

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE MIRACEMA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL E POLÍTICA SOCIAL**

PABLÍCIA MACIEL ARAÚJO

**NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA E ATENÇÃO BÁSICA(NASF AB):
CONHECENDO A POPULAÇÃO USUÁRIA E A ATUAÇÃO DA EQUIPE NO
MUNICÍPIO DE TOCANTÍNIA (TO)**

MIRACEMA DO TOCANTINS (TO)

2019

PABLÍCIA MACIEL ARAÚJO

NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA E ATENÇÃO BÁSICA (NASF AB):
CONHECENDO A POPULAÇÃO USUÁRIA E A ATUAÇÃO DA EQUIPE NO
MUNICÍPIO DE TOCANTÍNIA (TO)

Monografia apresentada a UFT-
Universidade Federal do Tocantins –
Campus Universitário de Miracema do
Tocantins para a obtenção do título de
Especialista em Serviço Social e Política
Social, sob orientação da Professora
Doutora Giselli de Almeida Tamarozzi.

MIRACEMA DO TOCANTINS (TO)

2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Tocantins

- A663n Araújo, Pablicia Maciel.
 Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF AB): Conhecendo a População Usuária e a Atuação da Equipe no Município de Tocantínia (TO) . / Pablicia Maciel Araújo. – Miracema, TO, 2019.
 99 f.
- Monografia de Especialização - Universidade Federal do Tocantins – Câmpus Universitário de Miracema - Curso de Pós-Graduação em Serviço Social e Política Social, 2019.
Orientadora : Giselli De Almeida Tamarozzi
1. Política de Saúde. 2. Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF AB). 3. Sistema eletrônico e-SUS. 4. Sistema Único de Saúde (SUS). I. Título

CDD 360

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS – A reprodução total ou parcial, de qualquer forma ou por qualquer meio deste documento é autorizado desde que citada a fonte. A violação dos direitos do autor (Lei nº 9.610/98) é crime estabelecido pelo artigo 184 do Código Penal.

Elaborado pelo sistema de geração automática de ficha catalográfica da UFT com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

PABLÍCIA MACIEL ARAÚJO

NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA E ATENÇÃO BÁSICA (NASF AB):
CONHECENDO A POPULAÇÃO USUÁRIA E A ATUAÇÃO DA EQUIPE NO
MUNICÍPIO DE TOCANTÍNIA (TO)

Monografia foi avaliada e apresentada à
UFT - Universidade Federal do Tocantins
– Campus Universitário de Miracema do
Tocantins foi avaliado para a obtenção do
título de Especialista em Serviço Social e
Política Social e aprovada em sua forma
final pela Orientadora e pela Banca
Examinadora.

Data de aprovação: 26/06/2019

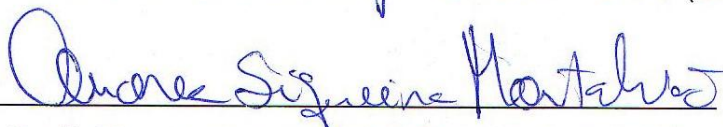
Banca Examinadora:



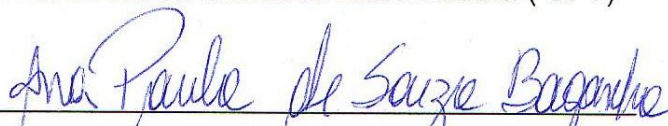
Profª Dra. Giselli de Almeida Tamarozzi Orientadora (UFT)



Profª. Dra. Célia Maria Grandini Albiero Examinadora (UFT)



Profª. Msc. Andrea Montalvã Examinadora (UFT)



Profª. Msc. Ana Paula de Souza Baganha Examinadora (UFT)

Dedico este trabalho à minha família

AGRADECIMENTOS

A Deus por essa conquista,

À minha família que sempre esteve me acompanhando e incentivando desde a graduação em Serviço Social e agora nesta especialização,

À minha orientadora Dr^a. Giselli de Almeida Tamarozzi por todas as orientações a mim repassadas, pelo empenho e dedicação, querendo sempre o melhor para o nosso trabalho, digo que sem essas horas de divisão de saberes não chegaríamos até aqui,

Às professoras, professores e colegas da pós-graduação em Serviço Social e Política Social, pela vivência e conhecimentos compartilhados durante esses anos de estudos,

Aos profissionais que aceitaram compor a banca examinadora,

A todas às pessoas que me apoiaram, incentivaram e não deixaram desistir dessa caminhada.

Muito Obrigada!

RESUMO

O Trabalho de Conclusão de Curso da Especialização em Serviço Social e Política Social foi realizado junto ao Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF AB) do município de Tocantínia (TO) e teve por objetivo apresentar o perfil dos usuários e a equipe profissional do NASF AB composta nesta unidade durante o primeiro semestre do ano de 2018, bem como as atividades realizadas e lançadas pela equipe técnica no sistema eletrônico denominado e-SUS. O objeto do estudo se caracterizou pela identificação do perfil dos usuários do NASF AB, priorizando conhecer o público abrangido nas atividades desenvolvidas por meio do serviço de prevenção e promoção de saúde apoiando a equipe do Programa de Saúde da Família (PSF). A motivação em aprofundar o estudo foi a partir da experiência profissional como integrante da equipe do NASF AB de Tocantínia (TO), e perceber que o programa é pouco conhecido em alguns municípios e há pouco debate sobre este espaço. O método da pesquisa utilizado para investigação e análise dos dados teve como embasamento a teoria social crítico-histórica tendo como referência os fundamentos da pesquisa bibliográfica iniciando-se com revisão bibliográfica e posteriormente análise documental de cunho qualitativo do relatório semestral de atendimentos realizado pela equipe do NASF AB. As informações foram baseadas no Caderno nº 39 do Ministério da Saúde expondo como se constitui o NASF AB de Tocantínia (TO), a importância do serviço prestado e suas ferramentas de trabalho. Depois de realizada a pesquisa foi possível identificar o perfil dos usuários do serviço e apresentar as atividades desenvolvidas pela equipe junto aos usuários do mesmo e assim identificar algumas das fragilidades no momento de alimentar o sistema eletrônico. Podemos concluir que a pesquisa contribuiu tanto para o aprimoramento das equipes quanto para divulgação deste serviço que ainda é novo aos usuários que utilizam do serviço público de saúde e trabalhadores do SUS.

Palavras-Chave: Política de Saúde. Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF AB). Sistema eletrônico e-SUS.

ABSTRACT

The conclusion of the Specialization Course in Social Work and Social Policy was carried out with the Extended Family Health and Primary Care Center (NASF AB) of the city of Tocantínia (TO) and aimed to present the profile of users served by the NASF professional team. AB composed in this unit during the first semester of 2018, as well as the activities carried out and launched by the electronic system technical team called e-SUS. The object of the study was characterized by identifying the profile of NASF AB users, prioritizing knowing the public covered in the activities developed through the prevention and health promotion service supporting the Family Health Program (PSF) team. further study was based on professional experience as part of the NASF AB team of Tocantinia (TO), and realize that the program is poorly known in some municipalities and there is little debate about this space. The research method used for research and analysis of The data was based on the critical-historical social theory, having as reference the fundamentals of the bibliographic research, starting with a bibliographic review and later a documental analysis of a qualitative nature of the semiannual report of attendances made by the NASF AB team. from the Ministry of Health exposing what constitutes the NASF AB of Tocantínia (TO), the importance of the service provided and its work tools. After the research was carried out it was possible to identify the profile of the service users and to present the activities developed by the team with the users of the same and thus identify some of the weaknesses at the time of the study. power the electronic system. We can conclude that the research contributed to the improvement of the teams and to the dissemination of this service that is still new to users who use the public health service and SUS workers.

Keywords: Health Policy. Expanded Nucleus of Health and Basic Attention (NASF AB).e-SUS electronic system.

LISTA DE SIGLAS

ACS - Agente Comunitário de Saúde
AD - Atenção Domiciliar
BPC - Benefício de Prestação Continuada
CAPs - Caixas de Aposentadoria e Pensões
CAPS - Centro de Atenção Psicossocial
CDS - Coleta de Dados Simplificados
CEAS - Centro de Estudos e Ação Social
CEBES - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CFM - Conselho Federal de Medicina
CIAP - Classificação Internacional de Atenção Primária
CMS - Conselho Municipal de Saúde
CnR- Consultórios na Rua
CRAS - Centro de Referência de Assistência Social
DSEI - Distrito Sanitário Especial Indígena
ESF - Estratégia de Saúde da Família
IAPs- Instituto de Aposentadorias e Pensões
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas
INCA - Instituto Nacional José Alencar Gomes
LOAS - Lei Orgânica de Assistência Social
NASF AB - Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
OMS - Organização Mundial de Saúde
PBF - Programa Bolsa Família
PEC - Prontuário Eletrônico do Cidadão
PNAB - Política Nacional de Atenção Básica
PNCT - Programa Nacional Contra o Tabagismo
PSE - Programa Saúde Na Escola
PTS - Projeto Terapêutico Singular
RAS - Redes de Atenção à Saúde
RENAME - Relação Nacional De Medicamentos Essenciais
SasiSUS- Subsistema de Atenção à Saúde Indígena

SCFV - Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculo

SESAI- Secretaria Especial de Saúde Indígena

SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica

SIS - Síntese de Indicadores Sociais

SISAB - Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica De Saúde

UFT - Universidade Federal do Tocantins

UPA - Unidade de Pronto Atendimento

UTI - Unidade de Terapia Intensiva

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01- Público alvo dos atendidos pelo NAF AB

Gráfico 02 - Atividades desenvolvidas pela equipe com os usuários

Gráfico 03 - Temas trabalhados pela equipe do NASF AB

Gráfico 04 - Práticas em Saúde

Gráfico 05 - Temas para reunião

Gráfico 06 - Turno dos atendimentos

Gráfico 07 - Sexo da população atendida

Gráfico 08 - Faixa etária dos usuários atendidos

Gráfico 09 - Local de atendimento

Gráfico 10 - Tipo de atendimento

Gráfico 11 - Tipo de procedimento realizado durante o atendimento

Gráfico 12- Condições avaliadas durante os atendimentos

Gráfico 13 - Condições avaliadas pelos profissionais do NASF AB durante os atendimentos - pela segunda opção – CIAP 2

Gráfico 14 - Encaminhamentos dos casos após o atendimento pela equipe do NASF AB

SUMÁRIO

1INTRODUÇÃO	12
2 A POLÍTICA DE SAÚDE E EFETIVAÇÃO DE DIREITOS.....	15
2.1Reforma Sanitária e Sistema Único de Saúde.....	17
2.2A Atual Política de Saúde Brasileira	22
3NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA E ATENÇÃO BÁSICA (NASF AB).....	29
3.1 O trabalho do Assistente Social na política de saúde.....	42
4PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	47
4.1 Apresentação do Cenário da Pesquisa.....	50
4.2 Apresentação do espaço de trabalho: NASF AB.....	55
5ANÁLISE DOS RESULTADOS - PERFIL DOS USUÁRIOS E ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PELA EQUIPE DO NASF AB DE TOCANTÍNIA (TO)	57
5.1 Relatório de atendimento individual dos profissionais do NASF AB.....	68
6CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	81
REFERÊNCIAS.....	85
ANEXOS.....	93

1INTRODUÇÃO

O presente trabalho de conclusão do curso de Especialização em Serviço Social e Política Social da Universidade Federal do Tocantins (UFT), Campus de Miracema do Tocantins (TO) intitulado *Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF AB): conhecendo a população usuária e a atuação da equipe no município de Tocantínia (TO)*, tem por objetivo apresentar o perfil dos usuários atendidos pela equipe profissional do NASFAB composta nesta unidade durante o primeiro semestre do ano de 2018, bem como as atividades realizadas e lançadas pela equipe técnica no sistema eletrônico denominado e-SUS. O objeto do estudo se caracterizou pela identificação do perfil dos usuários do NASF AB, priorizando conhecer o público abrangido nas atividades desenvolvidas por meio do serviço de prevenção e promoção de saúde apoiando a equipe do Programa de Saúde da Família (PSF).

O interesse em aprofundar os conhecimentos foi a partir do contato direto com a NASF AB de Tocantínia (TO), através da atuação profissional como Assistente Social de 2017 até o corrente ano. Durante a vivência diária percebeu-se que o NASF AB é um espaço de trabalho ainda novo e pouco explorado, por este motivo identificou-se a necessidade de buscar informações mais aprofundadas que poderão contribuir com o trabalho não só do Assistente Social como de toda equipe na oferta de serviços mais qualificados.

Para a elaboração deste trabalho o método da pesquisa utilizado para investigação e análise dos dados teve como embasamento a teoria social crítico-histórica tendo como referência os fundamentos da pesquisa bibliográfica iniciando-se com revisão bibliográfica e posteriormente análise documental de cunho qualitativo do relatório semestral de atendimentos realizado pela equipe do NASF AB, com intuito de alcançar o objetivo almejado que foi apresentar o perfil dos usuários atendidos pela equipe do NASF AB de Tocantínia (TO), bem como as atividades realizadas pela equipe de profissionais que compõe o serviço. Foram realizadas pesquisas no sistema e-SUS por meio do relatório semestral de Janeiro a Junho de 2018, possibilitando à pesquisadora levantar questões pertinentes ao objeto de estudo. Os dados foram organizados em gráficos e as análises demonstraram o perfil do público atendido pela equipe do NASF AB, destacando os

turnos dos atendimentos, sexo, idade, avaliação, encaminhamentos e condições avaliadas durante o atendimento, bem como as atividades realizadas pela equipe técnica. A pesquisa através do e-SUS viabilizou a análise sobre o público atendido pela equipe do NASF AB de Tocantínia (TO), seja através do atendimento individual ou coletivo.

Na perspectiva de explorar o conhecimento sobre a temática, o trabalho foi dividido em três capítulos: O primeiro capítulo intitulado “Política de Saúde e Efetivação de Direitos” versa sobre um breve histórico da política de saúde e suas conquistas, apontando desde a reforma sanitária em que o atendimento era de cunho curativo até o surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS), um sistema que possui grandes vantagens por ofertar serviço gratuito desde a atenção básica a média e alta complexidade por meio de ações de prevenção e promoção de saúde. Algumas dificuldades estão relacionadas à precarização na oferta de serviços devido à grande demanda.

No segundo capítulo denominado “Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF AB)”, apresentou-se um programa para contribuir com a equipe do Programa Saúde da Família (PSF), ampliando os atendimentos na saúde pública. O NASF AB é disponibilizado em 3 modalidades, sendo NASF 1, NASF 2, NASF 3, nos municípios cada modalidade é dividida de acordo com o quantitativo de equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) que receberão o apoio. Os profissionais de diversas formações são gestor municipal de acordo com a necessidade de cada município.

O NASF AB é formado por profissionais de diversas áreas do conhecimento (Fisioterapeutas, Assistentes Sociais, Farmacêuticos, Nutricionistas, Psicólogos, Educador Físico e outros) que atuam em conjunto com as Equipes de Saúde da Família, composta por uma equipe multiprofissional que possui médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde que atendem as necessidades locais do município (BRASIL, 2008).

Em seguida foram apresentadas as redes de apoio desta equipe, como o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e Escolas. Posteriormente será apresentado o trabalho do/a Assistente Social nesta área, fazendo um breve histórico da profissão, destacando as atribuições e objetivos deste trabalho.

O terceiro capítulo contempla os Procedimentos Metodológicos, expondo o método utilizado sendo o materialismo histórico dialético que segundo Pires (1996) “[...] caracteriza-se pelo movimento do pensamento através da materialidade histórica da vida dos homens em sociedade, isto é, trata-se de descobrir as leis fundamentais que definem a forma organizativa dos homens durante a história da humanidade”. Assim, a coleta de dados foi por meio da pesquisa bibliográfica e análise documental apresentada através de gráficos após a realização da pesquisa quantitativa que proporcionou uma melhor visualização dos dados. Em seguida foi apresentado o município de Tocantínia (TO) cenário da pesquisa, que possui aproximadamente 7.387 habitantes, segundo o site oficial do Município. Para melhor localização do município de Tocantínia aos leitores foi disposto o mapa do Estado. Dando sequência ao capítulo apresentou-se o programa NASF AB de Tocantínia (TO), discorrendo sobre as atividades desenvolvidas pela equipe e seus serviços realizados de forma individual e coletiva.

E, finalmente, no quarto capítulo designado “Análise dos Resultados: o Perfil dos Usuários e atividades desenvolvidas pela equipe do NASF AB de Tocantínia (TO)” onde foram expostos os resultados da coleta de dados através de gráficos e informações retiradas no sistema eletrônico e-SUS registradas no período de 6 meses, sendo o primeiro semestre do ano de 2018. Foram identificadas falhas ao lançar os serviços, pois as informações apontadas nos gráficos foram referentes ao público alvo desde as atividades desenvolvidas, temas trabalhados, turnos dos atendimentos, sexo, faixa etária, local e tipo de atendimentos, quais procedimentos, encaminhamentos adotados e suas condições avaliadas segundo a Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP).

Por fim, o presente trabalho apresenta as considerações finais da pesquisa, os objetivos alcançados, algumas reflexões a partir dos resultados obtidos no percurso do trabalho acerca do tema, assim como sugestões de novos estudos sobre o NASF AB, por perceber a escassez de trabalhos direcionados a este assunto.

2 A POLÍTICA DE SAÚDE E EFETIVAÇÃO DE DIREITOS

No primeiro escrito deste estudo será apresentado para o leitor um breve contexto histórico da Política de Saúde e suas conquistas, bem como o processo de inserção dos profissionais de Serviço Social nesta política, destacando todo o processo da reforma sanitária como um marco para a compreensão da política de saúde.

Apontaremos sobre a trajetória da política de saúde no Brasil, com ênfase na reforma sanitária que consistiu na proposta da criação de um sistema único de saúde sob responsabilidade do Estado, sendo o setor privado suplementar àquele sob controle público e descentralizado.

A construção da política de saúde aconteceu através de lutas que reivindicaram direitos e buscaram melhorias no Serviço Público de Saúde, esse processo passou por algumas fases até chegar como se encontra no corrente século XXI.

As formas de promover saúde até o final do século XX eram através de ações de cunho curativo, como por exemplo, as campanhas de vacinas e endemias em caso de emergência, que deram início a Revolta da Vacina¹. O atendimento não era acessível a todas as pessoas, eram feitos somente para quem trabalhava e pagava seus impostos, assim poderiam usufruir dos serviços, ou seja, os assalariados.

Em 1923, a partir da Lei Elói Chaves², a saúde dos trabalhadores passou a fazer parte de um sistema voltado para a classe trabalhadora, com intenção de ampliar o atendimento à saúde. As Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) foi um dos mais importantes esquemas previdenciários do Brasil, segundo Bravo(2008) eram organizados como uma empresa em que só os grandes estabelecimentos

¹A Revolta da Vacina foi uma revolta popular ocorrida na cidade do Rio de Janeiro entre os dias 10 e 16 de novembro de 1904. Ocorreram vários conflitos urbanos violentos entre populares e forças do governo (policiais e militares). - A principal causa foi a campanha de vacinação obrigatória contra a varíola, realizada pelo governo brasileiro e comandada pelo médico sanitário Dr. Oswaldo Cruz. A grande maioria da população, formada por pessoas pobres e desinformadas, não conheciam o funcionamento de uma vacina e seus efeitos positivos. Logo, não queriam tomar a vacina. https://www.historiadobrasil.net/resumos/revolta_da_vacina.htm

²A Lei Eloy Chaves, publicada em 24 de janeiro de 1923, consolidou a base do sistema previdenciário brasileiro, com a criação da Caixa de Aposentadorias e Pensões para os empregados das empresas ferroviárias. Após a promulgação desta lei, outras empresas foram beneficiadas e seus empregados também passaram a ser segurados da Previdência Social. (BRASIL, 2010).

tinham condições de mantê-los financiados pelas grandes empresas, trabalhadores e a União. O presidente da república era quem nomeava o presidente da CAPs e os benefícios eram proporcionais as contribuições, sendo: assistência médica-curativa e fornecimento de medicamentos; aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez, pensão para os dependentes e auxílio – funeral.

De acordo com Escorel e Teixeira (2008, p.358),

A partir de 1933, o governo de Getúlio iniciou o movimento de transformação das CAPs em Instituto de Aposentadorias e Pensões (IAPs), que passaram a congregar os trabalhadores por categorias profissionais. Assim, ferroviários, empregados do comércio, bancários, marítimos, estivadores e funcionários públicos aos poucos passaram a fazer parte desse instituto que como as CAPs, também ofereciam serviços médicos, apesar de voltarem-se prioritariamente para os benefícios e pensões. (ESCOREL E TEIXEIRA, 2008, p. 358).

Os trabalhadores urbanos foram os primeiros que lutaram para ter as Caixas de Aposentadorias e Pensões em suas empresas. Bravo (2008) destaca que todas essas mudanças estão relacionadas com a redefinição do papel do Estado, o surgimento das políticas sociais e outras respostas para as reivindicações dos trabalhadores.

Alguma das propostas do movimento era: a saúde como direito de todos; que houvesse ações de saúde preventiva e curativa; que o acesso aos serviços de saúde fosse garantido; a descentralização da gestão, administrativa e financeira; controle social das ações de saúde. (PAULUS JUNIOR, 2006, p.17)

As alterações do serviço de saúde foram necessárias, segundo Escorel (2008), o cuidado em saúde era caracterizado como curativo, tendo o hospital como sua principal forma de cuidado do processo de doença já instalado.

Essas transformações no Estado tiveram como indicadores mais visíveis as reivindicações dos trabalhadores. No período de 1964-1985 marcado pela Ditadura Militar, Bravo (2008) cita que houveram variações nos gastos na saúde pública com melhorias nas condições sanitárias, até essa data a assistência médica previdenciária era fornecida pelos serviços dos próprios institutos de aposentadorias e pensões.

Segundo Oliveira e Fleury (1986, p.207), nesse período foi implantado o modelo de privilegiamento do produtor privado com as seguintes características:

- Extensão da cobertura previdenciária de forma a abranger quase a totalidade da população urbana, incluindo, após 73, os trabalhadores rurais, empregadas domésticas e trabalhadores autônomos;
- Ênfase na prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, e articulação do Estado com os interesses do capital internacional, via indústrias farmacêuticas e de equipamento hospitalar;
- Criação do complexo médico-industrial, responsável pelas elevadas taxas de acumulação de capital das grandes empresas monopolistas internacionais na área de produção de medicamentos e de equipamentos médicos;
- Interferência estatal na previdência, desenvolvendo um padrão de organização da prática médica orientada para a lucratividade do setor saúde, propiciando a capitalização da medicina e privilegiando o produtor privado desses serviços;
- Organização da prática médica em moldes compatíveis com a expansão do capitalismo no Brasil, com a diferenciação do atendimento em relação à clientela e das finalidades que esta prática cumpre em cada uma das formas de organização da atenção médica.(OLIVEIRA E FLEURY, 1987, P. 207).

De 1974 a 1979 se buscou a resolutividade dos problemas relacionados à saúde, incluindo a população afetada pelas diversas expressões da questão social. E a saúde passou a ter participação política.

BRAVO (2008) destaca o fato marcante e fundamental para a discussão da questão Saúde no Brasil que ocorreu durante a preparação e realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em março de 1986, em Brasília (DF), com participação de 4500 pessoas, propondo não somente o Sistema Único de Saúde (SUS) como também a Reforma Sanitária.

2.1 Reforma Sanitária e Sistema Único de Saúde

Em 1970 surge o movimento da reforma sanitária com o intuito de apresentar para a população uma nova forma de saúde, tirando o foco centrado no setor privado, em que previa mudanças no modo de intervenção do Estado na saúde pública. Em 1980 participam novos sujeitos, sendo:

[...] na composição originária do movimento sanitário, três vertentes principais: o movimento estudantil e o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes); os movimentos de Médicos Residentes e de Renovação Médica; e os profissionais das áreas de docência e pesquisa das universidades. A Primeira caracteriza-se por difundir a teoria da medicina social. A Segunda significou a atuação política na arena concreta do mundo do trabalho. A Terceira construiu o marco teórico – O referencial ideológico -

Do movimento, e nela se formaram os agentes reprodutores e os novos construtores desse marco. (SCOREL, 2008, p. 5)

Esses sujeitos se juntaram com o mesmo objetivo, e segundo Bravo:

As principais propostas debatidas por esses sujeitos coletivos foram a universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social dever do Estado; reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde, visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde. (BRAVO, 2009, p. 96).

Esse movimento defendia a responsabilidade do Estado, pois a atenção dada era concentrada nos hospitais, na parte curativa e não se investia na necessidade da atenção básica, com ações preventivas. As consultas médicas eram somente para aqueles que contribuía. Então, a reforma sanitária com todo esse processo, previa a conquista de todos os direitos existentes à população tendo como proposta:

A defesa da universalização das políticas sociais e a garantia dos direitos sociais. Nesta direção, ressalta-se a concepção ampliada de saúde, considerada como melhores condições de vida e de trabalho, ou seja, com ênfase nos determinantes sociais; a nova organização do sistema de saúde por meio da construção do SUS, em consonância com os princípios da intersetorialidade, integralidade, descentralização, universalização, participação social e redefinição dos papéis institucionais das unidades políticas (União, municípios, territórios) na prestação dos serviços de saúde; e efetivo financiamento do Estado (CFESS, 2009, p. 11).

