eles, já que se exige um determinado tipo de alimentação restrita para que a pessoa portadora de HAS consiga manter seu quadro de saúde o mais estável possível.

Um outro ponto que poderíamos considerar é com relação ao mau uso dos alimentos, pois a falta de orientação quanto ao reaproveitamento de partes de frutas, verduras e legumes que poderão ajudar às pessoas a gastar menos com alimentação e poderem atingir uma alimentação saudável.

Porém todos esses recursos precisam estar disponíveis à população, pois não há como responsabilizar ou “culpabilizar” os sujeitos por não “cumprirem as regras” do tratamento se não há poder aquisitivo de compra ou educação disponível para eles. A responsabilidade também se estende ao

Governo, por meio de empregos dignos, de políticas de proteção social; dos serviços de saúde como o PSF que tem possibilidade de informar ou ensinar às pessoas sobre a utilização dos alimentos, dos medicamentos e de outros fatores que podem auxiliar na melhora do quadro por meio de muitas alternativas.

Sobre o tratamento não farmacológico também é apontado a importância do exercício físico. Esta questão levanta outro ponto que seria a de se ter um local adequado para realizar uma caminhada ou pedalar de bicicleta, por exemplo, um local onde haja condições precárias de meio ambiente e saneamento básico, não possibilita as recomendações. Há de se ressaltar que a co-gestão das pessoas em seus tratamentos, também é fundamental, quando já lhe são garantidas as condições para essa atividade.

O apoio às pessoas portadoras de HAS sob o nível psicológico também é um fator fundamental, pois a condição emocional atrelada às condições e situações adversas na família ou no trabalho (ou falta dele), por exemplo, auxilia em momentos que se deve manter a calma. O apoio de uma equipe multidisciplinar poderá auxiliar as pessoas a criarem estratégias e alternativas que possam superar situações que estão ou poderão prejudicar sua condição de saúde.

3.2.2 Tratamento farmacológico

O tratamento medicamentoso se usa quando as medidas não farmacológicas são insuficientes para o controle da HAS.

Conforme a classificação do VII Relatório Internacional do Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and the Treatment of High Blood Pressure, publicado por Póvoa em 2003 (on line), do nível de HAS encontre entre 120-139 mmHg (Pressão arterial sistólica - PAS) e 80-89 mmHg (Pressão arterial diastólica - PAD), são considerados pré-hipertensos, devendo-se iniciar um controle dos fatores ambientais e comportamentais.

Para auxiliar no acesso à medicação para doenças crônicas o Governo Federal padronizou alguns medicamentos pela rede básica de saúde, porém o fornecimento destes não tem por muitas vezes acompanhado o alto índice de pessoas portadoras de HAS, gerando a falta de alguns desses medicamentos

na distribuição, porém abriu uma forma de acesso à população hipertensa. Outro fato com relação aos medicamentos são aqueles direcionados para o tratamento mais complexo, que são utilizados os medicamentos de alto custo, que também existem alguns deles padronizados pelo SUS na rede pública, porém além de ocorrer a falta de alguns deles, grande parte do que é recomendada pelos especialistas não faz parte desta rede. Tal fato tem obrigado às pessoas a entrarem com processos judiciais para que se consiga o acesso ao medicamento.

Esta situação da política pública de saúde tem ferido a questão dos direitos e da garantia de uma assistência integral.

A fim de auxiliar esta situação o Governo Federal criou o Farmácia Popular, por meio da Portaria n.491, de nove de março de 2006 (BRASIL, 2006b, on line), implantando nos municípios do Brasil, onde se encontram praticamente os mesmos medicamentos padronizados pelo SUS, porém com preços mais baratos e do tipo genérico, que não possui laboratório comercial.

O Programa do Governo conta com um grupo de 12 medicamentos usados no tratamento da Hipertensão e Diabetes. Atualmente estão cadastrados no SUS cerca de 7,7 milhões de pessoas com hipertensão, no qual, segundo o Ministério da Saúde, todos recebem medicamento.

Outro fato a ser discutido sobre a medicação padronizada é sobre a falta de identificação mais visível nas embalagens, pois pela vivência como ACS numa das ESF de Franca, se pôde identificar pessoas que tinham dificuldade de seguir o tratamento, muitas vezes porque eram pessoas analfabetas e não sabiam os horários e tipo de medicação indicada como também pessoas que sabiam ler, mas que, pela semelhança das embalagens acabavam se confundindo na administração das medicações.

Dentro deste aspecto, que entra a importância da ESF na explicação de como administrar melhor seus medicamentos, principalmente quando há associação de outras doenças junto à HAS, gerando uma quantidade grande de medicamentos a ser administrados em diversas maneiras de serem consumidas.

A ESF tem esse papel educativo e facilitador a fim de que as pessoas conseguissem ao menos realizar o tratamento recomendado, uma vez que o vínculo que possui com a comunidade e conhecimento das dificuldades das

peças ou da família ajuda a amenizar ou solucionar problemas que irão facilitar a vida de muitos brasileiros.

Quanto à falta do fornecimento da medicação as pessoas desconhecem seus direitos e ficam à mercê da situação social. O acesso à informação sobre a abertura de processos, onde procurar, o que levar, com quem falar são barreiras que as pessoas têm que enfrentar para conseguir um tratamento.

Além disso, o desconhecimento sobre a existência de um Conselho de Saúde ou Sindicato, também prejudica a efetivação dos direitos. Por isso que o trabalho das ESF na identificação de lideranças e de disseminar as informações entre a comunidade é fundamental, pois dessa forma as pessoas tornam-se participantes de seus próprios cuidados, zelando pela efetivação de uma política pública que foi conquistada e pelo Programa que tem a intenção de oferecer uma saúde integral. Porém sem os recursos básicos (recursos humanos, recursos para o tratamento – medicação, vacina, materiais para curativos e acesso às informações e apoio de outras áreas profissionais), como poderão cumprir seu papel?.

3.3 HAS e os indicadores de saúde

Atualmente os fatores de riscos ambientais, comportamentais e sócio-econômicos são tão importantes na realidade mundial, quanto somente a consideração do fator biológicos como pré-dispositivo à doença.

Hoje é comum vermos crianças, cada vez mais cedo, com obesidade mórbida ou portadoras de HAS. A introdução de produtos industrializados no hábito alimentar, os jogos eletrônicos, internet e aparelhos eletrodomésticos, que auxiliam na situação atual da “falta de tempo” no dia-a-dia, contribuíam para um estilo de vida não contributivo aos quadros de saúde-doença dos indivíduos. Nesse cenário do mundo moderno, os protagonistas no processo saúde-doença acabam sendo o estresse, os vícios pelo álcool e tabaco para amenizar a ansiedade, o sedentarismo e os alimentos baratos e os que proporcionem rapidez na preparação (como os de tipo congelados e embutidos).

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) os indicadores sociais são estatísticas sobre aspectos da vida de uma nação que,

em conjunto, retratam o estado social dessa nação e permitem conhecer o seu nível de desenvolvimento social. Os indicadores sociais constituem um sistema, isto é, para que tenham sentido, é preciso que sejam vistos uns em relação aos outros, como elementos de um mesmo conjunto.

O IBGE acredita que como já existe um consenso sobre os critérios de seleção dos aspectos que melhor retratam o estado social de uma nação, já se pôde falar de um conjunto mínimo de indicadores sociais, composto por informações sobre as características da população, sobre a dinâmica demográfica, sobre trabalho e rendimento; sobre saúde, justiça e segurança pública, educação e condições de vida das famílias.

A elaboração e sistematização desses indicadores atende a recomendações internacionais e contribui para a compreensão das modificações no perfil demográfico, social e econômico da população, possibilitando, assim, o monitoramento de políticas públicas.

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é uma medida comparativa de riqueza, alfabetização, educação, esperança de vida, natalidade e outros fatores para os diversos países do mundo. O índice foi desenvolvido em 1990 pelo economista paquistanês Mahbub ul Haq, e vem sendo usado desde 1993 pelo Programa Nacional de Amostra por Domicílio (PNAD) em seu relatório anual.

O Brasil está na 69ª colocação no ranking do IDH de 2006 (em 177 países no total), com um índice de 0,792 (médio desenvolvimento humano). Apesar de ter melhorado nos critérios educação e longevidade, o Brasil perdeu sobre o aspecto da renda nacional.

Sobre alguns dos indicadores, como uma das diretrizes do SUS, a equidade permite reconhecer igualmente o direito de cada um no tratamento e atendimento nos serviços de saúde. Em nível de assistência à saúde, a equidade foi estudada por Mooney, baseando-se em dois princípios: o da equidade horizontal, que preconiza o tratamento igual dos indivíduos que apresentam iguais problemas de saúde, e o da equidade vertical, que enuncia os indivíduos que tenham problemas desiguais de saúde sejam tratados dentro das peculiaridades de cada caso.

Esse autor aponta para algumas possíveis abordagens de equidade. Cita a igualdade de custo "per capita" da saúde, ou ainda a igualdade de recursos

para necessidades iguais, ou mesmo a equidade de utilização dos serviços para necessidades iguais.

A expectativa de vida do brasileiro em 2000 foi constatada segundo o Relatório de Desenvolvimento Humano com uma faixa etária de 67 anos. Sendo a desnutrição a grande causa de diminuição da expectativa de vida, contribuindo também para a mortalidade infantil. No Brasil, 17% da população não tiveram acesso à infra-estrutura básica, agravando o aumento das doenças e complicações de saúde.

O PSF criado em 1994, atendeu no Brasil em 2002 cerca de 52,4 milhões de pessoas com 15.867 equipes em 4.071 municípios. Conseguiu diminuir o número de mortes por AIDS, malária, tuberculose, meningites, febre tifóide, não havendo mortes por sarampo e cólera (GOVERNO..., 2002, Caderno Especial 10).

Em meados dos anos 2000 o Brasil ocupou a 73ª posição em relação aos outros países do mundo, ficando classificado como um país de desenvolvimento humano médio, segundo o Relatório de Desenvolvimento Humano em 2002.

O Brasil vem crescendo gradativamente entre os anos de 1975 e 2000:

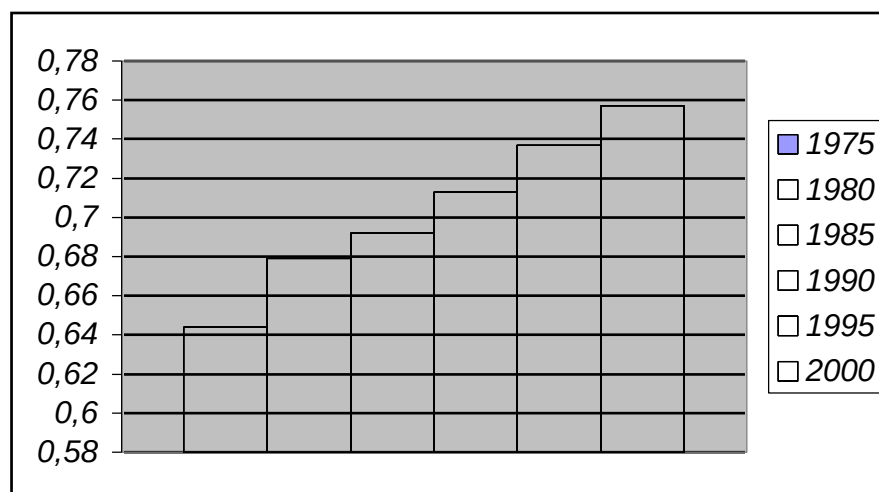


Gráfico 1: Tendências do Índice de Desenvolvimento Humano no Brasil.
Fonte: Evolução do IDH no Brasil. Folha de S. Paulo, São Paulo, SP, 10 jul. 2001, capa, p. A1.

O Brasil dentro desta representação cresceu em vinte e cinco anos 17,60%, uma média de 2,93% a cada cinco anos.

Em 27 de novembro de 2007 foi publicado no PNUD (BRASIL, 2007, on line) o alcance do Brasil a 70^o posição, momento em que pôde entrar para o grupo dos países do Alto Desenvolvimento Humano, ultrapassando a barreira dos 0,800 do IDH.

A expectativa de vida no Brasil aumentou de 70,8 anos para 71,7, enquanto em outros países essa faixa etária é maior que a do Brasil, como por exemplo a Albânia que teve seu aumento de 73,9 anos para 76,2 anos, a qual subiu, neste último relatório 15 posições alcançando o posto de 68^o lugar no

Tabela B: Tendências de Longo-Prazo no IDH do Brasil					
	Expectativa de Vida no nascimento (anos)	Taxa de Alfabetização dos adultos (% com mais de 15 anos)	Taxa de Matrícula combinada (%)	PIB per capita (2005 PPC US\$)	IDH
1990*	66.1	82.0	67.3	7,219	0.723
1995*	68.2	84.7	74.4	7,798	0.753
2000*	70.3	86.9	90.2	8,085	0.789
2004*	71.5	88.6	87.5	8,325	0.798
2005	71.7	88.6	87.5	8,402	0.800

*Estas series foram ajustadas levando-se em conta as revisões e atualizações das estatísticas desse ano e não necessariamente são iguais aquelas publicadas em RDH anteriores.

ranking.

Gráfico 2: Tendências de Longo-Prazo no IDH do Brasil.

Fonte: BRASIL. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), 2007, on line.

No Atlas de Desenvolvimento Humano do PNUD do ano de 2003, o Brasil mostrou melhores condições, nos indicadores: renda, longevidade e educação, de acordo com sua posição no IDH-M, em que passou de 0,709 em 1991 para 0,764 em 2000. Em 1991, o índice aumentou em todos os estados:

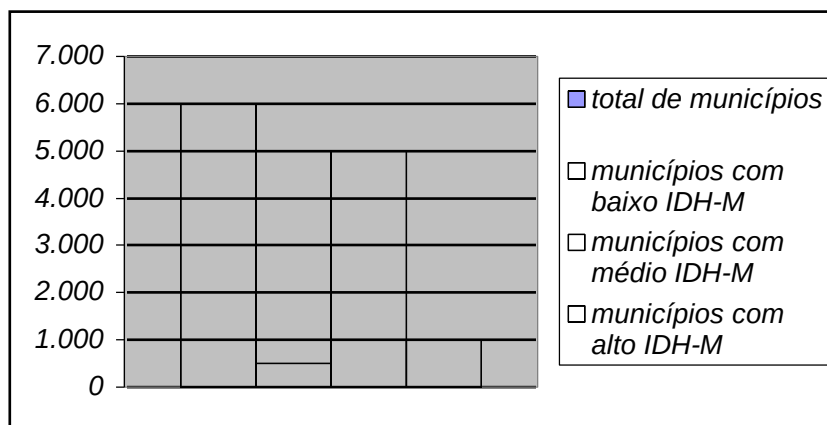


Gráfico 3: IDH-M Brasileiro.

Fonte: BRASIL. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), 2003, on line.

Dentre estes indicadores, a educação foi responsável por 60,78% entre 1991 e 2000, a renda por 25,78% e a longevidade com 13,44% para o crescimento do IDH-M.

No ranking dos municípios do estado de São Paulo, Franca apontava em 1991, uma boa qualidade de vida, embora estivesse ocupando o 16º lugar entre os municípios paulistas. O IDH-M de Franca atingia a pontuação de 0,803, o qual indicava a qualidade dos municípios de alta qualidade:

Margem de qualidade	Tipo de qualidade
Até 0,499	Baixa qualidade
Entre 0,500 e 0,799	Média qualidade
Acima de 0,800	Alta Qualidade

Quadro 1: Escala de classificação para o IDH-M.

Fonte: BRASIL. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), 1998, on line.

Nº	IDH-M	Cidades
1	0,83	Santos
2	0,825	Ribeirão Preto
3	0,823	Águas de São Pedro
4	0,82	São Caetano do Sul
5	0,816	Campinas
6	0,815	Rio Claro
7	0,815	São José dos Campos
8	0,815	Taubaté
9	0,813	Pirassununga
10	0,813	Santo André
11	0,81	Junduaí
12	0,808	São Bernardo do Campo
13	0,804	Catanduva
14	0,804	São Paulo
15	0,804	Barra Bonita
16	0,803	Franca

17	0,803	Piracicaba
18	0,802	São José do Rio Preto
19	0,802	Araras
20	0,802	Americana
21	0,802	Bauru
22	0,802	Cruzália

Quadro 2: Franca no Ranking dos municípios paulistas em 1991.

Fonte: BRASIL. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), 1998, on line.

O Índice de Condição de Vida (ICV) de Franca também foi classificada na categoria de alta qualidade em 1991, com um índice de 0,821 segundo a Fundação João Pinheiro do estado de Minas Gerais, citado no Relatório do PNUD de 1998, o qual fez uma projeção para o ano 2000.

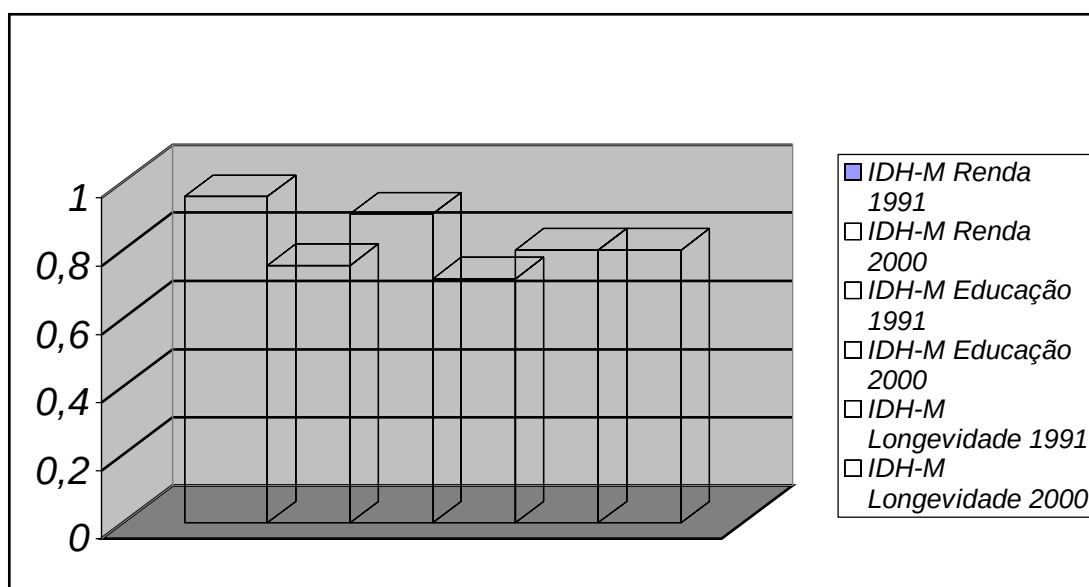


Gráfico 4: IDH de Franca (1991-2000).

Fonte: BRASIL. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), 1998, on line.

A preocupação em caracterizar a população do ponto de vista sócio-econômico decorre do fato de que grande parte da morbidez da população é vista de forma isolada ou somente pelo âmbito do aspecto biológico, não incluindo a totalidade do fato.

O estudo realizado por Martins et al. (1993, on line) fez o levantamento de alguns determinantes que são encontrados nas relações sociais, os quais demonstram expressões de modos de viver ou do tipo de qualidade de vida

como itens na interferência da condição do tratamento ou possibilidades de instalação da HAS.

No senso comum, se conhece a existência de uma ação recíproca entre o homem e seu ambiente, ou seja, entre o organismo e o meio físico e social. Sabe-se que determinados agrupamentos sociais, na nossa sociedade, são mais susceptíveis ao adoecimento e à morte que outros, devido ao fato das condições de trabalho, alimentação e estresse a que são submetidos acaba afetando o quadro biológico. Entretanto, a explicação em nível teórico-metodológico, da ocorrência de morbidades geradas por causas que vão além daquelas que se situam no interior do organismo humano, mas pelas que são encontradas nas relações sociais, é um desafio.

Outro fator limitante com que se depara a explicação, diz respeito à operacionalização do conceito de classe social, devido à própria complexidade das relações sociais.

A classe social, segundo Martins et al. (1993, on line), tem como indicadores de avaliação a renda, escolaridade, ocupação, posição na ocupação, posse de propriedade e respectiva dimensão e emprego de mão-de-obra.

Assim, a definição adotada na Saúde Pública muitas vezes tem restringido a indicadores demográficos e econômicos que expressem a participação dos grupos sociais no usufruto da riqueza por meio do consumo de serviços, bens materiais, culturais, entre outros, e, não realmente à autonomia, segundo o conceito de Doyal e Gough (1991 apud PEREIRA, 2007, p. 76) como uma condição de necessidade humana básica, adquirida por esses grupos.

3. 4 HAS, Serviço Social e classe social

O conceito de classe social utilizado vincula-se, portanto, à idéia de uma estrutura de sociedade, historicamente determinada, que estabelece relações sociais a partir de um modo de produção específico.

A operacionalização deste conceito de classes sociais pode ser tomada como base os critérios estabelecidos por Lombardi et al. (1988, p. 255, destaque do autor), que a partir de informações sobre ocupação, posição na

ocupação, posse de propriedade, número de empregados, escolaridade e renda, definiram as classes segundo os seguintes critérios:

- *burguesia*: formada pelos proprietários de meios de produção e setores responsáveis pelo controle social, administradores dos aparelhos. Estado, aparelhos burocráticos estatais ou paraestatais e técnicos de nível superior; proprietários com mais de cinco empregados foram considerados adscritos à esta classe;
- *pequena burguesia tradicional*: formada por proprietários que realizam sua produção em pequena escala, geralmente ajuda de componentes da família, que não recebem salário pelo trabalho que executam; proprietários com menos de cinco empregados vendedores com rendimentos acima de 5 salários mínimos foram considerados como pertencentes a esta classe;
- *proletariado*: formado pelos trabalhadores assalariados, com uma posição no universo renda. Na sua origem, essa classe era constituída, principalmente, por trabalhadores ligados diretamente à produção de bens materiais. Entretanto, nas sociedades capitalistas da atualidade, com o crescimento do setor terciário de serviços, trabalhadores funcionários de empresas públicas privadas e não ligados diretamente à produção apresentam-se como frações de classe do proletariado. Assim, foram considerados proletários trabalhadores assalariados com conhecimento ofício;
- *subproletariado*: formado por uma população sem emprego fixo, disponível no sistema, formando o denominado exército industrial de reserva; proprietários e vendedores com rendimentos abaixo de 5 salários mínimos, diaristas ou assalariados sem conhecimento de ofício foram considerados adscritos a esta classe.

Segundo Bronfman e Tuirán (1984 apud LOMBARDI, 1988, p. 255), "a inserção de classe determina, em última instância, o acesso diferencial, entre outros, à infra-estrutura de saúde, à quantidade e qualidade de alimentos, à habitação e ao vestuário".

A definição de classe social na qual se basearam foi a seguinte:

Las clases son grandes grupos de hombres que se diferencian entre sí por el lugar que ocupan en un sistema de producción históricamente determinado, por las relaciones en que se encuentran con respecto a los medios de producción (relaciones que en gran parte quedan establecidas y formuladas por las leyes), por el papel que desempeñan en la organización social del trabajo y, consiguientemente, por el modo y la proporción en que perciben la parte de riqueza social de que disponen. Las clases son grupos humanos, uno de los cuales puede apropiarse del trabajo del otro, por ocupar puestos diferentes en un régimen determinado de economía social (LENIN apud MARTINS, 1993, on line, destaque do autor).

A burguesia, segundo os autores, geralmente se apropria das unidades de produção, comercialização e reprodução simples, que lhes permite recuperar o capital e o trabalho invertidos no processo. Desta forma

asseguram, por uma parte, sua continuidade no processo econômico e, por outra, a reprodução de sua força de trabalho e de sua família. Este grupo encontra-se integrado pelos agentes da indústria artesanal, pelos pequenos comerciantes, e pelos proprietários independentes do setor serviços.

Para Bronfman e Tuirán (1984 apud LOMBARDI, 1988, p. 255) o proletariado inclui todos os agentes sociais que estão submetidos a uma relação de exploração, não exercendo eles mesmos, direta ou indiretamente, a função de exploração. Trata-se de trabalhadores que:

- 1) não dispõem de meios de produção e de trabalho;
- 2) vendem de sua força de trabalho para poder sobreviver;
- 3) são objeto da extração de uma proporção do produto de seu trabalho, e
- 4) não possuem formação de nível superior.

De acordo com a natureza e forma concreta como os indivíduos realizam seu trabalho, distingue-se dois diferentes subconjuntos: proletariado típico e proletariado não-típico. No primeiro caso trata-se de trabalhadores que desempenham atividades diretamente vinculadas com a produção e o transporte de mercadorias (pedreiros, operários, motoristas) enquanto que ao segundo grupo pertencem aqueles assalariados que somente têm relação indireta com a produção (bancários, trabalhadores de escritório, funcionários públicos).

Por último, a classe denominada subproletariado inclui todos os agentes sociais que desempenham uma atividade predominantemente não assalariada, em geral instável, com a qual obtém salários e/ou rendimentos inferiores ao custo mínimo da reprodução da força de trabalho. A esta classe pertencem:

a) Os agentes que possuem simples artefatos ou instrumentos rudimentares para

desempenhar seu trabalho. Este setor caracteriza-se por operar com uma produtividade marcadamente inferior à dos padrões vigentes, devendo vender sua escassa produção a preços que não alcançam, em geral, a retribuir o trabalho invertido nem recuperar parte do valor — capital transferido às mercadorias. Este grupo não forma parte da pequena burguesia tradicional, pois carece da solvência necessária para manter sua atividade econômica em uma escala de reprodução simples.

b) Os agentes sociais que não possuem meios de produção e que se inserem em

ocupações não assalariadas, predominantemente instáveis, que não exigem qualificação alguma. Este grupo encontra-se integrado por vendedores ambulantes, trabalhadores em serviços domésticos, engraxates, e outros.

c) Os agentes sociais que não possuem meios de produção e que, pela natureza do

ofício que desempenham, transitam constantemente entre ocupações por conta própria e ocupações assalariadas não qualificadas, como os serventes da construção e empregados domésticos.

O conceito de classe, segundo os autores, engloba, portanto, diferentes instâncias (econômica, jurídico-política e ideológica) que compõe o todo social. As limitações impostas pela técnica de entrevistas através de questionários e as dificuldades metodológicas de delinear indicadores confiáveis sobre a consciência e a prática política das classes tornam praticamente impossível a tarefa de operacionalizar o conteúdo integral do conceito, obrigando a restringir o mesmo ao nível da instância econômica.

Assim,

[...] os questionários não permitem apreender as classes em sua totalidade, ou seja, em suas mutações internas e em suas relações com as outras classes e com a sua estrutura social. No entanto, é possível identificar grupos sociais e assim definir a "situação de classe" e a forma pela qual esta afeta o comportamento dos indivíduos [...] (BRONFMAN; TUIRÁN, 1984 apud LOMBARDI, 1988, p. 254, destaque do autor).

Os problemas sócio-econômicos são fatores preponderantes para o controle da HAS, o que foi confirmado em estudo científico, realizado na região do Rio Grande do Sul, desenvolvido por alunos do curso de medicina da Universidade Federal de Pelotas, publicado na Revista de Saúde Pública em 1994, por Piccini (1994), apontando que a classe social menos privilegiada mostrou forte associação com a HAS.

A saúde como direito de todos independente de classe social, agrupa fatores que determinam a situação de saúde do país. Dentre os fatores está a renda que poderá determinar o acesso das pessoas ao tratamento de saúde e seus cuidados, como o tipo de qualidade de vida das pessoas.

Como reflexão a este assunto o pensamento de Sen (2000, p. 100-101) contribui aos apontamentos que já realizamos sobre as necessidades humanas básicas, para as quais cada comunidade entende a forma como elas deverão ser atendidas:

[...] viver com qualidade de vida é ter condições de viver com o que o próprio cidadão acredita ser o mais importante para sua vida e isto não é demonstrado em números. O ideal de qualidade de vida é diferente para cada pessoa e a qualidade é fruto do desenvolvimento humano que necessita de vários elementos para se concretizar, como: o trabalho, renda, saúde, educação, habitação, cultura e um aspecto importante tanto quanto estes, a política [...] Portanto as rendas reais podem ser indicadores muito insatisfatórios dos componentes importantes do bem-estar e da qualidade de vida que as pessoas têm razão para valorizar.

Para Minayo (2000, p. 9) a noção de qualidade de vida é relativa e em última instância remete ao plano individual, possuindo três aspectos:

1-) Histórico, que em uma determinada sociedade têm-se diferentes parâmetros

sobre qualidade de vida;

2-) Cultural, pois os valores, as necessidades, são priorizadas e construídas diferentemente para cada povo.

3-) Estratificações ou classes sociais, em que os padrões de qualidade de vida estão

relacionados às classes dominantes e à passagem de um patamar a outro. Trata-se de uma representação social, ou seja, a partir de determinado conceito, é possível a identificação das classes sociais.

Ainda baseando-nos em Minayo, encontramos constatações sobre qualidade de vida:

O patamar material mínimo e universal para se falar em qualidade de vida, diz respeito à satisfação das necessidades mais elementares da vida humana: alimentação, acesso à água potável, habitação, trabalho, educação, saúde e lazer; elementos materiais que têm como referência noções relativas de conforto, bem-estar e realização individual e coletiva. (MINAYO, 2000, p. 9)

Além das barreiras econômicas e sociais a questão da acessibilidade da população aos serviços de saúde sem barreiras arquitetônicas ou geográficas, também se torna um aspecto fundamental para discussão.

Na IV Reunião Especial de Ministros de Saúde das Américas promovida pela OPAS em 1978, já previa que a oferta de serviços não depende da simples existência dos mesmos, mas de que a acessibilidade deve ser considerada sob diversas abordagens: a geográfica, cultural, econômica e funcional.

Assim, o conceito de cobertura dos serviços, preconizado pela OPAS, se constitui na transcendência de limites tradicionais, como as necessidades e aspirações da população, expressas pela demanda aos serviços e os recursos disponíveis, sendo suas combinações tecnológicas e organizacionais que configuram a oferta para satisfazer a demanda.

O grau de acesso real aos serviços de saúde depende, conforme refere Abel-Smith e Leiserson apud Unglert (1987, p. 439), da distância que se deve percorrer para obtê-los, do tempo que leva a viagem e do seu custo. Recomenda a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1991, que a definição do que seja "acessível" deva ser adaptada a cada realidade e a cada região.

De acordo com Unglert (1987, p. 439), o estabelecimento de modelos teóricos de áreas de influência para serviços de saúde tem sido a tônica dos trabalhos existentes nessa área. Dessa forma, Onokerhoraye (1976 apud Unglert 1987, p.439) sugeriu na Nigéria, em 1976, uma distribuição de serviços de saúde onde os centros de saúde da comunidade deveriam servir a uma população de 10.000 a 20.000 pessoas. Nos centros de saúde da comunidade, referidos por esse autor, a área de influência é aquela em que o usuário tem de percorrer, no máximo, um quilômetro para chegar à unidade mais próxima de sua residência.

Unglert, em 1980, efetuou o mapeamento do local de residência de usuários de serviços municipais de saúde da região sul do Município de São Paulo. O conceito de barreira geográfica, segundo Unglert (1987), deriva daqueles obstáculos naturais ou gerados pela implantação urbana que orientam a organização desses fluxos numa dada estrutura de circulação, e que criam "distâncias relativas" que variam do nível local para o regional. Tais barreiras atuam ativamente na orientação dos fluxos de circulação e no desenvolvimento da estrutura funcional da região, possibilitando um primeiro

nível de recorte da região para posterior obtenção de áreas homogêneas quanto ao perfil e comportamento.

A questão da territorialização a fim de facilitar o acesso aos serviços de saúde pela população tem sido profundamente discutida no âmbito da política de saúde. Dentro da política de saúde pública podemos destacar a Lei 8.080/1990 por meio da descentralização, o Programa de Saúde da Família, que traz a proposta de proximidade da população não só em questão de localização, mas de vínculo e o trabalho junto à comunidade de acesso a um ambiente saudável, auxiliando na autonomia dos sujeitos; e, o Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006a), com a proposta de uma atenção local da Atenção Básica de Saúde, que enfoca a regionalização como recortes territoriais, onde são organizadas as redes de ações e serviços de saúde.

O serviço social na área da saúde de Atenção Básica tem lidado com estas questões a fim de garantir o acesso das populações aos recursos necessários por meio de políticas públicas, de projetos e programas sociais que viabilizem esta condição, respeitando a identidade e cultura de cada região. O serviço social estará atento para as zonas de exclusão socioculturais das famílias brasileiras.

Dentro da política nacional da assistência social (SUAS), a família e o território constituem-se nos focos de atenção. A família é considerada como o espaço insubstituível de proteção e socialização primária, independentemente dos formatos, modelos e feições. E o trabalho da assistência social em rede, com base no território, significa “construir caminhos para superar a fragmentação [...] e na focalização, e olhar para a realidade, considerando os novos desafios colocados pela dimensão do cotidiano [...]” (BRASIL, 2005, p. 43).

CAPÍTULO 4 METODOLOGIA PARA TRAÇAR O PERFIL SOCIAL DAS PESSOAS COM HAS NAS UNIDADES DE PSF EM FRANCA

A busca por um instrumental que nos auxiliasse para a realização da pesquisa de campo, levou-nos a considerar a metodologia desenvolvida por Green e Kreuter, em 1980, que abordam uma metodologia de trabalho com base na visão holística do ser humano e dando importância ao conhecimento de todos os aspectos possíveis que envolvem as pessoas com algum tipo de doença crônica, para as quais os serviços de saúde pretendem implantar alguma ação de enfrentamento.

Na metodologia elaborada pelos autores são considerados aspectos para o conhecimento os fatores sociais, epidemiológicos, comportamentais e ambientais, de âmbito educacional, organizacional, administrativos e políticos, constituindo um conjunto de componentes determinantes da HAS.