Assim as classes médicas e estudantis juntaram forças para assegurar que o Estado atuasse promovendo a saúde de forma gratuita e para todos. Desse modo, o Sistema conhecido como SUS surge com todo impulso após a promulgação da Constituição Federal de 1988:

O SUS é formado pelo conjunto de todas as ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas e federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público. (BRASIL, 2000, p.5).

Bravo (2008, p. 101) afirma que o projeto de reforma sanitária teve:

[...] como uma de suas estratégias o Sistema Único de Saúde (SUS) e foi fruto de lutas e mobilização dos profissionais de saúde, articulados ao movimento popular. Sua preocupação central é assegurar que o Estado atue em função da sociedade, pautando-se na concepção de Estado democrático e de direito, responsável pelas políticas sociais e, conseguinte, pela saúde.(BRAVO, 2008, p.101).

Através dessa luta foi possível conquistar e implantar o SUS, uma conquista a todos os brasileiros decorrente de um longo processo de mudanças na saúde pública diante de um avanço a partir do movimento de Reforma Sanitária.

O Sistema Único de Saúde (SUS) é composto pelo conjunto de oito leis que o regulamentam e o complementam, legislando sobre temas específicos. São elas: A Constituição da República Federativa do Brasil, Emenda Constitucional nº29, Lei 8.080 (19/09/1990), Lei 8.142 (20/12/1990), Norma de Operacionalização Básica (NOB) do SUS nº1/1993, Norma de Operacionalização Básica 1/1996, Norma Operacional de Assistência a Saúde 1/2002 e Pacto pela Vida. (DIAS, 2008, p.38).

A implementação do SUS começou em 1990 no mesmo ano foi aprovada a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90), que especifica as atribuições e a organização do SUS, que veio para melhorar as ofertas dos serviços. A referida lei, dentre outros, expõe os seguintes parágrafos:

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

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

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

Art. 3º Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. (BRASIL, 1990).

Para tal efetivação, o SUS dispôs de princípios doutrinários, sendo:

- UNIVERSALIDADE - o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, renda, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais;
- EQUIDADE - é um princípio de justiça social que garante a igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie. A

rede de serviços deve estar atenta às necessidades reais da população a ser atendida;

- INTEGRALIDADE - significa considerar a pessoa como um todo, devendo as ações de saúde procurar atender à todas as suas necessidades. Destes derivaram alguns princípios organizativos:

- HIERARQUIZAÇÃO - Entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; referência e contra-referência;

- PARTICIPAÇÃO POPULAR - ou seja, a democratização dos processos decisórios consolidado na participação dos usuários dos serviços de saúde nos chamados Conselhos Municipais de Saúde;

- DESENCENTRALIZAÇÃO POLÍTICA ADMINISTRATIVA - consolidada com a municipalização das ações de saúde, tornando o município gestor administrativo e financeiro do SUS.(POLIGNANO, 2005,p.23).

Observa-se diante desses princípios que todos os cidadãos passam a ter direito ao acesso a saúde pública, através do SUS que oferece serviços gratuitos à população, por meio de atendimentos médicos e de outras especialidades, como realização de exames de média e de alta complexidade, orientações de promoção e prevenção de saúde, entre outros.

O objetivo do SUS é transformar as condições de vida e de atenção à saúde dos brasileiros. A lei 8080 de 1990 em seu art. 5º acrescenta os objetivos e atribuições, sendo:

I- A identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde; II- A formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômicos e sociais, III-A assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas. (BRASIL, 2003, p.23).

Diante desses objetivos destacam os que se referem a assistência dada as pessoas por meio de ações de promoção de saúde e de atividades ofertadas para a população com o objetivo de apresentar as formas de se fazer saúde.

[...] a promoção de saúde se faz por meio de educação, da adoção de estilos de vida saudáveis, do desenvolvimento de aptidões e capacidades individuais, da produção em ambientes saudáveis. Está estreitamente vinculada, portanto, à eficácia da sociedade em garantir a implantação de políticas públicas voltadas para a qualidade de vida e ao desenvolvimento da capacidade de analisar criticamente a realidade e promover a transformação positiva dos fatores determinantes da condição de saúde. (BRASIL, 1997).

Atender as necessidades da população por meio das atividades gera custos, cada município tem seu próprio recurso financeiro para arcar com esses gastos que são informados para população através das reuniões do Conselho Municipal de Saúde (CMS), que tem o objetivo de fiscalizar até mesmo de colaborar nas atividades desenvolvidas com o dinheiro público. Tanto a população quanto o Conselho devem assumir a responsabilidade pelo planejamento, controle e execução das ações e serviços de saúde.

A lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

§ 2º 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 no 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, 1990).

Deste modo, a participação popular torna-se um instrumento importante para o desenvolvimento da política pública. Outras instâncias importantes que corroboram e complementam para o desenvolvimento da política de saúde são também as Conferências de Saúde.

[...] o SUS real está longe do SUS constitucional. Há uma enorme distância entre a proposta do movimento sanitário e a prática social do sistema público de saúde vigente. O SUS foi se consolidando como espaço destinado aos que não têm acesso aos subsistemas privados, como parte de um sistema segmentado (BRAVO, 2009, p. 106-107).

O Estado é o responsável em garantir esse direito e sua efetivação, sendo o acesso à saúde gratuito e universal. Por inúmeros motivos o SUS que se imaginava “perfeito” ainda está longe de se concretizar.

No próximo tópico apresentaremos os desafios ainda existentes no SUS mesmo depois de décadas após a promulgação da Constituição Federal de 1988, os motivos que ainda fazem do SUS um sistema com fragilidades e com carência na concretização e efetivação dos direitos da população usuária.

2.2 A Atual Política de Saúde Brasileira

O SUS é reconhecido através da sua importância de ofertar saúde pública e por aumentar esse acesso à população brasileira. É considerado um sistema ainda com falhas, contudo, possui qualidades encontradas em nenhum outro sistema de saúde.

O Brasil é um país que oferta serviço de saúde “gratuito”, desde atenção básica a serviços de média e alta complexidade. Ainda existem especialidades que não são atendidas de imediato, devido à alta demanda. Essa precariedade na oferta dos serviços do Sistema Único de Saúde está ligada a vários acontecimentos.

Os reais componentes do caos na saúde aí estão:

1. Aumento da demanda: universalização, desemprego e baixos salários, tornando proibitivo o uso de sistemas complementares.
2. Agravamento da demanda, desemprego, miséria, pobreza e fome gerando mais doenças e agravando as existentes.
3. Encarecimento da assistência: incorporação desordenada de equipamentos, medicamentos e especialização precoce e errônea dos profissionais de saúde.
4. Queda real do financiamento em proporção às necessidades sentidas e acumuladas. (CARVALHO, 1993, p.3)

Devido a esses acontecimentos chamados pelo autor de “caos”, o SUS até a corrente década não consegue atender toda a demanda que só aumenta a fila de espera. Atualmente, segundo a estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE), a população brasileira é 209.505. 700 ³, e todos têm o direito de utilizar do serviço público de saúde.

Para que a população possa usufruir de uma melhor qualidade de vida é indispensável que essa tenha acesso irrestrito à saúde, para tal necessita do serviço ofertado no momento em que seja requisitado. Não tendo como utilizar desse serviço público, infelizmente a saúde dos brasileiros não será tratada de forma devida.

Por estas fragilidades do sistema uma pequena parte da população que possui condições financeiras para pagar por um sistema privado, busca por planos

³Dados obtidos no dia 12 de Fevereiro de 2019, às 16:26 pelo site do IBGE, atualizados por minutos. Fonte: <https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/index.html>.

de saúde ou realizam pagamento em espécie quando se faz necessária a consulta com o especialista ou exames. Esse sistema complementar de saúde gera altos custos à população da mesma forma que o sistema público.

A população está sobrecarregada, devido aos altos custos com políticas públicas, como a saúde e educação e muitas vezes não conta com o sistema de proteção universalista se vendo impelida a consumir os serviços do mercado regulado pelo Estado.

Devido às fragilidades no fornecimento do serviço público, as pessoas ficam endividadas com os altos planos de saúde. Essa é uma pequena parte, pois diante às dificuldades financeiras muitas pessoas estão impossibilitadas de manter um plano de saúde ou de pagar por um exame de alta complexidade inacessível à maioria da população brasileira, tanto para os que vivem dos baixos salários como os trabalhadores informais, desempregados e sobreviventes dos programas de transferência de renda, principalmente as pessoas que recebem somente para manter as necessidades básicas familiares.

Desse modo, o Brasil possui grandes desafios, em 2006 apresenta 53 milhões de pessoas vivendo abaixo da linha da pobreza com 1 real/dia por indivíduo, e 90% dos recursos mundiais na saúde são consumidos por apenas 10% da população (CONASSS, 2006). Cerca de 10 anos depois os índices aumentaram segundo o IBGE de 2016 para 2017, 2 milhões de pessoas passaram para abaixo da linha de pobreza definidas pelo Banco Mundial para acompanhar a pobreza Global. Conforme a Síntese de Indicadores Sociais (SIS) 2018, 54,8 milhões de brasileiros estavam abaixo dessa faixa, ou seja, tinham renda domiciliar por pessoa inferior a R\$ 406,00 mensais.

Casos de mortes são detectados todos os dias em todo o país com a mesma justificativa de não ter vagas para atendimentos, por falta de materiais, equipamentos, de leitos, de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) ou até mesmo de especialistas na área.

Segundo pesquisa do UOL⁴ os principais problemas enfrentados pela saúde pública e privada no Brasil são por causa da falta de médicos e eles ainda

⁴<https://noticias.uol.com.br/saude/listas/falta-medico-e-dinheiro - 10 - grandes - problemas - da - saude - no - brasil.htm>. Redação de Wanderley Preite Sobrinho pagina ciência e saúde, no dia 09/05/2018. Acesso em 12 de Março de 2019.

estão mal distribuídos pelo país[...]; longa espera para marcar consulta, no sistema público de saúde, esperar é quase parte do protocolo. Na prática, significa que o SUS realiza bem menos consultas do que poderia [...]; e faltam leitos. Pesquisa Datafolha encomendada pelo CFM (Conselho Federal de Medicina), em 2017, colocou o aumento do número de leitos como a terceira providência que o governo deveria tomar para melhorar a saúde pública brasileira. Essa é a opinião de metade dos 2.089 entrevistados [...]; formação de médicos, melhorar a qualidade do atendimento dos médicos foi a terceira principal melhoria sugerida pelos usuários do SUS, segundo o Sistema de Indicadores de Percepção Social, do Ipea; discriminação no atendimento, a Pesquisa Nacional de Saúde, do IBGE, aponta que 10,6% da população brasileira adulta (15,5 milhões de pessoas) já se sentiram discriminadas na rede de saúde tanto pública quanto privada. A maioria (53,9%) disse ter sido maltratada por "falta de dinheiro" e 52,5% em razão da "classe social". Pouco mais de 13% foram vítimas de preconceito racial, 8,1% por religião ou crença e 1,7% por homofobia. E apenas 3,6% do orçamento do governo federal foi destinado à saúde em 2018. O percentual fica bem abaixo da média mundial, de 11,7%, de acordo com a OMS [...].

A pesquisa apresentada apenas confirma a fragilidade do sistema e algumas estão relacionadas à discriminação pela classe social durante os atendimentos de saúde. O Ministério da Saúde contempla esses temas em campanhas que levam tanto os usuários como os profissionais a refletirem sobre a convivência em um ambiente hospitalar. Um exemplo dessas campanhas leva o tema de "RACISMO FAZ MAL À SAÚDE", que busca demonstrar a população sobre o enfrentamento ao racismo em qualquer ambiente. Conforme a Constituição Federal de 1988 que aponta em seus princípios fundamentais:

Art. 3º Constituem objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil:

- I - construir uma sociedade livre, justa e solidária;
- II - garantir o desenvolvimento nacional;
- III - erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades sociais e regionais;
- IV - promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação.

A Constituição de 1988 garante que a saúde é direito de todos e dever do Estado, mas na prática é sabido que o acesso é limitado. Decorrentes desses acontecimentos vidas são interrompidas por falta da oferta do serviço de saúde quando necessário, a população é dependente do SUS que prega a política de saúde universal. As leis estão sendo descumpridas e a população por muitas vezes só consegue esse acesso por mandado judicial ao buscar a Defensoria ou Ministério Público.

Segundo Médici (2014) a implementação do SUS ainda é um processo incompleto. Entre os principais desafios que existem podemos enaltecer segundo o autor:

1. No âmbito dos direitos, das mudanças culturais e demográficas: Consolidar mecanismos que atendam aos reclamos mais imediatos da população, evitando as filas, melhorando a qualidade e resolvendo os problemas que se apresentam nos estabelecimentos de saúde. É necessário aumentar a qualidade, mas também tratar os cidadãos com a dignidade e respeito, criando instâncias para resolver as queixas e avaliar a qualidade e a satisfação dos usuários dos serviços públicos;
2. No âmbito do financiamento: Completar o processo que possa garantir, de um lado, um melhor uso dos recursos existentes do SUS, aumentando a eficiência, a fiscalização para reduzir a corrupção [...]
3. No âmbito da Gestão dos Serviços: Estabelecer processos que integrem os serviços, desde a atenção básica aos hospitais, com os serviços auxiliares e a oferta de medicamentos, e estabelecer modelos alternativos de gestão dos serviços, que permitam aumentar a autonomia gerencial, premiarem a eficiência e remunerar os estabelecimentos e o pessoal de acordo aos resultados alcançados. Os serviços devem também ser modernizados, através do uso em massa de tecnológicas de informação e comunicação, que permitam a marcação eletrônica de consultas médicas e a existência de registros eletrônicos que contenham os dados clínicos dos pacientes para acompanhamento com qualidade e para a produção e análise de dados e tendências do setor, como forma de subsidiar os processos de planejamento;
4. No âmbito da coordenação do SUS com o Setor Privado: O SUS não é um sistema único, e nem totalmente estatal. Cerca de dois terços dos leitos hospitalares pertencem ao setor não estatal – lucrativo e filantrópico – e o SUS não apenas necessita da rede privada (que hoje administra boa parte das organizações sociais em São Paulo, por exemplo), mas também fornece serviços de alta tecnologia para os usuários dos planos de saúde. Portanto, há que aumentar os níveis de coordenação entre o SUS e a saúde suplementar (MÉDICI, 2014,p.4).

O autor aponta para algumas propostas de como melhorar o uso do recurso destinado para a saúde pública, também se destaca o respeito à pessoa que procura pelo serviço de saúde que se encontra de alguma forma doente e necessita

do tratamento adequado com respeito e atenção. Diante deste posicionamento, Paim (2018, p.3) complementa que:

Problemas de gestão como a falta de profissionalização, o uso clientelista e partidário dos estabelecimentos públicos, número excessivo de cargos de confiança, burocratização das decisões e descontinuidade administrativa, têm sido destacados, embora as alternativas acionadas impliquem a desvalorização dos trabalhadores de saúde, através das terceirizações e da precarização do trabalho.(PAIM, 2018, p.3).

Diante das colocações anteriores, acrescentam-se alguns desafios que fazem do SUS um sistema precário, como a falta do fornecimento da medicação seja ela composta na lista do RENAME⁵, ou que seja medicação de alto custo em que a maioria dos necessitados morrem a espera do mesmo, ou em casos que alguns conseguem por meio de ação movida pelo Ministério Público.

Da mesma forma que se terceiriza empresas para contratar profissionais de saúde retirando a responsabilização do Estado, as terceirizações implicam na redução do quadro direto de funcionários, desunindo os trabalhadores para reivindicação e para a greve devido à instabilidade no trabalho.

Ainda sobre o processo da retirada de responsabilidades do Estado, cabe falar sobre o sistema de proteção social tendo um papel importante na sociedade, além de ser uma garantia de direito de cada cidadão, a isso, Di Giovanni (1998, p. 10) denomina como

As formas às vezes mais, às vezes menos, institucionalizadas que as sociedades constituem para proteger parte ou o conjunto de seus membros. Tais sistemas decorrem de certas vicissitudes da vida natural ou social, tais como a velhice, doença, o infortúnio, as privações. Incluo neste conceito, também, tanto as formas seletivas de distribuição e redistribuição de bens materiais (como comida, o dinheiro), quanto os bens culturais (como o saberes), que permitirão a sobrevivência e a integração, sob várias formas na vida social. Incluo, ainda, os princípios reguladores e as normas que, com intuito de proteção, fazem da vida as coletividades.(DI GIOVANNI, 1998, p.10).

⁵Segundo o Conselho Federal de Farmácia “A Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) é uma lista de medicamentos que deve atender às necessidades de saúde prioritárias da população brasileira. Deve ser um instrumento mestre para as ações de assistência farmacêutica no SUS. Relação de medicamentos essenciais é uma das estratégias da política de medicamentos da Organização Mundial da Saúde (OMS) para promover o acesso e uso seguro e racional de medicamentos. Foi adotada há mais de 25 anos, em 1978, pela OMS e continua sendo norteadora de toda a política de medicamentos da Organização e de seus países membros. <http://www.cff.org.br/pagina.php?id=140>. Acesso em 21/-2/2019.

A família constitui esse sistema de proteção social juntamente com o Estado. Tem-se percebido que as famílias cada vez mais são chamadas para serem responsáveis pelo seu bem-estar, sendo vistas como parceiras do Estado nesse processo.

Temos observado que, à medida que o Estado restringe sua participação na “solução” de questões de determinados segmentos – como, por exemplo, crianças, adolescentes, idosos, portadores de deficiências e pessoas com problemas crônicos de saúde – a família tem sido chamada a preencher esta lacuna, sem receber dos poderes públicos a devida assistência para tanto (GUEIROS, 2002, p.102).

Assim, assistência essa que deve ser fornecida através das políticas sociais ofertadas pelo Estado às famílias, através de programas governamentais. Dentro desses processos é que se insere o Assistente Social na busca da garantia desses direitos dos usuários.

A falta de investimento do Estado em políticas sociais afeta a população. O repasse financeiro serviria para colaborar no atendimento as famílias, como exemplo os serviços assistenciais, benefícios eventuais e vitalícios como Benefício de Prestação Continuada (BPC), que além de garantir um salário mínimo aos idosos com mais de 65 anos também se destina a pessoa com deficiência. O benefício eventual se destaca por ser destinado a necessidade momentânea, como auxílio funeral, cesta básica, produtos de higiene, entre outros.

No ambiente domiciliar a família se responsabiliza ao cuidar da pessoa doente em que são denominadas por Miotto, et al (2015, p. 152), “[...] como boas famílias aquelas que ajudam nos serviços de saúde domiciliares, acolhendo e oferecendo sustentação a seus membros”.

Dessa forma, o trabalho familiar como o conjunto de atividades relacionadas às tarefas domésticas; ao cuidado de seus membros, especialmente os dependentes, e também os investimentos que as famílias têm de fazer no campo das relações com outras instituições que lhe exigem tempo, energia e habilidade. (MIOTTO; CAMPOS; CARLOTO, 2015, p.150).

O trabalho do “cuidar” não remunerado afeta principalmente as mulheres, ainda vistas no século XXI como as donas de casa e o homem como o provedor pela sociedade, o que precisa sair para trabalhar e manter a família. A prática do familismo corresponde a uma política associada a sistemas de proteção social em que o homem é provedor e na centralidade da família a mulher como provedora de

cuidados de bem-estar. Essa produção de bem-estar está associada à família, às mulheres e às redes de parentesco (ESPING – ANDERSON, 2000). É necessária a garantia dos serviços vindos da política social para colaborar na manutenção da família e criação de seus filhos não sobrecarregando os mesmos, que não mais, necessariamente, o homem é chefe provedor, muitos lares somente a mulher trabalha e ainda se vê com a responsabilidade de promover cuidados físicos e apoio emocional aos membros familiares.

Assim, embora seja estratégico e econômico contar com a família para potencializar a proteção social oferecida, considerando sua tradicional e cultural função na reprodução social, há sinais de que a proteção familiar não pode ser entendida e sobrecarregada para além da sua capacidade. (TEIXEIRA, 2012, p. 76).

De acordo com o exposto acima, a autora diz que por este motivo o Estado deveria ter estratégias por meio das políticas sociais para proteção dessas famílias, como aumentar os serviços destinados a esse público.

Devido ao aumento dessas demandas socioassistenciais aumenta-se os campos de trabalho do Assistente Social. Na política de saúde, um desses espaços criados para se estender os atendimentos é o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF AB), um espaço considerado ainda novo, pois mesmo surgido em 2008, somente agora está se expandindo em alguns estados.

Assim, o próximo capítulo irá discorrer sobre esse espaço de trabalho.

3 NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA E ATENÇÃO BÁSICA (NASF AB)

Neste capítulo será abordado o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), criado pela Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008, republicada em 4 de março de 2008 pelo Ministério da Saúde, em que destaca no art.1º que foi criado na perspectiva de ampliar a capacidade de resposta a maior parte dos problemas de saúde da população na atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica (BRASIL, 2014, p.16).

O NASF é formado por equipes compostas por profissionais de diferentes especialidades, que devem atuar apoiando as equipes de Saúde da Família compartilhando práticas e saberes em saúde com as equipes de referência apoiadas (BRASIL, 2014, p.13). Os profissionais de saúde que complementam este núcleo têm o objetivo de apoiar nos serviços ofertados pelos profissionais da Atenção Básica e também contribuir com novas estratégias de serviços.

Em 2017, a Portaria nº 2.436, de 21 de Setembro é aprovada originando de fato a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), mudando a nomenclatura do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) para Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF AB).

A Portaria de nº 3.124 de 28 de dezembro de 2012, cita que existem três modalidades de NASF AB financiados e reconhecidos formalmente pelo Ministério da Saúde:

Modalidades	Nº de equipes vinculadas	Somatória das Cargas horárias profissionais
NASF 1	5 a 9 eSF ⁶ e/ou eAB ⁷ para populações específicas (eCR ⁸ , equipe ribeirinha e	Mínimo 200 horas semanais. Cada ocupação deve ter, no mínimo, 20h, eno

⁶Equipe Saúde da Família

⁷Equipe de Atenção Básica

⁸Equipe Consultório de Rua

	fluvial)	máximo, 80h de carga horária semanal.
NASF 2	3 a 4 eSF e/ou eAB para populações específicas (eCR, equipe ribeirinha e fluvial)	Mínimo 120 horassemanais. Cada ocupação deve ter, no mínimo, 20h, e no máximo 40h de carga horária semanal.
NASF 3	1 a 2 eSF e/ou eAB para populações específicas (eCR, equipe ribeirinha e fluvial)	Mínimo 80 horassemanais. Cada ocupação deve ter, no mínimo, 20h, e no máximo, 40h de carga horária semanal.

Fonte: DAB/SAS/MS(BRASIL, 2013).

Cada composição da equipe é escolhida pelo gestor municipal, de acordo com a necessidade de cada região, levando em consideração que os profissionais que podem compor o NASF AB não são os mesmos obrigatórios a compor a equipe do Programa de Saúde da Família (PSF).⁹

Os profissionais de diversas especialidades que compõe este núcleo ofertam aos usuários uma atenção diferenciada, levando a saúde para mais perto da população em busca de melhoria na qualidade de vida das famílias através das informações repassadas, ampliando as ações da Atenção Básica com foco na prevenção dos problemas de saúde.

O serviço é realizado através de atendimentos seja ele individual ou coletivo, por meio de ações que abordam temas educativos e preventivos. Essas ações surgem a partir das necessidades vistas diante dos atendimentos com os usuários, que podem ser detectadas pela equipe de Saúde da Família, ou pelos profissionais do NASFAB.

⁹Os profissionais que são obrigatórios a compor uma equipe de Saúde da Família são Médicos, Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem, Agentes de Saúde, Odontólogos e Técnicos em Saúde Bucal.

Compete especificamente à Equipe do NASF AB, segundo a Portaria nº 2.436 de 21 de Setembro de 2017, p.15:

- a. Participar do planejamento conjunto com as equipes que atuam na Atenção Básica à que estão vinculadas;
- b. Contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS principalmente por intermédio da ampliação da clínica, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários; e
- c. Realizar discussão de casos, atendimento individual, compartilhado, interconsulta, construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais de todos os ciclos de vida, e da coletividade, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da saúde, discussão do processo de trabalho das equipes dentre outros, no território. (BRASIL, 2017, p.15).

A convivência diária na Unidade Básica de Saúde (UBS) faz com que os profissionais do NASF AB ofertem serviços prolongados de cuidado aos usuários, principalmente aqueles com necessidades de atendimento domiciliar, garantindo assim um cuidado em rede para que se efetive um atendimento de qualidade. O trabalho em parceria com o PSF tem essa vantagem diante dos atendimentos, e durante esses momentos se tem a oportunidade de formar vínculo nos territórios, fortalecendo o trabalho de saúde.

A Portaria nº 2.488 (2011) cita que os profissionais que podem atuar no NASF AB são: Médico Acupunturista, Assistente Social, Educador Físico, Farmacêutico, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Ginecologista, Homeopata, Nutricionista, Médico Pediatra, Psicólogo, Médico Psiquiatra, Terapeuta Ocupacional, Médico Geriatria, Médico Internista (clínica médica), Médico do Trabalho, Médico Veterinário, profissional com formação em arte e educação, arte educador e profissional de saúde sanitária, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública, saúde coletivo, ou graduado diretamente em uma dessas áreas.