O método de Green foi amplamente utilizado nos cursos de medicina e enfermagem, dentre os quais procurou-se focar os hábitos comportamentais dos pacientes, mas por se referir também às questões sociais foi que aderimos este instrumental como base para subsídio de conhecimento para os trabalhos já desenvolvidos nas ESF com a população com HAS, enfatizando a importância do conhecimento das necessidades sua população, ouvir o usuário, abrir espaço para que ele proponha e participe do processo de construção de atividades voltadas para seu tratamento de saúde e qualidade de vida são fatores importantes para a saúde integral.

O planejamento constitui-se no cerne da teoria de Green e Kreuter para o desenvolvimento de ações sócio-educativas nos serviços de saúde. A estratégia de mapeamento do local abrangido pelo serviço de saúde é um dos métodos que auxiliará na formulação da ação. Esta estratégia aproximando-se da proposta indicada pelas políticas públicas atuais (LOS, PSF, NASF, SUAS), que destacam a construção de redes sociais como parte fundamental para o atendimento integral aos usuários do serviço.

O método pressupõe que o sucesso de uma proposta educativa está pautado no fato do processo educativo ser iniciado no sentido inverso àquele proposto pelos modelos tradicionais, em que a preocupação inicial se volta para os resultados que se deseja alcançar e não para os modos de ação. Segundo Meneghin (1991 apud COLOMBO, 2000, p. 37) trabalhar com o esquema PRECEDE-PROCEED é ser levado a pensar de forma dedutiva, iniciando dos resultados finais e retornando às causas que originam o problema.

O método desenvolvido pelos autores para iniciar um planejamento de trabalho, parte do conhecimento desta realidade, a esta fase denominaram de PRECEDE (*predisposing, reinforcing and enabling causes in educational diagnosis and evaluation*), que em português significa *causas que predisõem, reforçam e possibilitam o comportamento com vistas ao diagnóstico educativo e avaliação*.

Em 1991 este modelo expandiu-se ganhando novos componentes sendo denominado de PRECEDE-PROCEED (*policy, regulatory and organizational constructs in educational and environmental development*), que em português pode ser entendido como fatores político, regulador, organizacional no desenvolvimento educacional e ambiental (GREEN; KREUTER, 1991 apud COLOMBO, 2000, p. 37-43).

Desde então passou a constituir-se daquilo que irá perpassar simultaneamente pelo planejamento e avaliação, mas ainda assim, dependendo dos resultados pode-se estendê-lo para sete ou oito fases.

O modelo PRECEDE-PROCEED contempla uma visão holística contando com os múltiplos fatores sobre a saúde, auxiliando na definição dos aspectos que deverão ser debatidos junto à população atendida.

Com base na descrição do trabalho de Colombo (2000, p. 37-43) o modelo utilizado constitui-se das seguintes fases, compreendidas na Figura 3: Fase 1: DIAGNÓSTICO SOCIAL: é a identificação das preocupações e problemas da população atendida em relação aos seus problemas de saúde e qualidade de vida. Inicia-se com o delineamento das percepções subjetivas da população que podem ser determinadas de diferentes formas.

O tipo de problema social que a comunidade enfrenta é um indicador para a condição da qualidade de vida. À esta fase podemos identificar fatores como absenteísmo, realização, conforto, alienação, crime, discriminação, felicidade, hostilidade, tumulto, auto-estima, desemprego, voto, bem-estar e outros.

Fase 2: DIAGNÓSTICO EPIDEMIOLÓGICO: destina-se a identificação de problemas de saúde que podem ter contribuído para os problemas sociais da primeira fase, ou seja, os problemas de saúde que não são definidos apenas pelas percepções da comunidade, mas também pelos fatores epidemiológicos como morbidez, mortalidade, fatores de risco, nível funcional, longevidade, prevalência, dentre outros.

Após analisado estes fatores, o programa de saúde poderá identificar aqueles que são prioritários e projetar junto à população algumas ações interventivas.

Fase 3: DIAGNÓSTICO AMBIENTAL E COMPORTAMENTAL: procura identificar os comportamentos específicos de saúde e de fatores ambientais que podem

estar relacionados ao problema de saúde. Os fatores ambientais são definidos, segundo a autora, como aqueles que são externos ao indivíduo, muitas vezes além de seu controle, e que podem ser modificados para apoiar o comportamento saudável do próprio indivíduo ou de outras pessoas, que, de uma forma ou de outra são atingidas.

O autor ressalta que o conhecimento dos fatores possibilita ao educador reconhecer as forças sociais existentes, e, se elas podem influenciar como também estratifica-las se estão em nível da comunidade, estado ou nacional. Dentre os indicadores ambientais encontram-se o econômico, físico e social com dimensões sobre o tipo e condição de acesso, de produção e equidade, e, dos aspectos comportamentais destacam-se a adesão ao tratamento, padrões de consumo, ações preventivas, autocuidado e utilização.

Fase 4: DIAGNÓSTICO EDUCACIONAL E ORGANIZACIONAL: este item é categorizado como um amplo conjunto de fatores que podem influenciar no comportamento. O modelo categoriza este conjunto de fatores em *fatores predisponentes*, *fatores que possibilitam* e *fatores que reforçam* o comportamento.

Os *fatores que predispõem* incluem forças sociais e psicológicas que influenciam um indivíduo ou um grupo, sobre um desejo de fazer ou não a ação em questão. Os *fatores que predispõem* significam a realização de uma comunicação direta com o público, uma vez que se constituem nas crenças, valores, conhecimentos, percepções e atitudes a serem identificadas em cada indivíduo. Destaca-se o conhecimento, por este ser construído conjuntamente, não significa que será absorvido e causar grandes impactos rapidamente na comunidade, mas que desenvolvido a longo prazo, poderão impactar sobre os valores, percepções e atitudes.

Os *fatores que possibilitam* referem-se aos recursos materiais, humanos e sociais que *facilitam* a realização de uma ação por indivíduo ou organização, incluem a disponibilidade e acessibilidade aos serviços de saúde e habilidades da equipe de saúde para desenvolver ações educativas. Também se refere às condições sociais, que podem ou não agir como barreiras para a ação como, por exemplo, a disponibilidade de meios de transporte para os serviços de saúde. Dentre os fatores que possibilitam a comunicação é intermediária, pois é através dos grupos que serão identificados a disponibilidade e

possibilidades de se pensar em estratégias para alcançar recursos, acessibilidade, regras, leis e habilidades.

E os *fatores que reforçam* relacionam-se com o apoio que o indivíduo recebe de outras pessoas – família, amigos e outros, inclusive o apoio fornecido pelos serviços de saúde. As conseqüências adversas de um comportamento também funcionam como fatores reforçadores. Portanto, esta fase significa classificar os fatores prioritários a serem trabalhados na influência sobre o comportamento e estilo de vida dos grupos.

Dentre os *fatores que reforçam* são as atitudes e comportamentos de saúde de outras pessoas (pais, amigos e outros) que influenciarão nos comportamentos dos sujeitos.

Fase 5: DIAGNÓSTICO POLÍTICO-ADMINISTRATIVO: nesta fase é feita a avaliação dos recursos necessários para a implantação do programa, o levantamento dos recursos disponíveis na comunidade ou organização e a identificação das barreiras para sua implementação. No diagnóstico político é possível identificar os apoios políticos, regulatórios (normas e leis), organizacionais (coordenação dos recursos para a implantação do programa) e barreiras que podem ser modificadas para facilitar o desenvolvimento do programa.

Fase 6: IMPLEMENTAÇÃO: esta fase é uma progressão lógica dos estágios prévios, na qual destaca-se a importância do treinamento e supervisão de profissionais envolvidos no programa.

Fase 7 e 8: AVALIAÇÃO: se refere esta etapa como parte integrante das atividades de educação em saúde, que avaliará desde o planejamento até o término da implementação. A avaliação de um programa de promoção de saúde poderá ocorrer em três níveis: a avaliação do *processo, do impacto e dos resultados*.

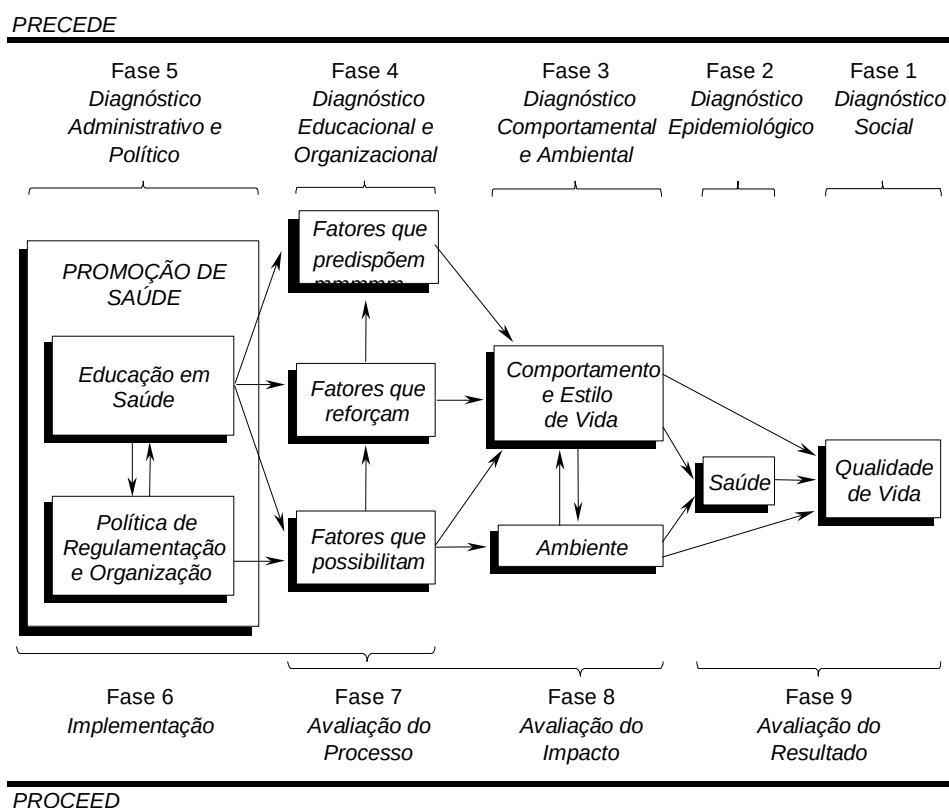
Sobre o *processo*, o modelo aponta para a avaliação da implantação do programa, ou seja, relaciona-se à detecção precoce dos problemas relacionados à implementação que podem ser modificados antes da implantação definitiva do programa. Algumas competências do profissional na avaliação do processo são: definir qualidade, controle de qualidade e padrões; diferenciar eficácia e efetividade; selecionar e aplicar métodos de controle de qualidade, entre outros.

Da *avaliação do impacto* considera-se a efetividade do programa no desenvolvimento de mudanças significativas no conhecimento, atitudes e práticas da população. A clareza dos objetivos educacionais e comportamentais estabelecidos nas fases três e quatro fornece a base para a avaliação do impacto.

No terceiro nível a *avaliação dos resultados* tem como seu objeto de interesse os indicadores da saúde e qualidade de vida da população atendida. Portanto, é avaliado se o desenvolvimento do programa refletiu na diminuição de indicadores de saúde, como redução das taxas de mortalidade e/ou morbidez, diminuição da incidência e prevalência das doenças.

As avaliações de processo e de impacto são mais frequentemente utilizadas nas atividades de educação em saúde, mas “enquanto a primeira é aplicada para identificar as causas de sucesso ou insucesso de um programa, a segunda possibilita a avaliação imediata das mudanças individuais à luz do programa” (CANDEIAS, 1991 apud COLOMBO, 2000, p. 43).

Seguem abaixo as fases do modelo segundo a proposta de Green e



Kreuter:

Figura 1: Modelo PRECEDE - PROCEED
Fonte: Colombo (2000, p. 43).

A análise de conjuntura referenciada por Martinelli⁴ nos servirá como auxílio, para a realização de uma leitura crítica da realidade, buscando entender como se dão as relações sociais no âmbito dos serviços de saúde e de seus usuários.

Segundo a autora, a análise de conjuntura é uma leitura crítica, histórica, política e interpretativa do real, que tem por objetivo aprofundar o conhecimento sobre determinada situação ou processo social, de forma a subsidiar a tomada de decisões quanto às alternativas, estratégicas e táticas a serem acionadas, tendo em vista a transformação daquela realidade.

Trata-se de um recurso analítico que tem a utilização de categorias (subdimensões da realidade) e de indicadores de análise (índices da realidade) como expressões da estrutura, que é a representação formal e aparente da organização política, social e econômica de um povo, como também expressão da conjuntura que é a representação do processo social, ou seja, da vida dinâmica que varia com a história, tempo e lugar.

Martinelli aponta que, o trabalho com estas categorias e indicadores da realidade significa que mesmo na pluralidade a intencionalidade maior seja sempre a de transformar o real, a de produzir o novo.

Neste estudo, nosso método de trabalho será caracterizado pela pesquisa quantitativa, uma vez que esta é capaz de trazer junto ao nosso objetivo a apreensão da extensão da realidade que queremos conhecer.

Suas variáveis pré-determinadas são organizadas de forma numérica e seus resultados também analisados com o uso preponderante de métodos quantitativos. Assim a pesquisa quantitativa, basicamente remete-se aos números, aos modelos estatísticos como forma de leitura dos dados (ENGLER, 2006, p. 25). O levantamento de dados (survey) e a elaboração de questionários são os instrumentais que captarão, na amostragem, as informações sobre a problemática a ser pesquisada.

Segundo Engler (2006, p. 25) a condução da pesquisa quantitativa requer o cumprimento de dois critérios científicos: a confiabilidade e a validade. O

⁴ Esta referência a Martinelli foi usada durante o curso de graduação em Serviço Social no ano de 2002, na disciplina Fundamentos Teóricos Metodológicos do Serviço Social, sob a ministração do Prof.Dr. Mário José Filho. O texto usado foi "Análise de conjuntura" - Breves notas introdutórias ao tema. Informação verbal.

primeiro refere-se a capacidade que os instrumentos utilizados devem ter na produção de mediações, quando aplicados a um mesmo fenômeno.

Uma das características da pesquisa quantitativa é a sua confiabilidade externa, em que, por meio de perguntas claras e detalhadas, evita-se que aconteçam distorções nas respostas e permite uma definição precisa e indicadores específicos. A confiabilidade interna, como segunda característica, utiliza instrumentos padronizados e analisa alguns aspectos de um acontecimento.

E o segundo critério – a validade, indica a possibilidade de outros pesquisadores utilizarem instrumentos semelhantes.

A escolha de uma amostra representativa de determinada população e a análise estatística dos dados, permitirá que seja aceita ou rejeitada as hipóteses de trabalho.

Desta forma, parafraseando Engler, o desafio da pesquisa quantitativa remete-se à interpretação da realidade baseada em duas preocupações: a de ver o que já fizemos enquanto humanidade e a de olhar para o que desejamos construir coletivamente.

Destacamos que o fato da pesquisa quantitativa ser direcionada ao âmbito da objetividade, não quer dizer que suas teorias são unicamente as verdadeiras, pois a “objetividade não repousa na imparcialidade de cada indivíduo, mas na disposição de formular e publicar hipóteses para serem submetidas a críticas por parte de outros cientistas” (ENGLER, 2006, p. 30).

Para traçar o perfil social das pessoas com HAS atendidas nas ESF de Franca, definimos uma amostragem de 10% para aplicar o questionário, sobre o número de demanda atendida. O fato de tentarmos traçar este perfil, poderá servir como subsídios às ESF por obter um modelo como orientação para a montagem e/ou avaliação de atividades de educação em saúde, como também um pré conhecimento da condição social das pessoas com HAS atendidas por essas equipes de saúde.

A importância dos serviços de saúde, principalmente os de âmbito público, desenvolverem estratégias de trabalho que atendam a grande massa de brasileiros, pois conforme abordado por Paolo Meneghin (1993, p. 101):

[...] em futuro próximo, os problemas de saúde mais prevalentes, no Brasil e no mundo, serão aqueles relacionados ao meio ambiente e aos problemas decorrentes de comportamentos pessoais. As nações, no início do terceiro milênio, deverão arcar com um significativo gasto do produto interno bruto em assistência a problemas de saúde, muitos dos quais podem ser perfeitamente evitados com a promoção da saúde e prevenção de doenças, [...]. Esse âmbito de atuação voltada para a educação em saúde, conduz os profissionais ao aprendizado de intervenções para promover a saúde e prevenir doenças entre pessoas, família e comunidade.

Nestes projetos de trabalho prestados pelos serviços de saúde pública com a população hipertensa, o usuário precisa ser considerado como um co-participante do processo saúde-doença, por meio de ações que ele também deverá realizar para que ajude no controle e restabelecimento da saúde e não se apóie unicamente em ações medicamentosas e hospitalocêntricas. A mudança de hábito alimentar, atividade física e outros serão partes do tratamento que dependerão do usuário e não somente da equipe da unidade de atendimento.

Sabemos, porém, que para esta co-participação também se faz necessário a obtenção de acesso a locais apropriados para estes exercícios físicos, como também de instruções quanto ao tipo, tempo e modo; como também para a alimentação, o acesso é fundamental.

O estudo foi desenvolvido nas cinco unidades de ESF da cidade de Franca, sendo Jd. Esmeralda, City Petrópolis, Jd. Paineiras, Palma e Jd. Vera Cruz.

Foram selecionados como sujeitos deste estudo, as pessoas com HAS acompanhadas pelas ESF, sob os critérios de inclusão: aqueles que concordaram em participar da pesquisa por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); que tivessem capacidade de comunicação verbal efetiva e que fossem acompanhados por uma das cinco unidades de PSF por motivo de HAS.

Foram arroladas para o estudo todas as pessoas que atendessem aos critérios de inclusão no período determinado para a coleta de dados.

Os sujeitos da amostragem foram entrevistados nas unidades do PSF que o assiste. Suas convocações foram dadas das seguintes formas: por agendamento, a partir das reuniões grupais desenvolvidas pelas ESF, para pessoas com HAS; convite por telefone e por meio dos ACS, a partir do

cadastro de pessoas com HAS, disponibilizado pela equipe do PSF e, por meio de abordagem aleatória na chegada das pessoas à recepção das ESF foi feito o convite para a participação da pesquisa.

Os dados foram coletados por meio de entrevista norteada por um instrumental construído pela pesquisadora tendo como subsídio o modelo teórico sobre pesquisa quantitativa e o modelo desenvolvido por Green e Kreuter (1991 apud COLOMBO, 2000, p. 37-43).

Para a caracterização social das pessoas com HAS e identificação dos fatores que possibilitam práticas educativas em saúde, o roteiro de entrevista possibilitou o levantamento dos seguintes dados:

1. *Caracterização sociodemográfica*: nome, ESF pertencente, número de telefone, idade, sexo, cor, estado conjugal e escolaridade;
2. *Composição da família*: situação familiar, ou seja, com quem e quantas pessoas mora;
3. *Situação de trabalho*: se possui algum tipo de ocupação, situação de trabalho e previdenciária e renda familiar.
4. *Acesso aos serviços de saúde*: tipo de transporte, tempo de locomoção, dificuldades de acesso, participação em grupos de hipertensão, acesso à medicação;
5. *Caracterização das atividades físicas e sociais*: realização de atividade, se dispõe de área apropriada para estes exercícios, qual a frequência e se obtém informações sobre a alimentação adequada;
6. Definição em uma palavra de como percebe o atendimento prestado pelo PSF.

O roteiro de entrevista foi submetido à validade externa e interna, ou seja, foi realizado um pré-teste a fim de avaliar se as variáveis correspondem aos objetivos pré-determinados.

Os dados coletados foram inicialmente transportados para uma planilha de dados do programa Excel for Windows para análise descritiva.

Apoiado em estudos prévios a condição da população brasileira pautada na HAS, tem como realidade a predominância na população adulta e do sexo masculino. Trata-se de uma população, em sua maioria, de baixa renda e baixo nível escolar. Apesar de muitos medicamentos serem disponibilizados na rede

pública de saúde para o tratamento da HAS, de custos mais baixos, há outros medicamentos para o mesmo tipo de problema de custos mais elevados e por sua vez não são fornecidos nos Centros de Referência, o que rebate no orçamento familiar.

Muitos grupos de educação em saúde, por vezes, obtêm em sua forma de intervenção focar o aspecto da doença ignorando a realidade de vida de seus pacientes. Tais grupos deveriam ter como fundamento uma prática interdisciplinar como forma de atendimento integral ao indivíduo, com um conhecimento prévio da população, poderiam focar nas necessidades existentes e planejar intervenções que ajudem na adesão ao tratamento, mudança de comportamento no âmbito alimentar e outros fatores que interferem na condição de saúde, como já citamos anteriormente, o sedentarismo, o consumo de bebidas alcoólicas, tabagismo e outras doenças associadas como o diabetes e o colesterol.

O projeto foi submetido à autorização do Secretário Municipal de Saúde de Franca, a fim de que tenha ciência do desenvolvimento da pesquisa, como também da liberação de dados que poderão vir a ser úteis para o enriquecimento da pesquisa.

Destaca-se que foram incluídos nos estudos os pacientes que concordarem em participar mediante a assinatura do TCLE. Os pacientes foram informados que sua participação no estudo é voluntária e que poderão retirar seu consentimento a qualquer momento, sem que isso acarrete prejuízo ao seu atendimento nesta instituição. Também foi informado que sua participação não implicará em prejuízo ou qualquer ônus financeiro e nem benefícios, somente aos que se relacionam com a melhoria da qualidade do atendimento dos serviços de saúde. Destaca-se que o TCLE foi confeccionado em duas vias, uma para o paciente e outra que permanecerá com a pesquisadora.

CAPÍTULO 5 PESQUISA DE CAMPO

A pesquisa de campo nas cinco ESF da cidade de Franca buscou captar dados por meio de questionário que contou com indicadores como sexo, idade, cor, estado conjugal, renda, ocupação, tempo de tratamento da HAS, orientações sobre alimentação, frequência de exercícios físicos, gasto com medicação para o controle da HAS e opinião sobre o atendimento do PSF (o questionário encontra-se nos apêndices desta dissertação).

Conforme dados fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Franca, a população total atendida pelas unidades de Saúde da Família estavam distribuídas nos anos de 2005 e 2006:

TABELA 1 - Distribuição de usuários por unidade

Bairro	2005	2006
Esmeralda	248	300
City Petrópolis	263	318
Paineiras	158	199
Palma	382	380
Vera Cruz	168	282
TOTAL	1.219	1.479

Fonte: BRASIL. Secretaria Municipal de Saúde, Franca/SP. Informação verbal.

Sobre a população com hipertensão notificados no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), disponível no site do DataSus do Governo Federal, destaca as pessoas portadoras de HAS entre os 0 e 14 anos dentre os anos de 2005, 2006 e 2007:

TABELA 2 - Pessoas com HAS em Franca entre os 0 e 14 anos

Ano	No de pessoas com HAS entre os 0 e 14 anos
2005	2

2006	4
2007	3

Fonte: BRASIL. Sistema de Informação da Atenção Básica: 2005 - 2007, on line.

A partir dos 15 anos de idade o número de pessoas com HAS torna-se muito grande de acordo com os índices notificados pelo SIAB:

TABELA 3 - Pessoas com HAS em Franca acima dos 15 anos

Ano	No de pessoas com HAS acima dos 15 anos
2005	1.400
2006	1.479
2007	1.529

Fonte: BRASIL. Sistema de Informação da Atenção Básica: 2005 - 2007, on line.

Os dados coletados, por meio do formulário, possibilitaram uma amostragem de 48 pessoas entrevistadas, permitindo um mapeamento de identificação de como são, com quem vivem, suas formas de tratamento para o controle da HAS e o tipo de apoio que têm das unidades de Programa de Saúde da Família.

Para a realização das entrevistas e acesso aos entrevistados, foi solicitado às unidades de PSF que os Agentes Comunitários de Saúde convidassem os usuários portadores de HAS que comparecessem no dia estabelecido para a participação desta pesquisa, como também, a permissão da utilização do espaço físico das unidades para a realização das entrevistas.

Neste processo foi possível sentir o grau de aderência dos usuários à equipe de Saúde da Família e à participação em assuntos que correspondem ao interesse coletivo e pessoal.

Em todas as entrevistas explicamos sobre o objetivo da pesquisa, conforme o TCLE, o qual foi assinado por cada entrevistado em concordância ao uso de suas respostas neste trabalho.

O questionário foi dividido em duas partes, na primeira compondo por 10 questões que buscaram identificar as pessoas participantes dentro de um perfil social, analisando indicadores como idade, sexo, cor, escolaridade e renda. Na segunda parte, abordamos itens que os caracterizasse no aspecto do processo saúde-doença e seus métodos de tratamento.

A partir do agrupamento dos dados constatamos um breve perfil e localização de cada uma das unidades de ESF de Franca, de acordo com suas

características e particularidades. Na Figura 1 podemos verificar o número total de entrevistados, sua divisão entre homens e mulheres, a renda familiar, em salários mínimos e cor.

De acordo com esta distribuição verificamos na comparação entre as unidades do Vera Cruz e do Jd. Palma, que possuem o mesmo número de entrevistados que há uma concentração de baixa renda relevante no bairro do Vera Cruz que no Jd. Palma, onde há uma distribuição que atingem valores maiores de salários.

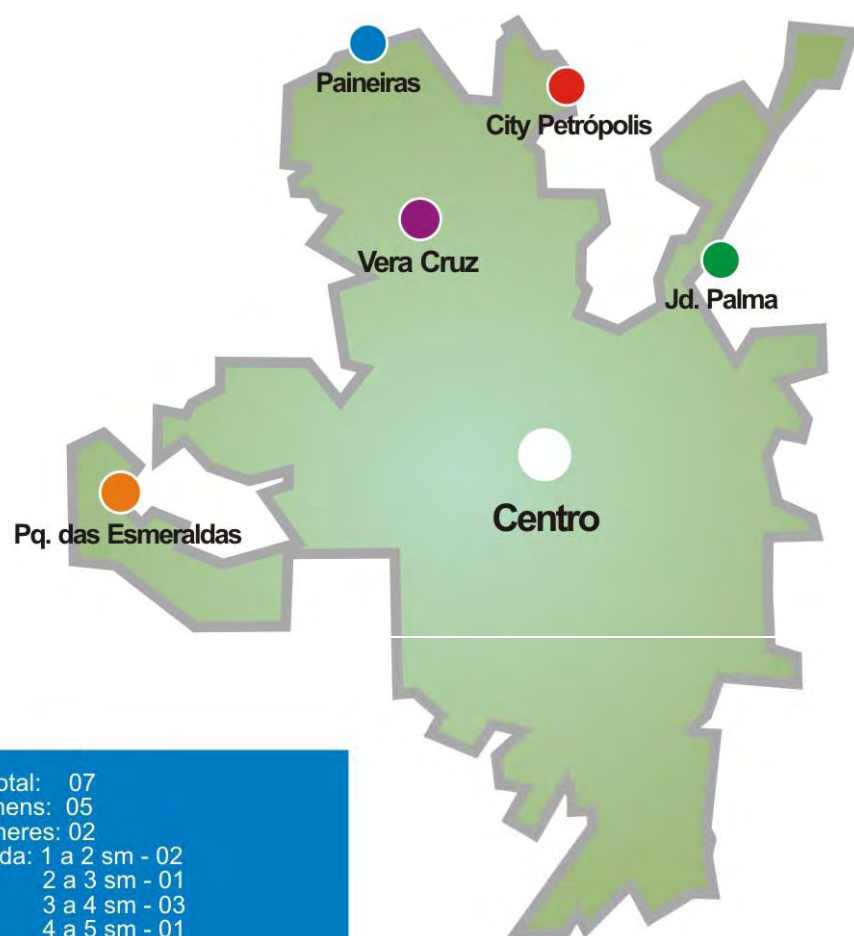
Com relação à distribuição dos sexos, ambas as unidades possuem uma concentração do sexo feminino na área abrangida pelas ESF.

Quanto à cor na região do Vera Cruz encontra-se um número maior de pessoas pardas enquanto que na unidade do Jd. Palma há um número maior de pessoas brancas.

Em comparação com as unidades dos bairros Jd. Paineiras, Pq. das Esmeraldas e do Jd. City Petrópolis, por possuírem números aproximados de entrevistados, verifica que a distribuição de renda no Jd. Paineiras se concentra um valor entre 3 a 4 salários mínimos, enquanto que no Jd. Petrópolis há um número maior de famílias com baixa renda (de 1 a 2 salários mínimos), já no Pq. das Esmeraldas há uma distribuição variada entre os salários, não se concentrando em um valor específico.

Quanto à distribuição dos sexos nas três unidades há predominância do sexo feminino nas regiões abrangidas das unidades do Pq. das Esmeraldas e City Petrópolis, enquanto que na região da unidade do Jd. Paineiras o sexo masculino é que se constitui como predominante no número das pessoas entrevistadas.

Sobre o indicador sobre a cor das pessoas entrevistadas, verificamos um maior número de pessoas brancas nas regiões do Jd. City Petrópolis e do Pq. das Esmeraldas, enquanto na região do Jd. Paineiras há uma predominância de pessoas pardas.



Paineiras

Nº:total: 07
 Homens: 05
 Mulheres: 02
 Renda: 1 a 2 sm - 02
 2 a 3 sm - 01
 3 a 4 sm - 03
 4 a 5 sm - 01
 Cor:Branca - 02
 Parda - 03
 Negra - 02

Vera Cruz

Nº:total: 13
 Homens: 04
 Mulheres: 09
 Renda: 1 a 2 sm - 06
 2 a 3 sm - 03
 7 a 8 sm - 02

City Petrópolis

Nº:total: 09
 Homens: 04
 Mulheres: 05
 Renda: 1 a 2 sm - 06
 2 a 3 sm - 01
 4 a 5 sm - 01
 não respondeu - 01
 Cor: Branca - 05
 Parda - 04

FIGURA 2 - Perfil e localização das ESF em Franca

Fonte: Dados da pesquisa de campo.

5.1 Perfil social dos entrevistados

Desta forma, apresentaremos adiante os dados obtidos por meio da aplicação dos questionários para a compreensão e análise dos resultados, numa maneira mais intensa e ampla, seguindo a primeira parte do questionário constituindo-se das questões de 1 a 10.

5.1.1 Sexo

Identificamos que dentre os 48 entrevistados as ESFs são compostas por 33 pessoas do sexo feminino e 15 do sexo masculino, conforme gráfico 5. Nesta distribuição a unidade com mais mulheres entrevistadas foi a pertencente ao bairro Palma e a região do Paineiras com o maior número de entrevistados do sexo masculino.

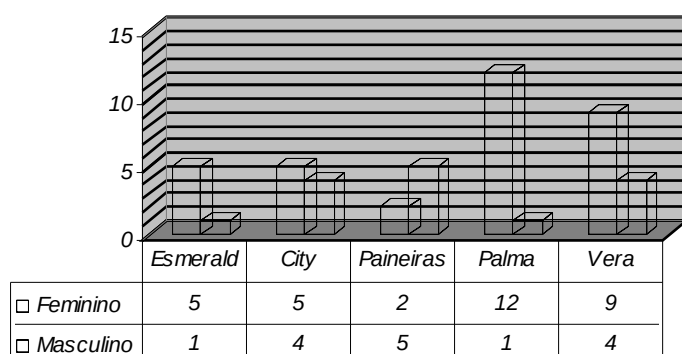


Gráfico 5: Sexos femininos e masculinos entre as ESF de Franca.
 Fonte: Dados da pesquisa de campo.

5.1.2 Faixa etária

Sobre as faixas etárias dos entrevistados, verificou-se uma concentração do número de pessoas com HAS entre os anos 50 e 60, conforme gráfico 6. A variação desta faixa etária partiu dos 37 anos do sexo feminino, até à pessoa mais idosa, com 84 anos também do sexo feminino, sendo ambas pertencentes à ESF do Pq. das Esmeraldas. Já do sexo masculino a pessoa entrevistada com HAS, mais nova foi constatada com 46 anos, sendo pertencente à unidade do Vera Cruz e a pessoa mais idosa, com 81 anos, pertencente à unidade do bairro City Petrópolis.

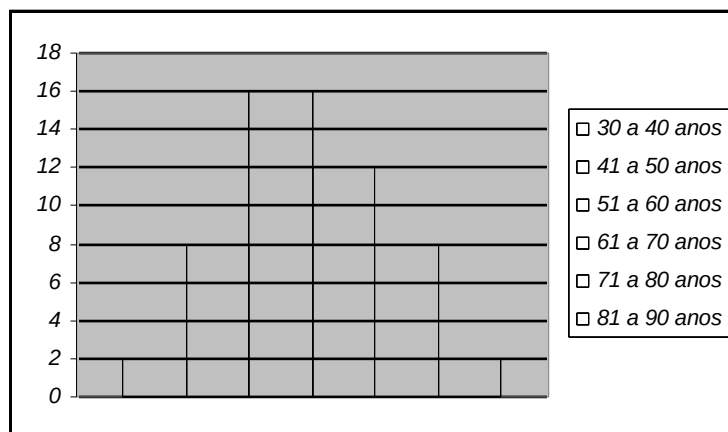


Gráfico 6: Distribuição da faixa etária.
 Fonte: Dados da pesquisa de campo.

5.1.3 Escolaridade

Sobre os anos de frequência escolar dos entrevistados, a maioria declarou ter estudado até o terceiro ou quarto ano escolar, correspondendo a um número de pessoas analfabetas ou alfabetizadas que representaram cerca de 25% da amostragem adquirida.

O cruzamento entre grau de escolaridade e renda demonstrou que a maioria destas pessoas possui entre um e dois salários mínimos. O restante (75%) das pessoas, que possuem um grau de escolaridade mais elevada, têm sua renda mais elevada, variando de dois a cinco salários mínimos. Porém apesar da renda ser mais elevada conforme o grau de escolaridade, se o número de pessoas que compõem a família for também elevado, a renda per capita diminuirá o poder aquisitivo das mesmas. O número de pessoas que compõem as famílias varia entre uma única pessoa, morador só, até casas com um número de seis pessoas.

O acesso aos recursos de saúde das pessoas que possuem mais dificuldades financeiras, como também à cultura e às informações, encontra na equipe de saúde como um apoio para a obtenção do acesso, seja em forma de programas culturais, sócio-educativos ou de geração de renda, pois estas ações ajudam a melhorar os fatores que determinam as condições de saúde como a renda e a educação.