Essas especialidades vêm para colaborar com a equipe da Estratégia de Saúde da Família que são: Médicos, Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem, Agentes de Saúde, Odontólogos e Técnicos em Saúde Bucal.

As ações de saúde do NASF AB devem estar sustentadas em um tripé envolvendo o Apoio Matricial, Clínica Ampliada e Projeto Terapêutico Singular (PTS), conforme Portaria 154/MS de 24 de janeiro de 2008.

O conjunto de profissionais do NASF AB oferece o apoio matricial, que tem uma relação direta e cotidiana com os usuários, com o objetivo de prestar apoio às equipes de referência (equipes de SF). Essa equipe de referência é composta por um conjunto de profissionais que são considerados essenciais na condução de problemas de saúde dos pacientes em que acionam uma rede assistencial necessária a cada caso. É nesta “rede” que o NASF AB dá o apoio matricial de forma dinâmica as equipes de referência (BRASIL, 2010).

A integração entre as equipes se estende a partir das demandas que surgem através das discussões e trocas de saberes, tornando:

O apoio matricial o elemento chave para a ampliação da assistência. Baseia-se na transdisciplinaridade que transforma a prática tradicional, elevando o conhecimento dos profissionais entre si. Há um compartilhamento sincrônico de saberes que aumenta a capacidade de ver o indivíduo como um todo, contribuindo para uma melhor efetividade do tratamento (GOMES, 2007, p.4).

Esse apoio facilita na resolutividade dos casos com mais rapidez, pois são compartilhados entre as equipes por meio de reunião e encaminhamentos. Esses acompanhamentos são de grande importância desde o início até solucionar o caso.

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é uma ferramenta utilizada com toda a equipe, em que todas as opiniões são importantes para ajudar a entender o sujeito com alguma demanda de cuidado em saúde para definição de propostas de ações. Ele deve delinear o planejamento realizado pela equipe para alcançar o melhor resultado possível na melhora da qualidade de vida do usuário (BRASIL, 2008).

Essa junção de proposta para solucionar o caso, pode ser apresentada ao usuário e buscar a sua participação durante o tratamento, visto que é importante a sua participação na execução das tarefas. Esse momento é apropriado para que haja discussões entre as equipes sobre determinada demanda.

A Clínica Ampliada é um cuidado continuado com mais atenção ao atendimento, essa proposta serve para todos os profissionais do NASF AB.

A Clínica Ampliada busca evitar abordagem que privilegie excessivamente alguma matriz de conhecimento disciplinar. Ou seja, cada teoria faz um recorte parcialmente arbitrário da realidade (por exemplo, na mesma

situação clínica, podem-se “enxergar” vários aspectos: patologias orgânicas, “forças sociais”, produção de subjetividade etc.) e cada recorte poderá ser mais ou menos relevante em cada momento. A Clínica Ampliada busca construir sínteses singulares tencionando os limites de cada matriz disciplinar e colocando em primeiro plano a situação real do trabalho em saúde, vivida a cada instante por sujeitos reais. Esse eixo da Clínica Ampliada traduz-se ao mesmo tempo em um modo de fazer a clínica diferente e na ampliação do objeto de trabalho, com a necessária inclusão de novos instrumentos (BRASIL, 2009, p.27).

Além desses cuidados ampliados, outra forma de se trabalhar no NASF AB é através da formação de práticas grupais de educação em saúde, dividida em diferentes públicos, com diferentes necessidades, podendo ser grupos de apoio, de motivação, de esclarecimentos, de dúvidas, de cuidado continuado no âmbito da saúde, entre outros. As atividades que podem ser trabalhadas são:

- Terapia comunitária: [...] oferece espaço e suporte para que as pessoas possam dividir suas dores e sofrimentos. Podendo ser liderada por qualquer pessoa da equipe que tenha a formação adequada, constitui-se em importante ferramenta de promoção e prevenção em termos de saúde mental.
- Grupos de convivência: tradicionalmente utilizados no cuidado e no apoio, sobretudo aos usuários da terceira idade, têm demonstrado efeito positivo em termos de melhora do estado emocional, remissão de quadros depressivos, socialização e redução da solidão.
- Grupos de mulheres: os grupos de mulheres têm sido realizados, em unidades de Atenção Básica no País há muitos anos, porém com poucos relatos publicados ou estudos de acompanhamento realizados.
- Grupos operativos: [...] conjunto de pessoas com objetivos comuns, que se propõem a uma tarefa, explícita ou implicitamente, interagindo estabelecendo vínculos.
- Grupos terapêuticos: além de metas terapêuticas específicas (alívio de sintomas e melhora na situação de sofrimento), os grupos terapêuticos agregam objetivos de incremento do autoconhecimento e desenvolvimento pessoal.
- Grupos motivacionais: existe a possibilidade de serem desenvolvidos grupos motivacionais que adaptam técnicas utilizadas na terapia breve. A intenção principal consiste em focar atenção sobre o tema que dificulta ou interfere na mudança de comportamento. Para tanto, é fundamental que o grupo esteja efetivamente comprometido em realizar as mudanças necessárias e compreenda sua situação como um problema a ser solucionado. (BRASIL, 2014, p. 65-66)

Esses grupos são direcionados pelos profissionais do NASF AB e profissionais da Atenção Básica. Todos os usuários do SUS podem participar, alguns grupos são direcionados a problemas de saúde relacionados à depressão, diabetes, hipertensão, obesidade, crianças na fase inicial, gestantes, entre outros. Os atendimentos ofertados acontecem através de encaminhamentos internos nas

Unidades Básicas de Saúde (UBS), dando continuidade também em outros setores como: Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Academia da Saúde, Escolas, através do Programa Saúde na Escola (PSE), Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), entre outros. Cada espaço tem uma contribuição às famílias quando atendidas. Esses locais se caracterizam como redes de apoio.

Segundo a Portaria GM nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010 as Redes de Atenção à Saúde (RAS) são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. As RAS têm como objetivo promover a integração de ações e serviços de saúde para prover uma atenção de forma contínua, integral, de qualidade, responsável, humanizada, com vistas à consolidação dos princípios e diretrizes do SUS. (BRASIL, 2010, p.4)

O CAPS é um serviço de saúde do SUS que atende o público de saúde mental, criado para substituir às internações em hospitais psiquiátricos. É um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida. O objetivo dos CAPS é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. (BRASIL, 2004, p.13).

Em 2011 foi lançado o Programa da Academia de Saúde com a finalidade de promover as práticas corporais e atividade física, alimentação saudável, modos saudáveis de vida, produção do cuidado, entre outros, por meio de ações culturalmente inseridas e adaptadas aos territórios locais. (BRASIL, 2014, p.6). Os objetivos do Programa são:

- Fortalecer a promoção da saúde como estratégia de produção de saúde;
- Desenvolver a atenção à saúde nas linhas de cuidado a fim de promover o cuidado integral;
- Promover práticas de educação em saúde;
- Promover ações intersetoriais com outros pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde e outros equipamentos sociais do território;
- Promover a convergência de projetos ou programas nos âmbitos da saúde, educação, cultura, assistência social, esporte e lazer;

- Ampliar a autonomia dos indivíduos sobre as escolhas de modos de vida mais saudáveis;
- Aumentar o nível de atividade física da população;
- Promover hábitos alimentares saudáveis;
- Promover mobilização comunitária com a constituição de redes sociais de apoio e ambientes de convivência e solidariedade. (BRASIL, 2014, p.8)

Outro parceiro é o Programa Saúde na Escola (PSE).

O Programa Saúde na Escola (PSE) vem contribuir para o fortalecimento de ações na perspectiva do desenvolvimento integral e proporcionar à comunidade escolar a participação em programas e projetos que articulem saúde e educação, para o enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças, adolescentes e jovens brasileiros. Essa iniciativa reconhece e acolhe as ações de integração entre saúde e educação já existentes e que têm impactado positivamente na qualidade de vida dos educandos. (BRASIL, 2011, p.6)

Em cada município é feito um acordo entre a saúde e a educação para indicar as escolas participantes, para que sejam desenvolvidos atividades nos espaços escolares. O objetivo é oferecer nas escolas educação em saúde, com temas relevantes a faixa etária de cada ciclo escolar, esses são escolhidos ao fazer a pactuação e a equipe de saúde é responsável em levar essas informações até as escolas.

Outro parceiro é o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), uma unidade pública estatal de base territorial localizada em áreas de vulnerabilidade social¹⁰. Executa serviços de proteção social básica, organiza e coordena a rede de serviços socioassistenciais. O CRAS atua com famílias e indivíduos em seu contexto comunitário, visando a orientação e o convívio sociofamiliar e comunitário. (BRASIL, 2004, p. 35).

De acordo com o Caderno de Atenção Básica nº39 do NASF o profissional pode atuar com qualquer público, em qualquer momento do ciclo de vida considerando a realidade epidemiológica, cultural, socioeconômica daquela população (BRASIL, 2014, p.17). Nesses ambientes de trabalho, o NASF AB realiza ações oferecendo a população um novo modo de se cuidar com determinados temas de saúde.

¹⁰Trata-se de uma expressão utilizada em oficinas e pelo Ministério do Desenvolvimento Social (MDS).

O NASF é composto de nove áreas estratégicas, que representam os diversos capítulos da presente publicação. São elas: saúde da criança/do adolescente e do jovem; saúde mental; reabilitação/saúde integral da pessoa idosa; alimentação e nutrição; serviço social; saúde da mulher; assistência farmacêutica; atividade física/práticas corporais; práticas integrativas e complementares (BRASIL, 2010, p.8).

Para atender esse público, ou seja, os usuários do SUS em diferentes áreas, o NASF AB foi dividido por modalidades, de acordo com o número de equipes de Saúde da Família existentes nas UBS. No Portal do Ministério da Saúde¹¹ cita a divisão:

- NASF 1 equivale de 5 a 9 equipes de Saúde da Família, divididas em carga horária de 200 horas semanais;
- NASF 2 equivale de 3 a 4 equipes de Saúde da Família, divididas por profissionais em 120 horas semanais por profissionais;
- NASF 3 equivale de 1 a 2 equipes de Saúde da Família divididas em 80 horas semanais para os profissionais (BRASIL, 2013).

Essa divisão contribui para a qualidade dos serviços prestados mediante o número de profissionais disponíveis e de equipes a serem atendidas. Com objetivo de não sobrecarregar o profissional e de ofertar o serviço com qualidade. Essas equipes em geral não possuem um local independente para se instalar, nem espaço físico independente e podem ser lotadas nas próprias UBS.

Diante dessa análise sobre o trabalho realizado com a equipe multiprofissional destinado a população usuária do SUS, destaca-se um dos programas que deve ofertar atendimento de saúde em todas as UBS é o PSF que surgiu em 1994 e somente em 2006 aumentou sua cobertura.

Esse programa foi caracterizado inicialmente, como mais um projeto de extensão de cobertura, instalado principalmente na região Nordeste e em alguns municípios do Sudeste. Mas, hoje, configura-se como o maior programa assistencial desenvolvido em escala em todo o Brasil, potencial para estruturar, de forma consistente, a Atenção Primária à Saúde em nosso País. (ALEIXO, 2002, p.2).

Os atendimentos do PSF, atualmente reconhecido como Estratégia de Saúde da Família (ESF) atendem a população dos municípios brasileiros oferecendo serviços básicos de saúde.

¹¹Departamento de Atenção Básica. http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_nasf.php., Acesso em: 22 de Fevereiro de 2019.

A Estratégia de Saúde da Família tem como prioridade as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família. Tem como objetivo a reorganização das práticas assistenciais, substituindo ao modelo tradicional de assistência, que era orientado para a cura de doenças em hospitais, a atenção deve estar focalizada na família, entendida e percebida a partir do ambiente físico e social, o que possibilita a equipe de profissionais da saúde a compreensão abrangente do processo saúde-doença, e que a intervenção que teve ir além das práticas curativas (BARROS, 2014, p.8).

A ESF e o NASF AB através das ações buscam informar a população sobre os meios de prevenção das doenças, promovendo momentos de bem-estar e atenção à saúde. Starfield (2004, p.28), diz que [...] a atenção básica oferece serviços de prevenção, cura e reabilitação para maximizar a saúde e o bem-estar.

A Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 cita os itens necessários para o funcionamento da estratégia Saúde da Família:

I - existência de equipe multiprofissional (equipe saúde da família) composta por, no mínimo, médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal.

Cada equipe tem obrigações e metas a serem cumpridas, a divisão de responsabilidade e a convivência entre os profissionais possibilita momentos de troca de experiências, o que qualifica de certa forma o trabalho.

A responsabilização compartilhada entre a equipe do NASF e as equipes de Saúde da Família/equipes de atenção básica para populações específicas prevê a revisão da prática do encaminhamento com base nos processos de referência e contrarreferência, ampliando para um processo de compartilhamento de casos e acompanhamento longitudinal de responsabilidade das equipes de atenção básica, atuando no fortalecimento de seus princípios e no papel de coordenação do cuidado nas Redes de Atenção à Saúde (BRASIL, 2012, p.70).

Por este motivo o Ministério da Saúde estabelece que o NASF AB foi criado com o objetivo de apoiar a equipe da ESF, aumentando a qualidade dos serviços prestados e os atendimentos. Nesse trabalho realizado de forma coletiva é importante o profissional prezar pelo sigilo diante dos casos, é interessante essa

interação entre os profissionais atuantes dentro do SUS, o convívio para que se obtenha a compreensão, o entendimento de outras profissões, que se define:

Equipe Multiprofissional é a junção de esforços e interesse de um grupo de profissionais que reconhecem a interdependência com os outros componentes e se identificam com um trabalho de caráter cooperativo e não competitivo, com o fim de alcançar um objetivo comum cuja atividade sincronizada e coordenada caracteriza um grupo estritamente ligado. (FELICE, 1976, p.31).

Uma das diretrizes de trabalho é a atuação intersetorial que acontece por meio das políticas de assistência social, de educação, em diferentes setores, como: esporte, transporte e outros, sendo necessária para o desenvolvimento de ações com foco na prevenção de agravos e promoção de saúde, buscando a integralidade da atenção ao usuário.

Os profissionais das equipes trabalham diretamente com as famílias usuárias do SUS, e uma importante contribuição é vinda do apoio dado pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), através das demandas que chegam até as equipes por eles que estão cotidianamente em contato com os usuários.

Analisando o trabalho deste Núcleo, a Lei da Saúde nº8.080 de 1990, art. 5º diz que são objetivos do SUS:

I -a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;
II -a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômicos e sociais, a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei;
III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas (BRASIL, 2003).

É direito de todo cidadão através das ações educativas serem informados sobre assuntos referentes à saúde pública com temas de prevenção e promoção da saúde, por este motivo a importância em trabalhar em equipe para realização desses serviços, além do olhar diferenciado de cada profissional de acordo com a área de formação, analisando o caso de diferentes formas contribuindo no andamento breve ao solucionar a demandado usuário, por isso a importância deste trabalho interprofissional.

Segundo Carvalho (2012), para efetivar a chamada interdisciplinaridade é fundamental para qualquer profissão se ater para o fato de que não se encontra isolada de outras profissões, além disso, ter a plena consciência de que para bem interagir com as mesmas é sempre necessário saber definir e ser competente em seu campo. Este é um elemento fundamental para que haja, de fato, troca de saberes o que define a equipe interdisciplinar.

Essa forma de lidar refletirá nos locais de trabalho diante do empenho da equipe, expondo seus interesses de forma que o conhecimento seja repassado por meio de conversas e experiências vividas durante o período de trabalho.

Cada profissional vê os casos em diferentes percepções, aliás, cada formação tem suas maneiras de ver a realidade vivida pelo indivíduo, um grupo transforma-se em equipe quando passa a prestar atenção à sua própria forma de operar e procura resolver os problemas que afetam seu funcionamento (MOSCOVICI, 1999, p.5).

Os profissionais que compõem o NASF AB são responsáveis pelos serviços desenvolvidos em conjunto com as ESF, sendo elas:

- identificar, em conjunto com as ESF e a comunidade, as atividades, as ações e as práticas a serem adotadas em cada uma das áreas cobertas;
- identificar, em conjunto com as ESF e a comunidade, o público prioritário a cada uma das ações;
- atuar, de forma integrada e planejada, nas atividades desenvolvidas pelas ESF e de Internação Domiciliar, quando estas existirem, acompanhando e atendendo a casos, de acordo com os critérios previamente estabelecidos;
- acolher os usuários e humanizar a atenção;
- desenvolver coletivamente, com vistas à intersetorialidade, ações que se integrem a outras políticas sociais como: educação, esporte, cultura, trabalho, lazer, entre outras;
- promover a gestão integrada e a participação dos usuários nas decisões, por meio de organização participativa com os Conselhos Locais e/ou Municipais de Saúde;
- elaborar estratégias de comunicação para divulgação e sensibilização das atividades dos NASF por meio de cartazes, jornais, informativos, faixas, folders e outros veículos de informação;
- avaliar, em conjunto com as ESF e os Conselhos de Saúde, o desenvolvimento e a implementação das ações e a medida de seu impacto sobre a situação de saúde, por meio de indicadores previamente estabelecidos;
- elaborar e divulgar material educativo e informativo nas áreas de atenção dos NASF; e
- elaborar projetos terapêuticos individuais, por meio de discussões periódicas que permitam a apropriação coletiva pelas ESF e os NASF do acompanhamento dos usuários, realizando ações multiprofissionais e transdisciplinares, desenvolvendo a responsabilidade compartilhada. (BRASIL, 2008, p.7)

Planejar e elaborar antes de executar os serviços é de grande importância para que se desenvolva um trabalho que traga aos usuários um retorno positivo, em que demonstra a responsabilidade do profissional no que irá desenvolver.

Os serviços chegam até os profissionais do NASF AB por demanda espontânea, encaminhamentos internos e externos, agendamentos e consultas, em que o profissional realiza a escuta inicial para buscar solução ao caso apresentado. A comunidade tem uma participação importante nesse trabalho, pois para se efetivar o trabalho coletivo como atividades em grupos, só acontecem se existir público com disponibilidade de escuta para participar das palestras educativas realizadas.

O Planejamento das ações é realizado constantemente para que haja resultados positivos nos serviços ofertados. Algo relevante em um ambiente de trabalho são as contínuas formações dos profissionais através de momentos de educação permanente,¹² para dar prioridade ao serviço com qualidade por meio de capacitações, participações em eventos educativos e outros momentos em que tenham contato com outros espaços de divisão de saberes. Após esta participação os profissionais repassam o que aprenderam aos usuários através de palestras ou rodas de conversas sobre diversos temas, em que expõe aos usuários a importância de garantir o acesso a saúde.

O compartilhamento de ideias e saberes feito entre profissionais evidentemente enriquecem o trabalho, pois ao buscar a solução de um caso muitas vezes é necessário o parecer de diversas categorias profissionais.

Por este motivo é importante o processo de trabalho ser discutido em ambas as áreas. Nessa perspectiva, Yamamoto (1998, p.60) diz que o trabalho [...] é uma atividade fundamental do homem, pois mediatiza a satisfação de suas necessidades diante da natureza e de outros homens. Diante dessa colocação, o homem pode suprir as necessidades em um local de trabalho, iniciando ao:

Organizar o próprio trabalho que também é fundamental, e envolve planejar reuniões, construir agendas compartilhadas e equilibrar de forma dinâmica o conjunto de atividades a serem desenvolvidas a partir do rol de demandas que se apresentam. É fundamental, para isso, que cada profissional do NASF tenha uma agenda de trabalho, e que essa agenda seja conhecida e

¹²A educação permanente é uma dimensão constitutiva do trabalho em saúde, pois é uma maneira de dar visibilidade à produção de saberes diretamente implicados no cotidiano do trabalho em saúde (GOMES; BUENO, 2016, p.183).

pactuada com os demais membros do NASF, além dos gestores e dos profissionais das UBS. (BRASIL, 2014, p. 18).

Como mencionado anteriormente a equipe do NASF AB contribui em uma UBS para ampliar os serviços ofertados por meio de profissionais de diferentes áreas de formação. O NASF AB surge para dar esse apoio e diante desse objetivo a população usuária é atendida em suas especificidades, através dos atendimentos realizados pela equipe como ações informativas e educativas.

Os usuários são beneficiados com esse serviço, pois têm a oportunidade de ter um atendimento diferenciado por profissionais de especialidades diversas, e que levam a saúde para mais perto da população com a intenção de melhorar a qualidade de vida da família, principalmente através das informações e atividades realizadas. As necessidades dos usuários são repassadas pela equipe de Saúde da Família ou detectadas pelos profissionais do NASF AB.

As ações são realizadas com público de diversas áreas sendo elas: saúde da criança e do adolescente e do jovem; saúde mental; reabilitação/saúde integral da pessoa idosa; alimentação e nutrição; serviço social; saúde da mulher; assistência farmacêutica; atividade física/práticas corporais; práticas integrativas e complementares (BRASIL, 2010, p.8).

Para atender esse público ao atuar de forma coletiva, cada profissional faz o seu papel diante de suas responsabilidades. Algumas dificuldades podem surgir devido à interação entre as profissões diante da tomada de decisões, pois alguns cursos de graduação não focam no trabalho em equipe e o profissional ao deparar com o espaço de trabalho do NASF AB necessita dar esse apoio matricial¹³, como aponta a seguir:

- Formação profissional: (...) os profissionais de saúde não receberem formação nas graduações e pós-graduação em saúde para trabalhar na lógica do apoio matricial(...);
- Necessidade de conciliar diferentes realidades: por oferecer suporte a distintas equipes em uma ou mais UBS, que remetem a diversas realidades de estruturação de serviços e fluxos, assim como a territórios pelos quais são responsáveis [...];
- Desconhecimento das possibilidades de atuação no apoio matricial: a predominância da lógica de atenção centrada na doença e em procedimentos curativos muitas vezes ocasiona pressão para que o NASF

¹³Significado do termo já mencionado no início deste capítulo.

trabalhe em uma lógica ambulatorial, centrada apenas na dimensão assistencial do apoio matricial.

- Tensão entre flexibilidade e desvio do papel dos profissionais do NASF: em muitos municípios, a falta de serviços especializados para referência pelo NASF e eSF/eAB em situações em que não seja indicado apenas o acompanhamento na Atenção Básica resulta na incorporação dessa responsabilidade por esses profissionais [...];
- Papel regulador: assim como todos os profissionais do SUS, o NASF tem responsabilidade pela regulação do acesso, ou seja, por qualificar os encaminhamentos relativos à sua área de atuação, tanto aqueles recebidos das equipes apoiadas, quanto os realizados por outros pontos ou serviços da RAS [...]. (BRASIL, 2014, p.36).

Dificuldades ainda estão postas no ambiente de trabalho ao dividir opiniões, discutir casos diante de diferentes olhares e saberes referente a cada olhar dos profissionais. Saber o seu papel em um ambiente de trabalho é importante para que não ocorra desvio na função, o serviço do NASF AB não é voltado para o serviço ambulatorial e sim para a educação em saúde com objetivo de promover saúde na Atenção Básica.

Visto que o Assistente Social é um dos profissionais que pode compor a equipe do NASF AB e diante dessa atuação na área da saúde, o tópico seguinte irá abordar sobre seu trabalho nesta área.

3.1 O trabalho do Assistente Social na política de saúde

O Assistente Social é um dos profissionais que atua na Política de Saúde, essa inserção é mediada pelo reconhecimento social da profissão e pelas necessidades que se definem e redefinem a partir das condições históricas sob as quais a saúde pública se desenvolveu no Brasil (COSTA, 2000). Mediante este reconhecimento ampliam-se os campos em que atuam os Assistentes Sociais.

O primeiro curso com foco no Serviço Social no Brasil se iniciou em 1932, através do Centro de Estudos e Ação Social (CEAS), instituição assistencialista vinculada a Igreja Católica.

O objetivo do CEAS será o de “promover a formação de seus membros pelo estudo da doutrina social da Igreja e de fundamentar sua ação nessa formação doutrinária e no conhecimento aprofundado dos problemas sociais”, visando “tornar mais eficiente a atuação das trabalhadoras sociais” e “adotar uma orientação definida em relação aos problemas a resolver, favorecendo a coordenação de esforços dispersos nas diferentes atividades e obras de caráter social”. (IAMAMOTO, 2007, p. 169).

O CEAS tinha como finalidade o estudo e também a divulgação da Igreja Católica, em que era desenvolvido um trabalho de forma caritativa como filantropia, com objetivo de ajudar os mais necessitados, não era reconhecido como profissão. Iamamoto (2006) descreve sobre o início da profissão em que destaca que somente em 1936 é fundada em São Paulo a primeira Escola de Serviço Social no Brasil, junto com as formações das moças e outros cursos intensivos destinados a esta área. Neste mesmo ano ocorreu a Primeira Semana de Ação Social do Rio de Janeiro considerada um marco para o Serviço Social na capital da república.

As primeiras inserções do Assistente Social na área da saúde foram a partir da década de 40, sendo a área que mais absorveu o profissional de Serviço Social no Brasil. Nessa área a atuação dos Assistentes Sociais se localizou nos hospitais, sendo o Hospital das Clínicas de São Paulo com o chamado Serviço Social Médico, o pioneiro na contratação destes profissionais (BRAVO, 1991 apud CORREIA, 2005).

No campo do Serviço Social Médico, as iniciativas são ainda extremamente embrionárias. Estarão ligadas inicialmente à puericultura e à profilaxia de doenças transmissíveis e hereditárias. As funções exercidas se referiram à triagem (o que o cliente ou a família pode pagar) elaboração de fichas informativas sobre o cliente (“dados importantes que o médico muito atarefado teria gasto muito tempo para obter”), distribuição de auxílios financeiros para possibilitar a ida do cliente à instituição médica, conciliação do tratamento com os deveres dos profissionais do cliente (entendimentos com o empregador), o cuidado quanto aos fatores “psicológicos e emocionais do tratamento”, e a adequação do cliente à instituição através da “obtenção da confiança”. (IAMAMOTO; CARVALHO, 2007, p.196)

Desde esse período os espaços de trabalho vêm se alargando em várias políticas como de saúde, de assistência social, educação, habitação, entre outras. O Assistente Social na área da saúde atua diante das necessidades humanas, relacionadas às diversas expressões e manifestação da questão social¹⁴, como pobreza, alcoolismo, prevenção de doenças e agravos referentes à saúde, condições precárias de moradia e higiene, todos relacionados à pessoa, esclarecendo sobre os seus direitos sociais e meios de ter acesso aos mesmos.

¹⁴A “questão social” diz respeito ao conjunto das expressões das desigualdades sociais engendradas na sociedade capitalista madura, impensáveis sem a intermediação do Estado. A questão social expressa desigualdades econômicas, políticas e culturais as classes sociais, mediadas por disparidades nas relações de gênero, características étnico-raciais e formações regionais (IAMAMOTO, 2001, p.17).

Esse profissional atua em diversos espaços, desde a atenção básica a serviços de média e alta complexidade, como Unidade Básica de Saúde (UBS), Hospitais Públicos e Particulares, Unidade de Pronto Atendimento (UPA), Policlínicas dentre outros.

O Conselho Nacional de Saúde através da Resolução nº 218 de 06 de março de 1997, reconhece o assistente social como uma das quatorze profissões da área da saúde de nível superior – juntamente com o biólogo, biomédico, profissional de educação física, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, médicos veterinários, nutricionistas, dentistas, psicólogos e terapeutas ocupacionais.

Mioto e Nogueira (2006) destacam que os assistentes sociais na saúde atuam em quatro grandes eixos: atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional. Muitas vezes a prática do Serviço Social somente é considerada no atendimento direto ao usuário em nível de assistência, sendo desprezados nos cargos de gestão, assessoria e planejamento.

As novas demandas como gestão, assessoria e a pesquisa, consideradas como transversal ao trabalho profissional e explicitadas na Lei de Regulamentação da Profissão (1993) e nas Diretrizes Curriculares da ABEPSS (1996), na maioria das vezes, não são assumidas como competências ou atribuições profissionais (CFESS, 2010).

Para atender a todas as demandas e ações pertinentes à atuação do assistente social, é necessário cada vez mais ser um profissional dinâmico e proativo disposto a abrir mão da rotina e encarar os diversos desafios encontrados no campo de atuação profissional, entre eles: a falta de espaço físico adequado e de equipamentos mínimos necessários para a atuação profissional (sala para atendimento individualizado, computador, telefone, etc), as agendas construídas mensalmente sem espaço para a rotina e os inúmeros deslocamentos diários ou semanais as quais estão expostos os profissionais.

Os instrumentais técnicos operativos utilizados pelo Assistente Social são: visita domiciliar, entrevistas, encaminhamentos, observação, documentações, reuniões, palestras, dinâmica de grupo e outros. Esses instrumentos como afirma

Martinelli, são reconhecidos como um conjunto articulado de instrumentos e técnicas que permitem a operacionalização da ação profissional (MARTINELLI, 1994 ,p. 137).

Todos esses instrumentais servem para se utilizar em qualquer ambiente de trabalho, independente de qual área de atuação. Assim, como o profissional deve estar ciente de sua atribuição para que quando chegar um caso saiba resolver ou encaminhar para o setor ou profissional responsável.

As principais ações a serem desenvolvidas pelo assistente social segundo o documento dos Parâmetros para atuação do Assistente Social na Saúde (2010, p.44-45) são:

- democratizar as informações por meio de orientações (individuais e coletivas) e /ou encaminhamentos quanto aos direitos sociais da população usuária;
- construir o perfil socioeconômico dos usuários, evidenciando as condições determinantes e condicionantes de saúde, com vistas a possibilitar a formulação de estratégias de intervenção por meio da análise da situação socioeconômica (habitacional, trabalhista e previdenciária) e familiar dos usuários, bem como subsidiar a prática dos demais profissionais de saúde;
- ênfatisar os determinantes sociais da saúde dos usuários, familiares e acompanhantes por meio das abordagens individual e/ou grupal;
- facilitar e possibilitar o acesso dos usuários aos serviços, bem como a garantia de direitos na esfera da seguridade social por meio da criação de mecanismos e rotinas de ação;
- conhecer a realidade do usuário por meio da realização de visitas domiciliares, quando avaliada a necessidade pelo profissional do Serviço Social, procurando não invadir a privacidade dos mesmos e esclarecendo os seus objetivos profissionais;
- conhecer e mobilizar a rede de serviços, tendo por objetivo viabilizar os direitos sociais por meio de visitas institucionais, quando avaliada a necessidade pelo Serviço Social;
- fortalecer os vínculos familiares, na perspectiva de incentivar o usuário e sua família a se tornarem sujeitos do processo de promoção, proteção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde;
- organizar, normatizar e sistematizar o cotidiano do trabalho profissional por meio da criação e implementação de protocolos e rotinas de ação;
- formular estratégias de intervenção profissional e subsidiar a equipe de saúde quanto as informações sociais dos usuários por meio do registro no prontuário único, resguardadas as informações sigilosas que devem ser registradas em material de uso exclusivo do Serviço Social;
- elaborar estudos socioeconômicos dos usuários e suas famílias, com visitas a subsidiar na construção de laudos e pareceres sociais a perspectiva de garantia de direitos e de acesso aos serviços sociais e de saúde;
- buscar garantir o direito do usuário ao acesso aos serviços;
- emitir manifestação técnica em matéria de serviço social, em pareceres individuais ou conjuntos, observando o disposto na Resolução CFESS nº 557/2009.(BRASIL, 2010, p. 44-45).

As atribuições do Assistente Social não são poucas, ao contrário, são muitas e estão envolvidas pessoas que buscam o serviço de saúde, seja para

participar de ações educativas ou em busca de um tratamento ou cura a uma doença, em que necessita de uma orientação, esclarecimento sobre o seu estado de saúde ou de um familiar.

O profissional trabalha na busca da garantia desse direito do usuário e precisa saber lidar com os diversos públicos, de diferentes idades. É importante utilizar o vocabulário adequado e de fácil compreensão para colaborar na busca das informações e no repasse também, todo esse processo de atendimento envolve responsabilidade profissional e diálogo entre os envolvidos, consolidando de forma adequada o andamento do atendimento.

Diante disso, será apresentado no capítulo seguinte através de gráficos o trabalho desenvolvido pela equipe do NASF AB de Tocantínia (TO).

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Neste tópico abordaremos os procedimentos metodológicos que subsidiaram a pesquisa e ainda a discussão mediante análise dos dados obtidos junto às informações colhidas através do sistema eletrônico chamado e-SUS, confrontando com os referenciais teóricos.

Para a realização da mesma foi embasada no método dialético-crítico fundamentado pelo materialismo histórico dialético que tem como categorias centrais a contradição, historicidade e totalidade.

O materialismo dialético, de base materialista, procura, por meio de um método dialético, compreender as transformações sociais que ocorrem na sociedade, sendo este inseparável do materialismo histórico. A partir do momento que ocorre uma transformação ou mudança também se transforma e muda a história por meio da ação do homem sobre a natureza. Sendo assim, o materialismo histórico e dialético é um método de análise do desenvolvimento humano, levando em consideração que o homem se desenvolve à medida que age e transforma a natureza e neste processo também se modifica (PEREIRA; FRANCIOLI, 2011, p.96).

Este método busca realmente a explicação para a realidade. Segundo Paulo Netto (2011, p.17) “[...] o método de Marx não resulta de descobertas abruptas ou de intuições geniais – ao contrário, resulta de uma demorada investigação”. Esse desenvolvimento acontece de forma gradativa, ou seja, antes da execução precisa-se de um planejamento prévio para a concretização do trabalho.

O processo de pesquisar segundo Minayo (2013, p.16) “[...] é entendido como uma atividade básica da ciência na sua indagação e construção da realidade”. É a pesquisa que alimenta a atividade de ensino e a atualiza frente à realidade do mundo. Diante da importância em pesquisar, o intuito desse trabalho é trazer uma contribuição àqueles que se interessam pelo assunto, por quaisquer que sejam os motivos. O tipo de pesquisa utilizada foi bibliográfica e documental. A pesquisa bibliográfica:

É desenvolvida com base em material já elaborado constituído principalmente de livros e artigos. Embora em quase todos os estudos seja exigido algum tipo de trabalho dessa natureza, há pesquisas desenvolvidas exclusivamente a partir de fontes bibliográficas. A principal vantagem da pesquisa bibliográfica reside no fato de permitir ao investigador a cobertura de uma gama de fenômenos muito mais ampla do que poderia pesquisar diretamente (GIL, 2007, p. 44-45).

Sobre a pesquisa bibliográfica, Marconi e Lakatos (1996) também versam acerca das contribuições ao afirmarem que a pesquisa bibliográfica ou de fonte secundária trata-se do levantamento de toda a bibliografia já publicada em forma de livros, revistas, publicações avulsas e imprensa escrita. E sua finalidade é colocar o pesquisador em contato direto com tudo aquilo que foi escrito sobre determinado assunto.

O outro instrumento utilizado foi a análise documental que de acordo com Marsiglia (2006) é dirigida a textos escritos que servem como fonte de informação para a pesquisa: planos, programas, leis, decretos, portarias, artigos, documentos, dentre outros.

A análise documental consiste em identificar, verificar e apreciar os documentos com uma finalidade específica e, nesse caso, preconiza-se a utilização de uma fonte paralela e simultânea de informação para complementar os dados e permitir a contextualização das informações contidas nos documentos. A análise documental deve extrair um reflexo objetivo da fonte original, permitir a localização, identificação, organização e avaliação das informações contidas no documento, além da contextualização dos fatos em determinados momentos (MOREIRA, 2005, p. 269).

Por meio desta análise foi visto o relatório de atendimento individual e coletivo colhido através do sistema eletrônico e-SUS, com os dados de atendimentos realizados pela equipe do NASF AB entre o período de seis meses, sendo de janeiro a junho de 2018.

As informações colhidas foram apresentadas em forma de gráficos com o objetivo de apresentar os dados e empregados métodos quantitativos com o propósito de colher dados ou amostras sobre programas e populações (MARCONI; LAKATOS, 2003). Essas informações complementaram as informações pesquisadas.

O método quantitativo, como o próprio nome indica, caracteriza-se pelo emprego da quantificação tanto nas modalidades de coletas de informações, quanto o tratamento delas por meio de técnicas estatísticas, desde as mais simples como porcentual, média, desvio-padrão, as mais complexas, como coeficientes de correlação, a análise de regressão etc. (RICHARDSON, 1999, p.700).

O estudo objetivou levantar dados dos usuários atendidos pelos profissionais do NASF AB de Tocantínia (TO), através do relatório adquirido por meio do sistema e-SUS. De acordo com o Ministério da Saúde a Coleta de Dados Simplificados (CDS) determina o uso de fichas nos consultórios e salas de atendimento da UBS por meio do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) que estão disponíveis a todos os municípios do território brasileiro.

A estratégia e-SUS busca reestruturar e integrar as informações da Atenção Básica em nível nacional, contribuindo com a organização do trabalho dos profissionais. Seu objetivo é reduzir a carga de trabalho na coleta, inserção, gestão e uso da informação na Atenção Básica, permitindo que a coleta de dados esteja inserida nas atividades já desenvolvidas pelos profissionais. Por meio do e-SUS a rede de serviço que compõe a Atenção Básica alimentou o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), que substituiu o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).¹⁵

O e-SUS é um sistema de informação criado para lançar a produtividade dos profissionais da Atenção Básica. Pode ser usado por profissionais da ESF, do NASF, da Atenção Domiciliar (AD) e dos Consultórios na Rua (CnR), também serve para registrar informações da Academia de Saúde e do Programa de Saúde na Escola (PSE). A utilização do e-SUS AB faz com que as informações sejam mais fidedignas e sua disponibilidade para os profissionais da AB fique mais fácil e acessível (BRASIL, 2014).

O Trabalho de Conclusão de Curso sobre o NASF AB tem como intuito a ampliação e divulgação das informações adquiridas durante a experiência profissional. O trabalho realizado pelo NASF AB é de extrema importância na prevenção e promoção de saúde e lamentavelmente ainda passa despercebido em alguns municípios após 11 anos de existência.

Diante da necessidade de apresentar as atividades desenvolvidas pela equipe do NASF AB de Tocantínia (TO), foram realizadas duas visitas à Direção de Sistemas da Secretaria Municipal de Saúde do Município, que proporcionou a coleta dos dados através do sistema e-SUS.

O período pesquisado foi de seis meses, início em 01/01/2018 e término dia 30/06/2018. A escolha deste período foi motivada pela formação da equipe do

¹⁵http://dab.saude.gov.br/portaldab/o_que_e_esus_ab.php. Acesso em 23/03/2019.

NASF AB que contava com os integrantes previstos na sua instalação, sendo Assistente Social, Psicólogo, Profissional de Educação Física e Fisioterapeuta, tornando possível realizar uma análise dos serviços ofertados pelos profissionais.

A forma acessível e compreensível escolhida para expor a pesquisa ao leitor foi através de gráficos, expondo de forma simplificada as informações colhidas desde a vivência de trabalho até a análise do quantitativo das atividades lançadas no sistema.

A transmissão das informações através dos gráficos tem sua particularidade, as autoras Peixoto e Cruz (2011) destacam que esse recurso tem como objetivo integrar a imagem e a informação na busca da resposta sintetizada, pretendendo-se uma comunicação rápida dos dados para uma melhor análise através da legenda.

4.1 Apresentação do Cenário da Pesquisa

A cidade de Tocantínia (TO) está localizada na região central do Tocantins, segundo informações do site oficial do município possui uma área total de 2.595,2 Km², com aproximadamente 7.387 habitantes, sua população é dividida entre área urbana e área rural. Tem uma população indígena dividida em 62 aldeias do povo “Akwê” conhecido com Xerente.

O primeiro nome dado a cidade foi Tereza Cristina em homenagem a Imperatriz do Brasil esposa de D. Pedro II, mais tarde foi substituído por Piabanha devido a existência de um ribeirão com este nome. Somente em 1936 recebeu o nome de Tocantínia por iniciativa do Deputado João de Abreu, motivado pelo Rio Tocantins. No entanto só veio a ser emancipada em 07 de outubro de 1953, através da Lei nº 798/1953 rompendo sua ligação com o município de Pedro Afonso (TO), conquistando assim sua autonomia política. Em outubro do corrente ano o município completará 66 anos de emancipação política.

Segundo as informações contidas no site oficial do município, a cidade está localizada à margem direita do Rio Tocantins sendo praticamente metade indígena com um total de 3.509 habitantes, quantitativo divulgado pela Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) em 2014. O município está situado à 80 km da

capital Palmas, limita ao norte com Pedro Afonso; ao sul, com Porto Nacional; a leste com Lizarda; e a oeste com Miracema do Tocantins.¹⁶

A equipe de saúde atende o município de Tocantínia (TO) na área urbana e área rural. Os atendimentos na área rural são realizados no Posto de Saúde Osvaldo Dias no Assentamento Água Fria II, localizado à 45km do município de Tocantínia (TO), com funcionamento de segunda a sexta-feira e uma vez no mês a equipe se desloca para um povoado próximo conhecido como Palminha situado à 16km do Assentamento Água Fria II. O deslocamento da equipe é necessário devido a falta de transporte para locomoção da população usuária.

O atendimento de saúde dentro das Aldeias é de responsabilidade do Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI). Segundo informações do Portal do Ministério da Saúde o DSEI é a unidade gestora descentralizada do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS), um modelo de organização de serviços – orientado para um espaço étnico-cultural dinâmico, geográfico, populacional e administrativo bem delimitado, que contempla um conjunto de atividades técnicas, visando medidas racionalizadas e qualificadas de atenção à saúde, promovendo a reordenação da rede de saúde e das práticas sanitárias e desenvolvendo atividades administrativo-gerenciais necessárias à prestação da assistência com o Controle Social.

Além das equipes que ficam nas Aldeias na área urbana tem o Polo Base que possui profissionais de saúde para orientar os pacientes e para dispensa de medicação. Possui veículos para o deslocamento e em caso de emergência as pessoas são levadas para a cidade e direcionadas ao Hospital Regional de Miracema do Tocantins (TO). Outros casos de saúde que podem ser realizados na UBS, os indígenas são atendidos normalmente tanto os que residem na zona urbana quanto os da zona rural.

A Unidade Básica de Saúde de Tocantínia funciona das 07h30min às 11h30min e das 13h30min às 17h30min realizando o atendimento aos usuários do SUS. Os serviços ofertados são referentes à atenção básica, consulta com clínico geral, equipe de enfermagem, equipe do NASF AB, orientações de educação em saúde, entrega de medicação e possui sala de tratamento e de curativo.

¹⁶Fonte: <http://www.tocantinia.to.gov.br/historia-de-tocantinia>). Acesso em 10 de Março de 2019.

Outras especialidades necessárias são encaminhadas via sistema de regulação para o Estado e as pessoas aguardam até que sejam liberadas as consultas ou exames. É muito concorrido, pois a partir do momento do encaminhamento as pessoas entram em uma fila de espera das demandas dos 139 municípios do Estado do Tocantins. Quando chega até a UBS o documento confirmando a data para a realização da consulta ou do exame os agentes de saúde são os responsáveis em avisar o usuário da liberação.

Os casos de urgência e emergência são encaminhados para o Hospital Regional de Miracema do Tocantins (TO), uma das dificuldades do município está relacionada ao trajeto feito entre Tocantínia (TO) e Miracema do Tocantins (TO) que é realizado através de Balsa pelo rio Tocantins dificultando o acesso. Devido a essa travessia existem relatos de pessoas que pela demora desse trajeto não chegaram com vida até o hospital. Além da Balsa o Hospital fica localizado na cidade alta de Miracema do Tocantins (TO) que fica distante em casos de urgência vindo do município de Tocantínia (TO) e regiões próximas.

Além dos órgãos que ofertam serviços de saúde, o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) oferta serviços socioassistenciais a toda população através de atividades com idosos, crianças e adolescentes, como o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV), Programa Criança Feliz e ofertam programas de transferência de renda como Benefício de Prestação Continuada (BPC) e Programa Bolsa Família (PBF).

Segundo informações repassadas pelo Gestor Municipal do Programa Bolsa Família de Tocantínia (TO), o quantitativo da população beneficiada são 519 famílias indígenas e 372 famílias não indígenas, totalizando 819. Para manter o benefício do Bolsa Família os ainda estudam precisam estar devidamente matriculados e frequentando regularmente a escola, ir mensalmente ao posto de saúde para pesar e manter vacinação em dia, a equipe da UBS e da Assistência Social mantêm as informações atualizadas. Essas são as condicionalidades para se manter o recebimento do benefício, se não for cumprido será suspenso.

O outro é o Benefício de Prestação Continuada (BPC) garantido pela Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS) que se define como:

Art. 20. O Benefício de Prestação Continuada é a garantia de um salário-mínimo mensal à pessoa com deficiência e ao idoso com 65 (sessenta e cinco) anos ou mais que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção nem de tê-la provida por sua família. (Redação dada pela Lei nº 12.435, de 2011). (BRASIL, 1993, p.15)

Este benefício de grande importância é direcionado para os idosos e pessoas com deficiência impossibilitadas de proverem o próprio sustento e cuidado. No município de Tocantínia (TO) recebem este benefício 265 pessoas, sem distinção de ser indígena ou não.¹⁷

Sobre a parte educacional, a cidade possui cinco escolas divididas desde a educação infantil até o nível médio, sendo Escola Municipal de Tempo Integral Antônio Benvindo da Luz, Escola Constantino Pedro de Castro, Creche Hilário Ribeiro, todas de responsabilidade do município. As escolas Colégio Estadual Batista Professora Beatriz Rodrigues da Silva e Centro Educacional Fé e Alegria Frei Antônio são de responsabilidades do estado do Tocantins. No Assentamento II e na Palminha também possui escolas de nível fundamental e nível médio.

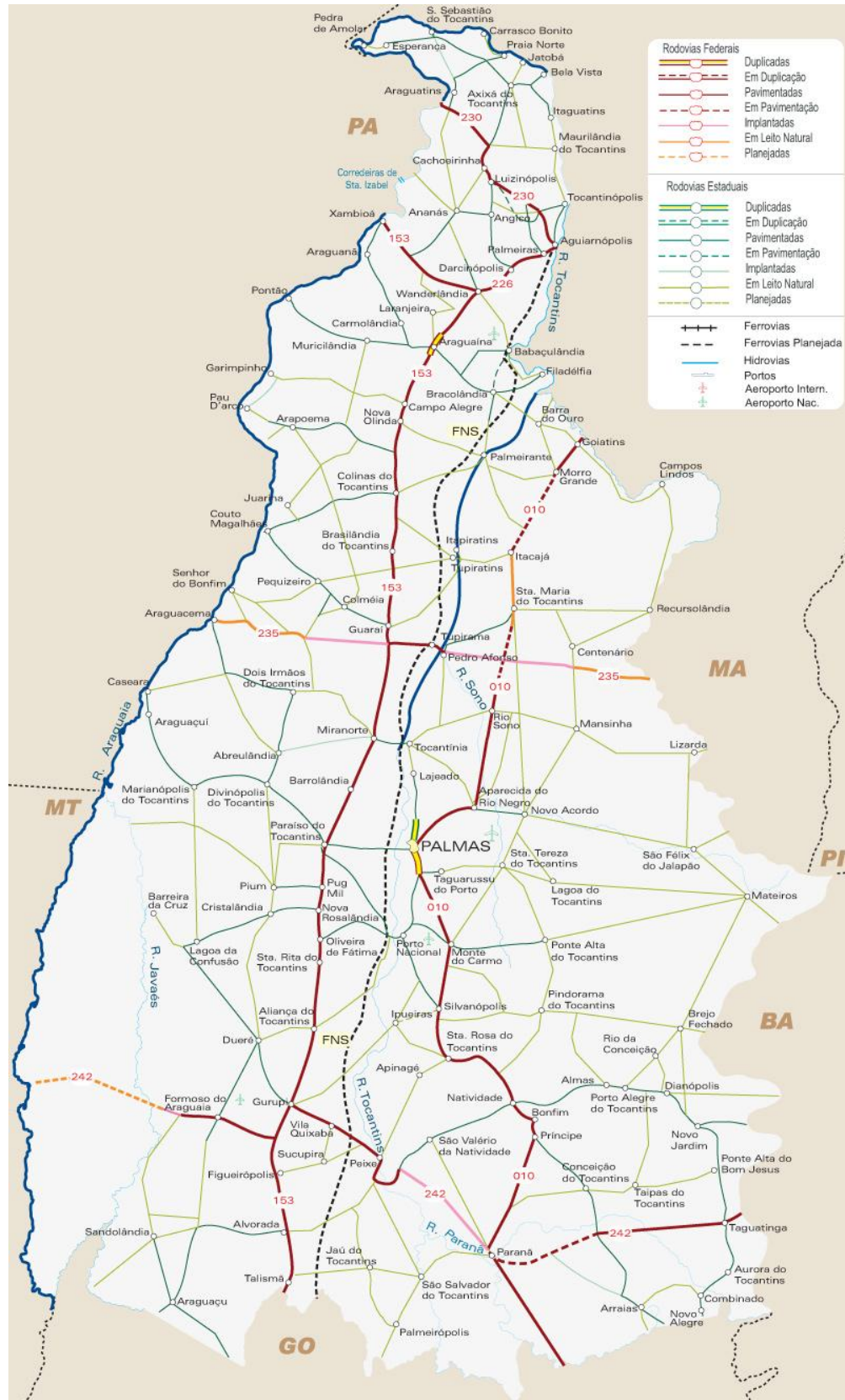
Em algumas aldeias possuem escolas de responsabilidades do estado, por se localizarem na aldeia facilita o acesso à educação dos indígenas. Aponta-se para o Centro de Ensino Médio Warã (CEMIX) localizado na Aldeia Centro, e a oferta do ensino médio no curso técnico de enfermagem ou técnico de informática.

Os órgãos que geram emprego à população da cidade são: a Prefeitura Municipal de Tocantínia (TO), o estado por meio dos contratos nas Escolas Estaduais e o comércio local. Outras formas de serviço são os realizados de forma braçal, construção civil, vendedores ambulantes, feirantes e também outros trabalhos informais.