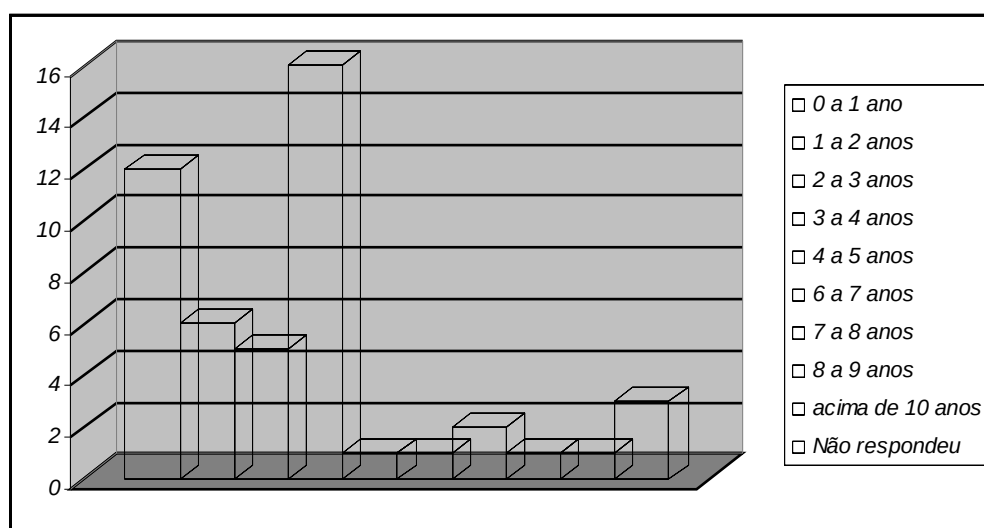


Gráfico 7: Frequência escolar
Fonte: Dados da pesquisa de campo.

TABELA 4 – Escolaridade x Renda

Escolaridade	N. de entrevistados	Salários Mínimos	N. de entrevistados
0 a 1 ano	12	1 a 2 sm	7
		2 a 3 sm	3

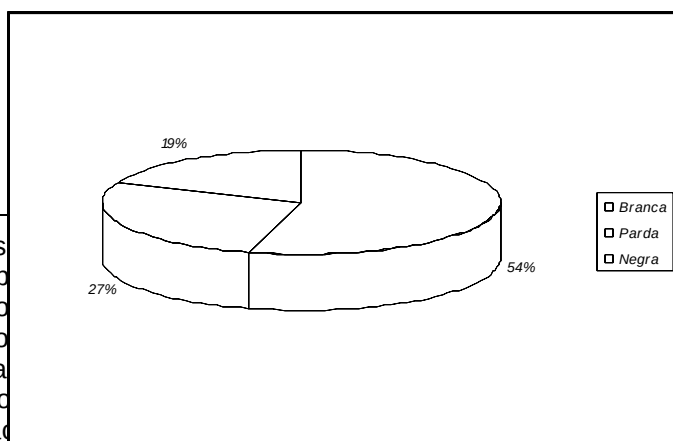
		3 a 4 sm	1
		4 a 5 sm	1
1 a 2 anos	6	1 a 2 sm	4
		2 a 3sm	2
2 a 3 anos	5	1 a 2 sm	2
		3 a 4 sm	1
		4 a 5 sm	2
3 a 4 anos	16	1 a 2 sm	4
		2 a 3 sm	5
		3 a 4 sm	3
		4 a 5 sm	1
		5 a 6 sm	2
		7 a 8 sm	1
4 a 5 anos	1	2 a 3 sm	1
6 a 7 anos	1	6 a 7 sm	1
7 a 8 anos	2	1 a 2 sm	1
		7 a 8 sm	1
8 a 9 anos	1	1 a 2 sm	1
acima de 10 anos	1	3 a 4 sm	1
Não respondeu	3	3	3

Fonte: Dados da pesquisa de campo.

5.1.4 Cor

Conforme já citado sobre a incidência de HAS nas pessoas negras⁵, tivemos uma significativa população participante da entrevista, que correspondeu a 19% da amostragem, conforme gráfico 8. Tal fato destaca a importância de um trabalho mais cuidadoso com estas pessoas por parte das ESF, precavendo o surgimento de agravos ou de outras doenças associadas.

⁵ Para diferenciarmos Bireme (on line), p sendo definidos po raça é entendido co continentais basea conjunto de pesso geração após gera grupo (BIREME, Descritores em Ciências da Saúde (DeCS/MeSH), on line).



s nos descritores da tes, são sinônimos, inente africano. Por s populações nativas é definida como o antida no grupo de de identificação de

Gráfico 8: Distribuição de cor
Fonte: Dados da pesquisa de campo.

Segundo pesquisa realizada pela Universidade Federal de Paraíba (UFPB) publicado por Silva (J.A.N. 2007, on line), a prevalência da HAS em pessoas negras passou a ser estudada a partir de observações sobre a doença em mulheres e homens negros estadunidenses, que são oriundos dos EUA, que apresentam taxas de pressão dentre as mais elevadas do mundo (Lessa, 2001 apud SILVA, J.A.N. 2007, on line), sendo que o uso da variável cor, nos estudos de HAS, baseou-se na existência de um alelo⁶ (ou grupo de alelos) que aumentariam a suscetibilidade a essa doença, os quais teriam uma prevalência em pessoas negras, quando comparadas às brancas (KLAG e col., 1991 apud SILVA, J.A.N. 2007, on line).

Murray (1991 apud SILVA, J.A.N. 2007, on line) associou a pigmentação da pele à HAS, sugerindo que genes da melanina estariam envolvidos no mecanismo fisiológico de aumento da pressão arterial e, quanto mais escura fosse à pele, maior seria a presença desses alelos.

Dessa forma, a genética tem influenciado os estudos sobre a HAS apontando que as variações na pressão sangüínea eram determinadas por um grupo de 10 a 15 genes (COOPER e col., 1999 apud SILVA, J.A.N. 2007, on line; HARRAP, 2003 apud SILVA, J.A.N. 2007, on line).

Segundo Silva (2007, on line), este estudo da relação entre cor, genética e HAS, também se cruza com os fatores ambientais, psicossociais e status sócio-econômicos.

Silva (J.A.N. 2007, on line) aponta para o entendimento de que os genes não são entidades autônomas, mas partes integrantes de um sistema auto-ajustável, que se submete aos mecanismos de regulação mediando a

⁶ Formas variantes do mesmo gene, ocupando o mesmo locus em cromossomos homólogos e governando as variantes na produção do mesmo produto gênico (BIREME, Descritores em Ciências da Saúde (DeCS/MeSH), on line).

intensidade da resposta diante de um estímulo ambiental, seja ele a luz solar ou o estresse psicossocial. Os alelos envolvidos no controle da pressão arterial estão presentes em todas as pessoas e poderiam estar “super” estimulados em pessoas negras, segundo o autor.

5.1.5 Estado conjugal

Sobre o estado conjugal dos entrevistados a maioria apresentou-se ser casado(a) e viúvo(a), conforme apresentação dos índices:

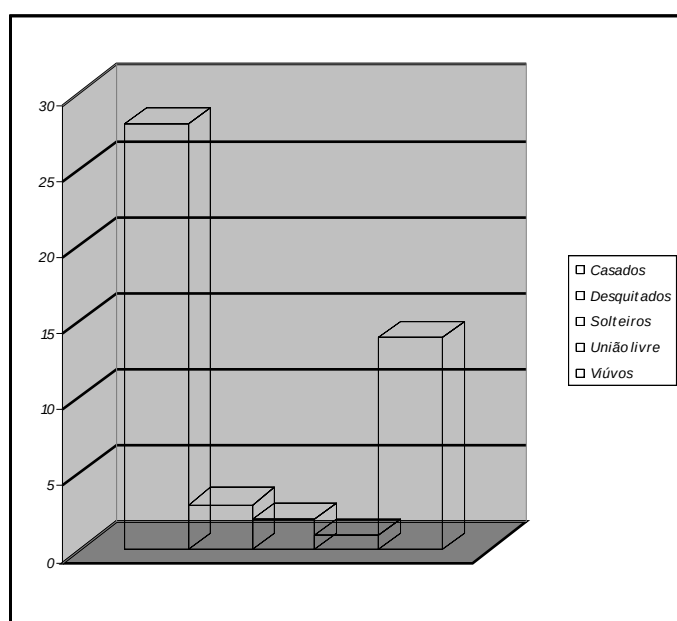


Gráfico 9: Estado conjugal
Fonte: Dados da pesquisa de campo.

5.1.6 Composição familiar

Dentre as pessoas entrevistadas, a maioria reside com uma composição familiar entre três a quatro pessoas e em segundo lugar a composição de uma ou duas pessoas, sendo este o grupo mais comum entre os entrevistados. Em terceiro lugar, ficam as famílias mais numerosas compostas de cinco a seis pessoas. E as pessoas que moram só ou que têm um número de nove a dez pessoas na mesma residência ficaram em menor número de incidência na entrevista (gráfico 10). Dentre as pessoas que moram só, foram apresentadas pessoas do sexo feminino de faixa etária entre os 60 e 70 anos, com uma condição previdenciária de aposentadoria por invalidez e/ou pensão por morte.

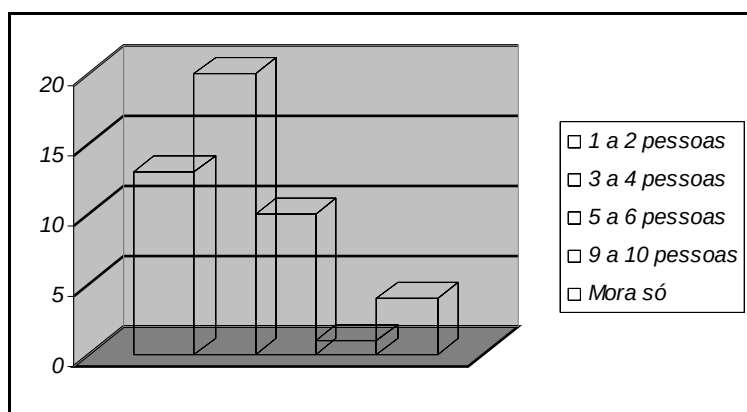


Gráfico 10: Quantidade de pessoas que reside
Fonte: Dados da pesquisa de campo

Sobre o grau de parentesco da composição familiar das pessoas com HAS entrevistadas identificamos que aproximadamente 14% das mulheres tinham como companheiros familiares o cônjuge e os filhos, sendo estes também os responsáveis muitas vezes, pela renda da família, principalmente os filhos, que demonstraram maior incidência na responsabilidade da renda familiar, conforme gráfico12.

Outros familiares como genros, noras, netos, irmãos, tios e pais (gráfico 11) aparecem na composição familiar, porém, em menos incidência, como já apresentamos no gráfico anterior sobre as famílias mais numerosas.

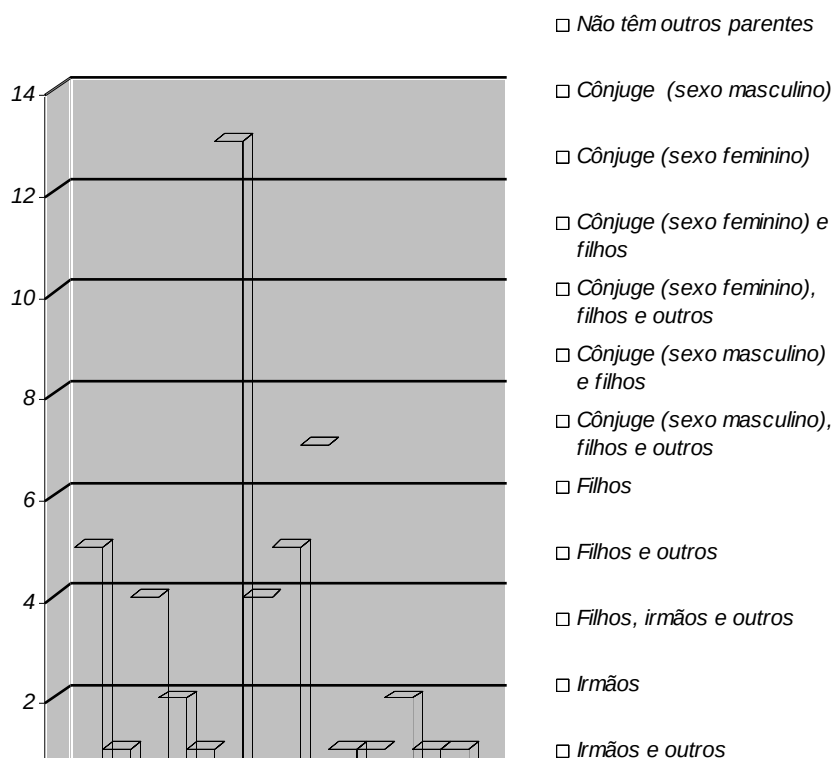


Gráfico 11: Grau de parentesco
 Fonte: Dados da pesquisa de campo

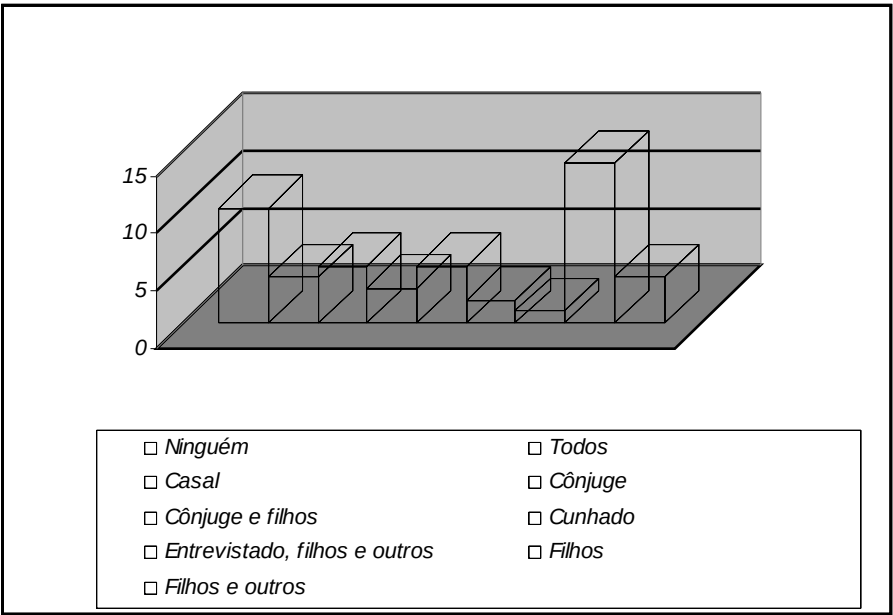


Gráfico 12: Quem trabalha na família
 Fonte: Dados da pesquisa de campo

5.1.7 Tipo de ocupação

Com relação à ocupação dos entrevistados procuramos identificar o tipo de atividade desenvolvida pelos portadores de HAS, seja ela geradora de renda ou não, e de que forma os entrevistados interpretavam a influência desta atividade em sua situação de saúde, se esta ajudava de forma positiva ou negativa no controle da HAS.

Nas respostas obtivemos um total de 30 pessoas declarantes de atividade ocupacional, representando 62,50% da amostragem. Dentre as atividades geradoras de renda, foram citadas 10,41% de funções presentes em fábricas e bancas de sapato por ser este o ramo da economia típica da cidade

de Franca. Foram apresentadas pessoas com atividades ocupacionais de chanfradeiro, pespontador e preceiro.

Outras atividades como costureira, dama de companhia, do lar, eletricista, empregada doméstica, artesã, pedreiro e técnico em enfermagem, conforme ilustrado no gráfico 9, sendo a dona de casa (do lar) a mais apresentada entre as mulheres, correspondendo a 41% das entrevistadas.

Entre estas ocupações apenas três delas foram declaradas como trabalho formal, com registro em carteira, sendo empregada doméstica, o preceiro e o técnico em enfermagem.

Outras atividades apresentadas como vendedor ambulante e catador de papelão, que vende para reciclagem, foram identificados pelos entrevistados como atividades de trabalho e geração de renda. Sendo muitas vezes esta a única fonte para a compra de remédios ou dos cuidados mínimos para a saúde.