Estas informações são relevantes para o estudo por fazer uma breve apresentação do município de Tocantínia (TO) onde ocorreu o levantamento dos dados da pesquisa, assim o leitor terá uma noção sobre o ambiente em que se localizou a pesquisa. A seguir será apresentado o mapa do Tocantins com objetivo de identificar a localização da cidade de Tocantínia (TO).

¹⁷Os dados apresentados foram repassados pelo Gestor Municipal do Programa Bolsa Família de Tocantínia – TO no dia 19 de Fevereiro de 2019.

Figura 1: Mapa do Estado do Tocantins



Fonte: <https://www.brasil-turismo.com/mapas/tocantins.htm>.

4.2 Apresentação do espaço de trabalho: NASF AB

O Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF AB) de Tocantínia (TO) é sediado no prédio da Unidade Básica de Saúde (UBS) em uma sala específica somente para a equipe. Não foi possível encontrar na Secretaria de Saúde de Tocantínia (TO) documentos que comprovem o ano da criação e início das atividades do NASF AB neste município. Contata-se pelo Sistema e-SUS que o NASF de Tocantínia (TO) foi implantado em 2014 e iniciou as atividades como equipe multiprofissional somente em janeiro de 2017.

O NASF AB no corrente ano é composto por uma equipe técnica formada por uma Assistente Social, uma Psicóloga e uma Fisioterapeuta. Trabalham através de atendimento individual e coletivo por meio de grupos e ações realizadas mensalmente. Os atendimentos da equipe são realizados na área urbana e área rural no Assentamento Água Fria II e no Povoado Palminha a cerca de 60 km do município. Uma das formas de se trabalhar é através da oferta de educação em saúde em grupos formados para a população, nesses grupos o papel do NASF AB é abordar temas de saúde relevantes e atuais. Os grupos existentes são:

- **Grupo de hipertensão:** acontece toda quinta-feira nos três setores da cidade como Vila Jacó, Centro e Vila Planalto com objetivo de atender pessoas hipertensas e diabéticas. É realizado acompanhamento do cartão do hipertenso, nele estão informações referentes a aferição da pressão, entrega de medicamentos e consultas médicas do paciente;

- **Grupo de puericultura:** acompanhamento de crianças de 0 a 3 anos, visto que os primeiros anos de vida é necessário o cuidado e acompanhamento contínuo da criança pela equipe de saúde. O grupo acontece às terças-feiras pela manhã, nos três setores da cidade como Vila Jacó, Centro e Vila Planalto com objetivo de atender toda a população que necessita deste acompanhamento, durante o atendimento se verifica o cartão de vacina, peso e comprimento da criança;

- **Grupo de gestantes:** realizado uma vez ao mês, na última sexta – feira, em que as mesmas já têm consultas agendadas e acompanhamento médico e de enfermagem;

- **Grupo de tabagismo:** acontece durante dois meses, um mês através de quatro sessões com orientações do Programa Estadual de Tabagismo, por meio de orientações da cartilha fornecida pelo Instituto do Câncer. Cada sessão é seguida por um tema relacionado ao “parar de fumar”, o porquê se fuma, quais os benefícios ao parar de fumar entre outros temas relacionados. O acompanhamento presencial é importante para observar o desenvolvimento do paciente durante o tratamento e o adequado uso da medicação e suas reações. No mês seguinte é feito o acompanhamento por meio de visita domiciliar e telefonemas;

- **Grupo de planejamento familiar:** destinado a adolescentes que iniciam a fase de transformação do próprio corpo até aos adultos que possuem interesse em constituir uma família planejada, assim como a interrupção do quantitativo de membros da família e resolvem fazer o procedimento cirúrgico de laqueadura ou vasectomia;

- **Grupo de idosos:** acontecem através de parcerias com o Centro de Referência de Assistência Social – CRAS, em que são abordados temas relacionados à idade, durante a participação das atividades do grupo chamado “Bem Viver”, que acontece todas as terças e quintas-feiras;

- **Grupo de adolescentes:** realizados nas escolas ou no CRAS, em que são abordados temas relacionados a fase, como bullying, sexualidade, gravidez, racismo entre outros, e também temas pactuados no Programa Saúde na Escola – PSE;

- **Academia da saúde:** são desenvolvidas atividades na academia da saúde em parceria com o Professor de Educação Física, em que são oferecidos momentos de atividade física, funcional e dança.

Quando identificado uma demanda individual durante o atendimento aos grupos o usuário é orientado para passar por um atendimento individualizado que acontece na UBS.

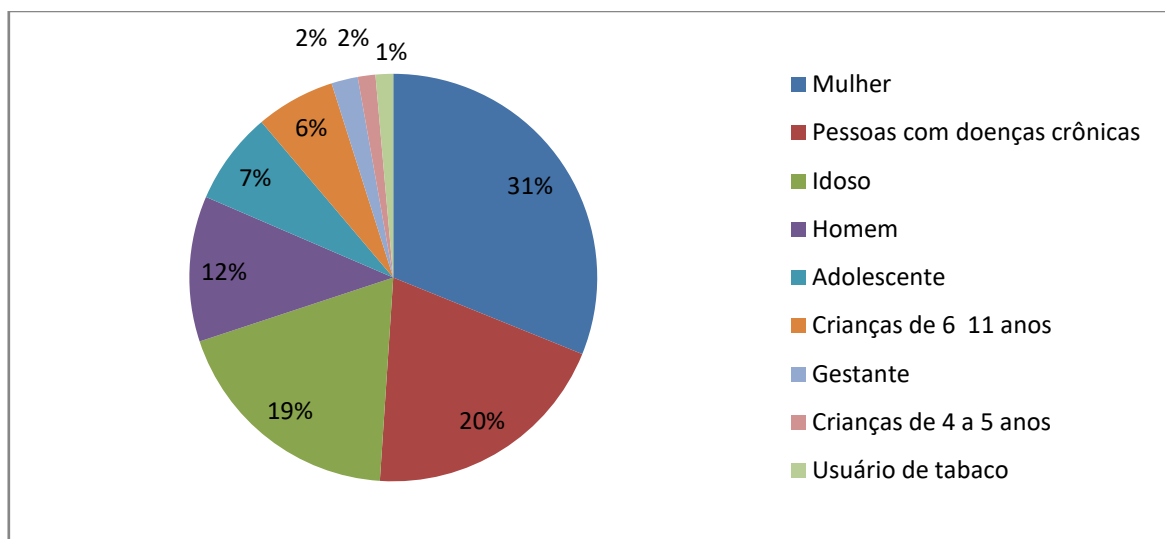
Após destacar as atividades desenvolvidas pela equipe do NASF AB, o próximo tópico irá apresentar detalhadamente esses serviços através de dados estatísticos demonstrados por gráficos.

5 ANÁLISE DOS RESULTADOS - PERFIL DOS USUÁRIOS E ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PELA EQUIPE DO NASF AB DE TOCANTÍNIA (TO)

A seguir serão apresentados os resultados através de gráficos sobre os serviços da equipe do NASF AB, no período de 01/01/2018 a 30/06/2018. Os dados foram repassados pelo Sistema e-SUS para uma melhor visualização. Durante a pesquisa foi constatado que os profissionais deixaram de lançar alguns dados necessários por falta de experiência com o sistema eletrônico, ocasionando a não consolidação dos serviços prestados já que foram lançados de forma incompleta.

A primeira etapa de gráficos apresenta informações constantes no relatório de atividade coletiva desenvolvida pela equipe do NASF AB. (ANEXO I)

Gráfico 01 – Público alvo atendido pelo NASF AB de Tocantínia (TO)



Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados no e-SUS, 2018.

Analisando o gráfico 01 é possível constatar que este expõe sobre o público alvo atendido pela equipe do NASF AB, totalizando no período pesquisado 291 atendimentos lançados no sistema e-SUS. Conforme demonstrado, desse total se observa que 31% dos atendimentos foram realizados com pessoas do sexo feminino, o que confirma que as mulheres do município procuraram mais o sistema de saúde neste período.

É importante salientar que o atendimento à mulher pode estar relacionado possivelmente pela menor inserção desta no mercado formal de trabalho, por ter maior disponibilidade em acompanhar a sua saúde e a dos seus filhos.

A mulher, embora tenha conquistado espaços no mundo do trabalho, carrega responsabilidades históricas do cuidado dos afazeres domésticos e para com os membros da família numa tensão muito maior do que colocada ao homem. Nessa perspectiva, a mulher é cobrada e também se cobra de responsabilidades que antes poderiam ser exclusivas, pela condição de ser somente designada a “cuidar” do lar (SANTOS, 2016, p. 64).

Mesmo após a conquista de seus direitos, as mulheres ainda são vistas como donas de casa e designadas a resolver todas as demandas familiares. Esse número de atendimentos pode estar associado a esses motivos, devido o município ser pequeno e oferecer poucos locais de trabalho e uma boa parte dos serviços são braçais destinados geralmente aos homens que necessitam manter a família.

Os homens, em geral, não costumam buscar os serviços de saúde com frequência como as mulheres, não somente por estarem ocupados com o trabalho, pois culturalmente eles estão mais envolvidos com a vida pública e o cuidado com a saúde não se coloca como prioridade.

Muitos agravos poderiam ser evitados caso os homens realizassem, com regularidade, as medidas de prevenção primária. A resistência masculina à atenção primária aumenta não somente a sobrecarga financeira da sociedade, mas também, e, sobretudo, o sofrimento físico e emocional do paciente e de sua família, na luta pela conservação da saúde e da qualidade de vida dessas pessoas. (BRASIL, 2008, p.05).

O trabalho de prevenção realizado nas UBS abrange uma parte da população que participados serviços ofertados. O público do sexo masculino como destaca o gráfico tem pouca frequência nesses locais, percebe-se que alguns casos de “Saúde do Homem” quando descobertos já estão agravados pela falta de prevenção da doença ou do tratamento tardio.¹⁸

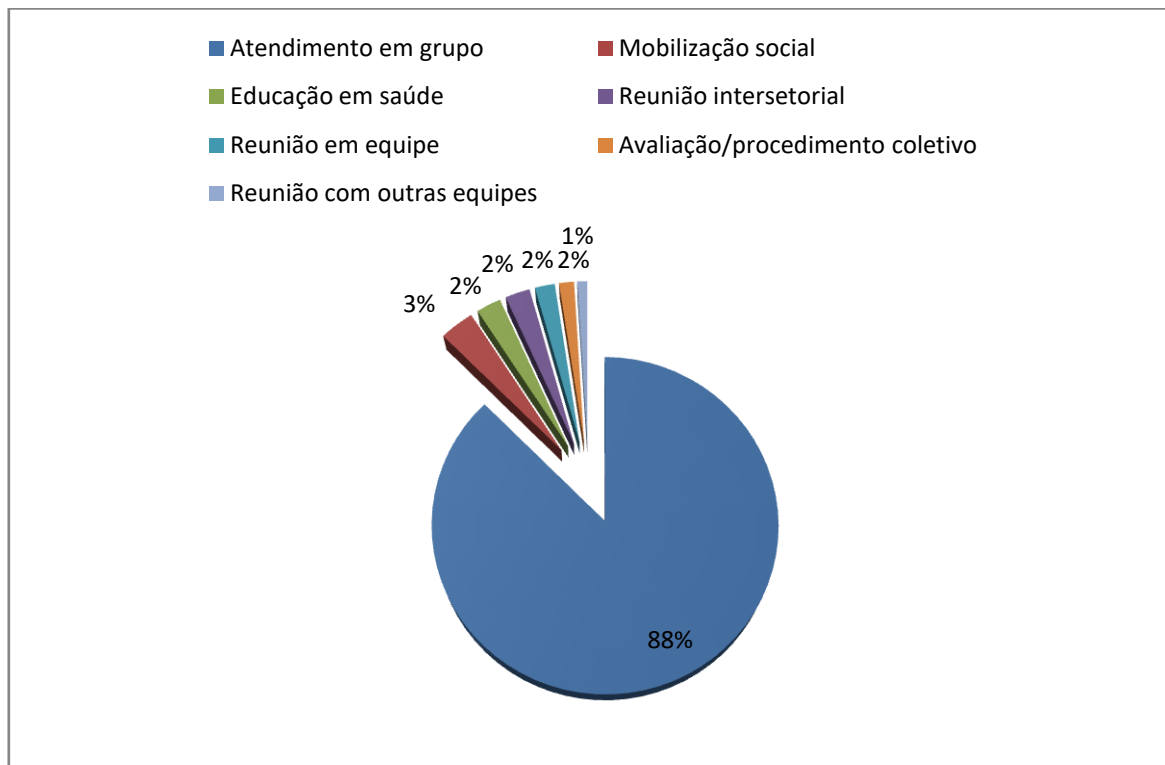
Os aspectos culturais de cada município também contribuem para que a procura dos homens ao serviço de saúde não sejam frequentes. Em algumas regiões as pessoas primeiramente se trataram com medicamentos caseiros, e

¹⁸Ver mais sobre em: POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM (Princípios e Diretrizes) Brasília, novembro de 2008.

somente após não conseguir reverter o estado de saúde é que procuram o serviço médico.

Durante os atendimentos nas UBS são desenvolvidos algumas atividades com esse público, vejamos a representação desses dados no gráfico 02:

Gráfico 02 – Atividades desenvolvidas pela equipe do NASF AB com os usuários



Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados constantes no e-SUS, 2018.

Esse gráfico apresenta as atividades desenvolvidas pela equipe do NASF AB com os usuários do SUS, neste período da pesquisa foram lançadas 208 atividades, sendo que 88% (182) foram realizadas em grupo. A equipe que compõe o NASF AB tem como uma de suas atribuições o trabalho coletivo com foco na educação em saúde, com temas relacionados à prevenção e promoção de saúde a população de Tocantínia (TO).

Os grupos são um dispositivo potente de educação em saúde, trocas entre os usuários e destes com a equipe de saúde. Essa abordagem deve estimular a reflexão sobre o adoecimento e os fatores envolvidos nesse processo para, a partir disso, estimular formas de autocuidado e mudança de atitude. Os grupos podem ser organizados de diversas formas, de

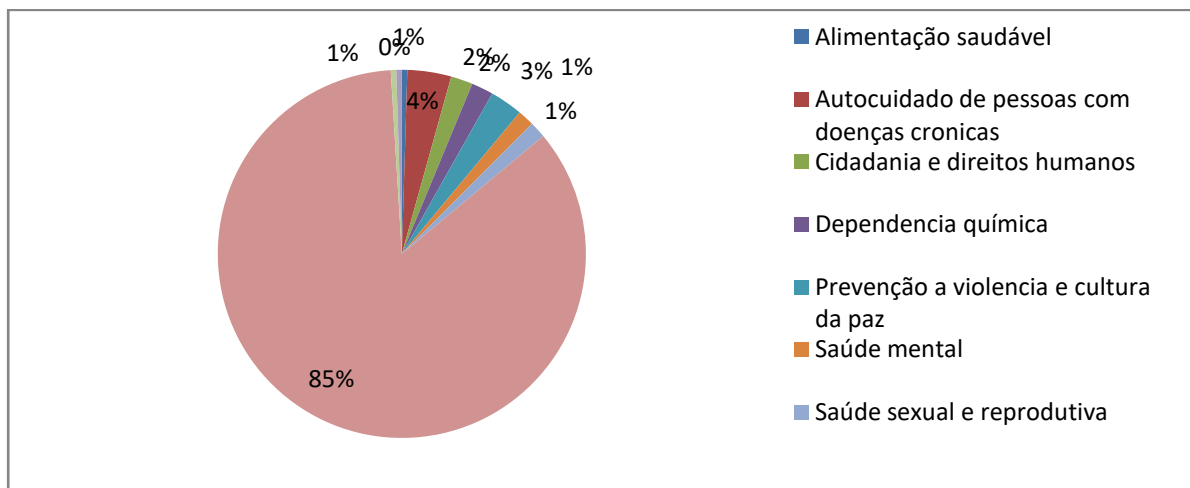
acordo com as necessidades da população, respeitando as técnicas para o seu manejo e a sua organização. As dimensões a serem abordadas devem ser adequadas ao objetivo proposto e ao perfil dos usuários. Devem ser privilegiadas abordagens criativas que envolvam a participação coletiva (BRASIL, 2013, p.21-22).

Trabalhar em grupo é uma das formas de abranger um quantitativo maior de pessoas com as atividades ofertadas pela equipe do NASF AB, e durante esses encontros o contato com o outro possibilita uma maior interação e socialização dos temas.

O gráfico expõe outras atividades em que são trabalhadas de forma coletiva como a mobilização social, que se conta como ações que acontecem de forma externa em ambientes abertos, através de rodas de conversas, reuniões, palestras, caminhadas e pedaladas.

A reunião entre equipe e intersectorial também é muito válida diante das discussões apresentadas e experiências compartilhadas. Todas essas atividades trazem ganhos desde o momento que se pode abordar um assunto com várias pessoas até ao lançar as informações no sistema. Essas atividades trazem ganhos através das informações repassadas por um público maior. O gráfico 03 mostra os temas trabalhados durante esses grupos.

Gráfico 03 – Temas trabalhados pela equipe do NASF AB



Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados constantes no e-SUS, 2018.

Como apresentado no gráfico 03, a equipe do NASF AB no município é responsável em realizar diferentes ações em saúde trabalhando coletivamente com diversos temas. Nesse sentido, as práticas grupais constituem importantes recursos de atendimento aos usuários da Atenção Básica.

O gráfico 03 mostra alguns desses temas trabalhados, analisando e é válido ressaltar que o sistema eletrônico e-SUS não apresenta todos os temas trabalhados pela equipe do NASF AB, e não permite que os profissionais acrescentem informações diferentes das preestabelecidas pelo sistema. Alguns dos temas que foram trabalhados nesse período são: promoção das práticas corporais; da atividade física e do lazer nas escolas; promoção da saúde ocular; situação vacinal; prevenção ao uso de álcool, tabaco, crack e outras drogas; planejamento familiar; a importância da amamentação; prevenção ao suicídio e valorização da vida; saúde do trabalhador; prevenção ao câncer de mama e de próstata; prevenção contra a dengue e chikungunya.

Por este motivo de 208 atividades desenvolvidas, 85% (177) não foram lançadas com a opção específica e ficaram como “**outros**”, ou seja, a maioria não foi identificada. O segundo índice mais trabalhado foi referente ao “autocuidado de pessoas com doenças crônicas” totalizando 4% (8).

As doenças crônicas compõem o conjunto de condições crônicas. Em geral, estão relacionadas a causas múltiplas, são caracterizadas por início gradual, de prognóstico usualmente incerto, com longa ou indefinida duração. Apresentam curso clínico que muda ao longo do tempo, com possíveis períodos de agudização, podendo gerar incapacidades. Requerem intervenções com o uso de tecnologias leves, leve-duras e duras, associadas a mudanças de estilo de vida, em um processo de cuidado contínuo que nem sempre leva à cura (BRASIL, 2013, p.5).

Pode-se constatar que esse tema é trabalhado mensalmente nos grupos de Hiperdia, que segundo o Ministério da Saúde foi criado desde 2002 visando o acompanhamento constante dos pacientes com agravos relacionados a hipertensão e diabetes. O grupo tem como objetivo estabelecer metas para ampliar ações de prevenção, diagnóstico, tratamento e controle de doenças (BRASIL, 2003).

Os outros temas citados no gráfico não são menos importantes, apenas não tiveram tanto foco, pois são trabalhados durante as ações do PSE realizadas com mais frequência no segundo semestre do ano.

Cada tema totalizou uma mínima porcentagem, sendo a “saúde mental”(1%), “cidadania e direitos humanos” (2%), “prevenção a violência e cultura da paz”(3%)e “alimentação saudável” (1%). Uma questão identificada foi a necessidade de ter um Nutricionista na equipe, devido alguns temas relacionados à alimentação serem trabalhados de forma superficial, pois a prática de atividades físicas como a dança e o treinamento funcional precisam de orientação quanto a sua eficácia relacionada a uma alimentação saudável.

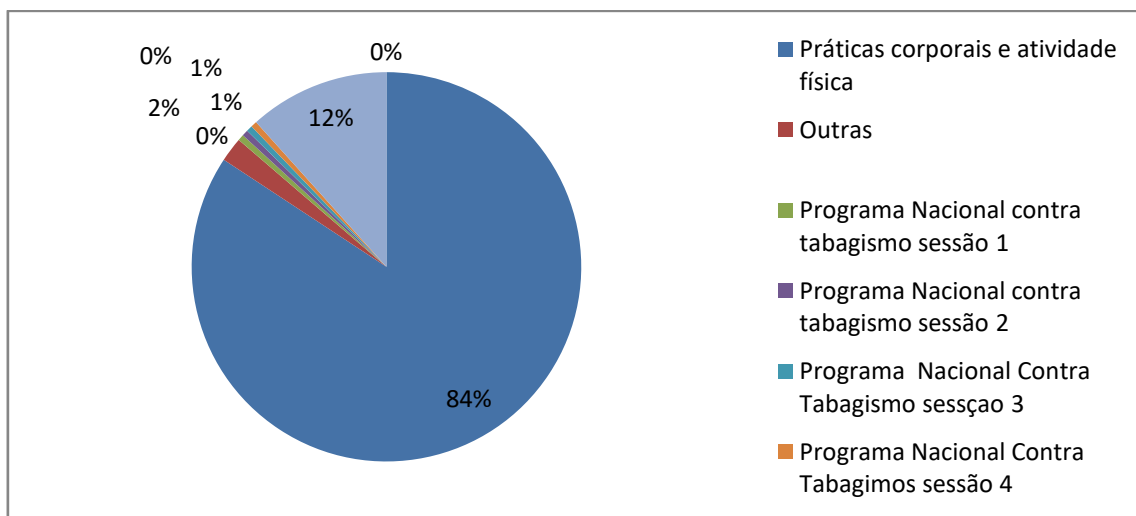
Sobre “dependência química” (2%) são realizados atendimentos e visitas domiciliares quando detectada pela equipe de saúde ou pedido de familiares, orientando e encaminhando as pessoas que necessitam de informações e cuidados devidos para que consigam reverter o quadro de saúde em que se encontram.

O tema “saúde sexual e reprodutiva” (1%) é abordado nos grupos de planejamento familiar trabalhados com adolescentes nas escolas e casais que desejam planejar a constituição da família através do número de filhos.

Diante do que foi apresentado pode-se concluir que o sistema tem suas falhas, pois os temas abordados deveriam ser expostos e lançados, para que todas as informações necessárias estivessem divulgadas.

Além dessas atividades desenvolvidas outros grupos são ofertados com diversas práticas em saúde, como demonstra o gráfico 04.

Gráfico 04 – Apresenta as práticas em saúde



Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados constantes no e-SUS, 2018.

Este gráfico aponta as práticas de saúde trabalhadas devidamente em grupos de educação em saúde na Atenção Básica, no sentido de mudar hábitos de vida dos usuários. O Ministério da Saúde por meio do Caderno de Atenção Básica, nº 39, propõe que:

[...] as práticas grupais de educação em saúde na Atenção Básica são excelentes espaços e oportunidades de promoção à saúde. O vínculo, o acolhimento, a escuta, o apoio, o suporte e o espaço de reflexo que existem nesses grupos promovem saúde, fortalecendo os sujeitos e prevenindo o adoecimento. Mas podemos ousar ir além. Existem hoje, na Estratégia Saúde da Família, diversos exemplos de grupos que começam a ser feitos nessa lógica de empoderamento e de participação, mas não apenas dentro de uma perspectiva de educação em saúde. São grupos de suporte e de apoio, promovendo novos hábitos, atividades, modificando estilos de vida e relações interpessoais. Além disso, esses grupos representam intervenções especialmente eficazes em termos de promoção e de prevenção (BRASIL, 2014, p. 68).

O gráfico referente as práticas de saúde destaca 197 atividades realizadas, 84% (166) se referem as práticas corporais e atividades físicas que é trabalhado na Academia de Saúde por direcionamento do Professor de Educação Física nas aulas de treinamento funcional e dança e o NASF AB com atividades de educação em saúde com os profissionais de Serviço Social, Psicologia e Fisioterapia.

Para se ter uma boa qualidade de vida é necessário a prática de atividade física regular, como caminhadas, exercícios os quais contribuem com a prevenção de doenças como hipertensão, diabetes, obesidade e entre outras.

A atividade física é definida como qualquer movimento corporal decorrente da contração muscular, com dispêndio energético acima do repouso que, em última análise, permite o aumento da força física, flexibilidade do corpo e maior resistência, com mudanças, seja no campo da composição corporal ou de desempenho desportiva. A prática de atividade física regular demonstra a opção por um estilo de vida mais ativo, relacionado ao comportamento humano voluntário, onde se integram componentes e determinantes de ordem biológica e psico- sócio-cultural (BATISTA et al, 2003, p.2).

Manter esse ritmo diariamente traz benefícios para toda vida. O município de Tocantínia (TO) dispõe de um local apropriado para desenvolver atividades físicas - Academia de Saúde - um espaço de suma importância para a população tocantiniense, pois desde sua implantação a população tem livre acesso ao

equipamento de segunda a sexta-feira com acompanhamento do Professor de Educação Física.