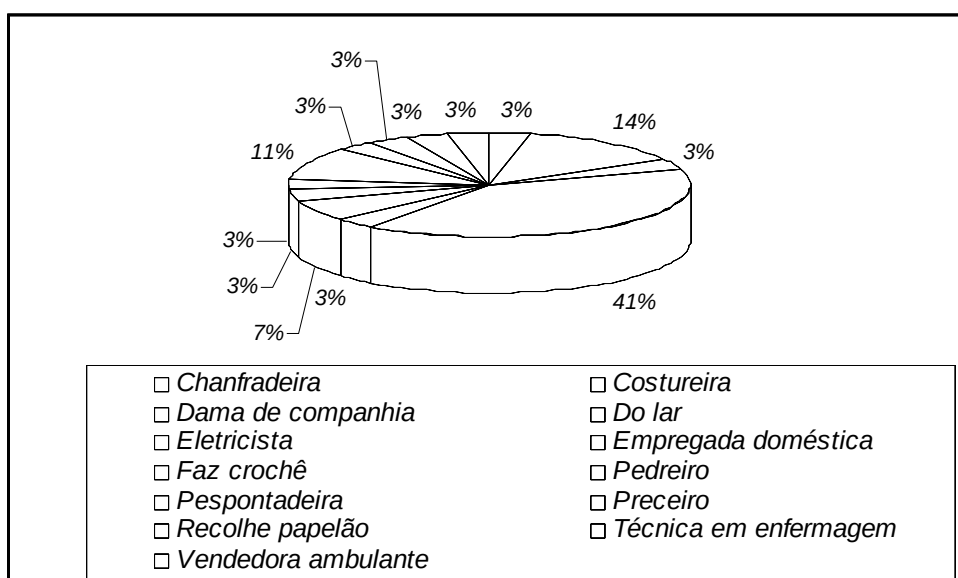


Gráfico 13: Tipo de ocupação
Fonte: Dados da pesquisa de campo

5.1.8 Influência do tipo de ocupação na saúde

Sobre a interpretação da influência de cada atividade de ocupação no controle da HAS, a maioria dos entrevistados respondeu que suas atividades ajudam de forma positiva no controle da HAS. Algumas referências à ajuda positiva correspondem à atividade física do corpo que é desenvolvida durante o trabalho, como foi identificado pela vendedora ambulante, a técnica em enfermagem e o eletricista, que destacaram o constante movimento do corpo como algo benéfico que contribui para o controle da HAS.

De forma contrária às ocupações que não exigem um constante movimento corporal, foram caracterizadas como maléficas ao tratamento e controle da HAS, dentre elas as ocupações como costureira e pespontadeira, foram citadas como atividades que não ajudam no controle da HAS, porém, as mesmas declararam realizar outro tipo de atividade física, como a caminhada, a qual acaba compensando o sedentarismo profissional.

5.1.9 Situação de trabalho

Ligado às atividades de ocupações, procuramos caracterizar cada uma delas à situação de trabalho e de previdência. Com esta análise, verificou-se que aproximadamente 59% dos entrevistados são aposentados inativos - sem qualquer atividade ocupacional, sejam elas atividades geradoras de renda ou não.

A maioria das aposentadorias foi decorrente por complicações de saúde o que ajudou na composição do grupo de aposentados inativos, sendo as aposentadorias realizadas por motivo de invalidez ou por idade.

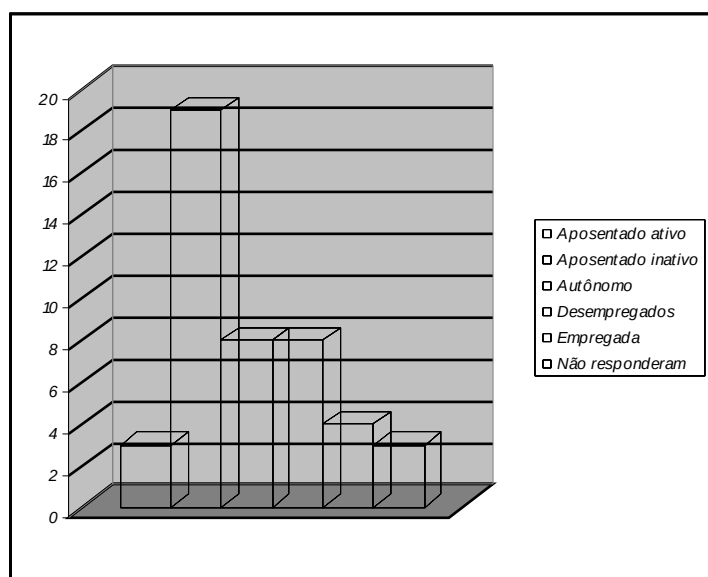


Gráfico 14: Situação de trabalho
Fonte: Dados da pesquisa de campo

5.1.10 Renda

Quanto à renda familiar dos entrevistados, foi possível identificar que grande parte das pessoas possui uma renda entre um e dois salários mínimos, correspondendo a 40% dos entrevistados. Lembrando que muitas vezes a fonte desta renda é decorrente das aposentadorias por invalidez ou idade, o que nos leva a supor que o gasto com os cuidados de saúde são muito mais elevados.

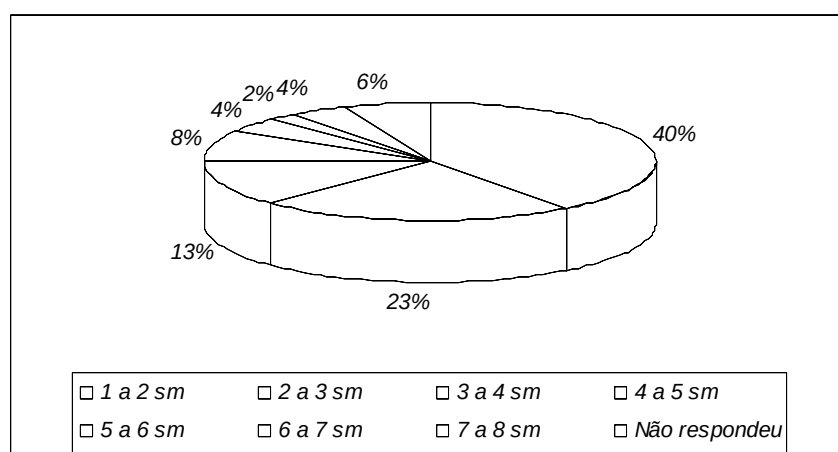


Gráfico 15: Renda familiar
Fonte: Dados da pesquisa de campo

Na apresentação da segunda parte da pesquisa procuramos identificar ainda alguns *fatores que possibilitam* o acesso das pessoas com HAS à informações e recursos necessários para o tratamento da saúde, como também *fatores que reforçam* como por exemplo, o tipo de apoio que possuem das ESF. Nesta fase foram identificados cinco itens que correspondem a estes fatores.

5.1.11 Meio de locomoção

A primeira questão colocada diz respeito a necessidade do transporte para locomoção da residência até a unidade de saúde, uma vez que as pessoas que têm condições de se locomover são consultadas na unidade da ESF, onde também são realizados exames como papanicolaou, doses de vacinas, curativos e outros. Já as pessoas que não possuem condições próprias de locomoção, em situação acamada, a equipe de saúde vai até a casa destes.

Outra situação de ida da equipe até às casas das famílias assistidas é a visita a todas as pessoas com HAS, pelo menos uma vez ao mês, para verificação da pressão e dos medicamentos se estão sendo administrados corretamente - data de validade e época do retorno da pessoa na consulta. Se necessário, o ACS agenda o retorno para a pessoa na ocasião, dá outras recomendações que forem necessárias.

Dentre as respostas 44 pessoas disseram não necessitar de transporte para chegar até o PSF de sua região de atendimento. O fato da ação em locais e da territorialização ajudaram na proximidade entre comunidade e serviços de saúde.

5.1.12 Dificuldade na locomoção

Neste deslocamento das pessoas com HAS de suas residências até a ESF, foi perguntado sobre a existência de alguma dificuldade no percurso.

Constaram nas respostas dificuldades relacionadas às próprias condições de saúde, como dificuldades para caminhar, dores no corpo, dificuldades para respirar e mal-estar.

Estas condições refletem uma dificuldade de locomoção relacionada ao quadro fisiológico das pessoas com HAS, a qual geralmente está relacionada com outros tipos de doenças, não restringindo à dificuldades de locomoção relacionadas à condição sócio-econômicas ou falta de acesso à meios de transporte, como o ônibus, por exemplo.

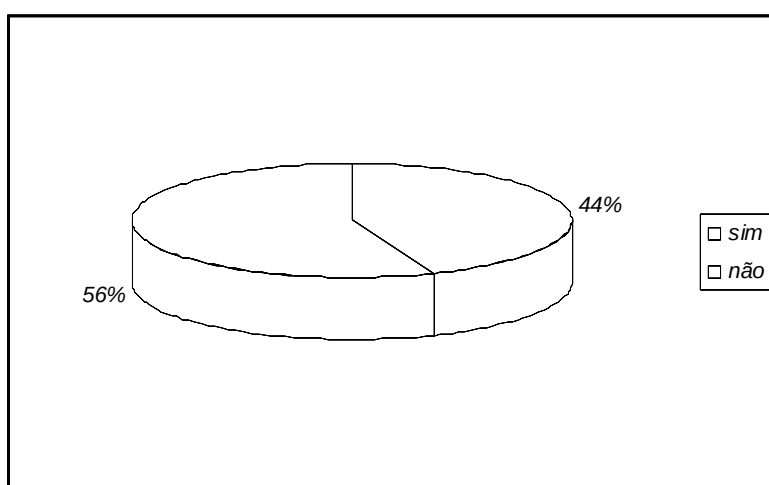


Gráfico 16: Dificuldade de locomoção
Fonte: Dados da pesquisa de campo

5.1.13 Tempo e tipo de tratamento da HAS

As pessoas com HAS demonstraram estar realizando um tratamento da doença num período de tempo entre um e cinco anos e entre cinco e dez anos.

A forma mais comum de tratamento entre estes grupos é o uso exclusivo de medicação, mas há casos em que algumas pessoas estão impossibilitadas de realizar exercícios físicos em decorrência às complicações da saúde (12,50%).

Já um outro grupo (37,50%) faz o tratamento completo, sendo: o uso da medicação, dieta específica e exercícios físicos como forma de controle da HAS.

Especificamente sobre a alimentação 81,25% das pessoas declararam já ter obtido algum tipo de orientação sobre o tipo de alimentação adequada para o tratamento da HAS. Dentre essas pessoas, 54,16% disseram seguir regularmente as recomendações e 22,91% declararam seguir apenas de vez em quando.

5.1.14 Acesso à medicação

Sobre o acesso à medicação para o controle da HAS, 70,83% das pessoas entrevistadas, declararam ter acesso à medicação por meio da distribuição gratuita nas unidades do Programa de Saúde da Família (gráfico 17). Isso demonstra a importância das unidades, que aproximam das famílias os serviços públicos de saúde, efetivando as diretrizes do SUS, como por exemplo, a descentralização e garantia de saúde para todos.

A distribuição da medicação gratuita pelas ESF facilita tanto o acesso à medicação, pela proximidade com a comunidade como efetiva um direito do cidadão, também possibilita uma orientação mais equitativa que auxilie sua administração evitando erros que possam vir a comprometer o quadro de saúde-doença das pessoas.

As pessoas que disseram ter dificuldade em conseguir a medicação (29,17%), responderam que na maioria das vezes há falta da medicação nas unidades ou que se tratam de medicamentos não padronizados pela rede de distribuição do SUS. Nestes casos, as pessoas disseram conseguir a medicação por meio de doações, amostras grátis ou acabam gastando valores significativos com a compra deles.

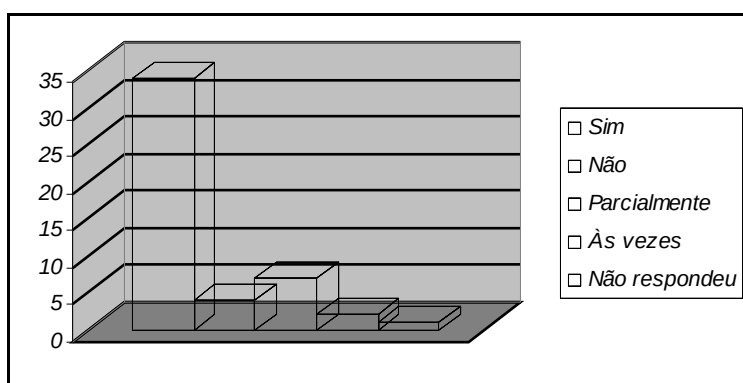


Gráfico 17: Acesso à medicação

Fonte: Dados da pesquisa de campo

Os custos com medicação não padronizada ou em falta na distribuição pelo SUS trazem às pessoas com HAS um gasto de aproximadamente R\$ 25,00 por mês e para alguns chegam a gastar acima de R\$ 50,00 (gráfico 18).

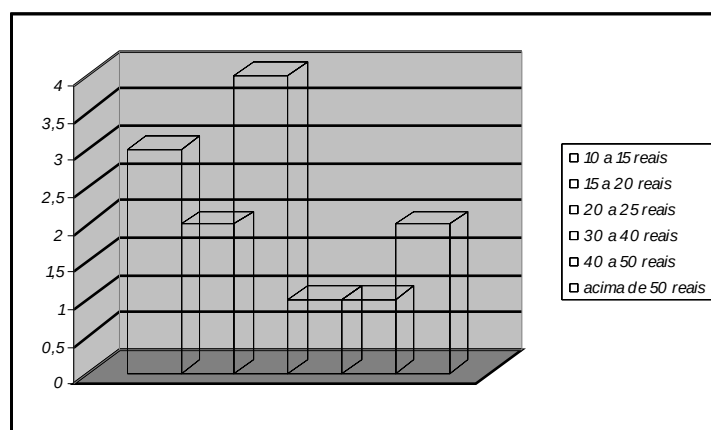


Gráfico 18: Custo com medicação

Fonte: Dados da pesquisa de campo

5.1.15 Palavras que representam o sentimento dos usuários em relação ao PSF

Sobre o atendimento das ESF incentivamos os entrevistados a tentarem sintetizar em uma única palavra o grau de satisfação obtido. Muitas expressões foram colocadas, porém a maioria destacou o atendimento e o tipo de acesso como os conceitos de Ótimo, Muito bom e Bom (Gráfico 19), sendo apenas duas pessoas que destacaram o PSF como Regular e Ruim.

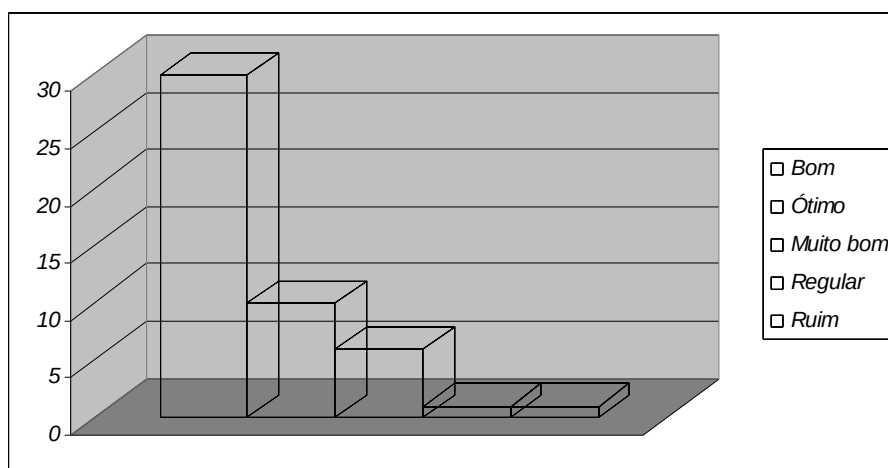


Gráfico 19: Conceito sobre as ESF.

5.2 Discussão dos dados

Na pesquisa de campo procuramos identificar os indicadores que contribuem na determinação da condição de saúde da população, conforme a Constituição de 1988, e sobre a visão ampliada que os serviços de saúde precisam obter para um trabalho integral de atendimento às pessoas com HAS.

A identificação dos *fatores que possibilitam*, conforme o modelo de Green e Kreuter, como primeira fase desta pesquisa, ajudou-nos a constatar que a maioria da amostragem é composta por mulheres entre os 50 anos, analfabetas, de cor branca, com atividades ocupacionais como donas de casa.

Muitas dessas mulheres são chefiadas pelos cônjuges ou filhos, os quais são os responsáveis pela renda familiar, que chegam a dois ou três salários mínimos.

Este cenário do perfil social das pessoas atendidas nas ESF de Franca, leva-nos a compreender parte das questões envolvidas no acesso aos cuidados necessários de saúde para o controle da HAS, pois a questão da renda, por exemplo, como obter as necessidades básicas, como a alimentação exigida, se a renda não permite a compra de produtos mais saudáveis ou indicados para este tipo de problema.

Acreditamos que além de facilitar o acesso das pessoas às unidades de saúde, essa proximidade possibilita inúmeras oportunidades de desenvolvimento de ações de saúde pública na comunidade, como projetos de geração de renda, de desenvolvimento humano, social, de educação, meio ambiente sustentável, com especial enfoque nas questões de saúde.

A condição de saúde das pessoas demonstrou serem ativas na prática de exercícios físicos como a caminhada, sendo a prática mais comum. Esta não exige muitos recursos, sendo disponibilizado o espaço livre pelas ruas das comunidades e possibilitando a organização de horário segundo a preferência das pessoas. Dentre outras atividades foram também citadas a natação, hidroginástica, ginástica, futebol e ciclismo. De acordo com as respostas colhidas, a prática dos exercícios físicos é realizada diariamente.

Das pessoas que não conseguem seguir plenamente as orientações, os principais motivos colocados foram as dificuldades de adaptação (dieta específica, medicação recomendada e a prática de exercícios físicos) e condições das econômicas para seguir as orientações, sendo esta última relacionada a vários fatores, como a aquisição de medicamentos e de alimentos recomendados, como os de tipo “diet” e “light” ou de baixo teor de sódio, como também frutas e verduras.