A outra prática em saúde é referente ao Programa Nacional Contra o Tabagismo (PNCT), que na UBS é apresentado como grupo de tabagismo em que os pacientes que pretendem parar de fumar passam pelo acompanhamento profissional durante quatro sessões presenciais. Segundo o Manual fornecido pelo Ministério da Saúde por meio do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes (INCA), o objetivo do programa é:

[...] ajudar os participantes a deixarem de fumar, fornecendo-lhes todas as informações e estratégias necessárias para direcionar seus próprios esforços nesse sentido. Ele consiste de uma abordagem ativa e pragmática, em que os participantes são incentivados a aplicar o que aprenderam com o Programa em outros aspectos da sua vida (INCA, 2014, p. 4).

As informações e acompanhamentos semanais são importantes devido à dificuldade em parar de fumar de alguns pacientes, vinda da dependência causada pela nicotina contida do cigarro, além das associações que as pessoas fazem ao fumarem acompanhadas do uso do café no momento de estresse e ansiedade.

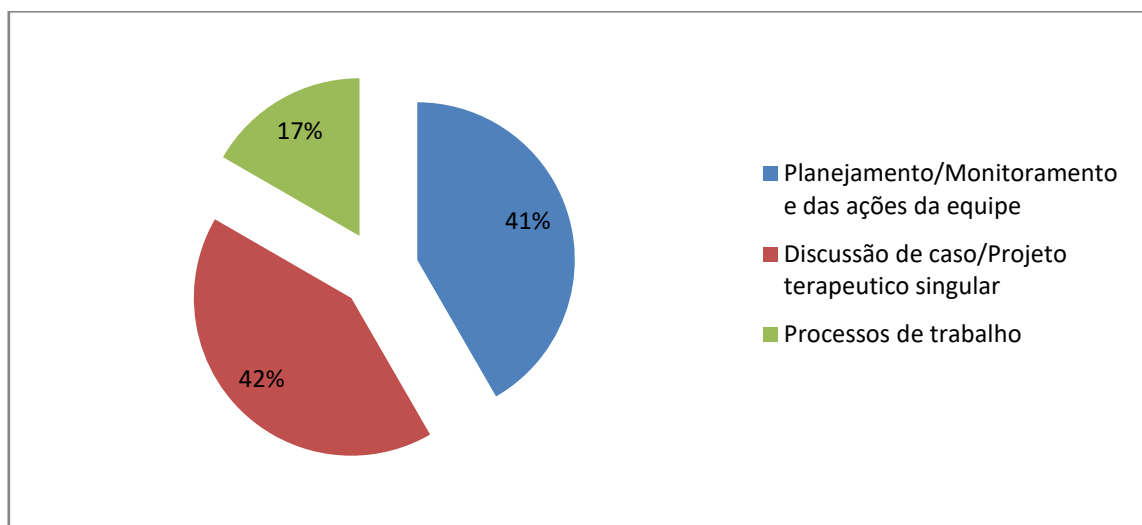
No município de Tocantínia (TO) a demanda é reprimida, a estratégia adotada pelos profissionais é realizar busca ativa quando pretendem iniciar o grupo, um dos principais motivos está relacionado ao não reconhecimento da dependência, as pessoas ficam intimidadas quando o convite é feito pelos profissionais da Atenção Básica e afirmam ter dificuldades em se expor a outras pessoas durante as sessões em grupo.

Este grupo é reconhecido no município desde quando se iniciou o NASF AB há dois anos. É de grande relevância, pois além de ter momentos de trocas de conversas, ex-participantes relatam suas experiências positivas, além disso é distribuída a medicação gratuitamente que auxilia durante o período do tratamento, inibindo um pouco a “fissura” surgida pela nicotina que é o componente que causa dependência ao usuário.

Para organizar esse grupo, o coordenador repassa as informações para os outros profissionais tanto da recepção como da equipe do NASF AB para discutirem estratégias desde a inscrição dos participantes, como das atividades que serão desenvolvidas durante as sessões.

Esses planejamentos são feitos através de reuniões entre a equipe, no gráfico seguinte mostraremos sobre os temas discutidos durante outras reuniões de equipe entre o NASF AB e PSF, em que são compartilhados evoluções dos casos. Cada atividade grupal é desenvolvida por todos os profissionais, para que cada um se responsabilize e não sobrecarregue somente um. Todo esse planejamento é feito através de reuniões para se discutir as estratégias utilizadas, o gráfico 05 destaca alguns temas trabalhados.

Gráfico 05 –Temas para reunião



Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados constante no e-SUS, 2018.

Analisando o gráfico 05 no que se refere aos temas discutidos durante as reuniões de equipe percebe-se que este é um espaço de suma importância para as discussões de casos e outros assuntos relacionados ao processo de trabalho e que por muitas vezes na correria do dia a dia a equipe não se reúne para discutir esses processos.

As reuniões de acordo com Souza (2008) são espaços coletivos de encontros grupais, os quais têm como objetivo o estabelecimento de alguma espécie de reflexão ou encaminhamento sobre determinado assunto ou ainda a tomada de decisão. São espaços apropriados para discutir casos referentes ao trabalho, como planejar uma ação, uma palestra, uma dinâmica ao se iniciar uma atividade coletiva.

A equipe do NASF AB se destacou como mostra o gráfico 05, pois de 14 reuniões, ou seja 41% (5) foram referentes ao tema de Planejamento/Monitoramento

das ações da equipe, e Discussões de Caso/Projeto Terapêutico Singular também com 42% (5). Segundo os autores;

Planejar significa organizar, dar clareza e precisão à própria ação; transformar a realidade numa direção escolhida; agir racional e intencionalmente; explicitar os fundamentos e realizar um conjunto orgânico de ações (LEWGOY E SILVEIRA, 2007, p. 236).

As reuniões acontecem com os usuários do SUS e também de forma interna e externa entre as equipes quando é necessário discutir o processo de trabalho. As discussões feitas com as redes de atenção a saúde externamente são realizadas através de visitas aos locais com objetivo de conhecer as particularidades e realidade de cada órgão, em que são compartilhadas experiências sendo que o mesmo paciente que é atendido pela equipe do NASF AB também é atendido pela rede, exemplo o CAPS e CRAS.

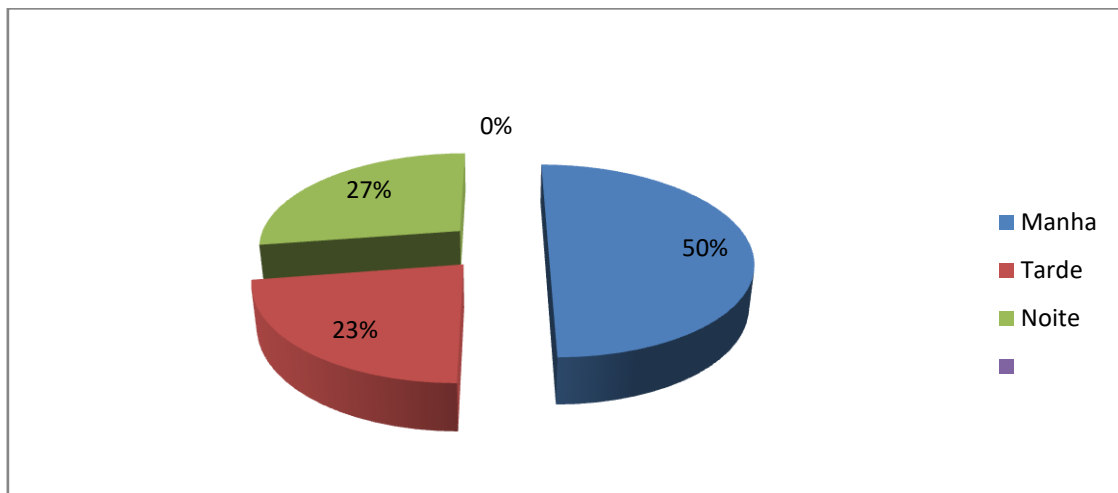
Temos o Projeto Terapêutico Singular (PTS) que é uma ferramenta utilizada quando é necessário discutir casos e tomar uma iniciativa em conjunto.

O PTS é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário. Geralmente é dedicado a situações mais complexas. No fundo é uma variação da discussão de “caso clínico”. Foi bastante desenvolvido em espaços de atenção à saúde mental como forma de propiciar uma atuação integrada da equipe valorizando outros aspectos, além do diagnóstico psiquiátrico e da medicação, no tratamento dos usuários (BRASIL, 2007, p. 40).

Esse documento é elaborado por toda a equipe em que todas as trocas de saberes e informações são necessárias para o acompanhamento do caso. Nessas discussões toda a equipe e suas opiniões são importantes para entender a demanda em discussão e para definição de propostas de ações. Uma estratégia criada pela equipe do NASF AB de Tocantínia (TO), foi realizar um PTS com os casos relacionados a saúde mental e pessoas acamadas, devido os cuidados serem mais prolongados e toda a equipe necessitar acompanhar o que acontece em todos os atendimentos, assim o PTS fica disponível para a equipe analisar e preencher assim que necessário.

Todas essas atividades são desenvolvidas em diferentes turnos, como mostra o gráfico 06.

Gráfico 06 – Turno dos atendimentos



Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados constantes no e-SUS, 2018.

Diante de todas as atividades coletivas desenvolvidas, o gráfico06 expõe sobre os turnos dos atendimentos, se destacando com maior índice dos atendimentos pela manhã com 50% (104), um período em que acontece a maioria dos grupos, sendo um horário mais acessível às pessoas, com um clima mais apropriado para participarem de atividades físicas e de comparecer a UBS, em que muitos se deslocam a pé ou de bicicleta.

A população mais predominante nesses grupos é: na puericultura que são mães e seus filhos até 3 anos de idade; no grupo de hiperdia geralmente são idosos e adultos de várias idades se destacando a faixa etária a partir dos 30 anos e atividade física com idosos cuja parceria vem do CRAS em que o grupo foi criado por eles e a equipe do NASF AB apenas dá o apoio.

No período da tarde acontecem atendimentos individuais e coletivos como visita domiciliar que totalizou 23% (47). O público alvo são pessoas acamadas, idosos e outras demandas que são encaminhadas para a equipe e realizado o acompanhamento. Os outros atendimentos são realizados na UBS e uma vez na semana são desenvolvidas ações de educação e saúde nos órgãos parceiros como as escolas e CRAS.

A noite geralmente são atividades que acontecem na Academia de Saúde como dança, atividade física e momentos de educação em saúde totalizando 27% (57). É aberta à população em geral e para as atividades de funcional e dança a

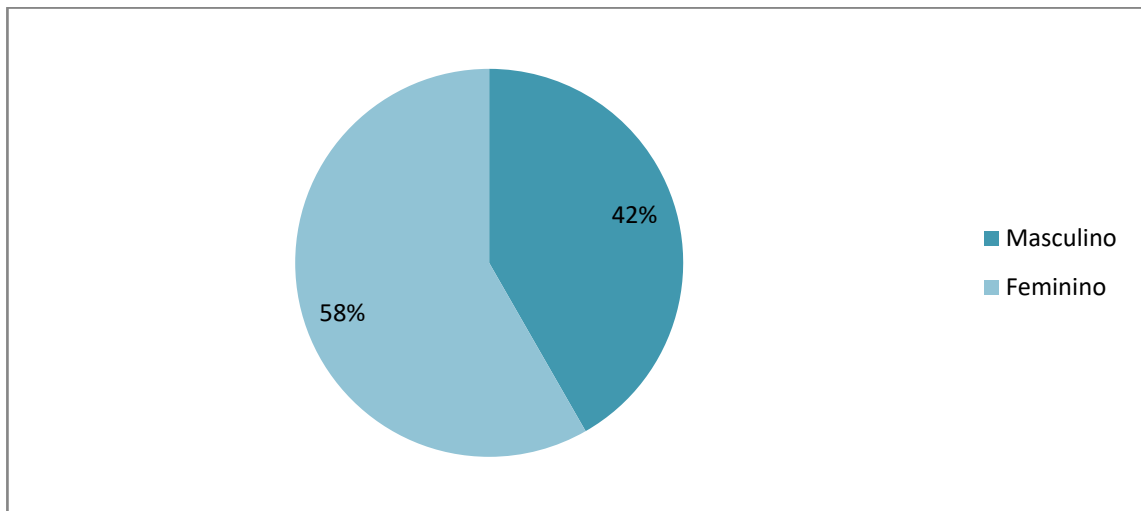
maioria são mulheres que trabalham durante o dia e querem manter boa forma ou somente se exercitar.

Após análise dos dados referente aos turnos de realização dos atendimentos, se finaliza os dados sobre às atividades coletivas e em seguida será exposto os dados dos atendimentos individuais.

5.1 Relatório de atendimento individual dos profissionais do NASF AB

Os atendimentos individuais acontecem quando há necessidade da pessoa ser atendida por apenas um profissional. A equipe do NASF AB em Tocantínia (TO), também realiza este tipo de atendimento em que serão apresentadas as atividades desenvolvidas de forma individual por cada profissional.(ANEXO II).

Gráfico 07 – Sexo da população atendida.



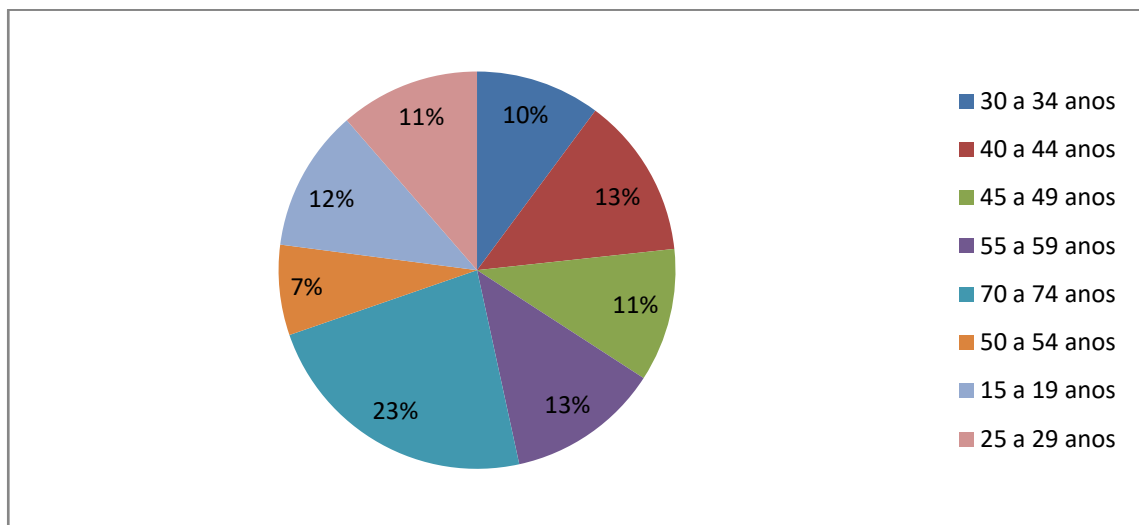
Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados constantes no e-SUS, 2018.

Diante dos dados, constatamos, no que se refere ao sexo dos usuários, que a maioria corresponde novamente ao sexo feminino. Na amostra pesquisada foram encontrados 58% (489) do sexo feminino e 42% (350) do sexo masculino, conforme demonstra o gráfico. Novamente refere-se a mulher e sua disponibilidade, considerando a pouca inserção no mercado de trabalho formal neste município, o compromisso em cuidar dos filhos e a maior preocupação com sua saúde, como já

apontado anteriormente. O homem é mais resistente a alguns sintomas e mesmo necessitando de atendimento de saúde tardam a procurar a UBS.

Após análise do sexo, é possível verificar no gráfico 08 a faixa etária desses atendidos, chamando atenção para um maior quantitativo das pessoas de 70 a 74 anos, ou seja, idosos.

Gráfico 08 – Faixa etária dos usuários atendidos



Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados constantes no e-SUS, 2018.

Este gráfico se refere a faixa etária dos usuários atendidos pela equipe do NASF AB de forma individualizada. A maioria dos usuários atendidos refere-se à população idosa 70 a 74 anos totalizando 22%(132). Enquanto a menor parcela dos atendidos encontra-se entre 50 a 54 anos (7%). É preciso levar em consideração nesta análise que a faixa etária de maior e menor frequência de atendidos está inserida em um grupo oferecido mensalmente pelo CRAS com parceria do NASF AB e também no grupo de Hiperdia destinado aos hipertensos e diabéticos, esses grupos têm a participação de muitos idosos, o que o autor Felix(2007, p.1) justifica que:

O envelhecimento da população brasileira está relacionado a um fenômeno mundial. Segundo a Organização das Nações Unidas (ONU), em seu último relatório técnico “Previsões sobre a população mundial”, elaborado pelo Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais, nos próximos 43 anos o número de pessoas com mais de 60 anos de idade será três vezes maior do

que o atual. Os idosos representarão um quarto da população mundial projetada, ou seja, cerca de 2 bilhões de indivíduos (no total de 9,2 bilhões). No critério da Organização Mundial da Saúde (OMS), é considerado idoso o habitante de país em desenvolvimento com 60 anos ou mais e o habitante de país desenvolvido com ou acima de 65 anos. Em 2050, a expectativa de vida nos países desenvolvidos será de 87,5 anos para os homens e 92,5 para as mulheres (contra 70,6 e 78,4 anos em 1998). Já nos países em desenvolvimento, será de 82 anos para homens e 86 para mulheres, ou seja, 21 anos a mais do que os 62,1 e 65,2 atuais.

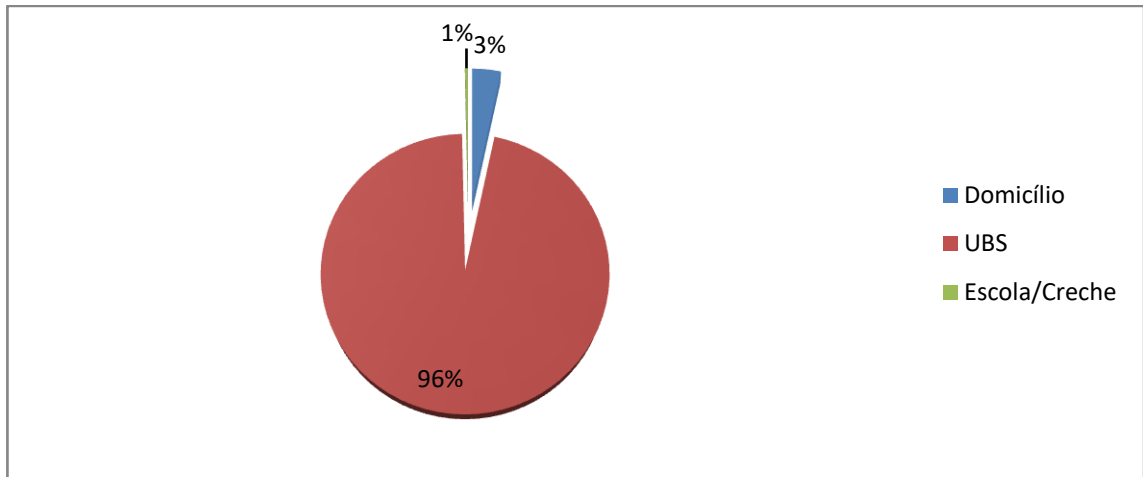
A população tende a ficar cada vez mais idosa, no gráfico observamos que a maior parcela da amostra pesquisada encontra-se na faixa etária de 70 a 74 anos, o que demonstra a relevância dos serviços chegarem até esse público e ainda por ser a população mais atendida.

Sabemos que a saúde é um direito universal e o idoso tem prioridade nesse serviço, considerando que muitos são totalmente dependentes desse sistema público diante do rendimento familiar, da aposentadoria que muitas vezes é a única renda para manter a família.

Outras faixas etárias que tiveram a mesma quantidade de atendidos foi a 15 a 19 anos, de 40 a 44 anos e de 55 a 59 anos, cada uma delas totalizou 13% dos atendimentos. A esse público são ofertadas atividades individuais com os profissionais que compõem a equipe por meio de escuta inicial, orientação, também visita domiciliar, como atividades coletivas de promoção à saúde na academia de Saúde, exemplo são os grupos de hiperdia, grupos sobre sexualidade, de dança e funcional. Com os jovens de 15 a 19 anos são trabalhadas atividades nas Escolas com palestras educativas que abordam temas pactuados no PSE, com o objetivo de promover a saúde e prevenir certos acontecimentos por não terem sido orientados, como gravidez na adolescência, uso abusivo de álcool e outras drogas, bullying e outros.

As outras faixas etárias de pessoas atendidas foram 25 a 29 anos com 11%, de 45 a 49 anos e de 30 a 34 anos com 10% dos atendimentos. Observa-se que a população usuária é diversa, corresponde a várias idades conforme aponta o gráfico 08. A pesquisa também se preocupou em saber onde essas pessoas estão sendo atendidas, o que foi representado pelo gráfico 09.

Gráfico 09 – Local de atendimento



Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados constantes no e-SUS, 2018.

Os atendimentos individuais realizados pela equipe do NASF AB acontecem a maior parte na UBS em razão da garantia do sigilo durante o atendimento. Do total de 839 atendimentos, 96% (807) foram realizados na sala de atendimento individual do NASF AB e 3% (28) foram realizados no domicílio, principalmente quem tem dificuldades de se locomoverem até a UBS e necessitarem de um cuidado domiciliar.

A confiança do usuário é conquistada de forma gradativa durante esses atendimentos dependendo do ambiente e alguns fatores que influenciam na aproximação entre o profissional e o usuário.

O dever de sigilo profissional é, também, um direito do paciente no que concerne à própria defesa do efetivo exercício da autonomia, mediante a proteção da intimidade existencial e de sua influência na tomada de decisões. O dever de sigilo como proteção da autonomia compreende o direito do paciente de decidir livremente, tão somente conforme a legalidade e seu próprio modo de pensar (BÔAS, 2015, p. 516).

Segundo o Código de Ética Profissional do Assistente Social de 1993 em seu Capítulo V referente ao Sigilo Profissional cita que:

Art. 15 Constitui direito do/a assistente social manter o sigilo profissional.

Art. 16 O sigilo protegerá o/a usuário/a em tudo aquilo de que o/a assistente social tome conhecimento, como decorrência do exercício da atividade profissional.

Parágrafo único Em trabalho multidisciplinar só poderão ser prestadas informações dentro dos limites do estritamente necessário.

Art. 17 É vedado ao/à assistente social revelar sigilo profissional.

Art. 18 A quebra do sigilo só é admissível quando se tratarem de situações cuja gravidade possa, envolvendo ou não fato delituoso, trazer prejuízo aos interesses do/a usuário/a, de terceiros/as e da coletividade.

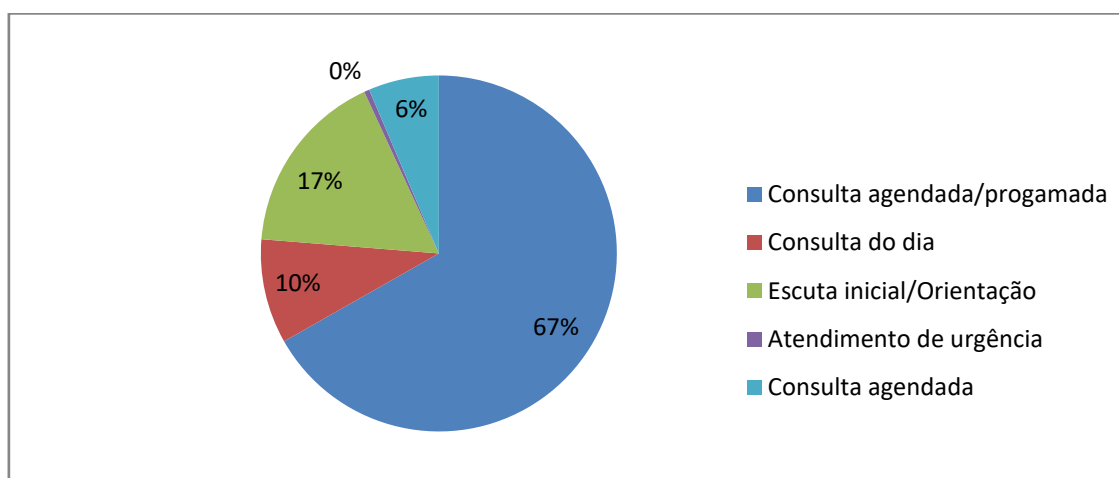
Parágrafo único A revelação será feita dentro do estritamento necessário, quer em relação ao assunto revelado, quer ao grau e número de pessoas que dele devam tomar conhecimento.

Esse compromisso é firmado pelo Assistente Social como usuário permitindo uma aproximação dos mesmos, e a quebra desse sigilo pode trazer danos tanto para profissional quanto para o atendido.

Os atendimentos realizados nas escolas ou creches geralmente são pelo Programa Saúde na Escola (PSE), com temas pactuados entre os Secretários de Educação e de Saúde, exemplo desses temas são: Saúde Bucal, Vacinação, Saúde Sexual, Alimentação Saudável, Prevenção de álcool e outras Drogas, Saúde ocular, Prevenção da Dengue. Esse tipo de atendimento totalizou 1% referente a 3 atendimentos nesse período. Pode ser desenvolvido durante o ano, e geralmente se inicia no segundo semestre, por este motivo não se destacou devido à pesquisa ter sido realizada no primeiro semestre. Esse programa é realizado pelo PSF, a equipe do NASF AB apenas dá o apoio, então não é obrigatório o NASF AB participar de todas as ações do PSE.