Portanto, salientamos a importância do papel das ESF junto às comunidades tanto por seu papel sócio-educativo como garantidor do acesso das pessoas às informações e serviços de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A maneira de pensar e lidar com as questões de saúde e doença vem adquirindo novas formas. O sistema de saúde brasileiro atual tem construído uma visão de atendimento das políticas públicas sobre os aspectos humanos e sociais.

O período de inauguração do capitalismo, século XVIII, promoveu por meio da Revolução Industrial, a substituição do homem pelas máquinas, fragmentando o trabalho e gerando condições precárias de saúde e saneamento básico.

No século XIX e século XX o conceito de progresso, por meio da intensificação do comércio, promoveu o aprimoramento da tecnologia e da ciência as quais se tornaram cada vez mais especializadas.

O impacto de todo este processo no ramo da saúde não foi diferente, trouxe a fragmentação aos serviços de saúde, os quais foram se especializando cada vez mais, burocratizando o sistema e, principalmente, acabou prejudicando a visão integral dos sujeitos, que hoje se procura obter nos atendimentos.

A construção de redes sociais nas políticas públicas tem se constituído em uma das ferramentas utilizadas para a construção desta visão integral, garantindo um atendimento às suas necessidades básicas e intermediárias da população.

Os métodos de ação em grupo, como o da Roda ou Paidéia, também são instrumentais utilizados para a construção de uma cidadania e garantia do direito à participação. O resgate do conceito Paidéia - o homem na sua integridade é uma destas tentativas que o SUS engaja para que a saúde e qualidade de vida sejam fatores acessíveis para todos.

A construção de pensamento e de estratégias que possam potencializar as ações das pessoas e comunidades na área da saúde vem garantir a permanência e o aprimoramento do que já foi conquistado no SUS, conforme

suas diretrizes, como a universalidade, a descentralização, a equidade e a participação da sociedade.

Na busca de uma mudança de paradigmas e conceitos sobre o atendimento aos usuários do SUS, a introdução de outros profissionais na área da saúde, além do médico(a) e do enfermeiro(a), também constaram como ações necessárias para um entendimento integral. A importância de ter uma equipe multidisciplinar nos serviços de saúde contribui para a garantia ao acesso e controle dos índices dos fatores determinantes da saúde, citados na Constituição de 1988, meio ambiente, saneamento básico, transporte, renda, alimentação, lazer, educação e etc.

O estudo destes fatores determinantes, vistos de forma multidisciplinar, vão auxiliar na constatação do grau de influência sobre as condições de saúde dos indivíduos e comunidades.

Em nossa pesquisa de campo, por meio da coleta de dados, tentamos verificar o perfil dos usuários das ESF e as influências destes fatores determinantes na condição de saúde, pois os fatores externos – alimentação inadequada, sedentarismo, estresse, hábitos de tabagismo e álcool são fatores de risco que agravam o quadro de saúde-doença.

A situação da HAS tem acometido milhares de brasileiros que sofrem suas complicações ou chegam à morte muitas vezes por desconhecimento da doença, por falta de condições para manter hábitos saudáveis e/ou falta de acesso aos serviços de saúde.

As ESF no Brasil, dentro da atenção básica de saúde, têm um papel estratégico no SUS que é o de promover, prevenir e proteger a saúde da comunidade por meio da visão integral e garantia de acesso aos serviços por meio da proximidade com a comunidade.

As ESF no controle e prevenção da HAS também têm auxiliado às famílias e comunidade atendidas, por meio de um papel educativo e assistencial. Este papel efetiva-se por meio de ações que auxiliem as pessoas na administração dos medicamentos, nas consultas e retornos, na aferição periódica da PA das pessoas portadoras de HAS, na informação de cuidados com a variação da saúde-doença (alimentação e exercícios físicos), como também, na estimulação de ações comunitárias que promovam a saúde (grupos de caminhada, grupos de informação à saúde), e auxiliem nas

necessidades básicas da população para garantia de acesso a uma alimentação saudável, medicamentos não padronizados pelo SUS, condições dignas de habitação, transporte e educação, estas podem ser ações de formação de grupos de geração de renda, ensino, cultura e lazer.

Neste aspecto verificamos a importância de uma equipe multidisciplinar, o que vem se efetivando no SUS, por meio da construção dos NASFs, que demonstra a preocupação com a visão integral dos sujeitos, de que a saúde não comporta mais o antigo conceito de que é apenas a ausência de doenças, mas de que a saúde se constitui num todo, de múltiplos fatores complexos.

Neste trabalho procuramos mostrar a necessidade desta visão integral na saúde, por meio da demonstração de alguns trabalhos já desenvolvidos e de instrumentais que auxiliam neste conhecimento da população para que se possa estudar, junto a esta, alternativas de superação. Por isso que utilizamos o modelo PRECEDE-PROCEED, como subsídio no levantamento de dados e do conhecimento deste instrumental para aprimorar os trabalhos das ESF com a população hipertensa.

A construção de estratégias das ESF, por meio do conhecimento de sua população, poderá auxiliar no acesso às necessidades básicas, de mudanças conceituais, de parcerias organizacionais, de participação política da comunidade, de utilização da cultura para a promoção da saúde e outros.

Segundo Pereira (2007, p. 157), “toda a visão de saúde da população tem a ver com a situação em que vive e com as contradições mais gerais da sociedade que também se expressam no setor de saúde”. Demonstrando que a visão holística dos usuários das ESFs requer o trabalho multidisciplinar para um atendimento oferecido de forma integral.

A inserção dos assistentes sociais nos NASFs não significa apenas um acréscimo de profissionais, mas como parte de um planejamento estratégico para a “reestruturação do sistema de mudança do modelo assistencial” (TEIXEIRA, 2002, p. 244). Pois como disse Singer (1981 apud TEIXEIRA, 2002, p. 24), “o serviço social domina procedimentos metodológicos e instrumentais técnicos adequados, [...] e usa como referência as técnicas participativas, em oposição às práticas que medicalizam as questões sociais, como o modelo biomédico faz”.

Concluimos que a contribuição dos assistentes sociais nos NASFs poderá auxiliar também neste conhecimento e efetivação da atenção integral dos usuários. O auxílio no levantamento das necessidades e condições sociais e de saúde da população poderá contribuir para o mapeamento do perfil social, ajudando no estabelecimento de estratégias para a superação, permanência ou prevenção das condições de vida da comunidade.

Nesta linha de pensamento, o Serviço Social, como uma profissão que assumiu o compromisso ético-político “com a democracia, a liberdade e a justiça social” (Código de Ética, 1993) e por ter como objeto de trabalho as questões sociais, desempenha um importante papel nesta construção (TEIXEIRA, 2002, p. 251).

REFERÊNCIAS

BIREME. Descritores em Ciências da Saúde (DeCS/MeSH). Disponível em: <http://www.bireme.br/php/desws.php?lang=pt&tree_id=G14.340.024.340.007&autocomplete_term>. Acesso em: 26 maio 2008.

BRASIL. Comissão Intergestores Bipartite. Portal da saúde. Secretaria de Saúde. Governo do Estado de São Paulo. Disponível em: <http://portal.saude.sp.gov.br/content/geral_estrutura_orgaos_vinculados_cib_apresentacao.mmp>. Acesso em: 27 jun. 2008.

_____. Constituição (1988). Constituição Federal de 1988. CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL 6ª REGIÃO CRESS/MG. In: Coletânea de Leis. 2. ed. Belo Horizonte, MG, 2003.

_____. Decreto n. 4.682, de 24 de janeiro de 1923 – Lei Eloy Chaves. Cria em cada uma das empresas de estradas de ferro existentes no país, uma Caixa de Aposentadoria e Pensões para os respectivos empregados. Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 28 jan. 1923. Disponível em: <<http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/23/1923/4682.htm>>. Acesso em: 23 maio 2008.

_____. Decreto n. 50.192, de 13 de agosto de 1968. Dispõe sobre medidas para reforma administrativa da Secretaria de Estado dos Negócios da Saúde Pública. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 14 ago. 1968. Disponível em: <http://www.crh.saude.sp.gov.br/content/dec_1968.mmp>. Acesso em: 10 maio 2008.

_____. Lei 11.350, de 5 de outubro de 2006. Dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional n. 51, de 14 de fevereiro de 2006 e dá outras providências. Diário Oficial da União

[da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 6 out. 2006. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Alto2004-20006/Lei/L11350.htm>. Acesso em: 23 maio 2008.

_____. Lei Orgânica da Saúde (LOS) - Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990a. CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL 6ª REGIÃO CRESS/MG. In: Coletânea de Leis. 2. ed. Belo Horizonte, MG, 2003.

_____. Lei n. 8.142 de 28 de dezembro de 1990b. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 31 dez. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm>. Acesso em: 10 maio 2008.

_____. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica. Programa de Saúde da Família: a implantação da Unidade de Saúde da Família. Brasília, DF, 2000. Cad. 1.

_____. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica. Programa de Saúde da Família: Guia Prático do Programa de Saúde da Família. Brasília, DF, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Municipalização é o caminho. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 9., 1992, Brasília, DF. Relatório Final. Brasília, DF, 1992. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/9conf_nac_rel.pdf>. Acesso em: 10 maio 2008.

_____. Ministério da Saúde. SUS – Construindo um modelo de atenção à saúde para a qualidade de vida. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 10., 1996, Brasília, DF. Relatório Final. Brasília, DF, 1996. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/10conferencia.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2008.

_____. Ministério da Saúde. SUS - O Brasil falando como quer ser tratado - efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 11., 2000, Brasília, DF. Relatório Final. Brasília, DF, 2000. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/11_cns.pdf>. Acesso em: 10 maio 2008.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 95, de 26 de janeiro de 2001, e regulamentação complementar. Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) SUS 01/01, 114 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos, n. 116). Regionalização da Assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/noas.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2008.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 399/GM de 22 de fevereiro de 2006a. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>>. Acesso em: 10 maio 2008.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.491, de 9 de março de 2006b. Dispõe sobre a expansão do Programa “Farmácia Popular do Brasil”. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria-491-2006.pdf>>. Acesso em: 23 maio 2008.

_____. Ministério da Saúde. Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB): 2005-2007. Disponível em: <www.datasus.gov.br/siab/siab.htm>. Acesso em: 6 jan. 2008.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. Política Nacional de Assistência Social: PNAS/2004 e Norma Operacional Básica – NOB/SUAS. Brasília, DF, 2005.

_____. Norma Operacional Básica: 1991, 1993 e 1996. Biblioteca Virtual em Saúde. BVS. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/10conferencia.pdf%20>>. Acesso em: 10 maio 2008.

_____. Portaria n.154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília/DF, 25 jan. 2008. Disponível em: <http://conasems.org.br/files/DO1_2008_01_25.pdf>. Acesso em: 23 maio 2008.

_____. Prefeitura Municipal de Franca. Novo Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. Disponível em: <www.undp.org.br/IDHM-BR%20Atlas%20Webpage/index.asp>. Acesso em: 21 out. 2007.

_____. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). Relatório do Desenvolvimento humano 1998: padrões de consumo para o desenvolvimento humano. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/rdh/rdh98/index.php>>. Acesso em: 23 maio 2008.

_____. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). Relatório do desenvolvimento humano 2003: um pacto entre nações para eliminar a pobreza humana. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/rdh/rdh2003/index.php>>. Acesso em: 23 maio 2008.

_____. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). Relatório do desenvolvimento humano 2007: combater mudanças do clima: solidariedade humana em um mundo dividido. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/rdh/rdh2007/index.php>>. Acesso em: 23 maio 2008.

_____. United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF). Disponível em: <<http://www.unicef.org.br/>>. Acesso em: 10 jun. 2008.

BRAVO, M. I. S. Saúde e serviço social. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro. Ed. UERJ, 2006.

CAMPOS, G. W. S. Saúde Paidéia. São Paulo: Hucitec, 2003.

CARVALHO, M.C.B. A priorização da família na agenda da política social. In: _____ (Org). A família contemporânea em debate. São Paulo. EDUC: Cortez, 1995.

COLOMBO, R.C. Reabilitação no infarto do miocárdio: análise dos comportamentos relacionados a fatores de risco para coronariopatia. 2000. 319 f. Tese (Doutorado em enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2000.

ENGLER, H. R. Pesquisa quantitativa. In: BERTANI, I. F (Org.). Retratos da saúde: o relatório Quaviss. Franca: Editora Unesp, 2006.

EVOLUÇÃO do IDH no Brasil. Folha de S. Paulo, São Paulo, 10 jul. 2001. Capa, p. A1.

FERREIRA, A. B. H. Minidicionário da língua portuguesa. 2. ed. São Paulo: Nova Fronteira, 1988.

GADOTTI, M. Pedagogia: diálogo e conflito. São Paulo: Cortez: Autores associados, 1985. Revista Serviço Social & Sociedade: Cortez, ano 12, n. 36, ago. 1991.

GOVERNO FHC consegue aumentar o avanço na medicina preventiva. Folha de S. Paulo, São Paulo, 23 out. 2002. Caderno Especial, p. 10.

GREEN, L. W.; KREUTER, M. W. Health promotion planning an educational and environ mental approach. 2. ed. Toronto: Mayfield, 1991.

GUERRA, Y. A instrumentalidade do serviço social. São Paulo: Cortez, 1995.

HELUY, H. B. Assembléia Legislativa do Estado do Maranhão. Projeto de Lei de 16 de junho de 2003. Dispõe sobre a ampliação das equipes do Programa de Saúde da Família – PSF no estado do Maranhão, assegurando a inclusão de assistentes sociais. Mandato de 2003 a 2006. Disponível em: <<http://www.al.ma.gov.br/helena/paginas/doc.php?cod=1356>>. Acesso em: 23 maio 2008.

IYDA, M. Cem anos de saúde pública: a cidadania negada. São Paulo: Paulista, 1994.

JOSÉ FILHO, M. A família como espaço privilegiado para a construção da cidadania. 1998. 295 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Faculdade de História, Direito e Serviço Social, Universidade Estadual Paulista, “Júlio de Mesquita Filho”, Franca, 1998.

LESSA, I. Epidemiologia e Hipertensão Arterial sistêmica e da insuficiência cardíaca no Brasil. Revista Brasileira de Hipertensão. São Paulo, SP, v.8, p. 389-92, 2001.

LOMBARDI, C. et al. Operacionalização do conceito de classes sociais em estudos epidemiológicos. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 22, n. 4, p. 253-265, 1988. Disponível em: <<http://scielo.br/pdf/rsp/v22n4/01.pdf>>. Acesso em: 22 jun. 2008.

LUKÁCS, G. Introdução a uma estética marxista: sobre a particularidade como categoria da estética. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1968.

MANO, R. Manuais de Cardiologia. Livro virtual, ano 9, 2007. Disponível em: <<http://manuaisdecardiologia.med.br/has/>>. Acesso em: 15 out. 2007.

MARTINS, I. S. et al. Doenças cardiovasculares ateroscleróticas, dislipidemias, hipertensão, obesidade e diabetes melito em população da área metropolitana da região sudeste do Brasil. Revista de Saúde Pública, São Paulo, SP, v. 27, n. 4, p. 250-261, ago. 1993.
Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 15 out. 2007.

MARTINS, J. A. Programa de Saúde da Família: um novo desafio para o Serviço Social. Trabalho de Conclusão de Curso, Serviço Social, Unesp/Franca, 2000.

MARX, K. Formações econômicas pré-capitalistas. 2. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977.

MENDES, E. V. A construção social da vigilância saúde no distrito sanitário. In: _____; Vilasbôas, A. L. A vigilância à saúde no distrito sanitário. Brasília, DF: Organização Panamericana de Saúde, 1993. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n1/03.pdf>>. Acesso em: 22 jun. 2008.

MENEGHIN, P. O enfermeiro construindo e avaliando ações educativas na prevenção da AIDS. 1993, 144 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1993.

MINAYO, M. C. S. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. Ciência e saúde coletiva. Rio de Janeiro, ano 5, n. 1, p. 7-18, 2000.

OLIVEIRA, R. N. C. O espaço público sócio-político da educação a saúde pública. Revista Serviço Social & Sociedade, São Paulo, ano 12, n. 36, p. 74-83, ago. 1991.

PEREIRA, P. A. P. Necessidades humanas: subsídios à crítica dos mínimos sociais. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

PINHO, D. B. Trabalho e qualidade de vida: desafio a sociedade latino-americana. São Paulo: Ícone, 1988.

PÓVOA, R. Aspectos do 7º Joint. Revista da Associação de Medicina Brasileira. São Paulo, v.50, n.1, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302004000100019&lng=pt&nrm=&tlng=pt>. Acesso em: 21 out. 2007.

SEN, A K. Desenvolvimento como liberdade. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

SILVA, A. C. Saúde da família, saúde da criança: a resposta de Sobral. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2007.

SILVA, J.A.N. Condições sanitárias e de saúde em Caiana dos Crioulos, uma comunidade Quilombola do Estado da Paraíba. Revista Saúde e Sociedade. São Paulo, v. 16, n. 2, maio/ago. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902007000200011&lng=pt>. Acesso em: 10 maio 2008.

SOARES, A. C. N. Mulheres chefes de família: narrativa e percurso ideológico. 2001. 293 f. Tese (Doutorado em Psicologia) - Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. V Diretriz Brasileira de HAS (2006). Disponível em: <<http://www.sbh.org.br/documentos/index.asp>>. Acesso em: 21 out. 2007.

TEIXEIRA, M. J. O. O Programa de Saúde da Família, o Serviço Social e o canto do Rouxinol. In: BRAVO, M. I. S.; PEREIRA, P. A. P. (Org.). Política social e democracia. 2. ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2002.

UNGLERT, C. V. S. et al. Acesso aos serviços de saúde: uma abordagem de geografia em saúde pública. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 21, n. 5, p. 439-446, out. 1987.

_____. Territorialização em Sistemas de Saúde. In: MENDES, E. V. (Org.). Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo: HUCITEC, 1993.

VASCONCELOS, A. M. A prática do serviço social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde. São Paulo: Cortez, 2002.

VASCONCELOS, E. M. Educação popular nos serviços de saúde. 3. ed. ampliada. São Paulo: Hucitec, 1997.

YAZBEK, M. C. Classes subalternas e assistência social. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

APÊNDICE

ANEXOS

ANEXO A

PORTARIA Nº 399/GM DE 22 DE FEVEREIRO DE 2006.

Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, INTERINO, no uso de suas atribuições, e

Considerando o disposto no art. 198 da Constituição Federal de 1988, que estabelece as ações e serviços públicos que integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem o Sistema Único de Saúde - SUS;

Considerando o art. 7^a da Lei nº 8080/90 dos princípios e diretrizes do SUS de universalidade do acesso, integralidade da atenção e descentralização político-administrativa com direção única em cada esfera de governo;

Considerando a necessidade de qualificar e implementar o processo de descentralização, organização e gestão do SUS à luz da evolução do processo de pactuação intergestores;

Considerando a necessidade do aprimoramento do processo de pactuação intergestores objetivando a qualificação, o aperfeiçoamento e a definição das responsabilidades sanitárias e de gestão entre os entes federados no âmbito do SUS;

Considerando a necessidade de definição de compromisso entre os gestores do SUS em torno de prioridades que apresentem impacto sobre a situação de saúde da população brasileira;

Considerando o compromisso com a consolidação e o avanço do processo de Reforma Sanitária Brasileira, explicitada na defesa dos princípios do SUS;

Considerando a aprovação das Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde em 2006 – Consolidação do SUS na reunião da Comissão Intergestores Tripartite realizada no dia 26 de janeiro de 2006; e

Considerando a aprovação das Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde em 2006 – Consolidação do SUS, na reunião do Conselho Nacional de Saúde realizada no dia 9 de fevereiro de 2006,

R E S O L V E:

Art. 1º Dar divulgação ao Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS, na forma do Anexo I a esta portaria.

Art 2º Aprovar as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde em 2006 – Consolidação do SUS com seus três componentes: Pactos Pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, na forma do Anexo II a esta Portaria.

Art. 3º Ficam mantidas, até a assinatura do Termo de Compromisso de Gestão constante nas Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde 2006, as mesmas prerrogativas e responsabilidades dos municípios e estados que estão habilitados em Gestão Plena do Sistema, conforme estabelecido na Norma Operacional Básica - NOB SUS 01/96 e na Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS SUS 2002.

Art. 4º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ AGENOR ÁLVARES DA SILVA

ANEXO B

PORTARIA GM Nº 154, DE 24 DE JANEIRO DE 2008

Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, e
Considerando o inciso II do art. 198 da Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988, que dispõe sobre a integralidade da atenção como diretriz do Sistema Único de Saúde - SUS;
Considerando o parágrafo único do art. 3º da Lei nº 8.080, de 1990, que dispõe sobre as ações de saúde destinadas a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social;
Considerando os princípios e as diretrizes propostos no Pacto Pela Saúde, regulamentado pela Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, que contempla o Pacto firmado entre as esferas de governo nas três dimensões: pela vida, em defesa do SUS e de Gestão;
Considerando a Regionalização Solidária e Cooperativa firmada no Pacto Pela Saúde e seus pressupostos: territorialização, flexibilidade, cooperação, co-gestão, financiamento solidário, subsidiariedade, participação e controle social;
Considerando a Política Nacional de Atenção Básica definida por meio da Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006, que regulamenta o desenvolvimento das ações de Atenção Básica à Saúde no SUS;

Considerando o fortalecimento da estratégia Saúde da Família definida por meio da Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006, que preconiza a coordenação do cuidado a partir da atenção básica organizada pela estratégia Saúde da Família;

Considerando a Política Nacional de Promoção da Saúde, regulamentada pela Portaria nº 687/GM, de 30 de março de 2006, sobre o desenvolvimento das ações de promoção da saúde no Brasil;

Considerando a Política Nacional de Integração da Pessoa com Deficiência, conforme o Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999, que regulamenta o desenvolvimento das ações da pessoa com deficiência no SUS;

Considerando as diretrizes nacionais para a Saúde Mental no SUS, com base na Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, da reforma psiquiátrica;

Considerando a Portaria nº 710/GM, de 10 de junho de 1999, que aprova a Política Nacional de Alimentação e Nutrição, e a Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006, que cria o Sistema de Segurança Alimentar e Nutricional;

Considerando a Política Nacional de Saúde da Criança e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, de 2004, seus princípios e diretrizes;

Considerando a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares - PNPIC no SUS, a Portaria nº 971/GM, de 3 de maio de 2006, que regulamenta o desenvolvimento das ações que compreendem o universo de abordagens denominado pela Organização Mundial da Saúde - OMS de Medicina Tradicional e Complementar/ Alternativa - MT/MCA, a Homeopatia, a Acupuntura, a Fitoterapia e o Termalismo Social/Crenoterapia;

Considerando a Lei nº 8.856 de 1º de março de 1994, que define a carga horária semanal máxima dos profissionais Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional;

Considerando a Lei nº 9.696, de 1 de setembro DE 1998 que dispõe sobre a regulamentação da Profissão de Educação Física e cria os respectivos Conselho Federal e Conselhos Regionais de Educação Física.

Considerando a Portaria nº 204/GM, de 29 de janeiro de 2007, que regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle;

Considerando o cronograma de envio das bases de dados dos Sistemas de Informações Ambulatoriais - SIA e de Informação Hospitalar Descentralizado - SIHD/SUS, do Sistema de

Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES, e da Comunicação de Internação Hospitalar - CIH, estabelecido na Portaria nº 74/SAS/MS, de 6 de fevereiro de 2007;

Considerando a Política Nacional de Medicamentos, que tem como propósito garantir a necessária segurança, a eficácia e a qualidade desses produtos, a promoção do uso racional e o acesso da população aqueles considerados essenciais;

Considerando que a Política Nacional de Assistência Farmacêutica - PNAF, estabelecida por meio da Resolução CNS nº 338, de 6 de maio de 2004, é parte integrante da Política Nacional de Saúde, envolvendo um conjunto de ações voltadas à promoção, à proteção e à recuperação da saúde e garantindo os princípios da universalidade, e da integralidade e da equidade; e

Considerando a Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, que aprova as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde 2006, bem como a Portaria nº 699/GM, de 30 de março de 2006, que regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão, resolve:

Art. 1º Criar os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF com o objetivo de 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.

Art. 2º Estabelecer 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.

§ 1º 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.

§ 2º A responsabilização compartilhada entre as equipes SF e a equipe do NASF na comunidade prevê a revisão da prática do encaminhamento com base nos processos de referência e contrareferência, ampliando-a para um processo de acompanhamento longitudinal de responsabilidade da equipe de Atenção Básica/Saúde da Família, atuando no fortalecimento de seus atributos e no papel de coordenação do cuidado no SUS.

§ 3º Os NASF devem buscar instituir a plena integralidade do cuidado físico e mental aos usuários do SUS por intermédio da qualificação e complementaridade do trabalho das Equipes Saúde da Família - ESF.

Art. 3º Determinar que os NASF estejam classificados em duas modalidades, NASF 1 e NASF 2, ficando vedada a implantação das duas modalidades de forma concomitante nos Municípios e no Distrito Federal.

§ 1º O NASF 1 deverá ser composto por, no mínimo cinco profissionais de nível superior de ocupações não-coincidentes entre as listadas no § 2º deste artigo.

§ 2º Para efeito de repasse de recursos federais, poderão compor os NASF 1 as seguintes ocupações do Código Brasileiro de Ocupações - CBO: Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional da Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; e Terapeuta Ocupacional.

§ 3º O NASF 2 deverá ser composto por no mínimo três profissionais de nível superior de ocupações não-coincidentes entre as listadas no § 4º deste artigo.

§ 4º Para efeito de repasse de recursos federais, poderão compor os NASF 2 as seguintes ocupações do Código Brasileiro de Ocupações - CBO: Assistente Social; Profissional da Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Nutricionista; Psicólogo; e Terapeuta Ocupacional.

§ 5º prática da Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura no NASF deverá ser realizada em consonância com a Portaria nº 971/GM, de 3 de maio de 2006.

Art. 4º Determinar que os NASF devam funcionar em horário de trabalho coincidente com o das equipes de Saúde da Família, e que a carga horária dos profissionais do NASF considerados para repasse de recursos federais seja de, no mínimo, 40 horas semanais, observando o seguinte:

I - Para os profissionais médicos, em substituição a um profissional de 40 horas semanais, podem ser registrados 2 (dois) profissionais que cumpram um mínimo de 20 (vinte) horas semanais cada um, sendo permitido o cadastro de profissionais de CBO diferentes;

II - Para os profissionais fisioterapeutas, devem ser registrados 2 (dois) profissionais que cumpram um mínimo de 20 (vinte) horas semanais cada um;

III - Para os profissionais terapeutas ocupacionais, devem ser registrados 2 (dois) profissionais que cumpram um mínimo de 20 (vinte) horas semanais cada um; e,

IV - Para as demais ocupações vale a definição do caput deste parágrafo.

§ 1º A composição de cada um dos NASF será definida pelos gestores municipais, seguindo os critérios de prioridade identificados a partir das necessidades locais e da disponibilidade de profissionais de cada uma das diferentes ocupações.

§ 2º Tendo em vista a magnitude epidemiológica dos transtornos mentais, recomenda-se que cada Núcleo de Apoio à Saúde da Família conte com pelo menos 1 (um) profissional da área de saúde mental.

§ 3º Os profissionais do NASF devem ser cadastrados em uma única unidade de saúde, localizada preferencialmente dentro do território de atuação das equipes de Saúde da Família às quais estão vinculados.

§ 4º As ações de responsabilidade de todos os profissionais que compõem os NASF, a serem desenvolvidas em conjunto com as equipes de SF, estão descritas no Anexo I a esta Portaria.

Art. 5º Definir que cada NASF 1 realize suas atividades vinculado a, no mínimo, 8 (oito) Equipes de Saúde da Família, e a no máximo, a 20 (vinte) Equipes de Saúde da Família.

§ 1º Excepcionalmente, nos Municípios com menos de 100.000 habitantes dos Estados da Região Norte, cada NASF 1 poderá realizar suas atividades vinculado a, no mínimo, 5 (cinco) equipes de Saúde da Família, e a, no máximo, a 20 (vinte) equipes de Saúde da Família.

§ 2º O número máximo de NASF 1 aos quais o Município e o Distrito Federal podem fazer jus para recebimento de recursos financeiros específicos será calculado pelas fórmulas:

I - para Municípios com menos de 100.000 habitantes de Estados da Região Norte = número de ESF do Município/5; e

II - para Municípios com 100.000 habitantes ou mais da Região Norte e para Municípios das demais unidades da Federação = número de ESF do Município/8.

Art. 6º Definir que cada NASF 2 realize suas atividades vinculado a, no mínimo, 3 (três) equipes de Saúde da Família.

§ 1º O número máximo de NASF 2 aos quais o Município pode fazer jus para recebimento de recursos financeiros específicos será de 1 (um) NASF 2.

§ 2º Somente os Municípios que tenham densidade populacional abaixo de 10 habitantes por quilômetro quadrado, de acordo com dados da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, ano base 2007, poderão implantar o NASF 2.

Art. 7º Definir que seja de competência das Secretarias de Saúde dos Municípios e do Distrito Federal:

I- definir o território de atuação de cada NASF quando as equipes de Saúde da Família às quais estes NASF estiverem vinculados pertencerem a um mesmo Município ou ao Distrito Federal;

II - planejar as ações que serão realizadas pelos NASF, como educação continuada e atendimento a casos específicos;

III - definir o plano de ação do NASF em conjunto com as ESF, incluindo formulários de referência e contra-referência, garantindo a interface e a liderança das equipes de Saúde da Família no estabelecimento do cuidado longitudinal dos indivíduos assistidos, bem como de suas famílias;

IV - selecionar, contratar e remunerar os profissionais para os NASF, em conformidade com a legislação vigente;

V - manter atualizado o cadastro de profissionais, de serviços e de estabelecimentos sob sua gestão;

VI - disponibilizar a estrutura física adequada e garantir os recursos de custeio necessários ao desenvolvimento das atividades mínimas descritas no escopo de ações dos diferentes profissionais que compõem os NASF;

VII - realizar avaliação de cada NASF, estimulando e viabilizando a capacitação dos profissionais;

VIII- assegurar o cumprimento da carga horária dos profissionais dos NASF; e

IX- estabelecer estratégias para desenvolver parcerias com os demais setores da sociedade e envolver a comunidade local no cuidado à saúde da população de referência, de modo a potencializar o funcionamento dos NASF.

Art. 8º Definir que seja de competência das Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal:

I - identificar a necessidade e promover a articulação entre os Municípios, estimulando, quando necessário, a criação de consórcios intermunicipais para implantação de NASF 1 entre os Municípios que não atinjam as proporções estipuladas no artigo 5º desta Portaria;

II - assessorar, acompanhar e monitorar o desenvolvimento das ações dos NASF, de acordo com o planejamento, garantindo a interface e a liderança das equipes de Saúde da Família no estabelecimento do cuidado longitudinal dos indivíduos assistidos, bem como de suas famílias;

III - realizar avaliação e/ou assessorar sua realização; e

IV - acompanhar a organização da prática e do funcionamento dos NASF segundo os preceitos regulamentados nesta Portaria.

Art. 9º Definir que o processo de credenciamento, implantação e expansão dos NASF:

I - esteja vinculado à implantação/expansão da Atenção Básica/Saúde da Família na proporcionalidade definida no artigo 5º desta Portaria;

II - obedeça a mecanismos de adesão e ao fluxo de credenciamento, implantação e expansão definidos no Anexo II a esta Portaria, podendo ser utilizados os quadros do Anexo III a esta Portaria; e

III - tenha aprovação da Comissão Intergestores Bipartite de cada Estado.

Art. 10. Definir como valor de transferência para a implantação dos NASF, segundo sua categoria:

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

II - NASF 2: o valor de R\$ 6.000,00 (seis mil reais) em parcela única no mês subsequente à competência do SCNES com a informação do cadastro inicial de cada NASF, que será repassado diretamente do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde.

Art. 11. Definir como valor do incentivo federal para o custeio de cada NASF, segundo sua categoria:

I - NASF 1: o valor de 20.000,00 (vinte mil reais) a cada mês, repassado diretamente do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde e ao Fundo de Saúde do Distrito Federal; e

II - NASF 2: o valor de R\$ 6.000,00 (seis mil reais) a cada mês, repassado diretamente do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde.

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

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

§ 3º O registro de procedimentos referentes à produção de serviços realizada pelos profissionais cadastrados nos NASF deverão ser registrados no SIA/SUS, mas não gerarão créditos financeiros.

Art. 12. Definir que os recursos orçamentários de que trata esta Portaria façam parte da fração variável do Piso de Atenção Básica (PAB variável) e componham o Bloco Financeiro de Atenção Básica.

§ 1º Incidem nos fluxos e requisitos mínimos para manutenção da transferência e solicitação de crédito retroativo os requisitos definidos pela Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006.

§ 2º O Ministério da Saúde suspenderá os repasses dos incentivos referentes ao NASF aos Municípios e/ou ao Distrito Federal, nos casos em que forem constatadas, por meio do monitoramento e/ou da supervisão direta do Ministério da Saúde ou da Secretaria Estadual de Saúde ou por auditoria do DENASUS, alguma das seguintes situações:

I - inexistência de unidade de saúde cadastrada para o trabalho das equipes e/ou;

II - ausência de qualquer um dos profissionais da equipe por período superior a 90 (noventa) dias, com exceção dos períodos em que a contratação de profissionais esteja impedida por legislação específica e/ou;

III - descumprimento da carga horária mínima prevista para os profissionais dos NASF e/ou;

IV - inexistência do número mínimo de Equipes de Saúde da Família vinculadas ao NASF, sendo consideradas para esse fim as Equipes de Saúde da Família completas e as Equipes de Saúde da Família incompletas por período de até 90 dias.

Art. 13. Definir que os recursos orçamentários de que trata esta Portaria corram por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho 10.301.1214.20AD - Piso de Atenção Básica Variável - Saúde da Família.

Art. 14. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ GOMES TEMPORÃO