Para todo procedimento o sistema e-SUS pede para se colocar o tipo de atendimento, o gráfico 10 irá demonstrar.

Gráfico 10 – Tipo de atendimento



Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados constantes no e-SUS, 2018.

O tipo de atendimento ofertado pela equipe do NASF AB demonstrou que de um total de 839 atendimentos, 67% (563) foram agendamentos referentes ao cuidado continuado.

Entende-se por cuidado continuado/ programado aquele ofertado a usuários que apresentam condições que exigem o seu acompanhamento pela equipe de atenção básica. As ofertas, como consultas, exames, procedimentos, são programadas com certa periodicidade, de acordo com a estratificação de risco e as necessidades individuais daquele usuário. São exemplos de cuidado continuado/programado o pré-natal, a puericultura, o acompanhamento de usuários com doenças crônicas ou com problemas de saúde mental. Atenção programada refere-se a um programa específico que define diretrizes essenciais para o cuidado continuado daquele paciente, por exemplo, o programa da criança com asma, programa de pré-natal, entre outros, mas que deve sempre ser singularizado para cada indivíduo (BRASIL, 2013, p.19).

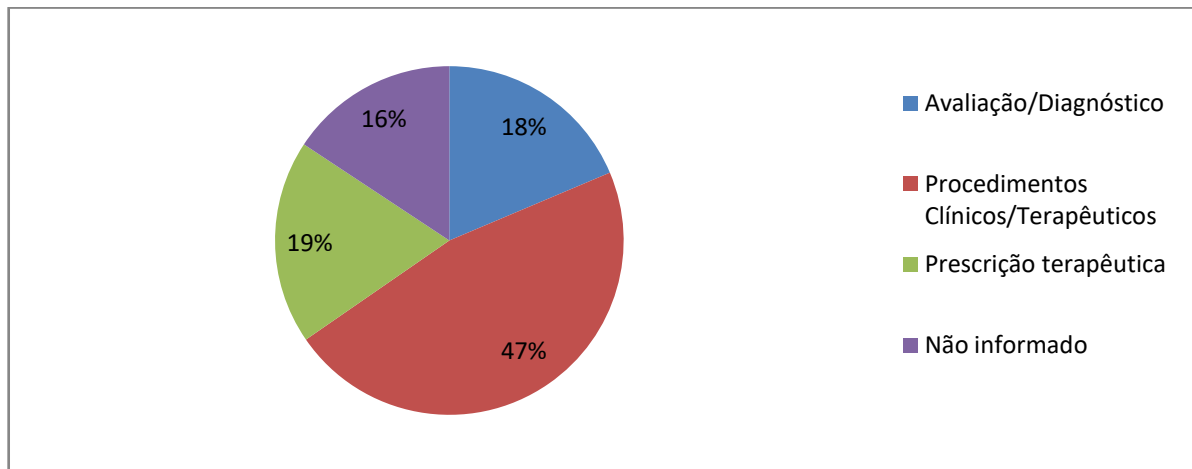
No NASF AB de Tocantínia (TO), o cuidado continuado com horário agendado se destaca no atendimento Psicológico com foco na Saúde Mental e no atendimento de Fisioterapia com foco na Reabilitação, porque os atendimentos relacionados a estes profissionais necessitam de continuidade nos atendimentos, sessões mais extensas para se tratar a doença. Durante esses atendimentos são realizados alguns tipos de procedimentos como mostra o gráfico 11.

Os outros dados são apontados sobre escuta inicial e orientação com 17% (140), essa opção é para um primeiro atendimento para saber qual procedimento e encaminhamento serão necessários durante o acompanhamento. A Consulta do dia totalizou 10% (80) que acontece quando a pessoa além de ter sido atendida em outro setor também foi atendida pela equipe do NASF AB. Outra opção que quase não teve destaque no gráfico refere-se ao Atendimento de emergência com 0% somente com 2 casos, pois sabemos que o NASF AB compõe a Atenção Básica e não realiza serviço de urgência e emergência, mas ao chegar um desses casos a equipe do NASF AB se dispõe a atender, pois em geral estão relacionadas a tentativas de suicídio através do uso abusivo de medicação e automutilação¹⁹.

Durante os atendimentos são realizados os devidos procedimentos que serão mostrados no gráfico 11, segundo as opções ofertadas pelo sistema e-SUS.

¹⁹Quando abordamos a automutilação, estamos nos referindo a pessoas que machucam o próprio corpo de formas diversas, por meio de cortes, queimaduras, autoespancamento, entre outras. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/estic/v21n2/a12v21n2.pdf>. Acesso em 04/06/2019.

Gráfico 11 – Tipo de procedimento realizado durante o atendimento



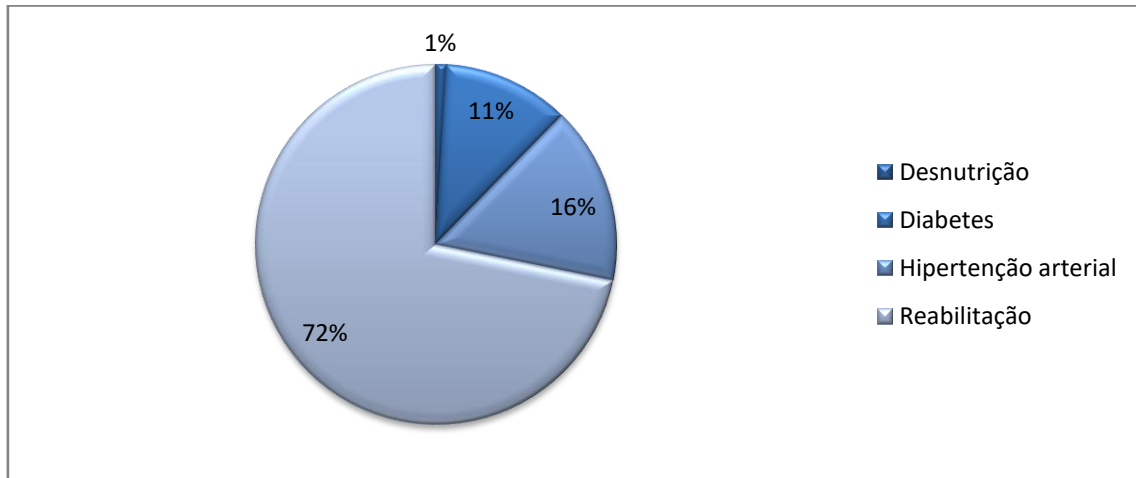
Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados constantes no e-SUS, 2018.

Neste gráfico se destaca que os atendimentos individuais, em sua maioria, foram referentes ao procedimento clínico, terapêutico, de um total de 1057, 47% (494) quase a metade foi dessa modalidade, novamente são referentes a demanda de Psicologia e Fisioterapia quando o cuidado é feito de forma individual. Durante esses atendimentos são feitas as Prescrições terapêuticas com um total de 19% (200), geralmente são os encaminhamentos e orientações feitas através dessas consultas.

Já para o profissional de Serviço Social o sistema eletrônico não dispõe de muitas opções destinadas ao atendimento social, por este motivo o Assistente Social possui certas dificuldades para lançar os procedimentos tomados durante seus atendimentos. A opção que se encaixa melhor é avaliação e diagnóstico, que no gráfico totalizou 18% (197), destacando o quantitativo de atendimentos durante o período.

Quando o Assistente Social percebe que não se encaixa como avaliação o procedimento adotado é selecionado a opção de “não informado”, que se refere no gráfico 16% (166) dos casos devido não ter opção desejada. Condições como essas apontadas continuam aparecendo durante o preenchimento da ficha no sistema eletrônico, percebe-se também essas falhas no gráfico seguinte na parte que aponta as condições avaliadas pelos profissionais durante o processo de consulta ou diálogo.

Gráfico 12 – Condições avaliadas durante os atendimentos



Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados constantes no e-SUS, 2018.

As condições avaliadas apresentadas neste gráfico são detectadas logo na escuta inicial do atendimento, a pessoa é interrogada sobre as possíveis causas do problema de saúde e assim o profissional lança no sistema as informações.

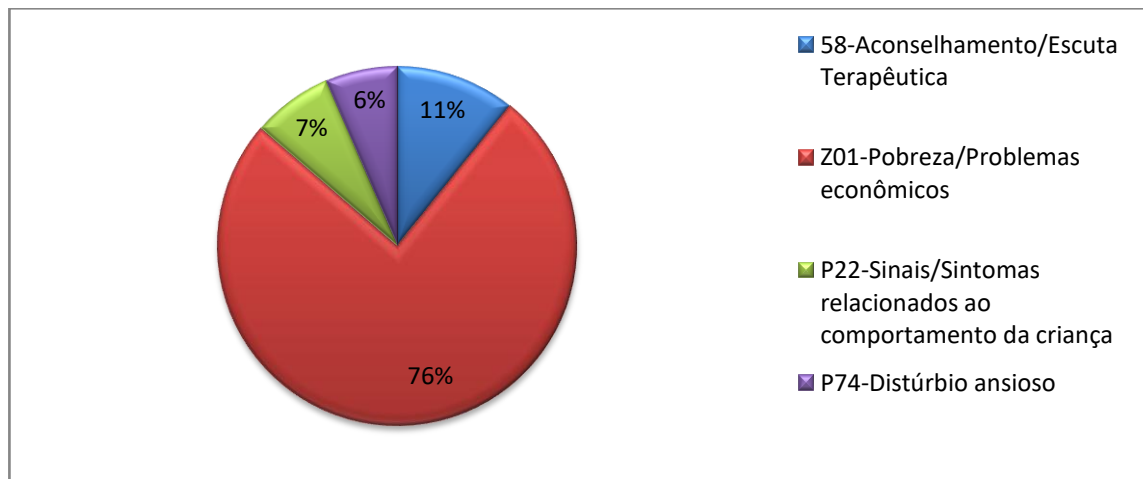
Segundo o gráfico 12, de 956 atendimentos individuais realizados durante o período de seis meses, uma das condições avaliadas mais presente durante os atendimentos citados pelos usuários foram sobre os cuidados referentes à reabilitação com 72% (601). Os pacientes acamados que demandam cuidados paliativos ou necessitam de atenção em reabilitação e suas condições físicas os tornam incapazes de procurarem os serviços na UBS ou em outro local. Nesse sentido o apoio da equipe NASF AB colabora na prestação dos cuidados nos domicílios, que de acordo com Brasil (2012 d, p.23), descreve que a atenção domiciliar potencializa o resgate dos princípios doutrinários do SUS (integralidade-universalidade-equidade) se assumida como prática centrada na pessoa enquanto sujeito do seu processo saúde-doença.

O NASF AB possui dentre suas responsabilidades o cuidado aos indivíduos que por dificuldades de locomover-se não conseguem ir até as ESF e necessitam de reabilitação ou cuidados paliativos no domicílio para a seqüenciados atendimentos. Essa situação demanda a presença de profissionais como o fisioterapeuta que pode compor a equipe NASF AB e os seus atendimentos tanto na UBS como no domicílio são lançados como reabilitação.

Em segunda colocação ficou a opção referente à hipertensão com 55% (133) e diabéticos em terceiro com 11% (95). A hipertensão é mais comum do que o diabetes, as duas são doenças crônicas presentes em usuários, durante os atendimentos os pacientes são orientados a participar das atividades disponibilizadas pelo sistema de saúde como atividade física.

Outras condições do usuário avaliadas pelos profissionais durante o atendimento são demonstrados no gráfico 13.

Gráfico 13 – Condições avaliadas pelos profissionais do NASF AB durante os atendimentos – pela segunda opção – CIAP 2.



Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados constantes no e-SUS, 2018.

A Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP2) é uma opção contida no sistema eletrônico e-SUS que pode ser utilizada por todos os profissionais de nível superior que trabalham na Atenção Básica.

O sistema de Classificação Internacional de Atenção Primária – Segunda Edição (CIAP2) é uma ferramenta adequada à Atenção Básica (AB) que permite classificar questões relacionadas às pessoas e não a doenças. Permite classificar não só os problemas diagnosticados pelos profissionais de saúde, mas os motivos da consulta e as respostas propostas pela equipe seguindo a sistematização SOAP, de Lawrence Weed (Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano). Pode ser utilizado por todos os profissionais de saúde. A CIAP evidencia os motivos de procura do cidadão (sofrimento ou enfermidade) ao serviço de saúde, mesmo que não sejam doenças objetivamente evidenciadas por qualquer tipo de exame (clínico, sangue ou imagem).²⁰

²⁰Fonte: http://www.saude.campinas.sp.gov.br/sistemas/esus/guia_CIAP2.pdf, Acesso em 27/05/2019.

Essa opção contribui no trabalho do profissional facilitando com as informações necessárias no início do atendimento, assim o sistema permite conhecer melhor a demanda do paciente além de ficar gravado todas as informações lançadas e disponíveis para que outros profissionais avaliem ao realizar o procedimento em que a partir do sistema a equipe poderá analisar a demanda do dia.

Essa é a segunda opção que o sistema e-SUS oferece aos profissionais para avaliar e, mas condições do usuário, destacando de 210 casos registrados, 76% (105) procuraram o atendimento devido questões relacionadas à condição de pobreza. Esses atendimentos foram confirmados a sua realização pelo Assistente Social, devido ao adoecimento das pessoas se relacionarem as condições precárias em que estão inseridas, como má alimentação, higienização tanto do corpo como do ambiente domiciliar, exposição a serviços insalubres e outras questões que afetam a saúde mental e física.

Silva (2009, p.157), por exemplo, define pobreza em dois aspectos: “pobreza absoluta relacionada ao não atendimento das necessidades mínimas de sobrevivência e pobreza relativa que diz respeito à estrutura e à evolução do rendimento médio de um determinado país. O que significa dizer que a concepção de pobreza relativa se fundamenta na ideia de desigualdade de renda e de privação relativa em relação ao modo de vida dominante em determinado contexto”.

O trabalho do Assistente Social na área da Saúde segundo a Lei de Regulamentação da Profissão nº 8.662, de 7 de junho de 1993, se destaca em seu artigo 4º sobre as competências do assistente social:

I - elaborar, implementar, executar e avaliar políticas sociais junto a órgãos da administração pública, direta ou indireta, empresas, entidades e organizações populares;

II - elaborar, coordenar, executar e avaliar planos, programas e projetos que sejam do âmbito de atuação do Serviço Social com participação da sociedade civil;

III - encaminhar providências, e prestar orientação social a indivíduos, grupos e à população;

IV - (Vetado);

V - orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos;

VI - planejar, organizar e administrar benefícios e Serviços Sociais;

VII - planejar, executar e avaliar pesquisas que possam contribuir para a análise da realidade social e para subsidiar ações profissionais;

VIII - prestar assessoria e consultoria a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades, com relação às matérias relacionadas no inciso II deste artigo;

IX - prestar assessoria e apoio aos movimentos sociais em matéria relacionada às políticas sociais, no exercício e na defesa dos direitos civis, políticos e sociais da coletividade;

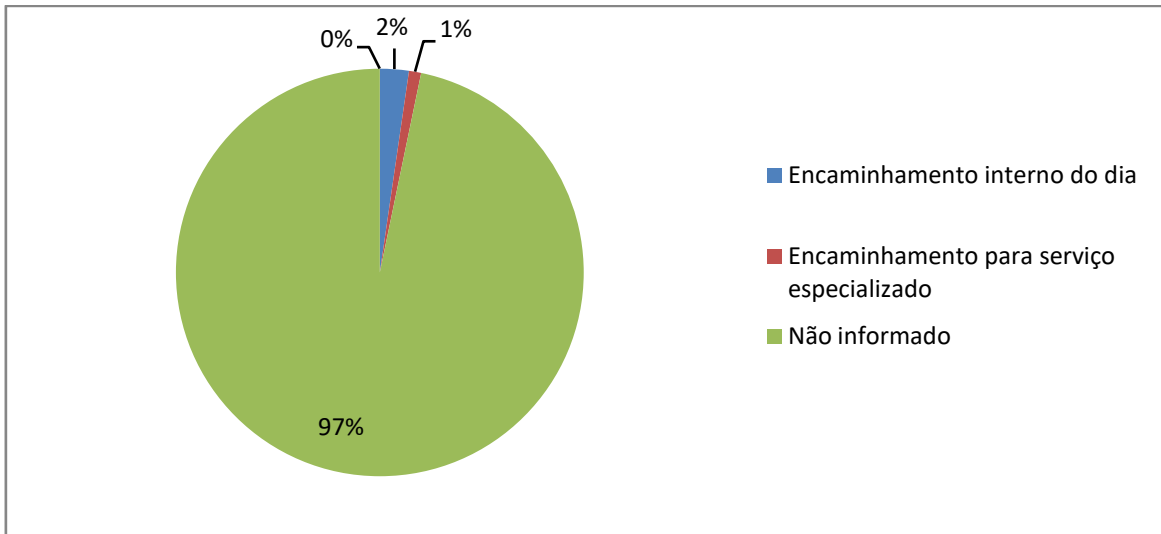
X - planejamento, organização e administração de Serviços Sociais e de Unidade de Serviço Social;

XI - realizar estudos sócio-econômicos com os usuários para fins de benefícios e serviços sociais junto a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades.

As necessidades que surgem no âmbito da saúde através de pessoas que não têm condições financeiras são referentes a compra de um medicamento de uso especial não ofertado pela rede pública, um exame ou consulta de urgência, pois sabemos que pelo sistema da regulação estadual, a fila de espera para se consultar com um especialista é muito extensa. Casos como esses são atendidos na UBS e quando necessário são encaminhados para os devidos locais. Alguns casos são encaminhados para o CRAS devido à necessidade da concessão de um benefício eventual.

Outras situações avaliadas foram referentes ao aconselhamento e escuta terapêutica 11% (15), distúrbio ansioso 6% (9) e sinais/ sintomas relacionados ao comportamento da criança 7% (10). Essas situações são identificadas durante o atendimento Psicossocial em que as duas profissionais identificam e dão continuidade nos atendimentos, seja com um retorno ou um encaminhamento para outros setores ou serviço especializado. No gráfico 14 iremos analisar quais são os encaminhamentos.

Gráfico 14 – Encaminhamentos dos casos após o atendimento pela equipe do NASF AB



Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados constantes no e-SUS, 2018

A maioria dos atendimentos do NASF AB gera um tipo de encaminhamento seja internamente com 2%, para o serviço especializado que totalizou 1%. Como já mencionado o serviço prestado pelo NASF AB é referente a prevenção e promoção de saúde, devido alguns casos serem avançados o encaminhamento é feito de imediato.

No gráfico 14 se destaca a opção de “não informado” se aconteceu algum encaminhamento ou não, é importante destacar esse dado devido a maioria dos atendimentos não terem uma continuidade, seja para um outro setor interno na UBS ou para um serviço especializado, o que significa que não foi necessário.

De um total de 839 atendimentos, 97% (802) não foram informados. É importante trazer esses dados por não ser possível informar o tipo de encaminhamento, pois o sistema aceita somente o que está preestabelecido pela base de dados, por este motivo os profissionais são obrigados a marcarem alguma opção. Nessa opção de “não informado” pode se referir a um atendimento que não teve encaminhamento e foi finalizado naquele momento, como também pode se referir a um encaminhamento para outro órgão ou serviço não destacado no sistema, o que representa um prejuízo para o órgão que não identifica corretamente o serviço prestado.

Como mencionado anteriormente o sistema e-SUS ainda tem suas falhas para abranger todos os atendimentos realizados pela equipe do NASF AB, por este

motivo apontamos para a relevância em discutir o processo de trabalho desse novo campo em muitos municípios.

Todas as análises realizadas através dos gráficos são de suma importância para se conhecer o trabalho realizado pela equipe do NASF AB de Tocantínia (TO). Os estudos trouxeram contribuições válidas aos serviços, diante disso, percebe-se os pontos positivos e negativos do espaço ocupacional.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Serviço Social e Política Social ora apresentado objetivou apresentar o perfil dos usuários atendidos pela equipe profissional do NASF AB composta nesta unidade durante o primeiro semestre do ano de 2018, bem como as atividades realizadas pela equipe técnica no sistema eletrônico denominado e-SUS. O objeto do estudo se caracterizou pela identificação do perfil dos usuários do NASF AB, priorizando conhecer o público abrangido nas atividades desenvolvidas por meio do serviço de prevenção e promoção de saúde apoiando a equipe do Programa de Saúde da Família (PSF).

Os serviços disponibilizados são referentes a promoção e prevenção dos agravos de saúde em apoio as equipes que compõem os serviços de atenção básica. O foco do trabalho foi o NASF AB, constatando-se que é de suma importância para a população de Tocantínia (TO) as atividades individuais e coletivas realizadas diariamente através dos momentos de educação em saúde por meio de palestras.

A experiência profissional da autora contribuiu para aproximação da realidade do programa e da equipe, pois diante da vivência do cotidiano foi possível detectar limites do sistema e-SUS por não contemplar as opções necessárias a todos os profissionais e por este motivo ocasionou algumas falhas ao analisar o perfil do público atendido. Também foram apontados os desafios da equipe e quanto ao acréscimo de informações sobre as atividades ofertadas, o que poderia complementar as questões de saúde dos usuários e colaborar com os dados ao Ministério da Saúde, visando uma ação mais qualificada.

Diante da exposição dos serviços foi possível perceber que a equipe está seguindo as orientações do Caderno nº 39 do Ministério da Saúde, ao realizar as atividades individuais e coletivas, dando primeiramente o apoio à equipe de Saúde da Família que com o surgimento do NASF AB se sentiu completa com os diferentes profissionais inseridos de formações diversas.

Desde as experiências como Assistente Social do NASF AB de Tocantínia percebeu-se que os profissionais devem se esforçar para oferecer um atendimento de qualidade às pessoas com o objetivo de garantir e defender o direito da população usuária do serviço através do compromisso ético com a profissão.

Diante do que foi mencionado no estudo, ao analisar os dados concluiu-se que a saúde pública no Brasil desde o início do SUS vive momentos de transformação, buscando a cada dia ofertar os serviços com qualidade e no tempo necessário. Existem alguns impedimentos devido aumento da demanda ocasionando a super lotação nos serviços de saúde e surgem as grandes filas de espera para se realizar um procedimento. O sistema de saúde público ainda tem suas deficiências e mesmo com grandes desafios o SUS é uma conquista, principalmente por ter serviços de média e alta complexidade que muitos dos brasileiros não teriam condições financeiras de acessar devido ao alto custo.

A precarização do SUS é inegável diante das terceirizações dos funcionários e das empresas que prestam serviços e que tiram a oportunidade dos trabalhadores em reivindicar os seus direitos por viverem pressionados a trabalharem através de contrato.

Observamos alguns desafios quanto ao sistema e-SUS por ter ainda irregularidades e necessitar de atualizações para que todos os profissionais do NASF AB tenham opções e espaços próprios para lançarem seus atendimentos, valorizando as ações de cada profissional. Dessa forma será possível detalhar ao Ministério da Saúde os temas que estão sendo trabalhados com mais frequência e assim identificar com mais precisão a demanda do serviço, o que trará mais qualidade ao serviço não ao invés dos profissionais se utilizarem da opção “outros”, em decorrência do sistema não permitir acrescentar o tema desejado, além de ficar registrado qual encaminhamento será feito, em que poderá analisar se realmente o trabalho com a Rede de Atenção à Saúde está sendo efetivado ou não.

Após essas considerações, fica claro que os objetivos da pesquisa com foco na identificação do perfil dos usuários atendidos pela equipe do NASF AB de Tocantínia (TO) foram alcançados, tendo em vista que mediante coleta de dados (por meio do sistema eletrônico e-SUS) conseguimos levantar os dados sobre os usuários atendidos no NASF AB, possibilitando o conhecimento do perfil dos usuários, como idade, sexo, sendo o feminino o mais atendido tanto na forma individual como na coletiva, e um significativo público de idosos de 70 a 74 anos que foram os mais presentes nos atendimentos, assim como a sequência que se teve os atendimentos, se foi necessário ser continuado ou não.

Os resultados da pesquisa também foram suficientes para demonstrar quanto a relevância de conhecer os dados e trazer para a equipe do NASF AB um novo olhar diante dos seus atendimentos e atentar para o lançamento das informações no sistema eletrônico sendo possível identificar o perfil do público atendido e as atividades desenvolvidas. Esses dados trouxeram informações comprobatórias suficientes ao que a equipe vinha discutindo sobre o sistema eletrônico, ou seja, que não oferece todas as informações necessárias a todos os profissionais que compõem a equipe do NASF AB, isto significa que se não houver uma nova atualização do sistema e-SUS as equipes da atenção básica, especialmente o NASF AB, continuarão lançando as informações de forma incompleta e incorreta por não ter opções de acrescentar as demais informações necessárias e apontadas na pesquisa.

Dentre as políticas de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), o NASF AB é considerado um programa privilegiado dos campos de exercício profissional porque possibilita a articulação do trabalho entre essas profissões, além de ser um novo campo de trabalho para o Assistente Social que desde o início da profissão está inserida na Política de Saúde.

Durante todo o processo de coleta de dados e de desenvolvimento deste trabalho novas descobertas irão surgir como a divulgação do programa NASF AB e a atuação da equipe em apoio ao PSF, tanto para autora como para os leitores do mesmo o que trará um novo olhar sobre este espaço.

Deste modo, os objetivos da pesquisa foram alcançados e constatou-se que existem poucas fontes de pesquisa sobre este tema o que dificultou desde o início do trabalho o processo de pesquisa e como foi dito anteriormente mesmo sendo um sistema que surgiu em 2008, portanto, após 11 anos de existência, ainda passa por despercebido em muitos municípios.

Este trabalho contribuirá para a melhoria na oferta dos serviços de saúde em geral, em diferentes setores como a recepção; sala de espera; setor administrativo; sistema de regulação; acolhimento; farmácia; atendimento da equipe do PSF e sala de tratamento abrangendo os Agentes de Saúde; Agentes de Endemias; Vigilância Sanitária, visto que os objetivos propostos foram suficientes para apresentar como se constitui o trabalho dessa equipe e da equipe do NASF AB.

Sugere-se aos trabalhadores inseridos no Programa NASF AB o incentivo à novas pesquisas, bem como, o compartilhamento de experiências exitosas por meio de artigo científico, a fim de promover possibilidades de atuação, bem como, expor fragilidades do serviço multiprofissional. Sugere-se ainda a ampliação e divulgação de dados e informações sobre o serviço ora apresentado nos espaços acadêmicos, visando uma formação profissional abrangente e qualificada.

REFERÊNCIAS

- BARROCO, Maria Lucia Silva. **Código de Ética do/a Assistente Social comentado**1993/Maria Lucia Silva Barroco, Sylvia Helena Terra; Conselho Federal de Serviço Social CFESS,(organizador). -São Paulo: Cortez, 2012.
- BARROS, Idarleide Costa. **A importância da Estratégia de Saúde da Família: contexto histórico.** Minas Gerais, 2014.
- BATISTA, Daniele Costa et al. **Atividade física e gestação:** saúde da gestante não atleta e crescimento fetal. Revista Brasileira de Saúde Materno – Infantil. Recife, v. 3, n.2,abr.jun.2003.
- BÔAS. Maria Elisa. **O direito-dever de sigilo na proteção ao paciente.** Rev. bioét. (Impr.). 2015; 23 (3): 513-23.
- BRASIL. **Cartilha Academia de Saúde.** Ministério da Saúde. Brasília-DF. 2014.
- _____. **CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. RESOLUÇÃO N.º 218, DE 06 DE MARÇO DE 1997.**
- _____. Constituição(1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Senado, 1998.
- _____. **Legislação do SUS.** Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2003.604p.
- _____. **Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 dez. 1990b. Seção 1. Disponível em: Acesso em: 13 fev. 2019.
- _____. **Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 19 set. 2003. Acesso em 10 de Outubro de 2018.

_____. **Lei Orgânica de Assistência Social. LEI Nº 8.742, DE 7 DE DEZEMBRO DE 1993.**

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Princípios e Diretrizes. Brasília, Novembro de 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 116 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 39).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Atenção a Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação e Prevenção e Vigilância. **Deixando de fumar sem mistérios.** Rio de Janeiro/MS/INCA, 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Núcleo de Apoio À Saúde da Família –Volume 1; Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano.** Brasília, 2014. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoip_saude_familia_cad39.pdf Acesso em: 28 de maio de 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 154 de 24 de janeiro de 2008.** Dispõe sobre os Núcleos de Apoio a saúde da família de 24 de janeiro de 2008, Brasília. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/esus.php?conteudo=o_sistema. Acesso em 03/01/2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 116 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 39).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde.** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde na escola** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Instrutivo PSE / Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. xpp. : il. – (Série C. Projetos, programas e relatórios).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 28 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 60 p. : il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS). Princípios e Conquistas** / Ministério Saúde. 2000.44p.

_____. **Parâmetros para atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. Brasília. 2010.

_____. **Portaria nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção.

_____. **Portaria nº 3.124, DE 28 DE DEZEMBRO DE 2012**. Legislações – GM.

_____. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]. Brasília, n 204, p 55, 24 out 2011 Seção 1, pt1.

_____. **Resolução Conselho Federal de Serviço Social – CFESS n. 493/2006** de 21 de agosto de 2009. Diário Oficial da União, Brasília, 2009.

_____. **Portaria GM nº 4.279/2010:**
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.

_____. **Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 dez. 1990b. Seção 1. Disponível em: Acesso em: 9 jun. 2019. Ministério da Saúde.

_____. Secretaria de Educação Fundamental. Parâmetros Curriculares Nacionais: apresentação dos temas transversais, ética. Brasília: MEC/SEF, 1997a. BRAVO, Maria Inês. [et al], (orgs). **Saúde e Serviço Social**. 2. ed. –SP: Cortez: RJ: UERJ, 2005.

BRAVO, Maria Inês Sousa; MATOS, Maurílio Castro. **Reforma Sanitária e projeto ético-político do Serviço Social; Elementos para o debate.** In: **Saúde e Serviço Social**. BRAVO, Maria Inês Sousa [et al], (organizadoras). – 4. Ed. –São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro; UERJ, 2009.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Política de Saúde no Brasil.** In Serviço Social e Saúde, formação e trabalho profissional. MOTA, Ana Elizabete [etal], (organizadoras). – 3. Ed. – São Paulo: Cortez; Brasília-DF:OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2008.

CARVALHO, Fabiana Aparecida. **O Serviço Social e a interdisciplinaridade.** Revista Diálogos, vol 18; n.2, ano 2012. Disponível em: <http://portalrevistas.ucb.br/index.php/RDL/article/viewArticle/3915/2392>. Acesso em 11 de Outubro de 2018.

CARVALHO, Gilson de Cássia Marques. **O momento atual do SUS.** A ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei. Saúde soc. vol.2 no.1 São Paulo 1993. CFESS. **Parâmetros para atuação de Assistentes Sociais na Saúde.** Brasília. 2010.

DI GIOVANNI, Giuseppe. **Sistemas de proteção social:** uma introdução conceitual. In: OLIVEIRA, M. A. de (org.). Reforma do Estado e política de emprego. Campinas-SP: IE/UNICAMP, p.9-29,1998.

DIAS, Camila de Barros Cardoso. **Considerações sobre o NASF em São Pedro da Aldeia:** uma análise sobre a atenção básica neste Município. 2008.

ESCOREL, Sarah. TEIXEIRA, Luiz Antônio. **História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária.** In: GIOVANELLA, et al.(org.), Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. P. 385-434.

ESPING – ANDERSEN, Gosta. **Fundamentos Sociais de lãs Economias PostIndustriales.** Barcelona: Ariel, 2000 apud MIOTO, Regina Célia Tamasso.

FELICE, Sebastião André de. **Equipe Multiprofissional** — Conceito e funções. *Rev. Paulista de Hospitais*, São Paulo, 14 (8): 370-74, agosto, 1976.

FELIX; JORGEMAR SOARES. **Economia da Longevidade:** uma revisão da bibliografia brasileira sobre o envelhecimento populacional .2007. (PUC-SP).

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa.** ed.9º Reimp. São Paulo: Atlas, 2007.

GOMES, Luciano Bezerra; BUENO, Alessandra Xavier. **A Educação Permanente no cotidiano do trabalho em saúde:** reflexões iniciais sobre suas interfaces com o Programa Academia da Saúde. In: GOMES, Luciano Bezerra; BARBOSA, Mirceli Goulart, FERLA, Alcindo Antônio. **A educação permanente em saúde e as redes colaborativas:** conexões para produção de saberes e práticas. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2016.

GOMES, V. G. **Apoio Matricial:** estratégia de interlocução na rede de saúde de Campinas. Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2007. Disponível em: Moura, L. K. M. et al. R. Interd. v. 8, n. 1, p. 211-219, jan. fev. mar. 2015 219 (http://www.fcm.unicamp.br/grupos/saude_mental/artigos/tcc/apoio.pdf). Acesso em: 20 de fev. de 2019.

GUEIROS, Dalva Azevedo. **Família e proteção social:** questões atuais e limites da solidariedade familiar. In: Revista Serviço Social e Sociedade 71. São Paulo: Cortez, 2002.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil:** esboço de uma interpretação histórico-metodológica/Marilda Vilela lamamoto, RauldeCarvalho.-19.ed.-São Paulo: Cortez; [Lima,Peru]; CELATS, 2007.

_____, Marilda Villela. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional** – São Paulo: Cortez, 1998.

_____, Marilda Villela; CARVALHO, Raul de. **Interpretação conceitual**. In: OLIVEIRA, M. A. (Org.). Campinas, SP: Unicamp\IE, 2006.

JÚNIOR, Aylton Paulus. JÚNIOR, Luiz Cordon. **POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL**. 2006. Disponível em:
<http://www.professores.uff.br/jorge/v8n1_artigo_3.pdf> Acesso em: 22/10/18.

LEWGOY, Alzira Maria Baptista; SILVEIRA, Esalva Maria Carvalho. **A entrevista nos processos de trabalho do assistente social**. Revista Textos & Contextos v.6n. 2 p. 233 – 251. Porto Alegre: 2007.

_____, Maria de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de metodologia científica**. 6.ed. São Paulo: Atlas, 2003.

_____, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de Metodologia científica**. 3 ed. São Paulo: Atlas 1996.

MARTINELLI, Maria Lúcia, KOUMROUYAN, Elza. **Um novo olhar para a questão dos instrumentais técnico-operativos em Serviço Social**. Revista Serviço Social e Sociedade. Nº 54. São Paulo: Cortez, 1994.

MEDICI, André. **26 anos de SUS: Avanços e Desafio**.
<http://cebes.org.br/2014/07/26-anos-de-sus-avancos-e-desafios-andre-medici/>
Publicado em 29/07/2014. Acesso em 15/02/2019.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 31.ed. Petrópolis, RJ. Vozes, 2013.

MIOTO, Regina Célia Tamasso; CAMPOS, Marta Silva, CARLOTO, Cássia Maria, (orgs). **Familismo, direito e cidadania: contradições da política social**. São Paulo: Cortez, 2015.

_____, Regina Célia Tamasso; NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. **Sistematização, Planejamento e Avaliação das Ações dos Assistentes Sociais no Campo da Saúde**. In: MOTA, A. E.; BRAVO, M. I. S.; UCHÔA, R.; MIOTO, Regina Célia; LIMA, Telma C. S. **A dimensão técnico-operativa do Serviço Social em foco:**

sistematização de um processo investigativo. In: Revista Textos & Contextos Porto Alegre, v. 8 n.1 p. 22-48. jan./jun. 2006.

MOREIRA, Sonia Virgínia. **Análise documental como método e como técnica.** In: DUARTE, Jorge; BARROS, Antonio (Org.). Métodos e técnicas de pesquisa em comunicação. São Paulo: Atlas, 2005.

MOSCOVINI, Fela. **Equipes dão certo:** a multiplicação do talento humano/ FelaMoscovici, com a colaboração de Ataliba Vianna Crespo, Fátima Gonçalves Castello, Gercina Alves de Oliveira.-5.ed.-Rio de Janeiro: José Olympio, 1999.

NOGUEIRA, Vera; MARSIGLIA, Regina; GOMES, Luciano; TEIXEIRA, Marlene. (Org.). **Serviço Social e Saúde:** formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2006.

PIRES, Marília Freitas de Campos. **O materialismo histórico-dialético e a Educação.** Botucatu, agosto de 1996.

PAIM, Jairnilson Silva. **Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos.** Ciência e Saúde Coletiva, 23(6):1723-1728, 2018.

PAULO NETTO, José. **Ditadura e Serviço Social:** uma análise do serviço social no Brasil pós 64-16. Ed. São Paulo: Cortez, 2011. 334p.

OLIVEIRA, Jaime Antônio de Araújo; TEIXEIRA FLEURY, Sônia Maria (Im) **Previdência Social:** 60 anos de história da Previdência no Brasil. Rio de Janeiro: Vozes/ABRASCO, 1986.

PEIXOTO, Aline Maria Dias; CRUZ, Edlane. **O desafio do trabalho com gráficos no processo ensino-aprendizagem de geografia.** VÉRTICES, Campos dos Goytacazes/RJ, v. 13, n. 3, p. 127-168, jan./abr. 2011.

PEREIRA, João Junior Bonfim Joia; FRANCIOLI, Fatima Aparecida de Souza. **MATERIALISMO HISTÓRICO-DIALÉTICO: CONTRIBUIÇÕES PARA A TEORIA HISTÓRICO-CULTURAL E A PEDAGOGIA HISTÓRICO-CRÍTICA.** Germinal: Marxismo e Educação em Debate, Londrina, v. 3, n. 2, p. 93-101, dez. 2011.

POLIGNANO. Marcus Vinicius. **HISTÓRIA DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL.** Uma pequena revisão. 2005. FONTE: [http:](http://)

//www.medicina.ufmg.br/dmps/internato/saude_no_brasil.rtf. Acesso em; 11/11/2018.
Reforma do Estado e políticas de emprego no Brasil.

RICHARDSON, Roberto Jarry. **Pesquisa Social: métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas, 1999.

SANTOS, Rosemeire dos. **Família, Proteção Social e Trabalho Social com a minha, a sua e a nossa família**. São Paulo, 2016.

SILVA, Maria Ozarina da Silva e. **Desigualdade, pobreza e programas de transferência de renda na América latina**. Editorial. São Luís. Revista de Políticas Públicas. V.13. n.2. p. 157 a 159. jul/dez. 2009.

SOUZA, Charles Toniolo de. **A prática do assistente social: conhecimento, instrumentalidade e intervenção profissional**. In: Emancipação, Ponta Grossa, 8(1): 119-132,2008. Acesso em: 21 set. 2015.

STARFIELD, Barbara. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. 2ª ed. Brasília: UNESCO Brasil, Ministério da Saúde, 2004.

TEIXEIRA, Solange Maria. **Família e Proteção Social: uma relação continuamente (re) atualizada**. In: Revista Emancipação v. 13. Ponta Grossa: 2012.

ANEXOS

FILTROS:Período:01/01/2018a30/06/2018|Equipe:0001503022-45NASF3|Profissional:Todos|CBO:Todos|Filtros personalizados:nenhum

Relatório de atividade coletiva

Resumo de produção

Descrição	Quantidade
Total de registros	210

Número de participantes

Descrição	Quantidade
Participantes identificados	2495
Total de participantes	4569

Turno

Descrição	Quantidade
Manhã	105
Tarde	48
Noite	57
Não informado	0
Total:	210

Programa saúde na escola

Descrição	Quantidade
Educação	0
Saúde	0
Total:	0

Atividade

Descrição	Quantidade
Reunião de equipe	4
Reunião com outras equipes de saúde	2
Reunião intersectorial/Conselho local de saúde/Controle social	5
Educação em saúde	7
Atendimento em grupo	182
Avaliação / Procedimento coletivo	3
Mobilização social	7
Não informado	0
Total:	210

Público alvo

Descrição	Quantidade
Comunidade em geral	1
Criança 0 a 3 anos	1
Criança 4 a 5 anos	4
Criança 6 a 11 anos	18
Adolescente	21
Mulher	89
Gestante	6
Homem	33
Familiares	3
Idoso	54
Pessoas com doenças crônicas	57
Usuário de tabaco	4
Usuário de álcool	0
Usuário de outras drogas	0
Pessoas com sofrimento ou transtorno mental	2
Profissional de educação	0
Outros	2
Não informado	0
Total:	295

Temas para saúde

Descrição	Quantidade
Ações de combate ao Aedes aegypti	0
Agravos negligenciados	0
Alimentação saudável	1
Autocuidado de pessoas com doenças crônicas	8
Cidadania e direitos humanos	4
Dependência química (tabaco, álcool e outras drogas)	4
Envelhecimento (climatério, andropausa, etc)	0
Plantas medicinais / Fitoterapia	0
Prevenção de violência e promoção da cultura de paz	6
Saúde ambiental	0
Saúde bucal	1
Saúde do trabalhador	1
Saúde mental	5

FILTROS:Período:01/01/2018a30/06/2018|Equipe:0001503022-45NASF3|Profissional:Todos|CBO:Todos|Filtrospersonalizados:nenhum

Temas para saúde

Descrição	Quantidade
Saúde sexual e reprodutiva	3
Semana saúde na escola	0
Outros	177
Não informado	0
Total:	210

Práticas em saúde

Descrição	Quantidade
Antropometria	0
Aplicação tópica de flúor	0
Desenvolvimento da linguagem	0
Escovação dental supervisionada	0
Práticas corporais e atividade física	166
PNCT sessão 1	1
PNCT sessão 2	1
PNCT sessão 3	1
PNCT sessão 4	1
Saúde auditiva	0
Saúde ocular	0
Verificação da situação vacinal	0
Outras	4
Outro procedimento coletivo	0
Não informado	25
Total:	199

Temas para reunião

Descrição	Quantidade
Outros	2
Não informado	0
Total:	14

Práticas em saúde - Outros procedimentos coletivos

Descrição	Quantidade
Total	0

Temas para reunião

Descrição	Quantidade
Questões administrativas / Funcionamento	0
Processo de trabalho	2
Diagnóstico do território/Monitoramento do território	0
Planejamento/Monitoramento das ações da equipe	5
Discussão de caso / Projeto terapêutico singular	5
Educação permanente	0

FILTROS:Período:01/01/2018a30/06/2018 | Equipe:0001503022-45NASF3 | Profissional:Todos | CBO:Todos | Filtrospersonalizados:nenhum

Relatório de atendimento individual

Resumodeprodução

Descrição	Quantidade
Registros identificados	416
Registros não identificados	425
Total:	841

Dados gerais

Descrição	Sim	Não	Não Inf.
Ficou em observação	2	349	490
Gravidez planejada	0	0	841
Vacinação em dia	0	0	841

T

Descrição	Quantidade
Manhã	688
30a34a noite	21 37 0 52
Noite	1
Não informado	0
Total:	841

Sexo

Descrição	Quantidade
Masculino	350
Feminino	491
Nãoinformad o	0
Total:	841

Faixa etária

Descrição	Masculino	Feminino	N. Inf	Total
Menos de 01 ano	5	4	0	9
01 ano	1	15	0	16
02 anos	0	4	0	4
03 anos	0	0	0	0
04 anos	0	2	0	2
05 a 09 anos	15	12	0	27
10 a 14 anos	8	13	0	21
15 a 19 anos	22	44	0	66
20 a 24 anos	21	11	0	32
25 a 29 anos	44	21	0	65

Faixa etária

Descrição	Masculino	Feminino	N.Inf	Total
35a39anos	12	27	0	39
40a44anos	4	71	0	75
45a49anos	35	27	0	62
50a54anos	5	38	0	43
55a59anos	21	50	0	71
60a64anos	12	21	0	33
65a69anos	35	4	0	39
70a74anos	63	70	0	133
75a79anos	6	8	0	14
80anosoumais	20	12	0	32
Nãoinformado	0	0	0	0
Total:	350	491	0	841

Local de atendimento

Domicílio	30
Escola/Creche	3
Instituição/Abrigo	1
Polo(Academiadasaúde)	0
Rua	0
UBS	807
Unidademóvel	0
Unidadeprisionaloucongêneres	0
Unidadesocioeducativa	0
Outros	0
Nãoinformado	0
Total:	841

Atendimento de urgência

Descrição	Quantidade
Atendimento de urgência	2
Cunulta agendada 54	
Consulta agendada programada/Cuidado Contiuado	563
Consulta do dia	80
Escuta inicial/Orientação	142

Tipodeatendimento Conduta /Desfecho

Descrição	Quantidade
Não informado	0
Total:	841

Atenção domiciliar

Descrição	Quantidade
AD1	22
AD2	0
AD3	0
Não informado	819
Total:	841

Racionalidade em saúde

Descrição	Quantidade
Medicina tradicional chinesa	0
Antroposofia aplicada à saúde	0
Homeopatia	0
Fitoterapia	0
Ayurveda	0
Outra	0
Não informado	841
Total:	841

Criança - Aleitamento materno

Descrição	Quantidade
Exclusivo	0
Predominante	0
Complementado	0
Inexistente	0
Não informado	841
Total:	841

NASF / Polo

Descrição	Quantidade
Avaliação / Diagnóstico	197
Procedimentos clínicos / Terapêutico	494
Prescrição terapêutica	200
Não informado	168
Total:	1059

Descrição	Quantidade
Retorno para consulta agendada	331
Retorno para cuidado continuado / programado	444
Agendamento para grupos	9
Agendamento para NASF	32
Alta do episódio	195
Não informado	84
Total:	1095

Encaminhamento

Descrição	Quantidade
Encaminhamento interno no dia	19
Encaminhamento para serviço especializado	8
Encaminhamento para CAPS	2
Encaminhamento para internação hospitalar	0
Encaminhamento para urgência	0
Encaminhamento para serviço de atenção domiciliar	2
Encaminhamento intersetorial	6
Não informado	804
Total:	841

Problemas / Condições avaliadas

Descrição	Quantidade
Asma	0
Desnutrição	8
Diabetes	95
DPOC	7
Hipertensão arterial	134
Obesidade	8
Pré-natal	2
Puericultura	0
Puerpério (até 42 dias)	0
Reabilitação	603
Saúde mental	52
Saúde sexual e reprodutiva	32
Tabagismo	6
Usuário de álcool	9
Usuário de outras drogas	3

Problemas / Condições avaliadas

Descrição	Quantidade
Total:	959

Problemas / Condições avaliadas - Doença transmissíveis

Descrição	Quantidade
Dengue	0
DST	0
Hanseníase	0
Tuberculose	0
Total:	0

Problemas / Condições avaliadas - Rastreamento

Descrição	Quantidade
Câncer de mama	0
Câncer do colo do útero	1
Risco cardiovascular	0
Total:	1

Problemas / Condições avaliadas - Outros CIAP2

Descrição	Quantidade
-----------	------------

58 - ACONSELHAMENTO/ESCUTA TERAPÊUTICA	15
A01 - DOR GENERALIZADA /MÚLTIPLA	2
A13 - RECEIO/MEDO DO TRATAMENTO	2
A18 - PREOCUPAÇÃO COM APARÊNCIA	2
A25 - MEDO DE MORRER/MEDO DA MORTE	1
D21 - PROBLEMAS DE DEGLUTIÇÃO	1
F28 - LIMITAÇÃO FUNCIONAL/INCAPACIDADE	1
L83 - DOENÇAS OU SÍNDROMES DA COLUNA CERVICAL	1
P01 - SENSÇÃO DE ANSIEDADE/NERVOSISMO/TENSO	8
P03-TRISTEZA/SENSÇÃO DE DEPRESSÃO	5
P04 - SENTIR/COMPORTAR-SE DE FORMA IRRITÁVEL/ZANGADA	3
P06 - PERTURBAÇÃO DO SONO	1
P11-PROBLEMAS DE ALIMENTAÇÃO DA CRIANÇA	1
P19 - ABUSO DE DROGAS	2
P22 - SINAIS/SINTOMAS RELACIONADOS AO COMPORTAMENTO DA CRIANÇA	10

Problemas / Condições avaliadas - Outros CIAP2

Descrição	Quantidade
P23 - SINAIS/SINTOMAS RELACIONADOS AO COMPORTAMENTO DO ADOLESCENTE	9
P24 - DIFICULDADES ESPECÍFICAS DE APRENDIZAGEM	7
P72 - ESQUIZOFRENIA	2
P74 - DISTÚRBO ANSIOSO/ESTADO DE ANSIEDADE	9
Z01 - POBREZA/PROBLEMAS ECONÔMICOS	105
Z05-PROBLEMAS COM CONDIÇÕES DE TRABALHO	1
Z06 - PROBLEMAS DE DESEMPREGO	1
Z12 - PROBLEMA DE RELACIONAMENTO COM PARCEIRO/ CONJUGAL	3
Z20 - PROBLEMA DE RELACIONAMENTO COM FAMILIARES	6
Z21 - PROBLEMA COMPORTAMENTAL DE FAMILIAR	4
Z22-PROBLEMA POR DOENÇA FAMILIAR	2
Z25-ATO OU ACONTECIMENTO VIOLENTO	6
Z27-MEDODO PROBLEMA SOCIAL	1
Total:	21

Problemas / Condições avaliadas - Outros CID10

Descrição	Quantidade
Total:	0

Exames solicitados e avaliados

Descrição	Solicitado	Avaliado
Colesterol total	0	0
EAS/EQU	0	0
Eletrocardiograma	0	0
Eletroforese de hemoglobina	0	0
Espirometria	0	0
Exame de escarro	0	0
Glicemia	0	0
HDL	0	0
Hemoglobina glicada	0	0
Hemograma	0	0

Exames solicitados e avaliados

	Solicitado	Avaliado
Retinografia/Fundodeolhocom oftalmologista	0	0
Sorologia de sífilis (VDRL)	0	0
Sorologia para HIV	0	0
Sorologia para dengue	0	0
Teste de gravidez	0	0
Teste indireto de antiglobulina humana (TIA)	0	0
Ultrassonografia obstétrica	0	0
Urocultura	0	0
Total:	0	0

Exames - Triagem neonatal

Descrição	Solicitado	Avaliado
Testedaorelhinha(EOA) 0		0
Testedoolhinho(TRV)	0	0
Testedopezinho	0	0
Total:	00	

Outros exames solicitados e avaliados (código do SIGTAP)

Descrição	Solicitado	Avaliado
-----------	------------	----------

Total:

