

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DISTÚRBIOS DA
COMUNICAÇÃO HUMANA**

**PROCESSOS DE IMPLANTAÇÃO DE NÚCLEOS
DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA NO BRASIL: UM
DESTAQUE ÀS PROFISSÕES DE FISIOTERAPIA E
FONOAUDIOLOGIA**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

PATRÍCIA GARMUS DE SOUZA MORETTI

Santa Maria, RS, Brasil

2015

**PROCESSOS DE IMPLANTAÇÃO DE NÚCLEOS DE
APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA NO BRASIL: UM
DESTAQUE ÀS PROFISSÕES DE FISIOTERAPIA E
FONOAUDIOLOGIA**

Patrícia Garmus de Souza Moretti

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós
Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana, Área de
Concentração em Interdisciplinaridade no Cuidado à Comunicação
Humana, da Universidade Federal de Santa
Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre em Distúrbios da Comunicação Humana

Orientadora: Profa. Dra. Elenir Fedosse (UFSM)

Santa Maria, RS, Brasil

2015

Ficha catalográfica elaborada através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Central da UFSM, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Garmus de Souza Moretti, Patrícia
PROCESSOS DE IMPLANTAÇÃO DE NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA
FAMÍLIA NO BRASIL: UM DESTAQUE ÀS PROFISSÕES DE
FISIOTERAPIA E FONOAUDIOLOGIA / Patrícia Garmus de Souza
Moretti.-2015.
195 p.; 30cm

Orientador: Elenir Fedosse
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-
Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana, RS, 2015

1. Sistema Único de Saúde 2. Atenção Básica à Saúde 3.
Gestão em Saúde 4. Fisioterapia 5. Fonoaudiologia I.
Fedosse, Elenir II. Título.

Todos os direitos autorais reservados a Patrícia Garmus de Souza Moretti. A reprodução de partes ou do todo deste trabalho só poderá ser feita mediante a citação da fonte. Endereço: Rua Doze, n. 2010, Bairro da Luz, Santa Maria, RS. CEP: 97110-680 Fone (0xx) 55 32225678; Fax (0xx) 32251144; E-mail: ufesme@ct.ufsm.br

**Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Distúrbios da
Comunicação Humana**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada,
aprova a Dissertação de Mestrado

**PROCESSOS DE IMPLANTAÇÃO DE NÚCLEOS DE APOIO À
SAÚDE DA FAMÍLIA NO BRASIL: UM DESTAQUE ÀS
PROFISSÕES DE FISIOTERAPIA E FONOAUDIOLOGIA**

elaborada por
Patrícia Garmus de Souza Moretti

como requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre em Distúrbios da Comunicação Humana

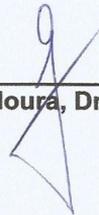
Comissão Examinadora:



**Elenir Fedosse, Dra. - UFSM
(Presidente/Orientadora)**



Valdete Alves Valentins dos Santos Filha, Dra. - UFSM



Gilnei Luiz de Moura, Dr. - UFSM

Santa Maria, 17 de julho de 2015.

DEDICATÓRIA

Este trabalho é dedicado a todos os usuários do Sistema Único de Saúde, brasileiros, estrangeiros que transitam pelo país, pessoas que desejam um sistema de saúde que atenda de maneira equânime e digna às necessidades da pluralidade, independente de gênero, cor, raça, profissão, *status* financeiro, estado de saúde, e, como não poderia deixar de ser, respeito à igualdade nas diferenças.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

Meu eterno agradecimento ao meu esposo César Damián Moretti, exemplo de hombridade, inteireza de caráter, dedicação e amor. Ele foi a principal razão para eu persistir e prosseguir.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, é preciso registrar a importância do financiamento da CAPES para o cumprimento do mestrado, bem como da Universidade Federal de Santa Maria, instituição determinante na minha formação.

Meus mais profundos agradecimentos à minha orientadora, professora Elenir Fedosse, que acreditou no meu projeto de pesquisa, foi tolerante mediante minhas limitações e angústias, incansável e perseverante no acompanhamento da realização deste trabalho, abrindo portas, apontando caminhos, quebrando barreiras, criando oportunidades para que eu pudesse alcançar meus objetivos.

Minha gratidão ao Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica, em especial à Bila Gallo e Olívia Massena, por disponibilizarem os documentos requisitados e pela impagável boa vontade em auxiliar nesta pesquisa. Estendo também meus agradecimentos ao Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (SUS), em especial ao Ezequiel Pinto Dias pelo suporte técnico no Departamento de Informática do SUS.

Agradeço ao fundamental apoio de Ignez Magalhães e Marcos Franco do Conselho Nacional de Saúde pela presteza em responderem minhas infindáveis dúvidas a respeito dos Núcleos de Apoio À Saúde da Família pelo Brasil afora.

Ao professor Alcides Miranda da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, pela generosidade em dividir seus conhecimentos e que, por seu exemplo e dedicação à gestão do SUS, foi uma das importantes fontes inspiradoras e idealização para a realização deste trabalho.

À secretária do Programa de pós-graduação em Distúrbios da Comunicação Humana Adriana Ribas pelo carinho, eficiência e disponibilidade.

À querida professora Anaelena Bragança de Moraes, sempre disponível e pronta para descomplicar nossas vidas. Meu sincero agradecimento aos membros da Banca Examinadora, professoras Valdete Alves Valentins dos Santos Filha e ao professor Gilnei Luiz de Moura pelas valiosas sugestões na melhoria deste trabalho. Também ao carinho daquelas que me acolheram em Santa Maria (Camila Luzia Mallmann, por quem tenho profunda identificação de ideias e Caroline Kannenberg, por seu carinho e chimarrões quentes no frio inverno gaúcho), às tão queridas Aline Sarturi Ponte, Marília Trevisan Sonogo,

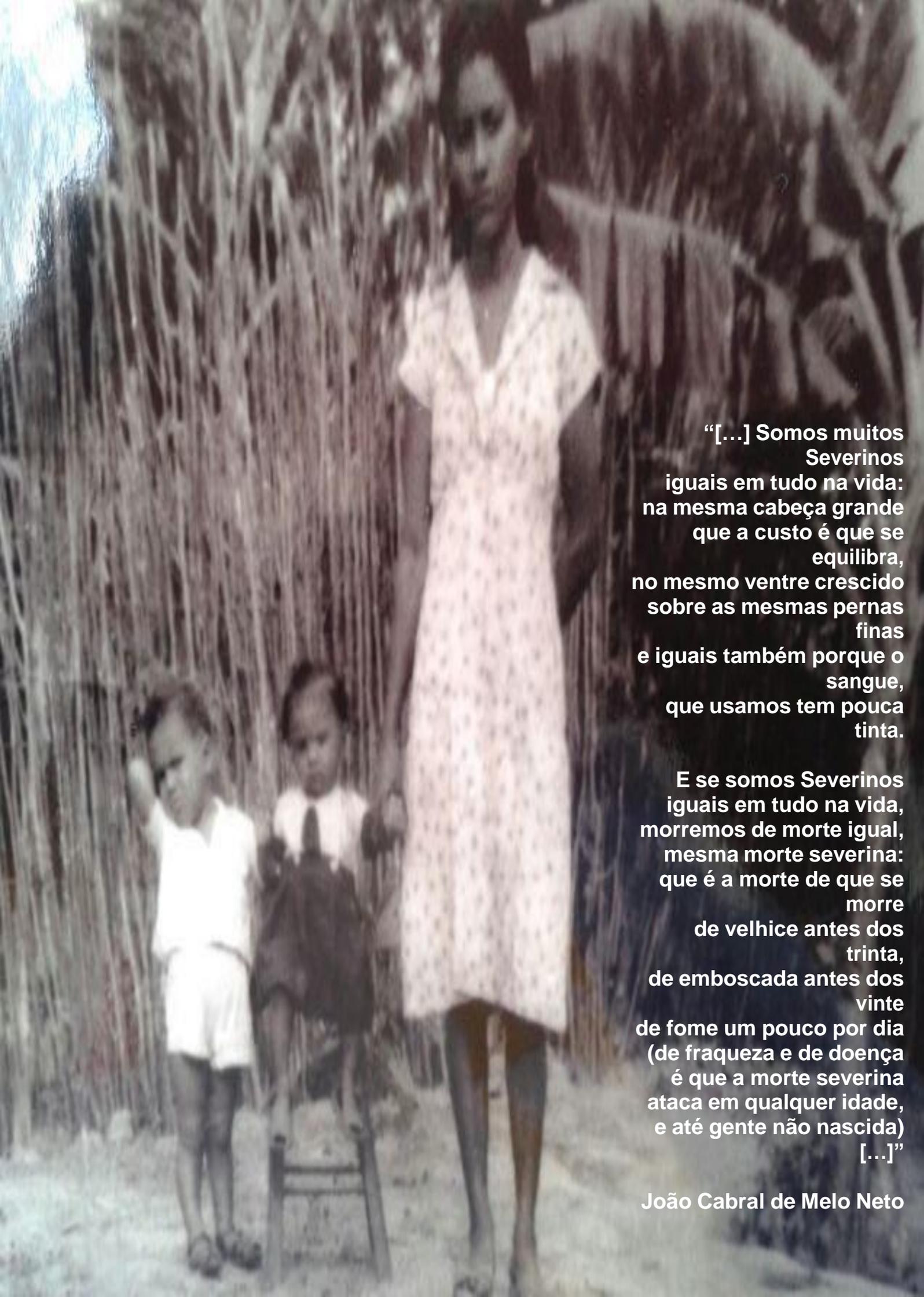
Gicélia Barreto Nascimento e seus respectivos companheiros de caminhada: Douglas, Thiago e Vinícius pela amizade formada ao longo do mestrado, pelos momentos de descontração, cumplicidade e compartilhamento de sonhos, anseios e vitórias.

Ao querido Antonio Fedosse Zornio por dividir seu espaço e o precioso tempo de sua mãe comigo, ao Sr. Umberto Zornio pelo exemplo de paciência nas sucessivas invasões de privacidade de seu lar e, principalmente, por seu silêncio reconfortante nas indevidas, porém necessárias, apropriações de seus deliciosos almoços.

À minha mãe Edi Luci Garmus de Souza que vem dando apoio às minhas escolhas e que, com seu amor, direciona o leme da minha vida. Ao meu pai, Valderice Jovino de Souza que pisou “as ostras descalço” e, sentindo muita dor, trabalhou exaustivamente ao longo de sua vida para me dar “calçados” a fim de que eu pudesse “pisar as minhas próprias ostras” com menos dor. Ao meu irmão Eduardo Garmus de Souza, cujo companheirismo e amizade formam a força motriz para que minhas esperanças, em um futuro melhor, sejam renovadas a cada novo dia.

À minha pequena família, Damián e Pepa, pela alegria de amá-los.

À Deus, que cuidou de mim sempre e quando ninguém mais podia.



“[...] Somos muitos Severinos iguais em tudo na vida: na mesma cabeça grande que a custo é que se equilibra, no mesmo ventre crescido sobre as mesmas pernas finas e iguais também porque o sangue, que usamos tem pouca tinta.

E se somos Severinos iguais em tudo na vida, morremos de morte igual, mesma morte severina: que é a morte de que se morre de velhice antes dos trinta, de emboscada antes dos vinte de fome um pouco por dia (de fraqueza e de doença é que a morte severina ataca em qualquer idade, e até gente não nascida) [...]”

João Cabral de Melo Neto

RESUMO

Dissertação de Mestrado

Programa de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana

Universidade Federal de Santa Maria

PROCESSOS DE IMPLANTAÇÃO DE NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA NO BRASIL: UM DESTAQUE ÀS PROFISSÕES DE FISIOTERAPIA E FONOAUDIOLOGIA

AUTORA: Patrícia Garmus de Souza Moretti

ORIENTADORA: Elenir Fedosse

LOCAL E DATA DA DEFESA: Santa Maria, julho de 2015.

Esta pesquisa ocupou-se da participação da Fisioterapia e da Fonoaudiologia nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), no Brasil, no período de 2008 à 2014. O objetivo geral foi analisar os processos de implantação de NASF nos municípios brasileiros, buscando-se caracterizar os tipos de NASF implantados, a principal forma de contratação das equipes e os mecanismos de avaliação dos serviços por eles prestados. Participaram 484 gestores municipais de saúde, os quais foram convidados por meio de seus emails institucionais fornecidos pelo Ministério da Saúde, que os esclarecia acerca dos objetivos, procedimentos, riscos e benefícios da realização do presente estudo anteriormente ao acesso do questionário “Pesquisa NASF Brasil 2014”, aplicado pelo Formulário do Sistema Único de Saúde (FORMSUS). Os resultados revelaram que a maioria dos gestores (70% deles com formação superior em saúde) participou da elaboração e implantação dos NASF, elaborados por demanda epidemiológica. A contratação de fisioterapeutas e fonoaudiólogos, na maioria dos NASF, foi por processo seletivo demandado pelos gestores e por análise curricular de trabalhadores do quadro de funcionários; apenas 3% dos fisioterapeutas e fonoaudiólogos apresentaram projetos evidenciando a necessidade de sua contratação na Atenção Básica (AB). Os profissionais mais contratados foram psicólogos e educadores físicos, seguidos por fisioterapeutas e fonoaudiólogos. Segundo os gestores, a modalidade mais implantada (55,17%) é de NASF 1, seguida de NASF 2 (26,45%) e NASF 3 (11,78%). Existem mecanismos de monitoramento e avaliação dos serviços prestados pelas equipes dos NASF, organizados pelos gestores, porém, são raros os mecanismos populares de avaliação. Evidenciou-se queixa popular relativa à falta de fisioterapeutas e fonoaudiólogos (16,13% para ambos). Conclui-se que há muito a ser feito na inserção de especialistas na AB, apesar de a gestão da saúde brasileira já estar sob responsabilidade de profissionais dedicados à saúde. Este estudo abre possibilidade de outras pesquisas aprofundando a qualificação e abrangência dos serviços prestados nos NASF brasileiros.

PALAVRAS-CHAVE: Sistema Único de Saúde; Atenção Básica à Saúde; Gestão em Saúde; Fisioterapia; Fonoaudiologia.

ABSTRACT

Master's Degree Dissertation

Post-Graduation Program in Human Communication Disorders

Federal University of Santa Maria

PROCESS OF IMPLEMENTATION OF CENTERS FOR SUPPORTING THE FAMILY HEALTH IN BRAZIL: A HIGHLIGHT FOR PHYSICAL THERAPY AND SPEECH-LANGUAGE PATHOLOGY PROFESSIONS

Participation Author: Patrícia Garmus de Souza Moretti

Adviser: Elenir Fedosse

Place and date of defense: Santa Maria – RS - Brazil, July 2015.

This research held up the participation of Physiotherapy and Speech - language pathology in the Centers for Supporting the Family Health (NASF) in Brazil from 2008 to 2014. The overall objective was to analyze the NASF deployment processes in Brazilian cities, looking for to characterize the types of NASF deployed, the main form of recruitment of teams and evaluation mechanisms for services they provide. Participated in 484 local health managers, who were invited through their intitucionais emails provided by the Ministry of Health, which clarified about the objectives, risks and benefits of procedures carry out this study prior to the questionnaire access "Search NASF Brazil 2014" applied by the form of the Unified Health System (FORMSUS). The results revealed that most managers (70% of them with the education of health) participated in the elaboration and implementation of NASF, prepared by epidemiological demand. Hiring physical therapist and speech-language and hearing pathologist in most NASF was a selection process demanded by managers and curriculum analysis of workforce workers; only 3% of physical therapist and speech-language and hearing pathologist presented projects demonstrating the need for their engagement in AB. The most professional contractors were physical therapist and physical trainers, followed by physical therapists and speech-language and hearing pathologist. According to managers, the most widely deployed mode (55.17%) is NASF 1, followed by NASF 2 (26.45%) and NASF 3 (11.78%). There monitoring mechanisms and evaluation of services provided by teams of NASF, organized by the managers, however, are rare popular mechanisms for evaluation. It showed up popular complaint concerning the lack of physical therapists and speech-language and hearing pathologist (16.13% for both). We conclude that there is much to be done in the insertion of experts in the AB, although the management of the Brazilian health already be under the responsibility of health professionals dedicated. This study opens the possibility of further research deepening the qualification and scope of services provided in the Brazilian NASF.

KEYWORDS: *Unified Health System; Primary Health Care; Health Management; Physical Therapy; Speech- Language and Hearing Sciences.*

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Associação entre as proposições que acarretam maior dificuldade para implantar um NASF e o grau de escolaridade dos gestores.....	129
Tabela 2 - Distribuição dos Profissionais Especialistas por Região.....	131
Tabela 3 - Distribuição dos Critérios de Contratação para Fisioterapeuta por Região.....	134
Tabela 4 - Distribuição dos Critérios de Contratação do Fonoaudiólogo.....	135

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Vênus de Willendorf.....	31
Figura 2 -	As Bodas de Caná.....	32
Figura 3 -	Representação do <i>Pater familias</i> : Museu do Capitólio, Roma.....	34
Figura 4 -	L'Augusto di Prima Porta Museu do Vaticano.....	35
Figura 5 -	Lupa Capitolina.....	36
Figura 6 -	Rômulo e Remo abrigados por Fáutulo.....	37
Figura 7 -	Figuração Ática de mulher participando de rituais.....	38
Figura 8 -	Pantheon, construído para adorar todos os deuses transformado na Basílica de Santa Maria dei Martiti, Roma- Itália.....	39
Figura 9 -	Gli amanti de Giulio Romano, Hermitage Museu- Rússia..	40
Figura 10 -	Casamento de Filipe da Macedônia com Olímpia. Miniatura do século XV, museu de Londres.....	42
Figura 11 -	Formação típica de uma família aristocrática europeia do século XVI, museu de Londres.....	43
Figura 12 -	Representação de uma família camponesa europeia do século XVI, museu de Londres.....	45
Figura 13 -	Formação típica de uma família burguesa europeia do final do século XVI.....	47
Figura 14 -	<i>Coalbrookdale by Night</i>	48
Figura 15 -	Capítulos da vida de um garoto nas fábricas de Dundee”, de Frank Forrest.....	49
Figura 16 -	Escravidão do homem negro no Brasil do século XVIII....	50
Figura 17 -	Capa da Revista da Semana ilustra Revolta da Vacina....	52
Figura 18 -	Comparação entre a Estratificação da sociedade brasileira no Brasil colônia com a provocada pela modernização.....	54
Figura 19 -	Primeira Carteira de Consolidação das Leis de Trabalho- Museu da República, RJ.....	65
Figura 20 -	Movimento pela Reforma Sanitarista.....	68
Figura 21 -	Sessão final que instituiu a Constituição Federal de 1988.....	71
Quadro 1 -	Resumo dos principais aspectos normativos dos NASF	83
Quadro 2 -	Breve linha do tempo do SUS.....	88
Gráfico 1 -	Distribuição dos gestores de NASF por Sexo e por Região.....	117
Gráfico 2 -	Distribuição da Média das idades por Sexo e Região de Nascimento dos Gestores dos NASF	118
Gráfico 3 -	Distribuição do Grau de Escolaridade dos Gestores dos NASF Implantados no Brasil	120
Gráfico 4 -	Distribuição dos Gestores de NASF com Ensino Superior em Administração/Gestão	121
Gráfico 5 -	Distribuição do exercício X Tempo de Gestão	123
Gráfico 6 -	Distribuição da Quantidade e Modalidade de NASF Referidas pelos Gestores.....	124

Gráfico 7-	Participação dos Gestores na Elaboração de Projetos e Implantação de NASF	127
Gráfico 8 -	Distribuição das Categorias das Contratações de Profissionais que Compõem os NASF Implantados no Brasil.....	130
Gráfico 9 -	Distribuição dos Especialistas Contratados na Atual Gestão em Nível Nacional	132
Gráfico 10 -	Distribuição quanto a Previsão de Contratação de Profissionais por Região na Atual Gestão	137
Gráfico 11 -	Distribuição do Critério das Futuras Contratações de Profissionais da Saúde por Região	141
Gráfico 12 -	Distribuição de Profissionais Insuficientes nos NASF em Âmbito Nacional na Opinião dos Gestores	142
Gráfico 13 -	Distribuição da Existência de Mecanismos de Avaliação pelos Gestores sobre os Serviços Prestados pelos Profissionais que compõem os NASF.....	143
Gráfico 14 -	Distribuição da Existência de Mecanismos de Avaliação Popular dos Serviços Prestados pelos Profissionais que Compõem os NASF.....	144
Gráfico 15 -	Distribuição do total das Queixas Recebidas pelos Gestores Referentes à Falta de Profissionais dos NASF.....	146

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- AACD** - Associação de Assistência à Criança Defeituosa
- AB** - Atenção Básica
- ACS** - Agente Comunitário de Saúde
- AIS** - Ações Integradas de Saúde
- BNH** - Banco Nacional para a Habitação
- CAAE** - Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
- CAPES** - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior
- CAPS AD** - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
- CAPS** - Caixas de Aposentadoria e Pensão
- CAPS i** - Centro de Atenção Psicossocial Infantil
- CBO** - Código Brasileiro de Ocupações
- CCS** - Centro de Ciências da Saúde
- CENDES** - Centro de Estudos do Desenvolvimento
- CEP** - Comitê de Ética e Pesquisa
- CFFa** - Conselho Federal de Fonoaudiologia
- CIB** - Comissão Intergestores Bipartite
- CIT** - Comissão Intergestora Tripartite
- CLT** - Consolidação das Leis do Trabalho
- CNES** - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
- CNS** - Conferência Nacional de Saúde
- COFITO** - Conselho Federal de Fisioterapia
- CONASP** - Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária
- CRAS** - Centros de Referência de Assistência Social
- CREAS** - Centro de Referência Especializado de Assistência Social
- CREFITO** - Conselho Regional de Fisioterapia
- CREFONO** - Conselho Regional de Fonoaudiologia
- DAB** - Departamento de Atenção Básica
- DASP** - Departamento Administrativo do Serviço Público
- DATASUS** - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
- ECA** - Estatuto da Criança e do Adolescente

EMBRAPA - Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária
EMBRATEL - Empresa Brasileira de Telecomunicações
ENAD - Escola Nacional de Administração Pública
ESF - Estratégia de Saúde da Família
EUA - Estados Unidos da América
FGTS - Fundo Nacional por Tempo de Serviço
FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz
FORMSUS - Formulário do SUS
FUNRURAL - Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural
GAP - Gabinete de Projetos
GM - Gabinete do Ministro
IES - Instituição de Ensino Superior
INAR - Instituto Nacional de Reabilitação
INPS - Instituto Nacional de Previdência Social
LOS - Lei Orgânica da Saúde
MDS - Ministério de Desenvolvimento Social
MOBRAL - Movimento Brasileiro de Alfabetização
MS - Ministério da Saúde
NASF - Núcleo(s) de Apoio a Saúde da Família
NOB - Norma Operacional Básica
OMS - Organização Mundial da Saúde
ONU - Organização das Nações Unidas
OPAS - Organização Panamericana de Saúde
OSCIP - Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
PACS - Programa Agentes Comunitários de Saúde
PEC - Projeto de Emenda Constitucional
PIASS - Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PNAB - Política Nacional de Atenção Básica
PND - Planos Nacionais de Desenvolvimento
PREV- SAÚDE - Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
PSF - Programa de Saúde da Família
SAS - Secretaria de Atenção à Saúde
SENAD - Secretaria Nacional Drogas
SES - Secretaria Estadual de Saúde

SF - Saúde da Família

SIA - Sistema de Informação Ambulatorial

SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica

SIPAR - Sistema Integrado de Protocolo e Arquivos

SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

TAC - Termo de Ajustamento de Conduta

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TELEBRAS - Telecomunicações Brasileiras Sociedade Anônima

UFSM - Universidade Federal de Santa Maria

URSS - União das Repúblicas Socialistas Soviéticas

USP - Universidade de São Paulo

WHO - *World Health Organization*

LISTA DE ANEXOS

ANEXO I - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP/UFMS

ANEXO II - AUTORIZAÇÃO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

ANEXO III - AUTORIZAÇÃO DO DATASUS

ANEXO IV - TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

ANEXO V - HISTÓRICO DA COBERTURA DA SAÚDE DA FAMÍLIA

LISTA DE APÊNDICES

APÊNDICE I - CARTA DE APRESENTAÇÃO

APÊNDICE II - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

APÊNDICE III - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	22
2. REVISÃO CRÍTICA DA LITERATURA	28
2.1. Breve evolução histórica da família	28
2.1.1. A família antiga e moderna	29
2.1.2. A família pós-moderna	48
2.2. A família no Estado liberal e no de bem-estar social	57
2.3. A Declaração de Alma-Ata: Proteção às famílias e às comunidades	66
2.4. Proteção do Estado às famílias brasileiras	69
2.5. A Criação do SUS e o cuidado às famílias brasileiras	71
2.5.1. Atenção Básica - nível primordial de cuidado às famílias brasileiras	74
2.5.2. Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família	76
2.5.2.1. Principais atribuições do gestor municipal de saúde.....	84
2.5.2.2. Características pessoais e profissionais do gestor municipal de saúde.....	86
3. A PARTICIPAÇÃO DA FISIOTERAPIA E DA FONOAUDIOLOGIA NAS EQUIPES DO NASF	91
3.1. Evolução histórica da Fisioterapia.....	91
3.1.1. Atribuições do fisioterapeuta nos NASF.....	98
3.1.2. Atribuições comuns aos membros das equipes dos NASF.....	100
3.2. Evolução histórica da Fonoaudiologia.....	101
3.2.1. Atribuições do fonoaudiólogo no NASF.....	105
3.3. A Fisioterapia e a Fonoaudiologia nas equipes dos NASF: Desafios e conquistas.....	107
4. METODOLOGIA	110
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	116
5.1. Características pessoais e profissionais dos gestores municipais de saúde com núcleos de apoio à saúde da família implantados no Brasil em 2014.....	116
5.2. Características dos NASF implantados no Brasil até 2014.....	124
5.2.1. Modalidade e quantidade de NASF.....	124
5.2.2. Participação dos gestores na elaboração de projetos e implantação de núcleos de apoio à saúde da família.....	126
6. CONCLUSÃO	150
6.1. Limitações do Estudo.....	151
6.2. Sugestões para Pesquisas Futuras.....	153
7. REFERÊNCIAS	154
8. ANEXOS	174
8.1 Anexo I - Parecer Consubstanciado do CEP/UFSM.....	175

8.2 Anexo II - Autorização do Ministério da Saúde.....	179
8.3 Anexo III - Autorização do DATASUS.....	180
8.4 Anexo IV - Termo de Confidencialidade.....	181
8.5 Anexo V - Histórico de Cobertura da Saúde da Família.....	183
9. APÊNDICES	184
9.1 - APÊNDICE I - Carta de Apresentação	185
9.2 - APÊNDICE II - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	186
9.3 - APÊNDICE III- Instrumento de Coleta de Dados.....	189

1. INTRODUÇÃO

Vinte anos após o surgimento do Programa de Saúde da Família (PSF)¹ em 1994, os brasileiros assistem a uma importante mudança no sistema de saúde: a criação da Estratégia de Saúde da Família (ESF), emana não mais como um nome temporário, fácil de ser assimilado pelos gestores do Sistema Único de Saúde (SUS)², e sim, carregada de estratégias para alterar a lógica de prestação e assistência à saúde, tendo a Atenção Básica (AB) o seu alicerce.

Atualmente, atuando em 5.328 municípios brasileiros e contando com 34,4 mil equipes, a ESF presta atenção a 55,21% da população de todo Brasil³, nos mais diferentes territórios – das grandes cidades a populações ribeirinhas –, tendo muitos êxitos em termos de resultados de saúde dos indivíduos, famílias e comunidades a ela vinculada (BRASIL, 2014).

¹A origem do PSF remonta à criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991, como parte do processo de reforma do setor da saúde, oficialmente marcada na Constituição Federal de 1988. O PACS tinha a intenção de aumentar a acessibilidade das pessoas ao sistema de saúde e incrementar as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde, de forma integral e contínua. Em 1994, o Ministério da Saúde criou o PSF como Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), com caráter organizativo e substitutivo, fazendo frente ao modelo tradicional de assistência primária. A estratégia do PSF incorporou e reafirmou os princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS) - universalização, equidade, integralidade, descentralização e participação da comunidade - estruturada a partir da Unidade Básica de Saúde da Família, ressaltando a hierarquização e territorialização. A equipe mínima do PSF foi concebida sob a ótica multiprofissional contando com quatro e até seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS) cuja função era ligar as famílias e o serviço de saúde, visitando cada domicílio (pelo menos uma vez por mês) além de realizar o mapeamento de cada área, o cadastramento das famílias e estimular a comunidade a práticas que proporcionariam melhores condições de saúde e de vida; um auxiliar de enfermagem realizando procedimentos de enfermagem na unidade básica de saúde, no domicílio e executando ações de orientação sanitária; um enfermeiro cuja função era a de supervisionar o trabalho do ACS e do auxiliar de enfermagem e por um médico ocupado em atender a todos os integrantes de cada família, independentemente do sexo e idade, desenvolvendo com os demais integrantes da equipe, ações preventivas e de promoção da qualidade de vida da população (BRASIL, 1997; BRASIL, 2000).

² Segundo Sousa, 2007, a denominação “Programa” era mais fácil de ser assimilada pelos gestores do SUS, chegando até a parecer uma figura simbólica ou jurídica. Contudo a autora enfatiza que PSF é muito mais que um Programa, enquanto ideia de caráter temporário, devendo ser pensado e concebido enquanto estratégia para alterar a lógica anterior de prestação de assistência à saúde.

³ Dados referentes a abril de 2015, Sistema de Informação da Atenção Básica-SIAB/DAB/SAS/MS.

São milhões⁴ de brasileiros que deixaram de ter “o sangue com pouca tinta” ou de “morrer de morte severina”; são grandes os êxitos na redução da desnutrição, da mortalidade materno-infantil e dos principais cuidados à saúde que, historicamente assolou milhares de famílias, porém ainda insuficientes, motivo de preocupação do sistema de saúde, especialmente, da saúde pública brasileira. Ou seja, se a ESF tem muito a comemorar, também tem muito a alcançar.

O Brasil, já vivenciou uma série de tentativas para mudar as formas e os conteúdos de prestar atenção à saúde de seus habitantes, principalmente às famílias de baixa renda⁵.

Nos anos 60, o método Cendes-Opas⁶ de Programação em Saúde se preocupou em desenvolver ações de gerenciamento da escassez de recursos, estabelecendo critérios e objetivos que orientavam eleição de prioridades, apenas com base em padrões técnicos e econômicos (OPAS-OMS, 1965).

Ainda neste período, surge o planejamento normativo com objetivo de nortear os processos decisórios em saúde, mas, as normas e parâmetros eram decididos, de maneira centralizada, impostas em nível local (TESTA, 1987; MATUS, 1993 e 1997).

Nos anos 70, apareceram as primeiras críticas ao planejamento normativo que desvinculava a produção de políticas na sociedade e seu caráter prescritivo e normatizador. A saúde necessitava de planejamentos que superassem a dimensão normatizadora e vertical, e assumisse um caráter dinâmico, necessário à realidade da saúde (URIBE-RIVIERA, 1995).

Nesta conjuntura, Mario Testa (1983), introduz o pensamento estratégico no desenvolvimento dos processos de planejamento em saúde e, posteriormente,

⁴ Segundo levantamento, realizado em 2014, pelo Ministério Desenvolvimento Social (MDS), 45,8 milhões de brasileiros são pobres ou estão abaixo da linha da pobreza e são assistidos pelo Programa Bolsa Família que inclui o Brasil Carinhoso. Como beneficiários do programa, cumprem condicionalidades em saúde e educação. As condicionalidades em saúde contribuíram para melhorar o acesso da população a AB, e, segundo relatório de 2014 do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), foi a principal responsável pela redução em 77% da mortalidade infantil no Brasil.

⁵ Segundo MDS, é considerada baixa renda a família que recebe até R\$ 154,00 mensais per capita (valor ajustado em abril de 2014). Disponível em www.mds.gov.br.

⁶ O método conhecido como Cendes-Opas refere-se ao órgão Centro de Estudos de Desenvolvimento (CENDES) criado na Venezuela (junto a Universidade Central) apoiado pela Organização Panamericana da Saúde (OPAS) e se expandiu pela América Latina como instrumento que melhor permitia o planejamento em saúde.

Carlos Matus (1993) desenvolve o método de Planejamento Estratégico Situacional (PES), considerado um marco na evolução do planejamento em saúde.

No entanto, tais iniciativas não foram suficientes para modificar a rota ou reformar o setor saúde, devido ao ato de alguns governantes, gestores de saúde e mesmo trabalhadores, que se servem das lentes do tecnocratismo, da normalização, da programatização, do economicismo, e agem, racionalmente, pelo pragmatismo da vigilância à doença (SOUZA, FRANCO e MENDONÇA 2014).

A inserção de profissionais especialistas na AB só veio a acontecer após 14 anos da criação da ESF, com o surgimento dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), criados pelo Ministério da Saúde (MS) para dar apoio especializado e ampliar o escopo das ações na AB (BRASIL, 2012a). Segundo o Código Brasileiro de Ocupações podem compor os NASF: Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional/Professor de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista/Obstetra; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; Terapeuta Ocupacional; Médico Geriatra; Médico Internista (Clínica Médica), Médico do Trabalho, Médico Veterinário, profissional com formação em arte e educação (Arte Educador) e profissional de saúde Sanitarista, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública, coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas (BRASIL, 2015a).

Tanto o fisioterapeuta quanto o fonoaudiólogo estão aptos a planejar, implementar, controlar e executar políticas, programas, cursos, pesquisas ou eventos em saúde pública, contribuindo com o planejamento, a investigação e os estudos epidemiológicos; participar de câmaras técnicas de padronização de procedimentos em saúde coletiva; avaliando a qualidade, a eficácia do uso de tecnologias assistivas (BRASIL, 2009).

Porém, a execução de todas essas atribuições estão em processo de construção na AB; mesmo depois de tantas conquistas, ainda há muito o que ser feito, pois o acesso à Fisioterapia e Fonoaudiologia na AB, tal como à rede de atenção, de um modo geral, continua restrito para grande parte da população usuária dos serviços públicos de saúde.

Considerando os aspectos anteriormente apontados, este estudo se ocupa do fato de que, sendo o SUS um grande empregador dos trabalhadores em saúde, convém compreender como se dá a vinculação de fisioterapeutas e fonoaudiólogos na AB, por meio dos NASF, o que implica a forma de contratação e obviamente o processo de seleção, monitoramento e avaliação das equipes de NASF. Neste sentido, levantou-se as seguintes questões:

1) Do que depende a presença efetiva do fisioterapeuta e do fonoaudiólogo na AB (nas ESF e nos NASF)?

2) Como se pode justificar a contratação desses profissionais? Seria pela sistematização e análise dos agravos à saúde/epidemiologia? Seria das necessidades de sujeitos e grupos sociais percebidos pelos gestores? Seria por meio de propostas dos próprios fisioterapeutas e fonoaudiólogos? Seria pela participação organizada desses profissionais indicativos da importância de suas inserções nesse nível de atenção?

Desses questionamentos, chegou-se ao objetivo geral da pesquisa: analisar os processos de implantação de NASF nos Municípios brasileiros destacando as profissões de Fisioterapia e Fonoaudiologia, tendo como objetivos específicos: 1) caracterizar os tipos de NASF implantados no Brasil; 2) identificar os processos percorridos pelas Secretarias Municipais de Saúde para implantar os NASF; 3) identificar os critérios de contratação de fisioterapeutas e fonoaudiólogos para atuarem no NASF e 4) averiguar a existência de mecanismos usados pela gestão e pelos usuários para avaliação e monitoramento do serviço prestado por profissionais dos NASF.

O presente estudo está organizado em nove capítulos. No primeiro, é apresentado a introdução da obra, no segundo, uma revisão crítica da literatura acerca das temáticas deste estudo, sendo enfatizadas algumas características sobre a Evolução Histórica da Família, Proteção do Estado às Famílias, a criação do SUS, bem como a do Programa da Saúde da Família (PSF) e sua evolução para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e a criação dos NASF. No terceiro, é destacado o papel da Fisioterapia, da Fonoaudiologia e dos gestores municipais de saúde no que se refere ao cuidado à saúde. No quarto capítulo, é abordado a metodologia utilizada para realização deste estudo, ou seja, ocupa-se em caracterizá-lo, descrever os seus procedimentos – processo de autorização da pesquisa e de contato com os gestores, instrumentalização do

questionário/formulário - e critérios quantitativos e qualitativos de análise dos dados. No quinto capítulo, são apresentados os resultados, seguidos das respectivas análises. O capítulo Conclusão, aborda os principais resultados deste estudo e indica rumos para novas pesquisas acerca da participação da Fisioterapia e da Fonoaudiologia na AB. Por fim, é apresentado no capítulo 7, 8 e 9 as Referências Bibliográficas, Anexos e Apêndices respectivamente.

**“[...] Essa vida por aqui é coisa familiar;
Mas diga-me retirante, sabe benditos rezar?
Sabe cantar excelências, defuntos encomendar?
Sabe tirar ladainhas, sabe mortos enterrar?
— Já velei muitos defuntos, na serra é coisa vulgar;
mas nunca aprendi as rezas, sei somente acompanhar.
— Pois se o compadre soubesse rezar ou mesmo cantar,
trabalhávamos a meias, que a freguesia bem dá.”**

João Cabral de Melo Neto em Morte e Vida Severina

2. REVISÃO CRÍTICA DA LITERATURA

2.1. Breve Evolução Histórica da Família

Para melhor entender a situação atual da saúde brasileira, é importante conhecer o início das políticas públicas de saúde no país, que, mesmo de forma precária, se deu com a vinda da família real portuguesa para o Brasil.

Desde esse momento histórico, a composição étnica e racial da sociedade brasileira foi mudando. Onde inicialmente havia somente povos indígenas ou aborígenes, a família real proporcionou a confluência de várias outras etnias resultado do escravismo de negros africanos, de colonizadores portugueses, e de posteriores ondas imigratórias de famílias européias, árabes, japonesas, além de outros povos asiáticos e de países sul-americanos (HALL, 2003).

Tais movimentos migratórios, inicialmente com o objetivo de explorar as riquezas do país, aumentou com as batalhas da Primeira Guerra Mundial (1914-1918) que geraram muitos refugiados oriundos da Bélgica, da França, da Itália e da Romênia e, posteriormente da Segunda Guerra Mundial (1939-1945) trouxe ao Brasil mais de 60 milhões de refugiados (HALL e SPALDING, 1995).

Nesse sentido, discutem-se, nesta seção, aspectos fundamentais da constituição familiar ao longo dos tempos, mesmo que brevemente, para se alcançar o objetivo em demonstrar a evolução dos cuidados em saúde à essas famílias que se formaram por todo esse processo de miscigenação étnica e cultural – uma importante questão tratada neste estudo.

2.1.1. Família antiga e moderna

Etimologicamente, o termo família origina-se do latim “famulus” que significa, segundo o sentido 1 do Dicionário Brasileiro de Houaiss (2001, p. 1304), “conjunto de servos e dependentes, de um chefe ou senhor, que vivem sob um mesmo teto”.

A família, por ser mais antiga que o Estado, constitui-se a primeira célula de organização social e vem evoluindo desde os tempos mais remotos até a atualidade (MEDEIROS, 2008).

Friedrich Engels (1891/1997), na obra “A origem da família, da Propriedade privada e do Estado”, conferiu ao historiador suíço Bachofen e à sua obra “O Direito Materno” (1861), o mérito de ser o primeiro a publicar um estudo sobre a família.

Bachofen (1861, apud Engels, 1997) tinha quatro teses sobre a formação das famílias.

“O estudo da história da família começa, de fato, em 1861, com o Direito Materno de Bachofen. Nesse livro, o autor formula as seguintes teses: 1- primitivamente, os seres humanos viveram em promiscuidade sexual (impropriamente chamada de heterismo por Bachofen); 2- estas relações excluíram toda possibilidade de estabelecer, com certeza, a paternidade, pelo que a filiação apenas podia ser contada por linha feminina, segundo o direito materno, e isso se deu em todos os povos antigos; 3- em consequência desse fato, as mulheres, como mães, como únicos progenitores conhecidos da jovem geração, gozam de grande apreço e respeito, chegando, de acordo com Bachofen, ao domínio feminino absoluto (ginecocracia); 4- a passagem para a monogamia, em que a mulher pertence a um só homem, incidia na transgressão que devia ser castigada, ou cuja tolerância se compensava com a posse da mulher por outros, durante determinado período.” (ENGELS, 1997, p. 07).

⁷ A edição de 1997 é a usada nesta dissertação.

Na arte, a ginecocracia foi representada de várias formas, como em esculturas. A Vênus de Willendorf, hoje também conhecida como Mulher de Willendorf, é uma escultura de 11,1 cm de altura representando estilisticamente uma mulher. Essa pequena escultura (Figura 1) foi descoberta pelo arqueólogo Josef Szombathy em 8 de agosto de 1908, durante as escavações realizadas no sítio arqueológico do período Paleolítico, localizado próximo à Willendorf, Áustria e sua datação está entre 25.000 a 20.000 a.C. O material utilizado para a sua produção foi o calcário oolítico, tipo de rocha não existente na região e colorido com ocre vermelho (TERRA BRASILIS DIDÁTICOS, 2015).

Esta escultura é considerada uma idealização da figura feminina, apresentando a vulva, os seios e a barriga extremamente volumosos, características inferidas à fertilidade (TERRA BRASILIS DIDÁTICOS, 2015). Apresenta braços frágeis dispostos sobre os seios volumosos, cabeça coberta provavelmente por tranças, formando um tipo de penteado. Para alguns arqueólogos, a Vênus poderia representar um sentido estético feminino para a sociedade primitiva, enquanto outros autores sugerem que a corpulência representa um elevado *status* social numa sociedade caçadora-coletora, além da relação óbvia com a fertilidade. A ausência dos pés sugere que talvez pudesse ser trazida por alguém na forma de um amuleto (TERRA BRASILIS DIDÁTICOS, 2015).

O original da Vênus de Willendorf integrada a coleção arqueológica do Museu de História Natural de Viena (TERRA BRASILIS DIDÁTICOS, 2015).

Figura 1- Vênus de Willendorf.



Fonte: Terra Brasilis Didáticos, 2015.

Engels (1997), apoiado em Bachofen, discute amiúde sobre a família pré-monogâmica, caracterizada como a condição em que a mulher deixa de se relacionar com vários homens para ser propriedade de um só, enquanto, ao homem, era permitida a prática da poligamia.

Neste período, se fosse constatado o adultério, por parte da mulher, ela era castigada de forma cruel.

De acordo com este autor, nas formas anteriores à família pré-monogâmica, o homem nunca sentira dificuldade em encontrar mulheres, podiam optar por uma ou mais, porém, na família pré-monogâmica esses hábitos tornaram-se raros, sendo necessário procurá-las. O casamento passou a ser uma forma de manter para si uma esposa, dando origem à família monogâmica, caracterizada, então, pelo casamento e pela procriação.

Neste mesmo sentido, Fustel de Coulanges (1998) afirma:

“Tendo sido o casamento contratado apenas para perpetuar a família, parece justo que pudesse anular-se no caso de esterilidade da mulher. O divórcio, para este caso, foi sempre, entre os antigos, um direito; é mesmo possível tenha sido até obrigação. Na Índia, a religião prescrevia que “a mulher estéril fosse substituída ao fim de oito anos”. Nenhum texto formal nos prova ter sido este mesmo dever obrigatório, igualmente na Grécia e em Roma. Todavia, Heródoto cita-nos dois reis de Espanha que foram obrigados a repudiar as suas mulheres porque estas se mostravam estéreis” (COULANGES,1998, p. 36).

Note-se que a mulher, além de ser propriedade do marido, era obrigada a dar-lhe filhos. Por outro lado, não se cogitava a hipótese de os homens serem inférteis. Na Figura 2, na obra “As Bodas de Caná” 1562-63 de Paolo Veronese, atualmente exposta no museu do Louvre, em Paris, pode-se observar o primeiro casamento enquanto evento de tradição Cristã registrado em João 2:1-1 onde Jesus Cristo teria feito seu primeiro milagre: Transformou água em vinho.

Figura – 2: As Bodas de Caná.



Fonte: Imagem distribuída de forma livre sob licença *Creative Commons*.

Outra característica da Antiguidade, merecedora de destaque, diz respeito à concepção da juventude e da infância nessas sociedades, conforme observado por Ariès (1986):

“Essa família antiga tinha por missão - sentida por todos - a conservação dos bens, a prática comum de um ofício, a ajuda mútua quotidiana num mundo em que um homem, e mais ainda uma mulher isolados não podiam sobreviver, e ainda nos casos de crise, a proteção da honra e das vidas. Ela não tinha função afetiva. [...] o sentimento entre os cônjuges, entre os pais e filhos, não era necessário à existência nem ao equilíbrio da família: se ele existisse, tanto melhor.” (ARIÉS, 1986, p. 10-11).

Era a busca pela procriação e a necessidade de conservar os bens que induziam as pessoas a constituir família. Quanto aos filhos, quando crianças, não viviam a infância, pois logo que adquirissem porte físico para trabalhar, misturavam-se aos adultos e partilhavam dos afazeres domésticos. Ainda segundo Ariés (1981), os filhos desde muito cedo viviam praticamente independentes e aprendiam observando os adultos.

Na Roma antiga, a família era considerada uma entidade que se organizava em torno da figura masculina (existia uma concentração de poder na figura do *pater* Figura 3⁸), e o autoritarismo e a falta de direitos aos componentes da família, principalmente, no que dizia respeito aos filhos e à mulher/esposa reinava neste período (COULANGES, 1998). A mulher, não tinha direito a bens,

⁸Sobre o *pater familias*, Dill e Calderan (2009) explicam:

“*Pater familias* era o mais elevado estatuto familiar (*status familiae*) na Roma Antiga, sempre uma posição masculina. O termo Latim significa, literalmente, “pai da família”. O termo *pater* se refere a um território ou jurisdição governado por um patriarca. O uso do termo no sentido de orientação masculina da organização social aparece pela primeira vez entre os hebreus no século IV para qualificar o líder de uma sociedade judaica; o termo seria originário do grego helenístico para denominar um líder de comunidade.” (DILL e CALDERAN, 2009; p.21).

não possuía capacidade jurídica, a ela apenas cabia os afazeres domésticos, vivia inteiramente na dependência do marido.

Figura 3 - Representação do *Pater familias*: Museu do Capitólio, Roma.



Fonte: Imagem distribuída de forma livre sob licença *Creative Commons*.

Também, conforme Engels (1997), na família romana, o homem possuía maior liberdade do que o restante da família (fosse ela moral ou cível) e, portanto, atitudes que para a mulher eram vistas como crimes e severamente punidas (traição/adultério), para o homem eram consideradas como leves manchas morais que ele carregava com satisfação.

Outrossim, em virtude do absolutismo do homem, a paternidade não podia ser questionada, a não ser nos casos em que fosse comprovado não ter havido a coabitação ao tempo da concepção. Segundo Pereira (1998):

“[...] a família romana, longe de ser uma organização democrática alicerçada no princípio ético da afeição, tal qual a

moderna, apresenta antes as características de uma entidade política, fundada no princípio da autoridade” (PEREIRA, 1998, p.7).

Para os romanos, era obrigatório ter filhos que fossem frutos do casamento para perpetuar os cultos religiosos ver Figura 4. Coulanges (1998) esclarece que se os filhos não fossem gerados pela esposa, não podiam fazer parte de cultos e nem oferecerem refeições fúnebres.

Figura 4 - *L'Augusto di Prima Porta* Museu do Vaticano.



Fonte: Imagem distribuída de forma livre sob licença *Creative Commons*.

Todavia, a falta de filhos trazia consequências cruéis aos considerados estéreis, de regra, atingindo somente às mulheres por estarem estas ligadas à gestação e não haver na época formas de provar a esterilidade masculina, aplicando como sanção à anulação do casamento e à exclusão da sociedade. Em vista disso, surgiu o instituto da adoção, favorecendo os casais que realmente não pudessem ter filhos, vez que, não se tratava de uma opção ter filhos e sim uma exigência (COULANGES, 1998).

A própria mitologia romana indica que Rômulo e Remo, irmãos gêmeos, um dos quais, Rômulo, foi o fundador da cidade de Roma e seu primeiro rei que,

ao serem abandonados em um cesto nas águas do rio Tibre, foram salvos por uma loba (Lupa Capitolina Museu Capitolino – Roma) (Figura 5), que os amamentou e os viu crescer. Depois, foram adotados por Fáutulo e sua esposa (obra de Pietro de Cortona Museu do Louvre, Paris), Figura 6, que não podiam ter filhos, sendo a primeira adoção relatada na história romana (NIEDERAUER, 2015).

Figura 5 - Lupa Capitolina.



Fonte: Imagem distribuída de forma livre sob licença *Creative Commons*.

Figura 6 – Rômulo e Remo abrigados por Fáutulo



Fonte: Imagem distribuída de forma livre sob licença *Creative Commons*.

Com o passar dos anos, a mulher passou a desempenhar papel importante na família romana, conquistando seu espaço no lar e na sociedade; passou a ser responsável pela manutenção do culto, iniciando assim, uma nova fase e, mesmo sem autonomia, começou a acumular funções através de seu sacerdócio doméstico. Na Figura 7 pode ser observado uma mulher participando de rituais: Figuração Ática em negativo de preto sobre o vermelho do barro enócoa, ca. 430-425 BC, museu do Louvre.

Figura 7: Figuração Ática de mulher participando de rituais



Fonte: Imagem distribuída de forma livre sob licença *Creative Commons*.

Dill e Calderan (2009) ressaltam que o Direito Romano marcou de forma expressiva o Direito de Família; os conceitos de família e filiação eram alicerçados no casamento e no autoritarismo, imposto pela figura do *pater*. Estes autores ressaltam que tais conceitos foram incorporados ao antigo Código Civil Brasileiro e que, ainda hoje é possível perceber sua influência e seus resquícios na legislação vigente.

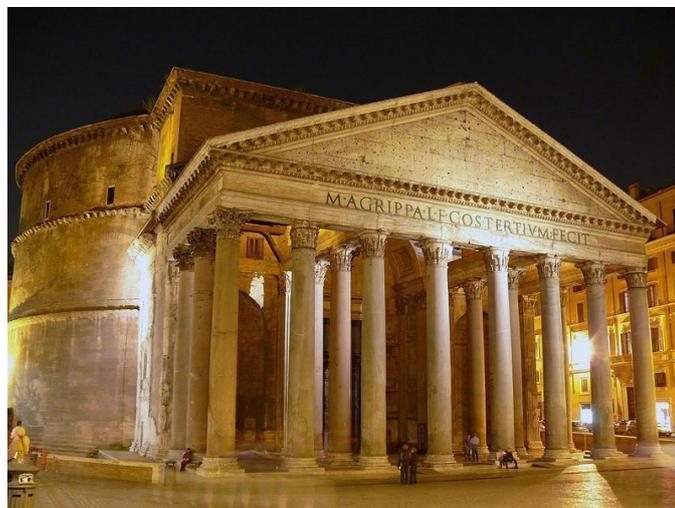
Na Grécia antiga, o machismo era muito forte e o catolicismo fortaleceu a autoridade do homem na célula familiar, tornando-o chefe absoluto. Nesse sentido, Pereira (1998) explica:

“A influência ou autoridade da mulher era quase nula, ou diminuída de toda a forma: não se justificava a mulher fora de casa. Ela estava destinada a inércia e a ignorância. Tinha vontade, mas era impotente, portanto, privada de capacidade jurídica. Conseqüentemente, na organização familiar, a chefia era indiscutivelmente do marido. Este era também o chefe da religião doméstica e, como tal, gozava de um poder absoluto, podendo inclusive vender o filho ou mesmo matá-lo” (PEREIRA, 1998, p.9).

Segundo o autor, o cristianismo acentuou a autoridade do homem, tornando-o chefe do lar e sacerdote da família, com poderes sobre a vida e morte de seus integrantes, estando a mulher “condenada” aos afazeres domésticos e ao cuidado dos filhos, não podendo se ausentar do lar sem o consentimento do marido.

Com a queda do Império Romano e o advento do cristianismo, as famílias passaram a ser instituídas através de cerimônia religiosa. Segundo Russo (2005), o ordenamento jurídico da Igreja Católica Apostólica Romana deu lugar a não somente ao monoteísmo (Figura 8) mas, também, a uma nova formação de famílias, em que o homem e mulher, por livre e espontânea vontade, uniam-se pelo sacramento, para constituir uma família sob a égide da fé Cristã. Fato que ainda, na atualidade, ocorre nos casamentos religiosos com efeito civil.

Figura 8 - Pantheon, construído para adorar todos os deuses transformado na Basílica de Santa Maria dei Martiti, Roma- Itália



Fonte: Imagem distribuída de forma livre sob licença *Creative Commons*.

Com o fortalecimento dos poderes da Igreja, tudo o que pudesse desagregar o seio familiar era desaprovado:

“O aborto, o adultério, e principalmente o concubinato, nos meados da Idade Média, com as figuras de Santo Agostinho e Santo Ambrósio; até então o *concubinatus* havia sido aceito como ato civil capaz de gerar efeitos tal qual o matrimônio. Os próprios reis mantiveram por muito tempo esposas e concubinas e até mesmo o clero deixou-se levar pelos desejos lascivos, contaminando-se em relações carnis e devassas, sendo muito comum a presença de mulheres libertinas dentro dos conventos.” (PEREIRA, 1998, p.8).

Nesta fase, as mulheres deixaram de ser raras, como outrora e, assim, a supremacia do casamento fez com que o adultério fosse abominado pela sociedade, sendo praticado de forma discreta: os homens que praticavam o adultério mantinham suas concubinas escondidas da família e da sociedade, conforme observado na arte de Giulio Romano demonstrado na Figura 9.

Figura 9: - Gli amanti de Giulio Romano, Hermitage Museu- Rússia



Fonte: Imagem distribuída de forma livre sob licença *Creative Commons*.

Já na Idade Moderna que, historicamente começa em 1453 (início estabelecido pelos historiadores franceses) com a tomada de Constantinopla pelos turcos otomanos e termina em 1789, com o início da Revolução Francesa⁹, a família é uma realidade moral e social, mais do que sentimental.

⁹Segundo Tosi (2009), a Modernidade é o período que se inicia com as grandes descobertas geográficas dos séculos XV e XVI e vai até 1948, com a Declaração Universal dos Direitos Humanos, pela Organização das Nações Unidas (ONU). Apesar da queda de Constantinopla ser

Na Europa, a família, entre os séculos XV e XVII, era dividida basicamente entre aristocrática, camponesa e burguesa. A aristocrática, formada por parentes, dependentes, criados e clientes, consistia em grupos de 40 a mais de 200 membros. Os aristocratas consideravam de suma importância a preservação da rede de relações de parentesco e linhagem (POSTER,1979). Quando a família era rica, o “sentimento” era mais uma missão que recaia na conservação dos bens e na prática comum de um determinado ofício (ARIÈS, 1986).

Segundo Poster (1979), a união matrimonial era considerada um ato político da mais alta ordem pois o destino da linhagem estava sujeito a casamentos que mantivessem intactas as propriedades da família, conforme observado na Figura 10.

o evento mais aceito para delimitar o início da Idade Moderna, tem sido propostas outras datas para o início deste período: 1) a Conquista de Ceuta pelos portugueses, em 1415; 2) a viagem de Cristóvão Colombo ao continente americano, em 1492, ou 3) a viagem à Índia de Vasco da Gama, em 1498. Algumas correntes historiográficas anglo-saxônicas preferem trabalhar com o conceito de "Tempos Modernos", entendido como um período não acabado, introduzindo as subdivisões - *Early Modern Times* (mais antiga) e *Later Modern Times* (mais recente); outras procedem a uma divisão entre sociedades pré-industriais e sociedades industriais. Por outro lado, a noção de "Idade Moderna" tende a ser desvalorizada pela historiografia marxista, que prolonga a Idade Média até ao advento das Revoluções Liberais e o fim do regime senhorial na Europa, devido a ampla ação das Cruzadas, que expandiram o comércio na Europa. A dificuldade da delimitação cronológica do período se deve, principalmente, às divergências de interpretação quanto à origem e evolução do sistema capitalista. Contudo, o período histórico que vai do século XV ao XVIII é, genericamente percebido por todas as correntes com um "período de transição" (NORWICH, 1995).

Figura 10 – Casamento de Filipe da Macedônia com Olímpia. Miniatura do século XV, museu de Londres.



Fonte: Imagem distribuída de forma livre sob licença *Creative Commons*.

A terra era a principal forma de enriquecimento da aristocracia, e, de modo geral, não era considerada um capital a ser melhorado ou explorado e sim um patrimônio sob a prerrogativa da linha de família, pois a riqueza não era para ser conquistada ou acumulada e sim herdada e retransmitida. O trabalho dos nobres era na guerra: servir o rei, mantendo a “ordem” desejada (POSTER, 1979).

Ainda, segundo o mesmo autor, as esposas nas famílias aristocratas eram figuras altivas, suas funções principais eram conceber filhos e organizar a vida social. Em geral, não se ocupavam da administração da casa e nem com a criação dos filhos. A ordem na casa era organizada hierarquicamente, independentemente das influências externas. O Rei procurava controlar os nobres, mas não em seus ambientes familiares, interferia somente em ocasiões raras.

Em virtude dos meios de transporte da época, os aristocratas em geral vivam longe de suas companheiras; os pais raramente se preocupavam com os

filhos, principalmente nos primeiros anos de formação, conforme explica Silva (2014).

“(…) as crianças aristocratas ficavam nas mãos da criadagem desde o momento de seu nascimento. Pai e mãe raramente se preocupavam com os filhos. As famílias aristocratas dispensavam as relações com as crianças, cabendo aos criados a função de cuidar de seus filhos (SILVA, 2014 p.29).

Torna-se perceptível que as famílias aristocratas dispensavam pouco valor à privacidade veja Figura 11, a formação típica da aristocracia na época.

Os cuidados maternos, amor romântico e relações íntimas com as crianças e, deste modo, a vida emocional dos filhos não girava em torno dos pais (ARIÈS, 1986).

Figura 11 – Formação típica de uma família aristocrática europeia do século XVI, museu de Londres.



Fonte: Imagem distribuída de forma livre sob licença *Creative Commons*.

Em meio à estrutura aristocrata, também havia o formato concebido pelas classes mais pobres: a família camponesa. Segundo Silva (2014), o campesinato

Europeu era interligado num vasto círculo de sociabilidade; a unidade básica da vida camponesa, no início do período moderno, não era a família conjugal, mas a aldeia. A aldeia era a família do camponês.

“A autoridade social não estava embutida na figura do pai, mas na própria aldeia. Casamento, relações entre marido e mulher, e entre pais e filhos tudo passava pela opinião dos aldeões, que empunhavam regras e sanções. Dentro da aldeia, além dos afazeres domésticos da casa, a mulher era responsável por boa parte do trabalho realizado, cabia a elas, também, a função de preservar os traços culturais e tradicionais, repassando a geração mais nova todos os ensinamentos. Mesmo com toda responsabilidade lhe imposta, as mulheres ainda continuavam na posição de submissão ao poder masculino. No tratamento das relações familiares, os laços afetivos não eram construídos apenas entre pais e filhos, mas entre todos que participavam da aldeia camponesa.” (SILVA, 2014 p.29).

Homens e mulheres camponesas desempenhavam funções separadamente; geralmente, as mulheres eram submissas, embora o trabalho dessas mulheres fosse imprescindível para a sobrevivência da família e da aldeia/comunidade. Os episódios emocionalmente importantes nas aldeias não tinham significado na família e sim no seio da comunidade. Neste sentido, eventos como festividades, cultos, casamentos e, até mesmo, a morte eram abertos a toda comunidade, ver Figura 12 (ARIÈS, 1986).

Figura 12 – Representação de uma família camponesa europeia do século XVI, museu de Londres.



Fonte: Imagem distribuída de forma livre sob licença *Creative Commons*.

Em alguns lugares da aldeia, os pais tomavam as decisões sobre a união conjugal dos filhos, mas, em maioria, a comunidade tinha formas coletivas de namoro em que se providenciava a formação de casais adequados. A supremacia da aldeia sobre o parentesco e a família, mesmo no casamento monogâmico, influenciava as relações de pais e filhos. As relações entre pai e filho, provavelmente, não internalizavam figuras parentais de forma profunda, uma vez que a vida emocional da criança era condicionada pelos ritmos da aldeia, e extensas tradições e costumes onde as sanções eram impostas com castigos físicos. (ARIÈS, 1986).

As camponesas gestantes eram auxiliadas nos deveres de cuidar dos filhos por parentes, pessoas idosas e moças solteiras. As mulheres da aldeia transmitiam às mulheres mais jovens os conhecimentos sobre o aleitamento, enfaixamento e cura de enfermidades, sempre abaixo do olhar dos aldeões (POSTER, 1979).

Com o crescimento populacional da classe camponesa, novas cidades surgiam, geralmente, próximas às terras de algum senhor. Essas terras eram

chamadas de senhorio. Várias atividades se desenvolviam nessas cidades, movimentando a economia local – uma dessas atividades era o artesanato, que se destacou inicialmente na produção têxtil. A produção era organizada pelas Corporações de ofício formadas por pessoas de uma mesma profissão, de uma mesma religiosidade e que mantinham uma relação de proteção mútua (MANFRED, 1982).

As Corporações de ofício (administradas e controladas por um mestre artesão) tinham como objetivo principal a articulação política e econômica, com vistas a enfrentar os mercadores, que passaram a viver nas cidades com o interesse estritamente comercial (MANFRED, 1982).

Os mercadores impulsionaram as atividades comerciais a partir do século XI, transitando de cidade em cidade, negociando suas mercadorias. No século XII, os mercadores passaram a organizar as feiras (importantes locais comerciais). As principais feiras do século XII foram a de Champagne e Brie, que se encontravam nos territórios da atual França (MANFRED, 1982).

Com a acentuação das atividades comerciais, as cidades, a partir do século XI, ampliaram-se para além-muros, crescimento proveniente das feiras e das atividades comerciais realizadas pelos mercadores nas beiras das estradas (MANFRED, 1982).

A partir da ampliação das cidades, criaram-se novos muros, com os quais novas cidades foram delineadas, além das que já existiam. Os burgos (cidades com muros) se desenvolveram economicamente e se ampliaram. Dos burgos surgiram os burgueses (a burguesia – uma nova classe social), importantes comerciantes que foram fundamentais para o desenvolvimento da mentalidade capitalista (MANFRED, 1982).

Na família burguesa (Figura 13), as relações eram consolidadas mediante rigorosas divisões de papéis sexuais. O marido era o chefe dominante e provia o sustento da família. A esposa era considerada ser não pensante e menos capaz, zelava apenas do lar e, em alguns casos, com a ajuda de criadas. O principal interesse da esposa centrava-se nos filhos (MIRANDA, 2015).

Figura 13 – Formação típica de uma família burguesa europeia do final do século XVI.



Fonte: Imagem distribuída de forma livre sob licença *Creative Commons*.

Os filhos foram reavaliados pela burguesia tornando-se seres significativos para os pais. Uma relação mais íntima, profunda e emocional se estabeleceu entre pais e filhos dessa classe. O sentimento de amor materno foi considerado natural nas mulheres, que não tinham somente o dever de zelar pela prole mas também a missão de orientá-la para um lugar respeitável na sociedade, além da atribuição de cuidar do lar e do marido (MIRANDA, 2015).

Tal concepção foi viabilizada com a ascensão da burguesia europeia, iniciada com o mercantilismo (nos séculos XVI e XVII), avançou pela Revolução Inglesa (1688), perpassou a Independência Americana (1776) e atingiu o seu momento culminante na Revolução Francesa (1789). Nasce, pois, no interior desse movimento, este novo conceito de família, a formada não unicamente por arranjos ou conveniência, mas pelo elo de afeto: a família da pós-modernidade (MAYA, 2008).

2.1.2. A família pós-moderna

A Revolução Industrial, ocorrida na Inglaterra integra o conjunto das "Revoluções Burguesas", do século XVIII, responsáveis pela crise do Antigo Regime; retrata a passagem do capitalismo comercial para o industrial. Outros dois movimentos que a acompanharam são a Independência dos Estados Unidos e a Revolução Francesa que, sob a influência dos princípios iluministas, assinalam a transição da Idade Moderna para a Contemporânea (HOBSBAWM, 2001).

Na Figura 14 observa-se a pintura em tela intitulada "*Coalbrookdale by Night*" da autoria de P.J. Louthembourg. A obra faz parte das coleções do Museu de Ciência em Londres e retrata os fornos da Companhia *Coalbrookdale*. Considerada uma das imagens representativas do início da Revolução Industrial, retrata as mudanças que as novas tecnologias trariam para a economia mundial (UNIVERSO ON LINE, 2015).

Figura 14 – *Coalbrookdale by Night*.



Fonte: Universo on line, vestibular fotos, 2015.

Em seu sentido mais pragmático, a Revolução Industrial significou a substituição da ferramenta pela máquina e contribuiu para consolidar o capitalismo como modo de produção dominante. Esse momento revolucionário, de passagem da energia humana para motriz, é o ponto culminante de uma evolução tecnológica, social e econômica, com exploração, inclusive da mão-de-obra infantil conforme demonstrado na Figura 15 (LOLICH, 2011).

Figura 15. Capítulos da vida de um garoto nas fábricas de Dundee”, de Frank Forrest.



Fonte: Planeta Educação, 2015.

Convém lembrar que no Brasil do final do século XVIII, conserva-se a subserviência à Coroa Portuguesa, havia escravização humana (ver Figura 16) e, ao contrário do movimento da Revolução Industrial, iniciado na Europa, contava com pouquíssimas fábricas instaladas e todos os produtos de necessidades básicas e artigos de luxo, bem como as especiarias eram de origem européia. A sociedade escravista não reconhecia a liberdade do negro

(não o aceitava como um cidadão de direitos), e apenas quem fazia parte da Corte Portuguesa (reconhecido pelo Imperador do Brasil) era, de fato, cidadão (SOUZA, 2013).

Figura 16 – Escravismo do homem negro no Brasil do século XVIII.



Fonte: Mundo Educação, 2015.

Como mais da metade da população era negra ou mestiça (afro-descendentes), o Brasil foi obrigado a reconhecer a liberdade do negro, por meio da abolição total da escravatura, em 1888. Assim, estabeleceu-se um mercado interno, composto de negros livres e também imigrantes europeus recém-chegados ao País, capaz de dar vazão ao excedente produzido pelas indústrias de maquinárias vaporizadas européias, principalmente, as da Inglaterra.

Anteriormente à abolição da escravatura, as famílias dos senhores de engenho sobreviviam da venda de escravos exportação de cana-de-açúcar e de café¹⁰. Nos engenhos do mundo rural, a elite vivia em mansões cercadas de

¹⁰ As riquezas das famílias nobres eram guardadas em bancos (como a poupança dos dias atuais), e quem precisasse utilizar dessas reservas (guardadas em barras de ouro ou em títulos públicos da Coroa) lançavam mão das mesmas, em situações como as de doenças, ou falência/fracasso de seus negócios.

escravos e dependentes, seus membros tinham papéis bem definidos: as decisões formais pertenciam ao marido (protetor e provedor da mulher e dos filhos), cabendo à esposa assistir a casa e a família (SAMARA, 2002).

Com a descoberta das minas de ouro, na década de 1690, constituiu-se um novo polo de colonização e, o eixo econômico (antes localizado no Nordeste¹¹) foi deslocado mais para a região sul, canalizando o tráfico de escravos durante o século XVIII.

Durante o referido século, na região Sul do Brasil, existiam núcleos urbanos em crescimento e uma vida rural mais modesta que o Nordeste brasileiro. Nos engenhos de cana paulistas, as escravarias eram menores em relação às do Nordeste e, na falta da mão-de-obra escrava, lavradores empobrecidos trabalhavam a terra com suas famílias e, não raramente, aceitavam membros subsidiários para ajudar na labuta diária (SAMARA, 2002). Sobre tal momento histórico brasileiro Samara (2002) explica:

“A sociedade que aí se formou era uma mescla de raças e origens diversas e mais difícil de ser controlada, apesar das tentativas da Igreja e da Coroa Portuguesa. Mulheres exerciam atividades econômicas fora do âmbito doméstico e as solteiras com prole natural chefiavam famílias. Nessas paragens, não era fácil para os poderes constituídos, tentar fixar os padrões impostos pela colonização que não eram seguidos pela maior parte da população.” (SAMARA, 2002 p.7).

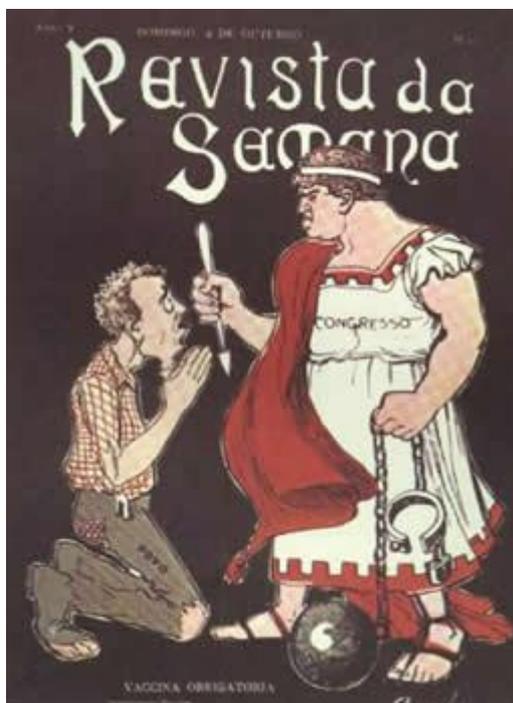
No meio urbano brasileiro da época, havia uma gama variada de pequenos negócios ligados ao abastecimento que favoreceu a atuação das mulheres trabalhadoras que, geralmente, ocupavam espaços deixados pela migração masculina e pela falta de escravos, culminando na alteração do quadro da organização familiar¹² e das relações de gênero (SAMARA, 2002).

¹¹ No início dos séculos XVI e XVII, a economia da colônia esteve, basicamente, assentada nas plantações de cana localizadas no Nordeste (SAMARA, 2002).

¹² A autora desmistifica a formação/organização familiar patriarcal no Brasil colonial; explica que a obra “Casa Grande Senzala” de Gilberto Freyre (1987) foi impropriamente utilizada como exemplo de imagem padrão de família no período da colonização; várias gerações de estudiosos acreditaram que famílias extensas do tipo patriarcal eram predominantes, quando, na verdade, as mais comuns eram as famílias com estrutura mais simples e menor número de integrantes, sendo que, no meio urbano, as mulheres trabalhavam, não havendo, portanto, papéis reservados aos sexos e à rígida divisão de tarefas e incumbências (SAMARA, 2002).

Com o aumento da população no meio urbano em condições sanitárias exíguas surgiram epidemias de várias doenças e, o então Presidente da República Rodrigues Alves nomeou como Diretor do Departamento Federal de Saúde Pública o Sr. Oswaldo Cruz, que implantou medidas de desinfecção sanitária e de vacinação obrigatória anti-varíola que desagradou grande parcela da população, gerando um movimento que ficou conhecido como a Revolta da Vacina (ver Figura 17).

Figura 17 - Capa da Revista da Semana ilustra Revolta da Vacina.



Fonte: Capa da Revista da Semana de 1904 ilustra a Revolta da Vacina. Imagem de domínio público.

Já no ano de 1920, foram criados órgãos especializados no combate a doenças como tuberculose, lepra e Doenças sexualmente transmissíveis.

Tal resistência da população às vacinas. se deu ao medo da população em relação ao tratamento oferecido, preferindo serem tratados por curandeiros. Conforme Polignano (s.d, p.3), "a inexistência de uma assistência médica estruturada, fez com que se proliferassem pelo país os Boticários"

No século XIX, com o desenvolvimento econômico da região sul do país, provocado pela cafeicultura, pelas modificações políticas importantes (Independência, em 1822, Abolição da Escravatura, em 1888, e Proclamação da República, em 1889), e pela entrada de imigrantes europeus, abriram-se novas oportunidades de emprego, tanto nas cidades como no campo; as mulheres ocuparam parte desse mercado ainda que ganhando menos que os homens pelo mesmo período trabalhado (HAHNER, 1990).

Com o aumento da produção de café, em São Paulo, as políticas que favoreciam a entrada de imigrantes eram estimuladas pela elite paulista, aumentando, sobremaneira, a mão-de-obra imigrante disponível em proporções superiores às possibilidades de emprego no campo, favorecendo ainda mais o crescimento da população urbana.

Tal população, formada na maioria por imigrantes e trabalhadores pobres, excedeu as necessidades do mercado ocasionando múltiplas formas de trabalho. A mulher, também, encontrou meio alternativo de trabalho (tanto na incorporação massiva na produção fabril quanto em trabalhos domiciliares) que permitia sua contribuição para a renda familiar, de modo conciliado às suas atividades domésticas (SAMARA, 2012).

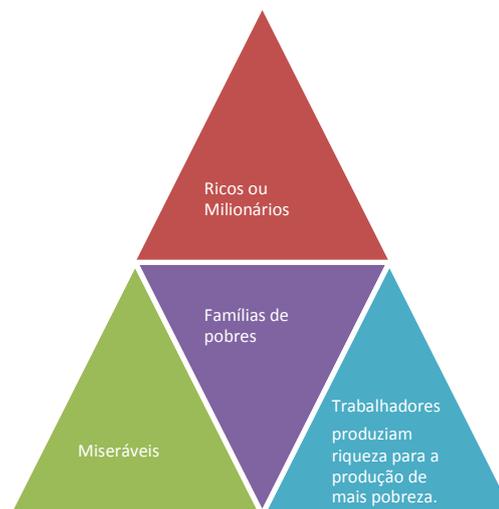
Com o avanço da economia mercantilista, o Brasil passou a apresentar uma estratificação social mais complexa (ver Figura 18) que a do período colonial. Surge a burguesia brasileira que, diferentemente da europeia, não se formou em burgos e tampouco em sistema feudal, mas sim por uma sociedade escravista em decadência, num momento em que o capitalismo mundial preparava as condições para adentrar em sua fase monopolista (SAMARA, 2012).

Figura 18 – Comparação entre a Estratificação da sociedade brasileira no Brasil colônia com a provocada pela modernização.

Estratificação Social do Brasil Colônia



Estratificação Social do Brasil provocada pela modernização.



Fonte: Elaborado por Moretti, PGS, 2015.

Convém lembrar que a burguesia brasileira não entrou em confronto com a aristocracia agrária. Segundo Marcelino (2012), ela formou uma espécie de oposição, dentro da ordem, ajustando-se à tradição da mudança gradual baseada em acordos e compromissos com o monopólio fundiário e com a manutenção de ex-escravos nas divisas das grandes propriedades rurais.

O autor, ainda, relata que a aliança latifúndio-burguesia brasileira, buscou garantir que a expansão do capitalismo fosse feita sem democracia e sem envolver a ampla participação e organização das massas populares:

“(…) Seria mais correto, inclusive, caracterizar a burguesia brasileira como contra-revolucionária, com uma enorme desconfiança do povo, sempre pronta para combater as massas trabalhadoras nos processos políticos do país e com muita aversão às formas democráticas de governo.” (MARCELINO, 2012, p.2).

Segundo Gorender (1990), a burguesia brasileira, diferentemente do seu processo de formação e expansão na Europa, pôde crescer e chegar a ser a classe dominante sem passar por nenhuma revolução, servindo-se/explorando a mão de obra colonial. A exploração de mão-de-obra, a não existência de direitos trabalhistas se tornou cada vez mais insuportável, eclodindo em grandes greves, na guerra camponesa do Contestado, na Coluna Prestes, em levantes populares e com a própria Revolução de 30 (MARCELINO, 2012).

No que concerne à constituição familiar, instituto mantido a qualquer custo, constatou-se, assim, como no resto do mundo, um direcionamento para a satisfação pessoal de seus integrantes, sendo a afetividade o seu elo, seguindo-se os princípios românticos e iluministas, conforme elucida Kumar (1997):

“(…) Enquanto, na era moderna, as características principais eram a crença no progresso e na razão; a era pós-moderna é marcada por um caráter romântico e sentimental, tido como irracional e indeterminado, ligado à sociedade de massa e à cultura de massa” (KUMAR, 1997, p.79).

A partir do século XIX, a família deixou de ser uma instituição dedicada a manter os bens e a honra e, conforme o modelo atual de família, não é mais a do autoritarismo, nem tampouco a que se institui pelo casamento, mas sim aquela que se funde pelos laços de afeto. Conforme enfatiza Hironaka (1999):

“Na ideia de família, o que mais importa – a cada um de seus membros, e a todos a um só tempo – é exatamente pertencer ao seu âmago, é estar naquele idealizado lugar onde é possível integrar sentimentos, esperanças e valores, permitindo, a cada um, se sentir a caminho da realização de seu projeto pessoal de felicidade” (HIRONAKA, 1999, p.8).

Para Carossi (2007), a família iniciou sua passagem para a contemporaneidade com o ingresso da mulher no mercado de trabalho (por volta dos anos de 1950). A partir da descoberta da pílula anticoncepcional, em meados de 1967, a família deixou de ser uma entidade econômica e o casamento passou a ser alicerçado no amor e não mais em um contrato econômico.

É inegável que a partir da Revolução Industrial mudanças positivas e negativas ocorreram nas vidas das famílias. A necessidade de que mercadorias e serviços fossem disponibilizados em outros locais de forma rápida e eficaz para serem comercializados, trouxeram as mudanças positivas como a globalização, que através de técnicas dos meios de transportes e comunicação permitiram a interação de grupos com diferentes modos de vida e de culturas, o desenvolvimento tecnológico e industrial, o acesso à educação rural, com a interiorização da educação utilizando plataformas virtuais de ensino/aprendizagem e a produtos industrializados.

Por outro lado, a Revolução Industrial aumentou o número de desempregados com a substituição da máquina pela mão-de-obra humana, a poluição ambiental, o aumento da poluição sonora, o êxodo rural, o crescimento desordenado das cidades. Muitos trabalhos foram substituídos por máquinas e robôs. As empresas procuram profissionais bem qualificados para ocuparem empregos que exigem cada vez mais criatividade e múltiplas capacidades (HOBBSAWM, 2001).

A modernidade e o excedente de produção estratificaram as sociedades: de um lado, ricos ou milionários e, do outro, famílias de pobres, miseráveis e trabalhadores que produziam riqueza para a produção de mais pobreza.

Segundo Bobbio, (1992) a produção da miséria não se faz mais apenas no sentido da rejeição do homem pelo mundo, mas também pela rejeição por si mesmo. A propósito, Hannah Arend postula que o liberalismo gera não apenas a expulsão do homem pelo outro, mas a sua rejeição por si mesmo:

“Antes, negava-se ao homem a sua plena integração; hoje, expulsa-se o homem do mundo; ou, o que é pior, faz-se com que ele se intimide e se dê por excluído, rejeite-se por não ter obtido o mérito de poder ser aceito, inclusive por si mesmo.” (ARENDR, 1990, p. 324).

2.2. Família no Estado Liberal e no de Bem-Estar Social

Convém iniciar esta seção, esclarecendo que liberal é o termo que designa uma ordem política sob a qual todos os indivíduos são independentes, livres, não submetidos ao poder de nenhuma outra pessoa, sendo todos igualmente submetidos pela lei. A matriz do pensamento liberal tem suas raízes no pensamento dos filósofos iluministas do século XVII e dos economistas da escola clássica do século XVIII¹³.

O liberalismo pode ser definido como um conjunto de princípios e teorias políticas que defendem a liberdade política e econômica. Os liberais são contrários ao forte controle do Estado na economia e na vida das pessoas. Os princípios básicos do liberalismo são: i) defesa da propriedade privada; ii) a liberdade econômica (livre mercado); iii) a mínima participação do Estado nos assuntos econômicos da nação (governo mínimo) e v) a igualdade perante a lei (Estado de direito) (COELHO, 2009). Convém destacar que, na década de 1970, surgiu o termo “neoliberalismo”, utilizado como a aplicação dos princípios liberais

¹³O pensamento liberal teve sua origem no século XVII, através dos trabalhos publicados pelo filósofo inglês John Locke. Já no século XVIII, o liberalismo econômico ganhou força com as ideias defendidas pelo filósofo e economista escocês Adam Smith.

em uma realidade econômica pautada pela globalização e por novos paradigmas do capitalismo.

Nesse sentido, o (neo) liberalismo prevê o Estado Mínimo ou Estado Minarquista que corresponde a uma organização política que intervém o mínimo possível nas relações sócio-econômicas, ou seja, um Estado que intervém apenas naquilo que é estritamente necessário: na segurança e na justiça dos seus habitantes. Assim, garante a liberdade e a igualdade de todos os cidadãos, ficando as demais dimensões sociais a cabo da regulação do mercado¹⁴ (COELHO, 2009). Este autor, por meio da imagem metafórica do pêndulo, bem explica as relações Estado *versus* mercado:

“No que se refere às relações entre Estado e mercado nas sociedades capitalistas, observa-se um movimento pendular: o Estado situado à esquerda e o mercado à direita. A partir do momento em que o pêndulo chega ao seu ponto máximo à direita, os mecanismos do mercado mostram-se insuficientes para estimular o investimento privado, o desenvolvimento econômico e o bem-estar social, a sociedade começa a inclinar-se à esquerda, buscando a intervenção do Estado como forma de corrigir as falhas do mercado, sanar suas insuficiências recriando bases para tomada dos investimentos, para a expansão da economia e o aumento de bem estar social. No momento em que seu pêndulo chega no seu ponto máximo à esquerda a intervenção do Estado na regulação da vida social e econômica não se mostra mais capaz de promover o crescimento econômico, passando a ser percebido como um empecilho ao investimento privado que é a condição necessária para a expansão econômica nas sociedades capitalistas, tem início então, o movimento oposto da sociedade à direita com a retração do Estado em favor dos mecanismos de regulação do mercado (COELHO, 2009 p.25).

Desde a instituição do liberalismo, há críticas à intervenção “indevida” do Estado, as quais não se limitam às medidas protecionistas que impedem o livre comércio, mas se estendem à proteção social garantida às famílias pobres (COELHO,2009).

Considerada a primeira Lei Assistencialista e de Bem-Estar Social, a Lei dos Pobres (*Poor Law*), que desde o século XVI proporcionou auxílio financeiro às pessoas consideradas indigentes e incapazes de garantir o seu sustento com o seu próprio trabalho, passou a ser severamente criticada pelos intelectuais liberais, como Malthus (1766-1834) e Spencer (1820-1903) (COELHO, 2009).

¹⁴ Mercado neste estudo, refere-se ao sistema de trocas do qual participam agentes e instituições interessados em vender ou comprar um bem ou prestar ou receber um serviço.

Malthus (1986¹⁵) julgava a Lei dos Pobres como um agravante do problema da pobreza; considerava-a como uma intervenção que perpetuava a situação de dependência dos indivíduos em relação ao Estado. Segundo este autor, o auxílio dado pelo Estado contribuía para empobrecer a classe cuja única posse era seu trabalho. Malthus ainda afirmava que o bem-estar populacional estava intimamente relacionado ao crescimento demográfico do planeta e alertava que o crescimento desordenado acarretaria na falta de recursos alimentícios para a população gerando como consequência a fome; considerando que a população crescia em progressão geométrica (exponencial), enquanto a produção de alimentos crescia em progressão aritmética.

Com base nesses dados, Malthus concluiu que, inevitavelmente, a fome seria uma realidade se não houvesse um controle imediato da natalidade (MALTHUS, 1986).

Spencer (*apud* COELHO, 2009; RAMOS, 2011), por sua vez, considerava que a pobreza contribuía para produzir uma população de baixa qualidade, visto que ela é o retrato da distorção da lei natural, segundo a qual apenas os indivíduos mais aptos sobrevivem, corroborando com ideias do “Darwinismo Social” (COELHO, 2009; RAMOS, 2011).

O final da Primeira Guerra Mundial (1918) colocou os Estados europeus no papel central de organizadores dos recursos sociais e econômicos, abrindo, assim, espaço na mentalidade coletiva para a aceitação da gerência estatal no funcionamento cotidiano da sociedade. Nos Estados Unidos, a crise econômica de 1929 e seus efeitos catastróficos sobre todas as classes sociais (destruição de fortunas do dia para a noite e a produção do desemprego em massa, que perduraram por anos a fio), possibilitou aos norte-americanos a aceitação da intervenção do Estado na sua vida diária, mas não sem antes oferecer grande resistência (COELHO, 2009).

Quando o presidente Roosevelt lançou um programa de assistência social para dirimir os efeitos deletérios do desemprego sobre a classe trabalhadora (o *Federal Emergency Relief Act*, em 1932), as maiores resistências a sua iniciativa vieram justamente dos sindicatos dos trabalhadores, e não dos empregadores,

¹⁵ A edição usada nesta dissertação é a de 1986.

como poderia se imaginar. Segundo declarou um dos líderes do poderoso sindicato dos marinheiros, à época:

“Às vezes é melhor deixar que os feridos morram; às vezes é melhor deixar os velhos morrerem do que sacrificar o fogo da luta e a habilidade de vencer as batalhas. O que são esses apelos por pensão para idosos? [...] por seguro saúde? [...] seguro desemprego? [...] nada mais do que sentimentalismos que obstruem o caminho da verdadeira luta.” (RIMLINGER, 1971 p. 84).

É notável que, mesmo no auge da crise da década de 1930, quando havia 13 milhões de desempregados nos Estados Unidos, o movimento sindical tenha se oposto à criação de um seguro desemprego, já que nenhuma razão econômica ou política poderia explicar tal resistência (COELHO, 2009).

Um dos principais fatores da Grande Depressão foi a má distribuição da renda ao longo da década de 1920: o crescimento nos salários dos trabalhadores não acompanhou o passo do aumento da produtividade. À medida que os custos de produção caíam, os salários cresciam lentamente e os preços continuavam constantes. A produção industrial e a agropecuária aumentavam a proporção dos lucros (indo para os industriais e seus trabalhadores, para os fazendeiros e outros consumidores em potencial), mas passou a ser pequena demais para criar um mercado para os produtos que os mesmos produziam. Coelho, (2009) explica quão bem estavam as famílias norteamericanas nesta época:

“Até mesmo em 1929, uma década depois de contínuo crescimento econômico, mais da metade das famílias americanas viviam à beira ou abaixo da linha de subsistência - pobres demais para conseguirem fazer parte da aparente época de prosperidade da década de 1920, pobres demais para comprar os carros e as casas e outros produtos que a economia industrial estava produzindo, e em muitos casos, pobres demais até mesmo para obter alimentação e abrigo adequados.” (COELHO, 2009, p.90).

Nesta época (final do século XIX e início do século XX), o Brasil ainda guardava muito do período colonial, por isso não convém classificá-lo como

Estado liberal. Conforme sabido, no Império tem-se a escravidão e na Primeira República¹⁶, resquícios dela, ou seja, a negação da liberdade e igualdade civis (principais características do liberalismo) dos negros, a ausência de participação efetiva dos cidadãos no processo político e o forte controle do governo pelos parlamentares (COELHO, 2009; RAMOS, 2007).

No sentido acima, pode-se então afirmar que o Estado brasileiro, durante a Primeira República, foi apenas formalmente um Estado liberal-democrático, sendo, na verdade, um Estado oligárquico, em que os resultados do sufrágio universal eram manipulados pela elite dominante que continuava no poder¹⁷ (COELHO, 2009).

O Brasil, do início do século XX, foi marcado pela necessidade de um Estado desenvolvimentista e de implementação das políticas sociais que urgiam com maior força e estavam diretamente relacionadas ao desenvolvimento industrial do país. Cita-se, como exemplo, a Lei Eloy Chaves¹⁸, considerada a primeira lei de Previdência Social brasileira.

Com a chegada dos imigrantes europeus, em especial, dos italianos, já endoculturados politicamente com conceitos de sindicalismo e lutas proletárias iniciaram-se movimentos contrários à exploração do trabalho nas lavouras. Greves gerais já eram uma realidade repetitiva, sendo muitas vezes vistas como afrontas ao Estado Republicano (FALEIROS, 2000). Sobre as greves que ocorriam com frequência nessa época, o autor relata:

¹⁶A Primeira República brasileira (baseada na Constituição de 1891) definiu seu padrão político no final da década de 1890, tendo como seu principal mecanismo a “política dos governadores” (estabelecida pelo segundo presidente civil - Manoel Ferraz de Campos Salles), a saber: o Governo Federal garantia ampla autonomia aos grupos oligárquicos dominantes de cada Estado da Federação e, em troca, as bancadas estaduais lhe davam apoio político no Congresso. Esta política tinha como principal instrumento a Comissão Verificadora de Poderes, da Câmara dos Deputados, em que os próprios parlamentares, no início de cada legislatura, eram os responsáveis por legitimar os diplomas dos eleitos. Essa condição permitia apenas a posse dos deputados eleitos que fossem indicados pelos governadores. Neste sentido, teve-se como resultado desse pacto o enfraquecimento das oposições, a fraude eleitoral e a exclusão da maior parte da população de qualquer participação política. O controle político oligárquico era, ainda, assegurado pelo voto aberto e pelo reconhecimento dos candidatos eleitos pelo próprio Poder Legislativo (não pelo Poder Judiciário) e como o Congresso sofria a influência do presidente e dos governadores, esse mecanismo dava margem à chamada "degola" dos candidatos indesejáveis (HOLLANDA, 2009).

¹⁷ Ramos (2007) cita, inclusive, a violência física como forma de manipulação das leis eleitorais e como forma de manter a população excluída da participação eleitoral.

¹⁸ Latifundiário, empresário, banqueiro e advogado, Eloy Chaves era proprietário de extensas propriedades rurais, em Jundiá - interior de São Paulo – produtoras, principalmente, de café.

“O núcleo principal do movimento operário, nessa época, fundamentava-se no anarquismo, com as ‘uniões de resistência’ dirigidas pelos imigrantes europeus. Depois de cada greve, o governo procurava os responsáveis (os cabeças) e quase sempre os expulsava do país (FALEIROS, 2000, p. 146).

Em meio aos movimentos grevistas, Eloy Chaves se tornou deputado Federal, pelo Partido Republicano Paulista (PRP), e propôs a Lei nº 4682, de 24 de janeiro de 1923, que ficou conhecida pelo seu nome. Tal lei substituiu as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP) que asseguravam apenas aos trabalhadores/operários urbanos (ferroviários, portuários e marítimos) e se estendia aos trabalhadores rurais. A Lei Eloy Chaves garantia, pois, o interesse sumário das classes dominantes que exportavam café, por meio das estradas de ferro e dos portos (SPOSATI, 2003).

Convém destacar que, apesar do “progresso” no que tange à Lei Eloy Chaves, as famílias brasileiras ainda enfrentavam as disparidades dos benefícios previdenciários e dos serviços de saúde. Trabalhadores mais bem aquinhoados salarialmente, como os bancários, por exemplo, usufruíam de assistência médica de qualidade bem superior a dos industriários.

Com a adoção do sufrágio universal masculino (início do século XX), que implicou o direito de todo homem, independentemente de sua renda, votar com o mesmo peso dos cidadãos da classe dominante financeiramente, os Estados liberais se transformaram em democracias representativas. A quebra da Bolsa de Valores de Nova Iorque, em 1929, possibilitou às sociedades - norteamericana e brasileira - perceberem que o mercado não era autorregulável e que a intervenção do Estado era indispensável para o mercado e para a sociedade (COELHO, 2009; RAMOS, 2007).

Convém lembrar que, no Brasil, o liberalismo econômico teve início com o desenvolvimento agrário pós-regime escravocrata. Neste período, a sociedade brasileira passou por um processo de “americanização” da cultura em que, por forte influência do poder do capital, brasileiros eram estimulados a imitar os padrões de consumo norte-americanos.

Tota (1993), em estudo da americanização da sociedade brasileira, cita Monteiro Lobato altamente influenciado pela cultura norte americana. Segundo ao autor, o personagem Jeca Tatu, do livro *Urupês* - publicado pela primeira vez, em 1918 – traduz a preocupação de Lobato com questões de cunho social, de natureza crítica do contexto arcaico do universo rural, e com o descaso público relativo a doenças como o amarelão (um sério problema de saúde pública da época), e indica um Lobato influenciado pelo modelo norte americano, como capaz de mudar a possível letargia cultural e econômica do Brasil; a “americanização” trazia um ar modernizante para a sociedade brasileira da época. Nas palavras do autor:

“Monteiro Lobato foi um dos que se apaixonaram pela via americana como saída para o nosso atraso. Umas botinas protetoras da saúde nos pés do Jeca, um trator como o descrito na conversa com Mr. Slang em América seriam suficientes para criar um homem novo. Um brasileiro verdadeiramente forte, capaz de levar os Estados Unidos do Brasil a se equipararem aos *United States of America*.” (TOTA, 1993, p.191-192).

Após a Segunda Guerra Mundial, Getúlio Vargas começou a aparelhar o Estado brasileiro para intervir na regulação da vida econômica e social dos brasileiros, visando promover o desenvolvimento nacional. Na Europa Ocidental, na mesma época, os países governados por partidos de esquerda (os sociais democratas, nos países escandinavos e na Alemanha, ou o trabalhista na Inglaterra) ou por partidos de direita (França e Itália) interviram fortemente na economia dos seus países, por meio da regulação, estatização de empresas privadas e criação de empresas públicas, além de desenvolverem sistemas de proteção social abrangentes, elevando o nível de vida dos seus habitantes (COELHO, 2009).

No Brasil, houve, durante o governo Vargas, a criação do Estado de Bem-Estar Social que viabilizou a regulação do mercado e a promoção do bem-estar (por meio de políticas públicas de educação, saúde, previdência, habitação etc.), e o Estado, também, teve o papel de promotor da industrialização do país.

Note-se que nos países capitalistas centrais a era da industrialização trouxe o Estado de bem-estar social e, no Brasil, a industrialização e a criação

de políticas públicas foram concomitantes e coincidentes com o Estado de Bem-estar social (COELHO, 2009). Por isso, essa forma de Estado foi chamada, no Brasil, de Estado desenvolvimentista. Outra diferença, em relação aos países capitalistas do pós-guerra, é a de que, no Brasil, a construção do Estado desenvolvimentista não veio acompanhada apenas de políticas sociais e de desenvolvimento econômico, mas também de ruptura política. A Revolução de 1930 pôs fim ao Estado oligárquico e ao sistema de organização institucional sobre o qual ele se baseava. Coube, então, ao novo Estado construir, a um só tempo, as novas bases de desenvolvimento econômico, acumulação capitalista e de legitimação de uma nova ordem política no país, com a incorporação das massas no processo político. Já na década de 40, no campo das políticas sociais, como importante marco para a sociedade brasileira, cita-se a criação da Lei do Salário Mínimo, em 1940, e a promulgação da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), em 1943 (ver Figura 19). Tais leis surgiram em meio às famílias que ansiavam pela “modernização” do país¹⁹ (COELHO, 2009).

¹⁹ Convém dizer que o que acontecia no Brasil, na década de 40, também ocorria na América do Sul. Conforme afirma Pike (1985): “A América do Sul, vista como a América dos índios, dos negros, das mulheres e das crianças precisava aprender as lições do capitalismo para abandonar esta posição “inferior”. Uma América que, em última instância precisava ser domesticada.” (PIKE, 1985, p. 131).

Figura 19 – Primeira Carteira de Consolidação das Leis de Trabalho-
Museu da República, RJ.



Fonte: Exposição: Trabalho, Luta e Cidadania: 70 anos da CLT, arquivos da autora.

Segundo Coelho (2009), nos anos de 1960, sob o governo militar, o Estado brasileiro voltou a expandir a rede de políticas sociais; houve a criação do Banco Nacional para a Habitação (BNH), em 1965; a unificação dos diversos Institutos de Aposentadoria e Pensão no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS); a criação do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), em 1966 e, ainda, o lançamento do maior e mais ambicioso projeto social cujo objetivo era “erradicar” o analfabetismo do país - o Movimento Brasileiro de Alfabetização (MOBRAL) - em 1967. Na década seguinte, a Previdência Social foi estendida aos trabalhadores rurais, por meio do Fundo de Assistência do Trabalhador Rural (FUNRURAL) (1971), assim como a previdência urbana seria estendida às empregadas domésticas (1972) e aos trabalhadores autônomos (1973).

Na área econômica, os governos militares elaboraram dois grandes Planos Nacionais de Desenvolvimento (PND) com o intuito de completar o processo de industrialização do país e equipara-lo ao parque produtivo das economias mais avançadas do mundo. No bojo desses planos, foram criadas novas empresas estatais nas áreas da petroquímica (criação dos polos

petroquímicos), aeronáutica (Embraer), telecomunicações (Telebrás e Embratel), de energia (Itaipú) e agrícola (Embrapa).

No entanto, a década de 1970, coincidiu com o fim do período de expansão das economias capitalistas em todo o mundo, após trinta longos anos de expansão continuada na Europa. Os dois grandes choques do petróleo da década iriam multiplicar o preço do combustível sobre o qual se baseava toda a economia mundial, causando inflação em todo o mundo, criando desemprego e acabando, de vez, com o ciclo expansivo da economia mundial. Ou seja, após um período de contínua expansão econômica e aumento do bem-estar (que durou três décadas, na Europa, e meio século, no Brasil acompanhado de constante expansão do Estado), o mundo entrou num período de “estagflação” - situação em que ocorre a estagnação econômica acompanhada de inflação (COELHO, 2009).

O crescente desemprego ou subdesemprego, após a Segunda Guerra Mundial, suscitou movimentos sociais pela expansão dos direitos civis e de maior inclusão social. Tais movimentos surgiram em diversos países com objetivo inicial de conter a pobreza e de prestar assistência médica individual incorporada à saúde pública. No plano internacional, esse movimento culminou, em 1977, com o estabelecimento, pela OMS, da meta de Saúde para Todos no Ano 2000, e referendada pela Conferência Internacional de Cuidados Primários à Saúde, realizada em Alma-Ata (atual Cazaquistão), em 1978 (CZERESNIA e MACHADO, 2009).

2.3. Declaração de Alma-Ata: Proteção às Famílias e às Comunidades

A Conferência de Alma-Ata expressou a necessidade de ação urgente de todos os governos, de todos os que trabalham nos campos da saúde, do desenvolvimento e da comunidade para a proteção e promoção da saúde e do desenvolvimento da comunidade mundial, ou seja, de todos os povos do mundo.

A Conferência reafirmou, enfaticamente, que a saúde - estado de completo bem-estar físico, mental e social (e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade) - é um direito humano fundamental, e que a

consecução do mais alto nível possível de saúde deveria ser a mais importante meta social mundial, cuja realização requeria a ação de outros setores - sociais e econômicos - além do setor da saúde.

No sentido acima, a "Atenção Primária em Saúde" e a sua atuação voltada ao indivíduo, famílias e comunidades foi definida, pela Organização Mundial da Saúde (OMS), como:

"Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade, por meios aceitáveis para eles, e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde." (OMS,1978, p.1).

No que se refere ao Brasil, nos anos de 1970, teve início o Movimento da Reforma Sanitária constituído inicialmente por uma parcela da intelectualidade universitária e dos profissionais da área da saúde. Posteriormente, incorporaram-se ao movimento outros segmentos da sociedade, como: centrais sindicais, movimentos populares de saúde e alguns parlamentares. As proposições desse movimento, iniciado em pleno regime autoritário da ditadura militar, eram dirigidas basicamente à construção de uma nova política de saúde efetivamente democrática, considerando a descentralização, universalização e unificação como elementos essenciais para a reforma do setor.

Várias foram as propostas de implantação de uma rede de serviços voltada para a Atenção Primária em Saúde, com hierarquização, descentralização e universalização. Contou-se, inicialmente, com o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), em 1976. Em 1980, foi criado o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE), seguido pelo plano do Conselho Nacional de Administração da Saúde

Previdenciária (CONASP), em 1982, a partir do qual foi implementada a política de Ações Integradas de Saúde (AIS), em 1983.

Tais propostas constituíram uma estratégia de extrema importância para o processo de descentralização da saúde. A 8ª Conferência Nacional da Saúde (Figura 20), realizada em março de 1986, é considerada um marco histórico, consagra os princípios preconizados pelo Movimento da Reforma Sanitária (PIRES-ALVES e PAIVA, 2006). Em 1987, é implementado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), como uma consolidação das AIS, que adota como diretrizes a universalização e a equidade no acesso aos serviços, a integralidade dos cuidados, a regionalização dos serviços de saúde e implementação de distritos sanitários, a descentralização das ações de saúde, o desenvolvimento de instituições colegiadas gestoras e o desenvolvimento de uma política de recursos humanos.

Figura 20 - Movimento pela Reforma Sanitarista.



Fonte: Wikimedia Commons. 8ª Conferência Nacional de Saúde, 1986.

2.4. A Proteção do Estado às famílias brasileiras

A Constituição Federal, de 1988, propiciou uma profunda mutação na estrutura social e familiar e, também, por isso foi denominada como “Constituição Cidadã”.

Diante da nova perspectiva da família, o modelo de família tradicional deixou de dar proteção especial ao casamento, com direitos e deveres à sociedade conjugal, priorizando a proteção do núcleo familiar em conformidade com o artigo 266:

“Art. 226. A família, base da sociedade, tem especial proteção do Estado. § 5º Os direitos e deveres referentes à sociedade conjugal são exercidos igualmente pelo homem e pela mulher. § 7º Fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas. § 8º - O Estado assegurará a assistência à família na pessoa de cada um dos que a integram, criando mecanismos para coibir a violência no âmbito de suas relações.” (BRASIL, 1998, p-96).

A Constituição de 1988 destinou um longo capítulo à família, à criança, ao adolescente e ao idoso como forma de proteção integral. Em 1989, foi instituída a Convenção da ONU (Organização das Nações Unidas) sobre os direitos da criança e do adolescente, aprovada em Assembleia Geral, ocorrida em Nova Iorque e ratificada pelo Brasil, por meio do Decreto de nº 99.710/99. Surge uma nova visão de responsabilidade e, no intuito de positivá-la, em 1990, foi editada a Lei 8.069, Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que representou um grande avanço no reconhecimento dos direitos dos mesmos (BRASIL, 1998).

É notório ressaltar que antes da promulgação do ECA, as crianças eram marginalizadas e ficavam à mercê do amparo social. Com a vigência dessa lei, foi instaurado o princípio da proteção integral dos menores, conforme prescreve o artigo 4 do referido Estatuto:

“Art. 4. É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária. Parágrafo único. A garantia de prioridade compreende:

- a) primazia de receber proteção e socorro em quaisquer circunstâncias;
- b) precedência de atendimento nos serviços públicos ou de relevância pública;
- c) preferência na formulação e na execução das políticas sociais públicas;
- d) destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção à infância e à juventude.” (BRASIL, 2004, p.1).

Conforme indicado anteriormente, a Constituição Federal de 1988 não se limitou a prever a criação de uma estrutura organizacional para garantir o direito à proteção da criança, do adolescente e do idoso, ela previu, ainda, a criação de uma estrutura organizacional para garantir o direito à saúde e indicou como seria a atuação desse órgão administrativo, estabeleceu os objetivos que deveria perseguir, conferindo o esboço do que é o Sistema Único de Saúde atual.

A Constituição Federal de 1988 é um marco importante para os setores sociais definindo a saúde como de relevância pública, e todos os diversos segmentos da área da saúde conquistam o direito e o dever de juntos participarem da definição e avaliação da política de saúde no Brasil nos diferentes níveis (Federal, Estadual e Municipal). Assim o SUDS foi extinto, surgindo o Sistema Único de Saúde - SUS, encarregado de organizar no plano regional, as ações do Ministério da Saúde, dos serviços Estaduais e Municipais de saúde, sendo o SUS uma conquista da sociedade brasileira (Figura 21).

Figura 21 - Sessão final que instituiu a Constituição Federal de 1988.



Fonte: Agência Brasil.

2.5. A criação do SUS e o cuidado às Famílias Brasileiras

Dentre os direitos fundamentais, previstos na Constituição Federal de 1988, o direito à saúde constitui-se marco histórico da proteção constitucional, de modo que, antes da sua promulgação, os serviços e ações de saúde eram destinados, apenas, a determinados grupos: aqueles que podiam, de alguma forma, pagar, ficando sem acesso aos serviços de saúde as pessoas quem não possuíam condições financeiras para custear o seu tratamento e, de forma particular, os que não contribuíam para a Previdência Social (CARVALHO e BARBOSA, 2010)²⁰.

²⁰ O estudo sobre a história da Saúde Pública brasileira revela o tratamento desigual a que esteve submetida a população, caracterizando-se pela ausente ou pouca intervenção do Poder Público e a restrição de serviços de saúde a determinadas classes sociais (BERTOLLI FILHO, 2010; CARVALHO e BARBOSA, 2010; BRASIL, 2003a).

O direito à saúde está inserido na Constituição Federal, no Título VIII, destinado à Ordem Social, que tem como objetivo o bem-estar e a justiça social²¹.

O Art. 196 reconhece a saúde como direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Martins e Dimoulis (2010) ressaltam que ao reconhecer a saúde como direito social fundamental, o Estado obrigou-se a prestações positivas, e, por conseguinte, à formulação de políticas públicas sociais e econômicas destinadas à promoção, proteção e recuperação da saúde. Note-se que a proteção constitucional à saúde abrange a perspectiva promocional, preventiva e curativa da saúde, impondo ao Estado o dever de tornar possível e acessível à população o tratamento que garanta, senão a cura da doença, ao menos, uma melhor qualidade de vida (OMS/WHO 1946).

Mesmo previsto na Constituição, os procedimentos e atribuições para o adequado funcionamento do SUS, ele foi concretizado a partir da elaboração da Lei Orgânica da Saúde (LOS) Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 e da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

A Lei Federal 8.080 dispõe sobre as atribuições e funcionamento do SUS, enquanto que a Lei 8.142 trata da participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Deste modo, pode se entender o SUS como um processo em marcha da produção social da saúde, com início em 1988 sem um momento definido para ser concluído, ao contrário, o SUS sempre estará sujeito a aprimoramentos (MOURA, 2013; COELHO, 2008).

As leis 8.080 e 8.142 deram base ao conjunto de diretrizes que orientaram a estrutura organizativa do SUS, estabelecendo as bases técnicas e jurídicas sobre as quais tal sistema foi implantado, tendo como princípio fundamental a atenção à saúde enquanto direito de cidadania, com universalidade de acesso a todos os níveis do sistema (AGUIAR, 1998). Note-se que tal princípio é

²¹ A Constituição Federal já em seu Art. 6º, estabelece como direitos sociais fundamentais a educação, a saúde, o trabalho, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância.

compatível com uma organização social e de Estado democrático, o que ainda não é totalmente compreendido pelos gestores e trabalhadores da saúde e, menos ainda, pela sociedade em geral.

Convém lembrar, mais uma vez, que as décadas que antecederam a Constituição de 1998 foram conturbadas para as famílias brasileiras. Com o fim da Segunda Guerra Mundial, em 1945 e com o início da Guerra Fria, o mundo foi dividido em um bloco capitalista, liderado pelos Estados Unidos da América (EUA), e um bloco socialista, liderado pela União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS). Tal divisão gerou não somente competições entre esses dois blocos, como a corrida armamentista, tecnológica, acadêmica, desportiva, política e econômica, mas, sobretudo, uma disputa ideológica relativa aos bens produzidos pelo capitalismo e socialismo - todos os países foram alvos da abordagem dessas potências, objetivando aumentar a área de influência de cada bloco (GIANORDOLI-NASCIMENTO, TRINDADE e SANTOS, 2007).

Foi, portanto, neste contexto, que o SUS foi instituído; com raízes históricas nas lutas sociais dos anos 70 e 80 (uma conquista que envolveu, e ainda envolve, trabalhadores em saúde, usuários, intelectuais, movimentos populares, sindicalistas e militantes de diversos movimentos sociais), tendo como grandes desafios a promoção das mudanças estruturais na saúde, entre eles, o rompimento da prática/ procedimento centrada/o na doença e a produção do cuidado direcionado a um fazer integral, corresponsável e resolutivo (GOUVEIA e PALMA, 1999).

A Atenção Básica à Saúde (AB) surge, então, como estratégia para reorientar a organização do sistema de saúde, tendo como pressuposto as necessidades da população, ou seja, o enfrentamento dos determinantes e condicionantes da saúde; dito de outra forma: a AB é o espaço privilegiado de produção da saúde como direito social (SOUSA, 2007).

Sobre a AB, Sousa (2007, p. 44) ressalta:

“(...) AB preconiza um conjunto de ações integradas e direcionadas ao indivíduo, à família e à comunidade com o propósito de promover saúde, prevenir doenças e agravos, ofertar diagnóstico, tratamento e reabilitação de acordo com as necessidades individuais e coletivas,

com base no desenvolvimento de práticas sanitárias, democráticas e participativas, e, do trabalho em equipe entre profissionais, gestores e comunidade adscrita em um determinado território.”

Desta forma, busca-se compreender a saúde em sua plenitude, como um direito do ser humano e como dever da gestão dos serviços de saúde (BRASIL, 2013; SOUSA, 2007).

2.5.1. Atenção Básica – nível primordial de cuidado às famílias brasileiras

A Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu, em 1948, a saúde como a situação de completo bem-estar físico, mental e social, não somente a ausência de doenças. Porém, desde a Assembleia Mundial de Saúde, de 1983, a inclusão de uma dimensão "não material" ou "espiritual" de saúde vem sendo discutida amplamente, com intuito de uma proposta para modificar o conceito clássico de "saúde" da OMS para "um estado dinâmico de completo bem-estar físico, mental, espiritual e social e não meramente a ausência de doença" (WHO/MAS/MHP/1998).

A propósito do conceito de saúde, Dejours (1986) defende que o bem-estar físico, mental, social ou espiritual, inexistente. O autor relaciona saúde com esperança, como algo proveniente do interior de cada um, não sendo assunto exclusivo de uma Instituição ou de classes profissionais. Nos termos do autor, “saúde é algo que se conquista, que se enfrenta e que se defende” (Dejours, 1986, p.6). Melo (2005) complementa que a saúde pode ser entendida como um direito social, que transcende as ações específicas de promoção, prevenção, reabilitação e recuperação da mesma, pois sua determinação envolve as condições de vida, de trabalho, ambientais, emocionais, bem como as demais condições necessárias ao prosseguimento da vida com um mínimo de qualidade.

No Brasil, no âmbito de tais discussões, a Saúde da Família (SF) foi definida, pelo Ministério da Saúde (MS), como a principal estratégia para reorientar o modelo assistencial em saúde (BRASIL, 1997).

A SF ganhou impulso com a Norma Operacional Básica (NOB-96) (BRASIL, 1997) que materializou a descentralização de recursos e a municipalização da saúde, apresentando as orientações para o repasse, aplicação e mecanismos de controle e acompanhamento dos recursos financeiros do Piso da Atenção Básica (PAB), assim como a responsabilidade dos municípios (CARVALHO e BARBOSA, 2010).

Nesse sentido, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) é tida como prioritária na Política Nacional de Atenção Básica (AB), criada com o intuito de expandir, qualificar e consolidar os cuidados primários em saúde. A ESF favorece uma reorientação do processo de trabalho das equipes nas unidades básicas de saúde, pois tem maior potencial de aprofundar os princípios, as diretrizes e os fundamentos da AB, ampliando a resolubilidade e o impacto na situação de saúde das pessoas e das coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2012a).

A ESF é composta por uma equipe multiprofissional que possui, no mínimo, um médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, um enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, um auxiliar ou técnico de enfermagem e até 12 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), por equipe (número suficiente para cobrir 100% da população do território/da população cadastrada). Cada ACS deve ocupar-se da saúde de no máximo 750 pessoas). Pode-se acrescentar a esta composição, os profissionais de saúde bucal (equipe de Saúde Bucal - eSB), que integra um cirurgião-dentista (generalista ou especialista em saúde da família), um auxiliar ou técnico em saúde bucal; a inserção de outros profissionais tem se constituído um desafio para a garantia da integralidade do cuidado à saúde (BRASIL, 20012) – princípio filosófico do SUS - urgente de ser respondido pelos profissionais da AB.

Para melhor elucidar os avanços do SUS desde a Constituição até

Pode-se dizer que a atual forma de se buscar a integralidade do cuidado tem sido o fortalecimento da AB a partir dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (BRASIL, 2009).

2.5.2. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: Aspectos Normativos

Considerando a necessidade de fortalecer a AB, garantindo a melhoria da qualidade e ampliando a resolubilidade da ESF, o MS criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), por meio da Portaria nº 154/GM, de 24 de janeiro de 2008, republicada em 04 de março de 2008 (BRASIL, 2008a)²².

Os NASF integram o plano estratégico “Mais Saúde²³” que, dentre suas metas, destaca previsão de custeios e financiamentos dos NASF. O plano de 2007 previa custear de 1.500 NASF até 2011, com custo estimado de R\$ 240.000,00 por NASF/ano.

No eixo 2 do plano “Mais Saúde” está descrito:

“Implantar em Territórios Integrados de Atenção à Saúde (Teias) unidades de apoio e referência para a Atenção Básica, ampliando a abrangência e a resolubilidade das ações das equipes de Saúde da Família e conformando a Rede de Atenção com Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), Unidades de Pronto Atendimento e Apoio ao Diagnóstico (UPA) (BRASIL, 2008b, p-25).”

Tal meta foi ultrapassada, em dezembro do referido ano (2011), atingindo o número de 1.609 NASF implantados (BRASIL, 2011).

Com a proposta de apoiar as ações das equipes das ESF, por meio do matriciamento²⁴ e de ampliar a sua resolubilidade (reduzir os encaminhamentos

²² A portaria nº 154/GM foi republicada para abranger as populações ribeirinhas do Amazonas.

²³ Lançado em dezembro de 2007 pelo MS, o Programa “Mais Saúde” contempla 86 metas e 208 ações, distribuídas em oito eixos de intervenção tais como: i) a realização de concursos públicos, ii) o fortalecimento do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), iii) a implementação de Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), iv) a ampliação do Programa Saúde na Família, v) provisionamento para os NASF, entre outras (BRASIL, 2008).

²⁴ Conforme o Ministério da Saúde – No Caderno de AB sobre as Diretrizes do NASF (BRASIL, 2009) encontra-se a recomendação de as equipes de NASF realizarem “matriciamento” ou “apoio matricial” (Campos e Domitti, 2007). Segundo os autores, “trata-se de uma metodologia de trabalho complementar àquela prevista em sistemas hierarquizados, a saber: mecanismos de referência e contra-referência, protocolos e centros de regulação. O apoio matricial oferece retaguarda assistencial, suporte técnico-pedagógico às equipes de referência dependendo da construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias entre os componentes de uma equipe de referência e os especialistas que oferecem apoio matricial. Essas diretrizes devem prever

indiscriminados para o nível secundário de atenção à saúde), as equipes de NASF também se modificaram havendo ampliação dos núcleos profissionais/profissões e do número de profissionais vinculados à SF (BRASIL, 2009).

Um NASF deve ser constituído por equipes de profissionais de saúde de diferentes núcleos de conhecimento, visando compartilhar as práticas em saúde, no território, sob a responsabilidade das eSF, nas quais o NASF está vinculado. Atualmente, podem ser implantados três tipos de NASF (NASF 1, NASF 2 e NASF 3); o tipo a ser implantado dependerá das características do município, sendo vedada a implantação de duas modalidades, de forma concomitante, nos municípios e no Distrito Federal (BRASIL, 2009).

Em 2011, a Portaria nº 2.488 aprovou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) que, em seu interior, há clara referência sobre as potenciais equipes de NASF, inclusive, indicando a possibilidade de inclusão de novas categorias profissionais, podendo chegar a um número máximo de 19 ocupações²⁵ não coincidentes (BRASIL, 2011).

A definição dos profissionais que podem compor cada tipo de NASF é de responsabilidade do gestor municipal, seguindo, entretanto, critérios de prioridade identificados a partir das necessidades locais e da disponibilidade de profissionais de cada uma das diferentes ocupações (BRASIL, 2010).

critérios para acionar o apoio e definir o espectro de responsabilidade tanto dos diferentes integrantes da equipe de referência quanto dos apoiadores matriciais. Apoio matricial e equipe de referência são, ao mesmo tempo, arranjos organizacionais e uma metodologia para a gestão do trabalho em saúde, objetivando ampliar as possibilidades de realizar-se clínica ampliada e integração dialógica entre distintas especialidades e profissões. A composição da equipe de referência e a criação de especialidades em apoio matricial buscam criar possibilidades para operar-se com uma ampliação do trabalho clínico e do sanitário, já que se considera que nenhum especialista, de modo isolado, poderá assegurar uma abordagem integral. Essa metodologia pretende assegurar maior eficácia e eficiência ao trabalho em saúde, mas também investir na construção de autonomia dos usuários. Sua utilização como instrumento concreto e cotidiano pressupõe certo grau de reforma ou de transformação do modo como se organizam e funcionam serviços e sistemas de saúde. Isso indica a existência de dificuldades e obstáculos para a reorganização do trabalho em saúde a partir dessas diretrizes” (CAMPOS e DOMITTI, 2007).

²⁵ Segundo o Código Brasileiro de Ocupações – CBO – os profissionais da saúde: Assistente Social, Profissional de Educação Física, Farmacêutico, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Médico Acupunturista, Médico Ginecologista/Obstetra, Médico Homeopata, Médico Pediatra, Médico Psiquiatra, Médico Geriatra, Intensivista, Médico do Trabalho e Veterinário, Nutricionista, Psicólogo, Terapeuta Ocupacional, profissional com formação em Arte e Educação e o Sanitarista (BRASIL, 2008; BRASIL, 2011).

A formação de uma equipe de NASF pressupõe um processo de análise dos gestores, juntamente com as equipes de Saúde da Família (SF) e os conselhos de saúde. Antes de definir quais profissionais farão parte do NASF, em cada região, é importante que o gestor coordene um processo de discussão, negociação e análise com as equipes de SF e com a participação social, para definir quais profissionais serão contratados. A participação das equipes de SF e dos representantes da população é fundamental, porque estes conhecem as necessidades em saúde de seu território e podem identificar os temas/situações que mais precisam de apoio. Essa participação também é importante porque esse é o primeiro momento da relação dessas equipes e da população com os profissionais do NASF, facilitando um vínculo positivo entre população, equipes e profissionais do NASF. Isso deve acontecer não somente no início da implantação de um NASF, mas também ao longo do tempo, em momentos de ampliações, modificações e transformações (BRASIL, 2009).

Nos termos da Portaria GM/MS nº. 154, de 24 de janeiro de 2008, o NASF 1 deve ser composto por, no mínimo, cinco profissionais com formação universitária (segundo CBO) e deve estar vinculado a um mínimo de oito e máximo de 20 equipes de SF, exceto nos estados da Região Norte, onde o número mínimo é de cinco e o máximo nove equipes.

O NASF 2 deve ter no mínimo três profissionais (segundo CBO) e se vincular a no mínimo três e no máximo quatro eSF ou equipes de AB para populações específicas (BRASIL, 2008). Tais NASF só poderão ser implantados em municípios que tenham densidade populacional abaixo de 10 mil habitantes por quilômetro quadrado, de acordo com o IBGE.

Em 28 dezembro de 2012, a Portaria nº 3.124 redefiniu os parâmetros de vinculação dos NASF 1 e 2 às ESF e/ou equipes de AB para populações específicas e criou a modalidade NASF 3, possibilitando, assim, a universalização destas equipes para todos os Municípios do Brasil que possuam eSF (BRASIL, 2008; BRASIL, 2012a). Este NASF foi criado para, em conjunto com as modalidades 1 e 2, possibilitar a universalização das eSF em todo território brasileiro, independente do porte populacional do município e do número de ESF (BRASIL, 2012a).

As atividades dos NASF devem ocorrer em horário concomitante com o da SF, com carga horária de 40 horas semanais por profissional, exceto para

fisioterapeutas, médicos e terapeutas ocupacionais que deverão ter contratos de 20 horas semanais. Um dos motivos de republicação da Portaria nº 154, é a Lei nº 8.856/94²⁶, que estabeleceu a carga horária máxima de 30 horas semanais para fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais (BRASIL, 2008; BRASIL, 1994).

A Portaria nº 3.124, do MS, estabelece que para o NASF 1, a soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe deve constar, no mínimo, de 200 horas semanais, sendo que nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que 20 horas, e, ainda, cada ocupação (considerada isoladamente) deve ter, no mínimo 20 horas e, no máximo 80 horas de carga horária semanal (BRASIL, 2012).

Para o NASF 2, a soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe deve somar, no mínimo, 120 horas, sendo que nenhum profissional poderá ter carga horária semanal inferior a 20 horas, e, no máximo, 40 horas de carga horária semanal (excetuando os profissionais que, por lei, devem trabalhar no máximo 30 horas) (BRASIL, 2012b).

Em relação ao NASF 3, a soma das cargas horárias dos membros da equipe deve ser de, no mínimo, 80 horas semanais (nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que 20 horas e, no máximo 40 horas de carga horária semanal, excetuando os casos previstos por lei). (BRASIL, 2012b).

Ressalta-se que é possível incluir outros profissionais fora do rol de ocupações descritas na Portaria 2.488 de 2011, no entanto, a carga horária desses outros profissionais não é considerada no cálculo da carga horária mínima estabelecida para cada modalidade de NASF (200 horas para NASF 1, 120 para NASF 2 e 80 horas para NASF 3) e não tem efeitos para repasse de recursos (BRASIL, 2011).

O NASF deve guardar interface com diversas políticas nacionais como a de AB, as de Promoção e de Humanização em Saúde, a de Alimentação e Nutrição, Integração da Pessoa com Deficiência, Práticas Integrativas Complementares, Assistência Farmacêutica, Saúde da Criança e do

²⁶ Fixa a Jornada de Trabalho dos Profissionais Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional em, no máximo, 30 horas semanais de trabalho e revogam-se as disposições em contrário (BRASIL, 1994).

Adolescente, Atenção Integral à Saúde da Mulher, Saúde do Homem, Saúde do Idoso, além da Política Nacional de Assistência Social (BRASIL, 2008).

Em vista da intersecção do NASF com as Políticas de Saúde, os profissionais do NASF podem atuar em nove áreas estratégicas: i) a saúde da criança, do adolescente e do jovem; ii) saúde mental; iii) reabilitação/saúde integral da pessoa idosa; iv) alimentação e nutrição; v) serviço social; vi) saúde da mulher; vii) assistência farmacêutica; viii) atividade física/práticas corporais e ix) práticas integrativas e complementares (BRASIL, 2009).

A todos os profissionais que integram uma equipe de NASF são atribuídos um conjunto de atividades e responsabilidades, tais como: i) identificar as atividades, ações e práticas a serem adotadas em cada uma das áreas de abrangência; ii) identificar, o público-alvo a cada uma das ações; iii) atuar, de forma integrada e planejada, nas atividades desenvolvidas pelas ESF de Internação Domiciliar, quando estas existirem; iv) acolher os usuários e humanizar a atenção; v) desenvolver ações intersetoriais de forma a integrar a saúde a outras políticas sociais como: educação, esporte, cultura, trabalho, lazer etc.; vi) promover a gestão integrada e a participação dos usuários nas decisões, por meio dos Conselhos Locais e/ou Municipais de Saúde; vii) elaborar estratégias de comunicação para divulgação e sensibilização das atividades dos NASF, bem como material educativo e informativo em sua área de atuação; viii) 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; e ix) elaborar projetos terapêuticos individuais, realizando ações multiprofissionais e transdisciplinares, desenvolvendo a responsabilidade compartilhada – entre NASF e ESF (BRASIL, 2009).

Além disso, a organização do processo de trabalho dos NASF, nos territórios de suas responsabilidades, deve ser estruturada priorizando atendimentos compartilhados, intervenções interdisciplinares – valorização das trocas de saberes, realização de capacitações, estabelecendo-se responsabilidades mútuas, mas também, cada profissional deve realizar intervenções específicas com usuários e suas famílias, encaminhadas pela ESF (BRASIL, 2009).

Os profissionais do NASF devem ser cadastrados em uma única unidade de saúde, localizada dentro do território de atuação da ESF às quais são vinculados; o registro da produção dos serviços realizados pelos profissionais do NASF deve ser feito no Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) do SUS; mas estes serviços não gerarão créditos financeiros para o município (BRASIL, 2008), uma vez que os NASF são subsidiados pelo MS.

A implantação dos NASF deve obedecer uma sequência de passos desencadeada pelo próprio município.

Primeiramente, o município deve elaborar um projeto e apresentá-lo ao Conselho Municipal de Saúde (proposta de criação de um NASF) com: i) informações sobre área geográfica a ser coberta; ii) estimativa populacional residente; iii) dados relevantes em diagnóstico elaborado que justifique a implantação do NASF; iv) definição dos profissionais que comporão as equipes e descrição da forma de recrutamento; v) seleção e contratação de profissionais do NASF; vi) principais atividades que serão desenvolvidas; vii) descrição de quais eSF serão vinculadas, bem como o código do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) da Unidade Básica de Saúde em que o NASF será credenciado; viii) descrição do planejamento compartilhado entre as eSF e as equipes do NASF; ix) proposta de fluxo dos usuários para garantia de referência aos serviços prestados pelo NASF e aos demais serviços da rede assistencial; x) definição da forma de avaliação do trabalho das equipes e da forma de acompanhamento do Pacto da AB²⁷ e a utilização do sistema de informação (BRASIL, 2006a).

Após a aprovação do Conselho Municipal de Saúde, a Secretaria Municipal deve enviar todas as informações para serem analisadas pela

²⁷ Pacto da AB, Pacto da Saúde ou Pacto pela Vida é o compromisso que deve ser assumido “entre os gestores do SUS em torno de prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira. A definição de prioridades deve ser estabelecida através de metas nacionais, estaduais, regionais ou municipais. Prioridades estaduais ou regionais podem ser agregadas às prioridades nacionais, conforme pactuação local. Os estados/região/município devem pactuar as ações necessárias para o alcance das metas e dos objetivos propostos. São seis as prioridades pactuadas: Saúde do idoso; Controle do câncer de colo de útero e de mama; Redução da mortalidade infantil e materna; Fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; Promoção da Saúde; Fortalecimento da Atenção Básica” (BRASIL, 2006a.).

Secretaria Estadual de Saúde que, por sua vez, submete o pleito do município à apreciação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB²⁸) (BRASIL, 2008a).

A CIB envia uma planilha para o MS que publica a qualificação do município, no Diário Oficial da União; após a publicação da qualificação da equipe do NASF, o município cadastra os profissionais do NASF no CNES, tornando o NASF implantado, passando este a receber incentivos financeiros de acordo com sua categoria (BRASIL, 2013).

Os valores de incentivos financeiros destinados aos NASF foram redefinidos na Portaria nº 548, de 04 de abril de 2013. O valor de financiamento do piso da AB variável, para os NASF na modalidade 1, 2 e 3 são, respectivamente, R\$ 20.000,00 (vinte mil reais), R\$ 12.000,00 (doze mil reais) e 8.000,00 (oito mil reais) (BRASIL, 2013). Ressalta-se que tais valores são transferidos em parcela única no mês subsequente à competência de implantação e, na sequência, os mesmos valores são repassados do Fundo Nacional de Saúde ao Fundo Municipal de Saúde, mensalmente, de acordo com a modalidade de cada NASF (BRASIL, 2013).

Os municípios poderão ter os repasses de incentivo referente aos NASF suspensos se, durante auditoria federal ou estadual, forem constatadas irregularidades, tais como: i) a inexistência de unidade de saúde cadastrada para o trabalho em equipe; ii) ausência de qualquer um dos profissionais da equipe

²⁸“As Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite são espaços intergovernamentais, políticos e técnicos em que ocorrem o planejamento, a negociação e a implementação das políticas de saúde pública. As decisões se dão por consenso (e não por votação), o que estimula o debate e a negociação entre as partes. Desde que foram instituídas, no início dos anos 90, as Comissões Intergestores Tripartite (na direção nacional) e Bipartite (na direção estadual) vêm se constituindo em importantes arenas políticas de representação federativa nos processos de formulação e implementação das políticas de saúde. Todas as iniciativas intergovernamentais de planejamento integrado e programação pactuada na gestão descentralizada do SUS estão apoiadas no funcionamento dessas comissões. A Comissão Intergestores Tripartite (CIT) é constituída (em nível federal) paritariamente por representantes do Ministério da Saúde (MS), do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems). Na CIT, são definidas diretrizes, estratégias, programas, projetos e alocação de recursos do SUS. Tem composição formada por 15 membros, sendo cinco indicados pelo MS, cinco Conass e cinco pelo Conasems. A representação de estados e municípios é regional, sendo um representante para cada uma das cinco regiões do País e a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) é constituída (em nível estadual) paritariamente por representantes da Secretaria Estadual de Saúde e das Secretarias Municipais de Saúde, indicados pelo Conselho de Secretários Municipais de Saúde (Cosems). Incluem, obrigatoriamente, o Secretário de Saúde da capital do estado” (BRASIL, Conheça o SUS, Gestão da Saúde, 2015).

por um período superior a 60 dias; iii) descumprimento da carga horária mínima prevista por modalidade NASF; iv) ausência de alimentação de dados no Sistema de Informação, definidos pelo Ministério da Saúde que comprovem o início de suas atividades; v) descumprimento aos parâmetros de vinculação do NASF às Equipes de Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas e se forem detectados, vi) malversação ou desvio de finalidade na utilização dos recursos. Tal suspensão de incentivos financeiros pelo Ministério da Saúde é mantida até a adequação das irregularidades identificadas (BRASIL, 2013).

O NASF não constitui porta de entrada do sistema de saúde para os usuários, contudo, a integração entre a rede de serviços e o compartilhamento de projetos e ações devem ser planejadas em conjunto com as ESF e com a comunidade (BRASIL, 2009).

Note-se que o processo de implantação de um NASF, assim como todo e qualquer serviço público de saúde, exige uma equipe competente de trabalhadores maestrada por um gestor, também, competente. A propósito, discutem-se, na seção seguinte, as atribuições de gestores municipais de saúde (sujeitos desta pesquisa).

O quadro 1 elucida os aspectos normativos mais relevantes quanto a constituição, equipes vinculadas, profissionais envolvidos, incentivo para implantação e carga horária dos NASF.

Quadro 1- Resumo dos principais aspectos normativos dos NASF.

NASF Constituição	Nº de equipes vinculadas	Profissionais Envolvidos	Incentivo de implantação por equipe do NASF -	Somatória das Cargas Horárias Profissionais**
NASF 1 Deve ter no mínimo cinco profissionais com formação universitária.	5 a 9 ESF e/ou EAB para populações específicas (CR*, eq. Ribeirinha e Fluvial).	Poderão compor os NASF 1, 2 e 3 as seguintes ocupações do Código Brasileiro de Ocupações - CBO: Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional/Professor de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta;	R\$ 20.000,00 (em parcela única). Incentivo de custeio mensal por equipe do NASF - R\$ 20.000,00.	Mínimo 200 horas semanais; Cada ocupação deve ter no mínimo 20h e no máximo 80h de carga horária semanal;
NASF 2	3 a 4 ESF		R\$ 12.000,00.	Mínimo 120

Continua na próxima página.

Deve ter no mínimo três profissionais, com formação universitária.	e/ou EAB para populações específicas (CR, eq. Ribeirinha e Fluvial)	Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista/Obstetra; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; Terapeuta Ocupacional; Médico	Incentivo de custeio mensal por equipe do NASF - R\$ 12.000,00.	horas semanais; Cada ocupação deve ter no mínimo 20h e no máximo 40h de carga horária semanal;
NASF 3* Deve ter no mínimo dois profissionais, com formação universitária.	1 a 2 ESF e/ou EAB para populações específicas (CR, eq. Ribeirinha e Fluvial)	Geriatra; Médico Internista (clínica médica), Médico do Trabalho, Médico Veterinário, profissional com formação em arte e educação (arte educador) e profissional de saúde sanitaria, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas.	R\$ 8.000,00. Incentivo de custeio mensal por equipe do NASF - R\$ 8.000,00.	Mínimo 80 horas semanais; Cada ocupação deve ter no mínimo 20h e no máximo 40h de carga horária semanal;

Elaborado por Moretti, P.G.S, 2015.

*CR : Consultório de Rua.

**Nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que 20 horas.

2.5.2.1. Principais atribuições do Gestor Municipal de Saúde

Para o SUS, “gestão” refere-se à responsabilidade de comandar um sistema de saúde (municipal, estadual ou nacional), exercendo as funções de coordenação, articulação, negociação e planejamento para a implementação de políticas na área da saúde, que devem ser exercidas de forma coerente com os princípios do sistema público de saúde e da gestão pública (BRASIL, 2012).

Noronha, Lima e Machado (2004) e Brasil (1996), definem as funções gestoras do SUS como “um conjunto articulado de saberes e práticas de gestão, necessários para a implementação de políticas na área da saúde”.

A LOS define que a direção do SUS é única em cada esfera de governo; estabelece como órgãos responsáveis pelo desenvolvimento das funções de competência do Poder Executivo, o Ministério da Saúde, no âmbito nacional, e as Secretarias de Saúde ou Órgãos Equivalentes nos âmbitos estadual e municipal (BRASIL, 1990). A partir dessa definição, o termo “gestor do SUS” passou a ser amplamente utilizado em referência ao ministro e aos secretários de saúde.

Mais do que um administrador, o gestor do SUS é a “autoridade sanitária”²⁹ em cada esfera de governo, cuja ação política e técnica devem estar pautadas pelos princípios da Reforma Sanitária brasileira (MATTA, 2007).

O reconhecimento de duas dimensões indissociáveis da atuação dos gestores da saúde – a política e a técnica – ajuda a compreender a complexidade e os dilemas no exercício dessa função pública de autoridade sanitária, a natureza dessa atuação e as possíveis tensões relativas à direcionalidade da política de saúde em um dado governo e ao longo do tempo (BRASIL, 2010).

A atuação técnica do gestor do SUS, permanentemente permeada por variáveis políticas, consubstancia-se por meio do exercício das funções e atribuições na saúde, cujo desempenho depende de conhecimentos, habilidades e experiências no campo da gestão pública e da gestão em saúde (COELHO, 2009).

O gestor municipal de saúde tem funções específicas como a identificação de problemas e definição de prioridades de saúde, planejando ações e serviços necessários nos diversos campos, organizando a oferta de ações e serviços públicos e a contratação de privados, caso necessário (BRASIL, 2010).

Quanto ao financiamento, o gestor municipal deve garantir a aplicação de recursos próprios (municipais), assim como deve ter critérios claros para aplicação de recursos federais e estaduais³⁰.

²⁹ Convém esclarecer as diferenças entre gestor e administrador. O administrador tem função operacional, ou seja, exerce funções técnicas, comerciais, financeiras, tais funções, hoje denominadas “processo administrativo”, foram definidas por Fayol como “atos administrativos” e são divididos em cinco atos: prever, organizar, comandar, coordenar e controlar. Já o gestor tem função intelectual e operacional. Detalha o funcionamento das estruturas adotadas e foca organizações que estão envolvidas em mercados que exigem alta velocidade na tomada de decisões e flexibilidade para reorganizar e atender as solicitações tanto internas como externas (COELHO, 2009).

³⁰ Segundo os artigos 195 e 198 da Constituição Federal, o financiamento do SUS é uma responsabilidade comum da União, dos Estados, Distrito Federal e Municípios. A Emenda Constitucional (EC) nº 29, de 12 de setembro de 2000, estabeleceu a base de cálculo e os percentuais mínimos de recursos orçamentários para o SUS, a saber: i) União: base de cálculo equivalente ao montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, acrescido de, no mínimo, 5% da variação do Produto Interno Bruto (PIB); ii) Estados e Distrito Federal: a base de cálculo é, no mínimo, 12% de sua receita própria (impostos e transferências) e iii) Municípios: a base de cálculo é no mínimo 15% de sua receita própria (impostos e transferências). Há, nestes termos, uma série de tributos específicos para o cálculo do financiamento do SUS, mas, como não é do escopo deste estudo, sugere-se, para aprofundar conhecimentos em relação a este tema, uma leitura sobre a Evolução dos aspectos legais do

Quanto à regulação, coordenação, controle e avaliação, cabe ao gestor municipal: i) a organização das portas de entrada do sistema; ii) o estabelecimento de fluxos de referência a integração da rede de serviços, iii) a articulação com outros municípios, iv) a regulação e avaliação dos prestadores públicos e privados, v) a regulação sanitária (nos casos pertinentes) e vi) a avaliação dos resultados das políticas municipais (BRASIL, 2010).

Portanto, no âmbito municipal, o gestor do SUS trabalha na execução direta de serviços que, por sua vez, têm peso importante na realização de ações/assistência, de vigilância epidemiológica e sanitária, gerenciando as unidades de saúde e trabalhando na contratação, administração e capacitação de profissionais de saúde (como é o caso do NASF – objeto deste estudo) (BRASIL, 2010).

2.5.2.2. Características pessoais e profissionais do gestor municipal de saúde

O estudo das características pessoais e profissionais de um gestor é de fundamental importância neste estudo que visa indentificar a participação de especialistas no NASF que, por sua vez, repercute na qualidade da AB. Sabe-se que as características individuais (fatores subjetivos) influenciam a performance

financiamento do SUS, a começar pela luta dos dispositivos constitucionais ligados à Seguridade Social, Lei Complementar nº 141 de 13 de janeiro de 2012, que regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal, dispondo sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, em ações e serviços públicos de saúde, bem como estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde, as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com a mesma nas três esferas de governo. Outra referência importante é a Lei nº 12.858, de 9 de setembro de 2013, conhecida como Lei do Pré-Sal, em que foi aprovado o percentual de 25% da Receita para Saúde. Ao lado dessas leis, convém conhecer o Projeto de Emenda Constitucional (PEC) 358 e o PEC 359 que estabelecem o caráter obrigatório da execução orçamentária e financeira das Emendas Parlamentares, sendo 50% no mínimo para ações e serviços públicos de saúde, e a aplicação mínima de 15% das Receitas Correntes Líquidas da União de forma escalonada (primeiro ano 13,2%), retirando da receita do pré-sal o caráter de aplicação adicional ao mínimo legal para o financiamento do SUS (nota da autora).

gerencial e a própria organização com qual o gestor se envolve³¹ (KLADIS; FREITAS, 1996).

Do mesmo modo que as organizações em geral, o desempenho das organizações de saúde³² tem íntima relação com as características pessoais e profissionais de seus gestores ou gerentes³³, assim, conhecer as individualidades de gestores é muito importante para se identificar e, também, para intervir nas políticas públicas, fato que pode repercutir na otimização dos serviços e ações de saúde (LUNA, 2008). Os papéis gerenciais, ou seja, as atribuições, as tarefas, o modo de proceder para realizar a ação de gerir ou administrar organizações, vêm sendo estudado há décadas por inúmeros historiadores, filósofos e cientistas, com o intuito de entender e fazer proposições para a atuação desses dirigentes (LUNA, 2008). Neste sentido, a opção pelo estudo do perfil e do papel desempenhado pelo gestor municipal, pois são eles que viabilizam projetos, contratações de especialistas e implantação/implementação de NASF, uma das questões deste trabalho, ao lado da participação da Fisioterapia e da Fonoaudiologia nesses núcleos. Por isso, na seção que se segue, apresentam-se históricos breves dessas profissões, ressaltando-se a inclusão das mesmas nos serviços públicos de saúde do Brasil.

O quadro 2 aclara os principais momentos da saúde pública brasileira desde a constituição cidadã até 2013.

³¹ A propósito da importância da subjetividade de gestores, ainda são escassos os estudos a este respeito. Fleury et al. (1997) realizaram, em nível nacional, a pesquisa intitulada - "Municipalização da Saúde e Poder Local no Brasil -, com o objetivo de estudar as mudanças ocorridas na configuração e no modo de funcionamento do sistema municipal, a partir da descentralização das ações e serviços de saúde, produzida com a institucionalização do SUS. Souza (2002) também se ocupou desta questão em pesquisa realizada sobre o perfil dos Secretários Municipais de Saúde, desenvolvida pelo Núcleo de Gestão da Escola de Saúde Pública de Minas Gerais com o apoio do Conselho de Secretários Municipais de Saúde de Minas Gerais. Ainda, Vilar (2003), em estudo sobre o perfil dos Gestores Municipais de Saúde do Estado do Rio Grande do Norte, objetivou conhecer quem eram os Gestores e os principais problemas que dificultavam o processo de gestão no âmbito do setor de saúde.

³² Os sistemas municipais de saúde podem ser compreendidos como organizações profissionais, complexas e variáveis em razão da especialidade, multiplicidade e contraposições existentes de valores e objetivos como: equidade, eficácia e satisfação do usuário (MINTZBERG, 1983; MENDES, 2002).

³³ Apesar de aparecerem em alguns dicionários na língua portuguesa como sinônimos, no mundo das organizações, as palavras gestor e gerente são diferentes. O gerente é quem gerencia, quem administra, enquanto o gestor é àquele que, conforme os objetivos da empresa (pública ou privada), cria condições propícias para que os objetivos sejam concretizados (MINTZBERG apud MAXIMIANO, 2004).

Quadro 2- Breve linha do tempo do SUS.

1988	A Constituição Brasileira reconhece o direito de acesso universal à saúde a toda a população, por meio de um Sistema Único de Saúde.
1989	Registro do último caso de poliomielite no Brasil.
1990	Lei n.º 8.080 Lei orgânica da Saúde que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e as bases de funcionamento do SUS. Lei 8.142, de 28/12/1990 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.
1991	Estruturação da rede de atenção básica em saúde com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde.
1992	Aprovação da Norma Operacional Básica (NOB 01/1992). Programa de Reorganização dos Serviços de Saúde.
1993	Lei 8.689-Descentralização e municipalização dos serviços e a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps).
1994	Estruturação da Saúde da Família com equipes multidisciplinares atuando nas comunidades.
1995	Regulamentação do Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do SUS.
1996	Acesso e distribuição de medicamentos aos portadores de HIV/aids. Redefinição do modelo de gestão do SUS que disciplina as relações entre União, estados, municípios e Distrito Federal.
1997	Criação do Piso de Atenção Básica (PAB) – repasse de recursos ao gestor municipal, por pessoa, para o atendimento à Saúde. Criação do Disque Saúde.
1998	Sistema Nacional de Transplantes. Plano Estratégico de Mobilização Comunitária para o Combate à Dengue.
1999	Criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) – uma nova etapa no registro e fiscalização de medicamentos e alimentos. Política Nacional dos Medicamentos Genéricos.
2000	Criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – Regulamentação do setor privado de saúde.
2001	A Lei n.º 10.216 dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais.
2002	Publicação da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS 01/2002), que define a regionalização e a assistência à saúde. Políticas Nacionais de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência, de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências.
2004	Políticas Nacionais de Atenção Integral à Saúde da Mulher, de Humanização do SUS e de Saúde do Trabalhador. Programa “Brasil Sorridente” – Um conjunto de ações para melhorar as condições de saúde bucal. Programa “Farmácia Popular do Brasil”. Criação da Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia (Hemobras).
2005	Política Nacional de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. Publicação do Plano Nacional de Saúde.
2006	Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão estabelecidos pelos gestores das esferas federal, estadual e municipal, com objetivos e metas compartilhadas. Política de Saúde da Pessoa Idosa.
2007	Política Nacional sobre o Alcool e veiculação de campanhas sobre o uso abusivo.

Continua na próxima página.

2008	Ação efetiva para regulamentação da Emenda Constitucional n.º 29, que trata do financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Portaria GM/ MS n.º. 154 - Cria os NASF
2009	Lançamento da Campanha Nacional de Prevenção à Influenza H1N1. Política Nacional de Saúde do Homem. Inauguração do centro de estudo para produção de células-tronco.
2010	Criação do primeiro cadastro nacional de pesquisas clínicas realizadas em seres humanos. Universidade Aberta do SUS. Criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena.
2011	Estratégia Rede Cegonha. Regulamentação da Lei n.º 8.080, de 19/9/1990, que dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS). Plano Nacional de Enfrentamento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis. Regulamentação do Cartão Nacional de Saúde. Programa Saúde Não Tem Preço. Decreto nº 7.508, de 28/06/2011 Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. Portaria nº 2.488, configuram-se como equipes multiprofissionais que atuam de forma integrada com as equipes de Saúde da Família (eSF), as equipes de atenção básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais) e com o Programa Academia da Saúde. Portaria GM/ MS nº 2.488 de 21 de outubro de 2011 - objetivo de aumentar a resolutividade e capacidade de resposta das equipes de saúde da família aos problemas da população.
2012	Lei Complementar n.º 141 Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993 Portaria 3.124 o Ministério da Saúde criou uma terceira modalidade de conformação de equipe: o NASF 3, abrindo a possibilidade de qualquer município do Brasil faça implantação de equipes NASF, desde que tenha ao menos uma equipe de Saúde da Família.
2013	- Portaria nº 2.808, de 20 de novembro: Convoca a Quarta Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, tendo como tema central: Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, Direito de Todos e Todas e Dever do Estado.

Fonte: Elaborado por Moretti, PGS, 2015.

**“[...] Desde que estou retirando
só a morte vejo ativa,
só a morte deparei
e às vezes até festiva;
só a morte tem encontrado
quem pensava encontrar vida,
e o pouco que não foi morte
foi de vida Severina
(aquela vida que é menos vivida
que defendida,
e é ainda mais Severina
para o homem que retira).”**

João Cabral de Melo Neto em Morte e Vida Severina

3. A PARTICIPAÇÃO DA FISIOTERAPIA E DA FONOAUDIOLOGIA NAS EQUIPES DE NASF

Considera-se conveniente rever a história dessas profissões, passando-se brevemente pela constituição de seus objetos de trabalho e estudo, antes de se tratar da inserção da Fisioterapia e da Fonoaudiologia na AB.

3.1. Evolução Histórica da Fisioterapia

A Fisioterapia como profissão e área de conhecimento, tem um passado recente, porém ao se estudar seu objeto de trabalho/estudo verifica-se que ela remonta à antiguidade (SOUZA, 2013; REBELATTO e BOTOMÉ, 1999).

O termo Fisioterapia foi empregado pela primeira vez em 1905, no "*British Medical Journal*". No entanto, os recursos terapêuticos dos quais a Fisioterapia faz uso datam de 4000 a.C. a 395 d.C sendo utilizados para eliminação, do que na época, denominavam-se "diferenças incômodas" (doenças físicas). Já nesta época se tentava eliminar doenças através de agentes físicos, como, por exemplo, a eletricidade do peixe elétrico e os movimentos do corpo humano. Na China existem registros de obras de cinesioterapia de 2698 a.C. Na Índia, exercícios respiratórios eram utilizados para evitar a constipação (SOUZA, 2013; REBELATTO e BOTOMÉ, 1999).

Com o início da Era Cristã, a ginástica como tratamento dessas diferenças esteve em poder dos sacerdotes. Durante a Idade Média os estudos na área da saúde foram interrompidos, pois o corpo era visto como algo inferior, e a atividade física como curativa passou a ser proibida. Os exercícios físicos eram realizados somente como uma necessidade advinda da guerra. As "diferenças incômodas", nesse período, eram vistas como algo a ser "exorcizado", os exercícios físicos passaram a ser privilégio da nobreza como forma de lazer (REBELATTO; BOTOMÉ, 1999).

O movimento artístico e literário Renascentista (séc. XV e XVI) retomou o culto à beleza e a forma física masculina e feminina voltou a ser valorizada. A

atividade física deixou de ser apenas uma forma de tratamento, para também se tornar uma preocupação com a manutenção das “condições normais” do funcionamento corporal (REBELLATO; BOTOMÉ, 1999).

Nos séculos XVIII a XIX, com o advento da Revolução Industrial, as concepções de cuidado com o corpo, que advinham do período Renascentista, sofreram alterações devido à necessidade de combate às novas doenças e epidemias. O conhecimento científico passou a ser valorizado e a explicação unicausal das doenças contribuiu para a concepção que bastava tratar os operários quando eles adoecessem (SOUZA, 2013; REBELLATO; BOTOMÉ, 1999). Predominou, nesse momento, uma atenção curativa, recuperadora e reabilitadora, inibindo-se o ideário de manutenção da saúde que havia surgido no Renascimento (SOUZA, 2013).

Durante a Primeira Guerra, surgem escolas de cinesioterapia a partir de clínicas universitárias ortopédicas. Até a metade do século ficou consolidada a separação entre instituições de educação física pura e as de tratamento de enfermos. Como consequências das guerras, existia um grande contingente de indivíduos com lesões, mutilações e incapacidades que necessitavam de tratamento (REBELLATO; BOTOMÉ, 1999).

No Brasil, a Fisioterapia surgiu com a chegada da família real portuguesa, concomitantemente à criação das primeiras escolas médicas. No século XIX, os recursos fisioterapêuticos faziam parte da terapêutica médica como o serviço de hidroterapia do Rio de Janeiro, conhecido como “Casa das Duchas”, existente até os dias atuais (REBELLATO; BOTOMÉ, 1999).

Em 1884, foi organizado o primeiro serviço de Fisioterapia da América do Sul, no Hospital de Misericórdia do Rio de Janeiro; em 1919, o médico Raphael Penteado de Barros fundou o Departamento de Eletricidade Médica, onde seria construída a Universidade de São Paulo e, em 1929, foi instalado o Serviço de Fisioterapia do Instituto Radium Arnaldo Vieira de Carvalho (NOVAES, 2014).

O início da Fisioterapia, no Brasil, foi, pois, marcado por uma forma de atuação dependente dos “médicos da reabilitação” (SOUZA, 2013).

Durante a década de 50, o quadro epidemiológico brasileiro caracterizou-se pelo predomínio de doenças infecciosas e parasitárias, sobretudo as epidemias de varíola, malária, febre amarela, poliomielite, tuberculose e sífilis (BARATA, 2000). A incidência de poliomielite nesta década atingiu índices

alarmantes, contribuindo para um grande contingente de pessoas com sequelas motoras, fator que também contribuiu para fortalecer a concepção da Fisioterapia no país (SOUZA, 2013; REBELATTO; BOTOMÉ, 1999).

Nesta mesma época, a industrialização fez crescer o número de trabalhadores acidentados e lesionados e conseqüentemente houve a necessidade da reinserção desses trabalhadores no mercado de trabalho, favorecendo, assim, a Fisioterapia como instrumento de reabilitação da mão de obra e sua reintegração à força produtiva (PAIM, 2003).

A Universidade de São Paulo (USP), por meio do Hospital das Clínicas, organizou o primeiro curso para a formação de técnicos em Fisioterapia, com duração de um ano em 1951, os egressos se chamavam fisioterapistas. Em 1952 foi retomada na Faculdade de Ciências Médicas do Rio de Janeiro a cátedra de Fisioterapia e em 1954 foi criada a Associação Beneficente de Reabilitação que ministrava o curso de técnico em reabilitação em dois anos. Esses novos profissionais foram absorvidos pelas entidades Associação de Assistência à Criança Defeituosa (AACD), Lar Escola São Francisco e as Casas Esperança (SOUZA, 2013; REBELATTO; BOTOMÉ, 1999).

Foi em 1959, com a fundação do Instituto Nacional de Reabilitação (INAR), que o curso de Fisioterapia da USP passou para dois anos e, em outubro de 1964, foi criada como profissão de nível superior, pelo Decreto-Lei nº. 938, que, em seu artigo 3º, estabeleceu que "é atividade privativa do fisioterapeuta executar métodos e técnicas fisioterápicas com a finalidade de restaurar, desenvolver e conservar a capacidade física do paciente" (NOVAES, 2014; BRASIL, 1969).

Note-se que o uso do termo "paciente" indica uma proposta de atuação voltada para o indivíduo doente e, portanto, já em fase de tratamento. É coerente com o pensamento clínico de que saúde é entendida ou representada como ausência de doença, e a organização dos serviços medicamente definida, uma concepção incoerente com a noção de saúde ampliada, em que o sujeito deve ser visto em sua integralidade, não somente em sua doença (REZENDE *et al.*, 2009).

Em 1969, no auge da ditadura militar no país, quando a regulamentação da Fisioterapia ocorreu como profissão de nível superior, as condições de saúde da população se agravaram devido à sobrecarga epidemiológica e a deficiência

do sistema assistencial brasileiro, intensificando o agravamento das condições de vida da população, em consequência do modelo econômico concentrador de renda. A política de forte incentivo ao crescimento industrial desenvolveu-se em paralelo à deteriorização das conquistas da classe trabalhadora (PAIM, 2003).

Alicerçados nesse momento histórico, os esforços dos profissionais de saúde, inclusive dos fisioterapeutas, concentram-se na descoberta de novos métodos de tratamento das doenças, sobrelevando, assim, a assistência curativa, recuperativa e reabilitadora em detrimento à Promoção e Prevenção de agravos à Saúde (REZENDE *et al.*, 2009).

No entanto, na década de 70, emergiu, no panorama mundial, novos entendimentos sobre a saúde e novas concepções do processo saúde-doença - vinculada à qualidade de vida de uma população, articulada aos estilos de vida, ambiente e serviços de saúde. A publicação do documento “*A new perspective on the health of Canadians*”, em 1974, marca o início deste “moderno movimento” da Promoção da Saúde, apresentando uma perspectiva da história social das doenças (LALONDE, 1974). Em 1978, ocorreu a Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários De Saúde, em Alma-Ata (antiga URSS, hoje Cazaquistão). A partir da Declaração de Alma-Ata, o Brasil acompanhou o movimento de “Saúde para Todos no Ano 2000” e intensificaram-se as críticas ao modelo vigente (centrado na assistência médico-hospitalar), resultando na implantação, por intermédio da reforma do Ensino Médio e da Saúde Pública, da proposta da Medicina Preventiva (SABROZA, 2004).

Neste mesmo período, especialmente em 1975, acontece a criação do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFITTO), pela Lei nº 6.316, e o processo de regulamentação da profissão de Fisioterapia. Tendo o Conselho, como uma de suas incumbências, exercer função normativa, emitiu, em fevereiro de 1978, a Resolução nº 08, aprovando as normas para habilitação ao exercício da profissão de fisioterapeuta que, refletindo o movimento da saúde então vigente, definiu os atos desse profissional: “planejar, programar, ordenar, coordenar, executar e supervisionar métodos e técnicas fisioterápicos que visem à saúde nos níveis de prevenção primária, secundária e terciária” (BRASIL, 1978).

A partir do momento em que os fisioterapeutas ampliaram seu campo de atuação e apresentaram-se como aptos a contribuir, também, na prevenção

primária, criou-se a necessidade de rever e reestruturar sua prática. O processo de transformação, no entanto, ficou incompleto, na medida em que faltou atribuir a si, na regulamentação, ações de educação em saúde e prevenção de doenças (REZENDE *et al.*, 2009).

Na década de 80, período efervescente do Movimento da Reforma Sanitária (respaldado pelas novas concepções do processo saúde-doença, surgidas no cenário mundial) e da luta pela redemocratização do país, tem-se a redefinição da política de saúde brasileira, a partir da incorporação de seus determinantes sociais, da ênfase às condições de vida e da garantia do direito do exercício da cidadania (REZENDE *et al.*, 2009). A Oitava Conferência Nacional de Saúde (8ª CNS), cuja realização esteve diretamente vinculada ao movimento sanitarista, ocorreu em março de 1986, tendo como seu principal tema a reformulação do sistema nacional de saúde, definindo saúde como resultante das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. Um ano após a 8ª CNS, em maio de 1987, antes da criação do Sistema Único de Saúde, a Resolução COFFITO nº 80, ampliou as atribuições do fisioterapeuta expressas na Resolução nº 08/78, procurando adequar a Fisioterapia ao novo momento do cenário sanitário brasileiro (REZENDE *et al.*, 2009).

Dentre as considerações da Resolução nº 80, de 21 de maio de 1987, destaca-se:

"A fisioterapia é uma ciência aplicada, cujo objeto de estudos é o movimento humano em todas as suas formas de expressão e potencialidades, quer nas suas alterações patológicas, quer nas suas repercussões psíquicas e orgânicas, com objetivos de preservar, manter, desenvolver ou restaurar a integridade de órgão, sistema ou função" (BRASIL, 1987 p-1).

Essa foi uma mudança essencial, realçando o movimento como forma de comunicação do indivíduo com o mundo externo - não há comunicação sem movimento: a fala produz-se a partir do movimento; a respiração só ocorre com movimento; portanto, pelo movimento, os sujeitos expressam seus sentimentos e assumem posturas diante dos desafios da vida.

Ao assumir o movimento como seu objeto, o fisioterapeuta adotou uma perspectiva relacional, pensando o sujeito não apenas por suas características biológicas, mas também o considerando na sua dimensão social (REZENDE *et al.*, 2009).

Segundo Rezende (2009,et.al), o fisioterapeuta deve atuar em interação com outros profissionais, para melhor compreender e interferir positivamente na relação permanente do indivíduo com seu ambiente, Esse posicionamento está explicitado na Resolução COFITTO nº 80/87:

"Por sua formação acadêmico-profissional, pode o fisioterapeuta atuar juntamente com outros profissionais nos diversos níveis da assistência à saúde, na administração de serviços, na área educacional e no desenvolvimento de pesquisas BRASIL, 1987 p-1).

Junto com os usuários dos serviços de saúde, o fisioterapeuta deve refletir sobre o uso que eles fazem do próprio corpo nas suas relações com o espaço e com outras pessoas e, a partir disso, promover ações visando a melhoria da qualidade de vida no presente e para o futuro.

Muito mais do que tratar e reabilitar, o fisioterapeuta pode agir na direção do desenvolvimento das potencialidades do indivíduo para exercer suas atividades laborativas e de vida diária.

Esta consideração atesta o fisioterapeuta como um profissional apto a atuar na Atenção Básica, tal como ela se configura na atualidade: o primeiro nível do sistema de assistência à saúde, articulado com os demais, com o intuito de garantir maior acesso aos cuidados e integralidade da atenção, consoante a Declaração de Alma-Ata de que os cuidados primários considera os problemas de saúde da comunidade, proporcionando serviços de promoção, prevenção, cura e reabilitação³⁴, conforme suas necessidades (REZENDE *et al.*, 2009; WHO, 1978).

³⁴ Convém dizer que a reabilitação, a partir dos anos 80, assumiu perspectiva diferente da adotada na Medicina Preventiva (respaldada na história natural das doenças), na medida em que adotou os referenciais do "Programa de Ação Mundial para Pessoas com Deficiência", aprovado e divulgado pela Organização das Nações Unidas, em 1982. Este documento ressaltou o direito dos "deficientes" (termo utilizado no documento), colocando-os no mesmo patamar de oportunidades dos demais cidadãos, ou seja, garantiu a eles o direito de usufruir, igualmente,

Afora a discussão do objeto do fisioterapeuta, a possibilidade de trazer a reabilitação e o tratamento de distúrbios do movimento para o ambiente em que o indivíduo vive e desenvolve suas atividades – torna-os mais eficientes, acessíveis e preventivos; ratifica o espaço que se abre para a Fisioterapia no primeiro nível da atenção à saúde (REZENDE *et al.*, 2009).

A história da Fisioterapia demonstra mudanças no seu objeto de estudo, no seu campo de atuação e, também, no foco de sua atenção. Entretanto, dois elementos suscitam reflexão: 1) o ato profissional permanece enfatizando a terapia física e, 2) após a criação do Sistema Único de Saúde, não houve nenhuma complementação em relação as resoluções da década de 80 (REZENDE *et al.*, 2009).

Mudar modelos instalados e em operação é um processo lento e tenso, na medida em que eles representam políticas e práticas que retratam interesses profissionais, de instituições e de corporações. A tensão tem reflexo e encontra ressonância nas decisões (ou ausência delas) de cada categoria profissional. No tocante à Fisioterapia, se evidencia pela ausência de complementação da regulamentação da profissão pós surgimento do Sistema Único de Saúde, principalmente em relação ao ato profissional (REZENDE *et al.*, 2009).

Atualmente a inserção do fisioterapeuta na ESF ocorre por meio dos NASF – proposta que exige entendimento do processo saúde – doença assentado em determinantes e condicionantes biológicos e sócio-culturais. Neste sentido, o fisioterapeuta deve construir ações de promoção à saúde, prevenção de agravos/ deficiências e reabilitação, quando necessário (BRASIL, 2009).

As ações dos fisioterapeutas devem ser integradas, realizadas em rede, tanto na AB quanto nos serviços secundários e terciários, desenvolvendo ações no plano coletivo, nos territórios respectivos, integrando assim os modelos clínico e social, dentro de uma perspectiva de responsabilidade coletiva e

das melhorias nas condições de vida. Trata-se de uma novidade decorrente de uma visão abrangente e multidimensional, que compreende as ações de reabilitação como “treinamento” e *empowerment* da pessoa com necessidades especiais (BODSTEIN, RAMOS e HORTALE, 2003). A discussão conceitual em relação à pessoa com necessidades especiais e sua reabilitação associa dois componentes principais: o funcional e o social. Este enfoque influenciou, também, a assistência em reabilitação daqueles que apresentam lesões transitórias e foi referida em uma das considerações da citada Resolução nº 80/87, que apresentou a reabilitação como "uma proposta de atuação multiprofissional voltada para a recuperação e o bem-estar bio-psico-social do indivíduo (BRASIL, 1987).

compromisso com a inclusão social (BRASIL, 2009). A propósito, apresentam-se a seguir, as atribuições da Fisioterapia nos NASF.

3.1.1. Atribuições do fisioterapeuta nos NASF

Segundo o Caderno de AB nº 27 - Diretrizes do NASF - as atribuições específicas do fisioterapeuta são:

- i) executar ações de assistência integral em todas as fases do ciclo de vida, intervindo na prevenção e promoção da saúde;
- ii) quando necessário, atender em nível secundário realizando atendimentos domiciliares em sujeitos portadores de enfermidades crônicas e/ou degenerativas que podem ou não estarem utilizando aporte de ventilação mecânica, traqueostomizados ou com qualquer outra impossibilidade físico-motora que os restrinjam ao leito ou ao seu lar;
- iii) encaminhar sujeitos aos serviços de alta complexidade quando necessário;
- iv) prestar atendimento pediátrico a sujeitos com doenças neurológicas, com retardo do desenvolvimento neuropsicomotor, mal formações congênitas, distúrbios nutricionais, afecções respiratórias e deformidades posturais em grupos ou, na impossibilidade dos sujeitos em participarem de grupos, na residência orientando os pais ou responsáveis, contando com a dedicação e colaboração da família, para que o procedimento seja completo e eficaz;
- v) na saúde da mulher, o fisioterapeuta deve realizar técnicas de relaxamento, prevenção e analgesia para diminuição e/ou alívio da dor nas diversas patologias ginecológicas, no pré-natal preparando a gestante para o parto humanizado, com exercícios para fortalecimento e relaxamento do períneo, posturas para o parto, condicionamento físico, relaxamento e massagens para alívio da dor no momento do parto, auxiliando na preparação das

mamas para amamentação, no puerpério imediato orientando quanto ao posicionamento no leito, exercícios para reeducar a função respiratória, o sistema circulatório e para restabelecendo a função intestinal, realizando reeducação dos músculos abdominais e da musculatura de assoalho pélvico, promover analgesia no local da incisão perineal ou cesárea e realizando orientações gerais em relação aos cuidados com as mamas no ato de amamentar, quanto às posturas assumidas durante o cuidado com o bebê, ensinando massagens para cólicas intestinais do bebê e instruindo a mãe caso haja necessidade de recorrer ao nível ambulatorial;

- vi) no cuidado aos idosos, o fisioterapeuta deve desenvolver atividades físicas e culturais, preservando a independência funcional do idoso, melhorando sua qualidade de vida e prevenindo complicações decorrentes da idade;
- vii) na nutrição, cabe ao fisioterapeuta desenvolver programas de atividades físicas, condicionamento cardiorrespiratório, e orientações nutricionais para obesos ou indivíduos com sobrepeso;
- viii) em patologias específicas como a hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, tuberculose e hanseníase, o fisioterapeuta deve prescrever atividades físicas, principalmente exercícios aeróbicos, a fim de prevenir e evitar complicações;
- ix) atender de forma integral às famílias por meio de ações interdisciplinares e intersetoriais, visando assistência e inclusão social de indivíduos deficientes (BRASIL, 2000).

A atuação do fisioterapeuta nos NASF, deve prevenir o aumento do volume e complexidade de atenção secundária e terciária em saúde, reduzindo os gastos públicos, colaborando com a mudança do modelo assistencial, evitando o incremento das doenças ao mesmo tempo em que limita os danos e sequelas já instaladas (CASTRO, NEVES, ACIOLE, 2011).

Sobre a atuação da Fisioterapia nos NASF, vale, ainda, ressaltar que não deve ser puramente assistencial curativa, ao contrário, deve comungar com os

objetivos da ESF no sentido da promoção de saúde e prevenção. No entanto, observa-se uma grande demanda reprimida da população por serviços de Fisioterapia, o que torna necessário essa abordagem assistencial em concomitância à prevenção (SOUZA, 2012).

Além das atribuições específicas, o fisioterapeuta precisa exercer funções comuns a todos os membros das equipes que compõe os NASF, conforme é tratado na próxima seção.

3.1.2. Atribuições comuns aos membros das equipes dos NASF

Segundo Brasil (2000), cabe a todos os profissionais dos NASF, as seguintes tarefas:

- i) 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;
- ii) identificar, em conjunto com as eSF e a comunidade, o público prioritário a cada uma das ações;
- iii) 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;
- iv) acolher os usuários e humanizar a atenção;
- v) desenvolver coletivamente, com vistas à intersectorialidade, ações que se integrem a outras políticas sociais, como educação, esporte, cultura, trabalho, lazer, entre outras;
- vi) 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;
- vii) elaborar estratégias de comunicação para divulgação e sensibilização das atividades dos NASF por meio de

- cartazes, jornais, informativos, faixas, pôsteres e outros veículos de informação;
- viii) 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;
 - ix) elaborar e divulgar material educativo e informativo nas áreas de atenção dos NASF;
 - x) elaborar projetos terapêuticos, 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.

Tais ações compartilhadas devem ser realizadas entre a comunidade, os membros das eSF e dos NASF (espaços que também podem contar com a presença do fonoaudiólogo e muitos outros profissionais especializados). Como este estudo se ocupa da inserção da Fisioterapia e da Fonoaudiologia nos NASF, é necessário o entendimento da evolução histórica da última, para finalmente completar esta revisão crítica de literatura.

3.2. Evolução Histórica da Fonoaudiologia

A Fonoaudiologia, enquanto profissão e ciência, está instituída, por formação de nível superior, em mais de uma centena de países do mundo, existindo formalmente desde 1900, quando a Hungria reconheceu a profissão e criou a primeira faculdade de Fonoaudiologia do mundo (CFFa, 2015; CREFONO - 2ª REGIÃO, 2015; CREFONO - 4ª REGIÃO, 2015; CREFONO - 1ª REGIÃO, 2015). No entanto, trata-se de uma área da saúde que passou e ainda passa por uma transição de paradigmas norteadores (LIPAY e ALMEIDA, 2007).

No Brasil, a primeira marca identificadora da profissão, data do Brasil Império, com a criação, do Imperial Colégio, em 1854 (hoje, Instituto Benjamim

Constant), orientado para crianças cegas e, já no ano seguinte, a criação do Colégio Nacional, destinado ao ensino de deficientes auditivos (LIMA, 1999; BEHLAU; GASPARINI, 2006; SILVA, 2007; CREFONO - 2ª REGIÃO, 2015; CREFONO - 1ª REGIÃO, 2015).

Se considerada sua associação com a da Educação Especial (exercida por profissionais das áreas de saúde, educação e linguística), a Fonoaudiologia foi exercida no âmbito escolar anteriormente a 1900; mas, foi em 1912 que a Fonoaudiologia se diferenciou da Educação Especial, iniciando pesquisas específicas, relacionadas com os distúrbios da voz, da fala, e com a implantação de cursos de orientação sobre tais distúrbios para professores (BERBERIAN, 1995, 1996; LIMA, 1999; SILVA, 2007; CREFONO - 2ª REGIÃO, 2015; CREFONO - 1ª REGIÃO, 2015, CFFa, 2015; CREFONO - 4ª REGIÃO, 2015).

A origem da Fonoaudiologia brasileira aponta que diferentes contextos políticos e linguísticos influenciaram o início de suas práticas, em diferentes regiões do país (Berberian, 1996, 1998; Didier, 2001, CREFONO - 4ª REGIÃO, 2015). Segundo Berberian (1996) e, mais recentemente, Nardi (2010), a Fonoaudiologia, na década de 1930, tinha um discurso higienizador e se preocupava com a defesa da Língua Pátria, agindo na profilaxia e correção de erros de linguagem apresentados principalmente por escolares. Nos termos da última autora:

“Em São Paulo, no final do século XIX e início do Século XX, a Fonoaudiologia foi marcada por um discurso "higienizador", a favor de uma "patologização" das diferenças linguísticas, decorrente da ideia de "contaminação da Língua Nacional" provocada pelos movimentos imigratórios nacionais (nordestinos) e estrangeiros (italianos, árabes, japoneses, etc.). Neste período, São Paulo vivia um processo de urbanização extremamente acelerado, resultante do declínio da cafeicultura, do final da escravidão e da intensificação das atividades industriais. Os aglomerados populacionais que estavam se formando eram constituídos por grupos de diferentes culturas, raças e línguas. Tal heterogeneidade cultural e, principalmente, linguística levava à concepção de existência de uma "patologia social" e de que a Língua Oficial poderia ser o principal instrumento de uniformização nacional. A intenção preconizada, na época, era a erradicação das minorias linguísticas, fossem elas decorrentes de problemas orgânicos, culturais ou sociais. Portanto, os primeiros profissionais da Fonoaudiologia não fugiam à regra e defendiam esse discurso "higienizador" (NARDI, 2010, p-26).

Já na região Nordeste, entre as décadas de 1920 e 1930, a Fonoaudiologia se ocupou de questões políticas (não partidárias), ligadas à educação e saúde das classes desfavorecidas economicamente, partindo, especificamente, das adversidades da alfabetização destas classes (CREFONO, 4ª REGIÃO).

Existia, naquele momento, o preconceito de que a dificuldade de aprendizagem era decorrente da pobreza. O interesse pelo estudo dessa população levou ao conhecimento de que boa parte dela apresentava problemas de linguagem oral e escrita. Assim, alfabetizadores (das escolas públicas) e profissionais da área médica, preocupados com essa questão, começaram estudos sobre as causas dos problemas de fala e de escrita, as quais, na maioria das vezes, estavam relacionadas a aspectos orgânicos ou ao preconceito quanto à capacidade para aprender a ler e escrever (VIGOTSKI 2009 e PENTEADO, CHUN e SILVA, 2005).

A identificação dos aspectos, acima mencionados, foram o ponto de partida para a definição e delineamento de técnicas de reabilitação para a primeira causa - primórdios da Fonoaudiologia Clínica - e de realfabetização para a segunda causa - primórdios da Fonoaudiologia Escolar (CREFONO - 4ª REGIÃO).

A Institucionalização da Fonoaudiologia, no Brasil, deu-se na década de 1960, com a criação dos cursos de Fonoaudiologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (1961), vinculado à Clínica de Otorrinolaringologia do Hospital das Clínicas e da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (1962), ligado ao Instituto de Psicologia. No contexto da interiorização da educação superior, a Universidade Federal de Santa Maria, em 1970, cria o curso vinculado ao Departamento de Otorrinolaringologia da Faculdade de Medicina (CREFONO - 4ª REGIÃO).

Em 9 de dezembro de 1981, é sancionada a Lei nº 6965, pelo então presidente João Figueiredo, que regulamentou a profissão de fonoaudiólogo (CREFONO - 2ª REGIÃO).

Em 15 de setembro de 1984, foi aprovado o primeiro Código de Ética da profissão, que elencava os direitos, deveres e responsabilidades inerentes às diversas relações estabelecidas pelo fonoaudiólogo, em função de sua atividade profissional. O Código de Ética foi revisado em 1995, em decorrência do

crescimento da profissão, da ampliação do mercado de trabalho do fonoaudiólogo e da maior conscientização da categoria (CREFONO - 2ª REGIÃO).

A inserção da Fonoaudiologia no sistema público de saúde brasileiro foi iniciada entre as décadas de 70 e 80; porém, neste período, o acesso à assistência fonoaudiológica era restrito. Apenas na década de 80, com o surgimento do SUS, ocorreram mais contratações de fonoaudiólogos no setor público e surgiram também as primeiras pesquisas na área da Saúde Coletiva (MOREIRA e MOTA, 2009).

Para Silva e organizadores (2013), o trabalho do fonoaudiólogo, na saúde pública, está relacionado às questões sociais, coletivas e de saúde de toda população. O fonoaudiólogo que atua no serviço público, necessariamente, deve ser generalista, devendo identificar as questões fonoaudiológicas de maior relevância na comunidade, elaborando ações preventivas, sempre que possível, focando uma melhor qualidade de vida da população.

Segundo Marins et.al. (2003), a atuação do fonoaudiólogo na AB está entre o campo clínico e o campo social, cumprindo assim, um importante papel na rede de cuidados à saúde, sendo que tal trabalho envolve, necessariamente, equipes interdisciplinares e criação de dispositivos terapêuticos, articulando ações tanto individuais quanto coletivas, cujo objetivo não é apenas tratar e sim monitorar os processos de adoecimento e incentivar a participação social.

Costa *et al.* (2013) refere que a demanda por atendimento fonoaudiológico tem aumentado nos serviços públicos. No entanto, ainda são poucos os profissionais que se inserem nessa área, sendo necessária a ampliação na oferta de atenção fonoaudiológica, principalmente no campo preventivo e coletivo, no qual a Fonoaudiologia ainda apresenta uma visão e atuação incipiente.

Entendendo que o trabalho do fonoaudiólogo centralizava-se nos níveis de média (ambulatórios de especialidades e clínicas) e de alta densidade tecnológica (hospitais) e considerando a importante contribuição deste profissional na AB, identificou-se a necessidade de investir na formação neste campo de atuação. Sendo assim, as Universidades têm reorganizado seus currículos incluindo a atuação na prevenção de doenças e promoção da saúde (COSTA *et al.*, 2013).

Diante do empenho do MS, no que refere à implantação do NASF, da inclusão de novas profissões na AB, ou seja, frente a uma proposta que pode trazer avanços para o Sistema de Saúde, a inserção do fonoaudiólogo tornou-se indispensável nesse processo (MARINS et al., 2003). No entanto, não foi encontrado nenhum documento legal em relação ao que se espera da participação específica do fonoaudiólogo nos NASF; o que se encontra são produções das ações desenvolvidas pelos profissionais, visando garantir o desenvolvimento de ações inerentes à profissão, associadas às exigências do MS quanto às ações coletivas (eixo de organização do processo de trabalho das equipes que compõem o NASF).

3.2.1. Atribuições do fonoaudiólogo nos NASF

Segundo Costa *et al.*, (2013), o fonoaudiólogo no NASF, deve sempre atuar de forma interdisciplinar estando, esta prática, presente tanto nas intervenções específicas quanto em ações clínicas compartilhadas e coletivas, de forma a contribuir para o resgate de cidadania, para o fortalecimento de redes de apoio social e a integração das pessoas nas atividades da comunidade.

Silva et al (2013) descrevem algumas ações que cabem a um fonoaudiólogo de NASF:

- i) realização de grupos e oficinas voltadas para pessoas que apresentam distúrbios da linguagem oral e escrita, com foco na conservação auditiva e vocal, bem como atenção aos seus familiares;
- ii) desenvolvimento de atividades educativas voltadas tanto para os que apresentam distúrbios de comunicação quanto para pessoas saudáveis, o que significa atuação na promoção da saúde e prevenção de doenças;
- iii) realização de atividades educativas para prevenção de doenças auditivas e vocais;
- iv) estímulo aos hábitos orais saudáveis;
- v) estímulo à amamentação;

- vi) controle de ruído, realçando o autocuidado ;
- vii) realização de oficinas para proteção e prevenção da saúde dos professores e escolares;
- viii) realização de grupos voltados para crianças acompanhadas na puericultura, buscando apoiar a ESF e os pais no acompanhamento oral da criança;
- ix) realização de grupo de apoio às pessoas com sequelas neurológicas e aos cuidadores;
- x) realização de acolhimento do usuário e de sua família, com objetivo de construir vínculos tanto para o cuidado fonoaudiológico quanto para a promoção e o cuidado à saúde;
- xi) avaliação da linguagem oral , leitura e escrita, voz, motricidade, audição e funções orofaciais, conforme necessidade dos usuários atendidos na ESF;
- xii) orientação terapêutica para os usuários com distúrbios da comunicação, bem como aos seus cuidadores e
- xiii) realização de visitas domiciliares para avaliação, orientação e monitoramento de fatores gerais e de risco relacionados à comunicação humana.

É importante ressaltar que a atuação do fonoaudiólogo no NASF pode encontrar obstáculos para o trabalho em equipe ou intersetorialmente, mas esse é mais um paradigma a ser rompido pela Fonoaudiologia. Sua atuação deve priorizar o coletivo, contribuindo assim para o resgate da cidadania, o fortalecimento do apoio social e integração da comunidade (MARINS et al., 2003).

Tal atuação, assim como a Fisioterapia, não pode se prender ao seu núcleo específico de formação, voltando apenas para o desenvolvimento de ações clínicas tradicionais, pois a prática nos NASF visa a troca de saberes e de experiências para desenvolver projetos de saúde, sejam individuais ou coletivo, as de responsabilidade compartilhada e que, sobretudo, levem em consideração os diversos aspectos da vida, para além da saúde, invadindo e transitando por outros espaços, por outros territórios como o trabalho, a arte, a rua, as escolas e

a cidade, colocando a clínica em contato com a sua exterioridade (SILVA *et al.* 2013).

3.3. A Fisioterapia e a Fonoaudiologia nos NASF: Desafios e Conquistas

A Fisioterapia e a Fonoaudiologia, a exemplo de outras profissões de saúde, se constituíram a partir de uma noção fragmentada do ser humano, tido como resultado da soma de partes, sendo a doença entendida como uma avaria que requer reparação/cuidado parcial de uma profissão (SOUZA, 2012).

Portanto, a Fisioterapia e a Fonoaudiologia iniciaram suas práticas no SUS ligadas à ambulatórios de reabilitação. Ambas as profissões mantiveram vínculo com o modelo biomédico e, por isso, realizavam ações com forte tendência à reabilitação; somente a partir da década de 90, fisioterapeutas e fonoaudiólogos passaram a atuar na prevenção de doenças e agravos à saúde. Certamente que tal caminho tem sido possível devido à implementação das Lei de Diretrizes e Bases da Educação que incentiva a formação profissional voltada ao SUS e deu autonomia para as universidades elaborarem seus currículos (GALLO, 2005).

Bispo (2009), ao debater Paim, Alves Filho e Naomar (1998), cita que entre os profissionais da saúde, o modelo de formação neoliberal (forte marca capitalista) encontrou sólido alicerce no seu já estruturado modelo flexneriano/biologicista/privativista que privilegia o tecnicismo em detrimento das preocupações sociais e se fundamenta nos princípios da fragmentação, da especialidade e da cura.

Pode-se dizer que a inserção do fisioterapeuta e do fonoaudiólogo nos serviços de AB saúde é um processo em construção, lembrando, mais uma vez, que inicialmente tais profissionais estiveram associados ao modelo reabilitador, voltados apenas para uma pequena parte de seu objeto de trabalho/atuação, qual seja tratar uma doença e suas sequelas. Essa lógica fez com que, durante muito tempo, os serviços de Fisioterapia e Fonoaudiologia fossem excluídos da rede básica de atenção à saúde, acarretando uma grande dificuldade de acesso da população a tais áreas/núcleos (GALLO, 2005; SOUZA, 2012).

Hoje, tanto a Fisioterapia quanto a Fonoaudiologia buscam se contituírem como ciências responsáveis pela promoção da saúde, prevenção, avaliação, diagnóstico, orientação e terapia; ocupam-se de pesquisas/estudos relacionados aos seus núcleos e também interdisciplinares; previnem e tratam de distúrbios cinesiofuncionais intercorrentes em órgãos e sistemas do corpo humano (gerados por alterações genéticas, por traumas e por doenças adquiridas) como é o caso da Fisioterapia (COFFITO, 2015), e, no caso da Fonoaudiologia, pesquisa, previne e trata da função auditiva periférica e central, da função vestibular, da linguagem oral e escrita, da voz, da fluência, da articulação da fala e dos sistemas miofuncional, orofacial, cervical e de deglutição, como é o caso da Fonoaudiologia. Ambas podem, ainda, exercer atividades de ensino, pesquisa e administrativas (CREFONO - 2ª REGIÃO, 2015).

O processo de trabalho do fisioterapeuta e do fonoaudiólogo no NASF foi uma conquista que perpassou o modelo flexeriano e se dirige, gradativamente, para o de atenção integral à saúde. Assim, espera-se que fisioterapeutas e fonoaudiólogos, com suas ações nos NASF, supram a demanda da comunidade, reduzindo danos e agravos, por meio de uma prática de educação em saúde, dando apoio matricial às eSF, trabalhando na educação permanente dos profissionais da equipe, realizando acolhimentos, auxiliando na construção do processo de territorialização, atendimentos individuais e grupais, visitas domiciliares, quebrando paradigma de profissões meramente reabilitadoras (SOUZA, 2012; MOREIRA e MOTA, 2009, BRASIL, 2013).

Juntos à eSF e aos demais profissionais do NASF, fisioterapeutas e fonoaudiólogos podem ainda trabalharem na organização da equipe do NASF, na identificação de parceiros da comunidade; na identificação de demanda, de modo a prestarem atendimento integral à comunidade, fazendo com que suas práticas incorporem e sejam coerentes com as Políticas Públicas de Saúde (BRASIL, 2009).

**“[...] Pensei que seguindo o rio
eu jamais me perderia:
ele é o caminho mais certo,
de todos o melhor guia.”
João Cabral de Melo Neto
Em Morte e Vida Severina**

4. METODOLOGIA

Este estudo é descritivo e quantitativo, voltado à análise dos processos de implantação de NASF nos municípios brasileiros, destacando-se as profissões de Fisioterapia e Fonoaudiologia.

Segundo MATTAR (2008), uma pesquisa descritiva é caracterizada por apresentar procedimentos formais, ser estruturada e dirigida para a solução de problemas ou avaliação de alternativas de curso de ação. Malhotra (2006) explica que esse tipo de pesquisa deve ser utilizado quando for necessário descrever as características de grupos e também para estimar a proporção de elementos numa população específica.

Optou-se por um estudo censitário que consiste em um levantamento estatístico que abrange todos os elementos de uma população. Diferentemente de uma amostra, possui índice de confiabilidade 100%, porém, nem sempre é viável sua utilização, devido ao laborioso trabalho de levantamento das informações, por ser um processo mais lento que um simples cálculo amostral e, por ter custo elevado (MORAES, 2015; FORTE, 2006).

A presente pesquisa foi, previamente, registrada no Gabinete de Projetos (GAP) do Centro de Ciências da Saúde da UFSM, e submetida à aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da mesma Universidade, que emitiu o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) de número 30652514.3.0000.5346 (confira ANEXO I - Parecer Consubstanciado do CEP/UFSM).

Convém esclarecer que, como esta pesquisa foi de abrangência nacional, a pesquisadora/mestranda dirigiu-se ao Ministério da Saúde, em Brasília, para solicitar a autorização intitucional, utilizando a Carta de Apresentação (APÊNDICE I), a qual foi entregue, em 11/03/2014, à Secretária Executiva do Departamento de Atenção Básica, que registrou o pedido no Sistema Integrado de Protocolo e Arquivos (SIPAR), sob o número 2600-041765/2014-34 (carimbo na parte superior direita do APÊNDICE I). A autorização do Ministério da Saúde e o não óbice em relação à pesquisa foram assinadas, no dia 13 de março de 2014, pelo Diretor do Departamento de Atenção Básica, da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) (ANEXO II).

Após aprovação do MS e do CEP/UFSM, iniciou-se a coleta de dados, aplicando-se, a todos os gestores municipais de saúde do Brasil com NASF implantados, o questionário estruturado, com perguntas fechadas e alternativas fixas, especialmente elaborado para esta pesquisa (APÊNDICE III). Note-se que o gestor e a gestão dos NASF foram investigados. Quanto ao gestor, levantou-se o seu perfil sociodemográfico e profissional, sua trajetória na vida pública e sua relação com o cargo de gestor

Convém esclarecer que todos os secretários de saúde foram convidados a participar da pesquisa, por meio de seus emails institucionais (conseguidos no MS/Departamento da AB), em que havia um *link*, o qual os remetia ao Formulário do SUS (FormSUS³⁵), nomeado como Pesquisa NASF Brasil – 2014, tendo partido do email - pesquisanasf@mail.ufsm.br – criado, especialmente, para esta pesquisa. Para participar da mesma, os gestores foram convidados a ler o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE II), de acordo com a norma 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, apresentando as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. No termo em questão estavam contidos esclarecimentos acerca dos objetivos, procedimentos a serem realizados, riscos e benefícios da realização do presente estudo. A participação na pesquisa só foi realizada por meio da adesão ao TCLE.

Após a leitura do TCLE, anexado ao questionário, lia-se em letras maiúsculas a seguinte frase: "A RESPOSTA DE SEU EMAIL SERÁ ENTENDIDA COMO SEU CONSENTIMENTO EM PARTICIPAR DESTA PESQUISA, como também autoriza a publicação, em meio acadêmico, das informações coletadas neste estudo" e, em seguida, um ícone para ser assinalado com a frase "Li e entendi".

Convém dizer que os formulários respondidos integralmente pelos gestores, mas que não foram assinados com o "Li e entendi" não foram contabilizados na pesquisa.

³⁵O FormSUS é um serviço de criação de formulários, desenvolvido para viabilizar de forma simples e ágil, o processo de coleta e disseminação de dados por meio da Internet, desenvolvido para dar agilidade, estruturação e qualidade ao processo de coletar e disseminar dados pela Internet em soluções WEB tais como as disponíveis no Yahoo Groups e no serviço americano Survey Monkey. Possui fichas que são os formulários preenchidos pelo respondente, ou seja, cada respondente possui uma única ficha deste formulário, que contém suas respostas (BRASIL, 2013 c).

O material coletado está armazenado em um dispositivo de memória eletrônica (*pen drive*) e ficará guardado na Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Avenida Roraima 1000, CEP 97105-900, Bairro Camobi, Santa Maria-RS-Brasil no prédio 26, 4º andar, na sala 1418 em armário, chaveado, da secretaria do Programa de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana durante cinco anos. O material, também, ficará hospedado no ambiente de servidores do DATASUS e salvos em um computador marca Lenovo e em um Tablet marca Samsung, materiais pessoais da pesquisadora Patrícia Garmus de Souza Moretti, pelo mesmo período. Após decorridos os cinco anos, os equipamentos eletrônicos serão formatados, assim como o material hospedado no DATASUS.

Definiu-se como data de início de preenchimento do formulário, o dia 07/09/2014 com término em 22/10/2014. O formulário foi, então, enviado automaticamente através da plataforma DATASUS, sendo que cada gestor recebeu em seu endereço eletrônico (email) institucional um *login* e senha para participar da pesquisa.

No dia 8 de setembro, foram recebidos muitos emails de gestores relatando dificuldades no acesso à plataforma. Tal situação foi informada ao DATASUS e, no mesmo dia, os técnicos confirmaram a existência de problemas, sendo estes resolvidos em 09 de setembro e, assim, novamente, foram enviados os emails, através da conta pesquisanasf@mail.ufsm.br³⁶, para todos os gestores com o seguinte conteúdo:

“Prezados(as) Gestores(as) - Informamos que o site do FormSUS passou por problemas técnicos no dia 08/09/2014, motivo pelo qual muitos não puderam preencher a pesquisa NASF- BRASIL-2014. Estes problemas foram solucionados e pedimos a gentileza de acessarem o link:

http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=17422 Não precisa senha para iniciar uma nova participação ou, se preferirem, acessem o primeiro email que o FormSus enviou e continuem o mesmo formulário de onde pararam, utilizando o login e a senha.

Obrigada pela contribuição de todos(as).

Cordialmente,

Equipe da Pesquisa NASF-BRASIL-2014-UFSM-CCS-PPGDCH-Moretti e Fedosse”

³⁶ Ressalta-se que o convite para participação na pesquisa foi enviado em lotes de 10 participantes, ou seja, foram enviados e posteriormente reenviados aproximadamente 360 emails.

No dia 13/09/2014 iniciou-se a exportação dos dados. Foram exportados no formato de Excel todos os formulários até então respondidos. A tabela de Excel foi importada para um Banco de Dados do Access 2010, onde foram filtrados os formulários completos com a assinatura “Li e entendi”. Logo, pela “função criar estrutura de consulta”, foram comparados municípios cujos gestores responderam com a lista de *email* anteriormente fornecida, obtendo-se uma nova lista de email daqueles municípios que ainda não haviam respondido.

Após essa ação, foi realizado novo convite, seguindo os passos anteriormente descritos, alertando-se que ainda havia tempo para participar da pesquisa. A mesma ação foi realizada em 27/09/2014.

Após tais procedimentos, os formulários preenchidos foram exportados, no formato de Excel. Os dados foram importados, como da primeira vez, para o Banco de Dados do ACCESS 2010, filtrando-se os formulários com o “Li e entendi” e, manualmente, foram excluídos formulários repetidos e aqueles que não estavam em conformidade com o “Li e entendi”. Ressalta-se que, a coleta de dados foi realizada a partir de perguntas com baixo risco de provocar “deformações de defesa de fachada³⁷”, assim como foi informado que se tratava de uma pesquisa acadêmica da UFSM e ressaltada a importância das respostas fidedignas à realidade vivenciada pelos gestores, no entanto foram desprezados 506 questionários, completamente repondidos, mas que não haviam selecionado a opção “Li e entendi” referente a concordância do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Aplicando filtros no próprio banco do ACCES, foram criadas as tabelas para o Excel onde foram realizadas as tabulações e os Gráficos. Posteriormente, foram realizadas comparações entre esses dados utilizando estatística descritiva e teste Qui-quadrado para as variáveis qualitativas utilizando o aplicativo computacional STATISTICA 9.1.

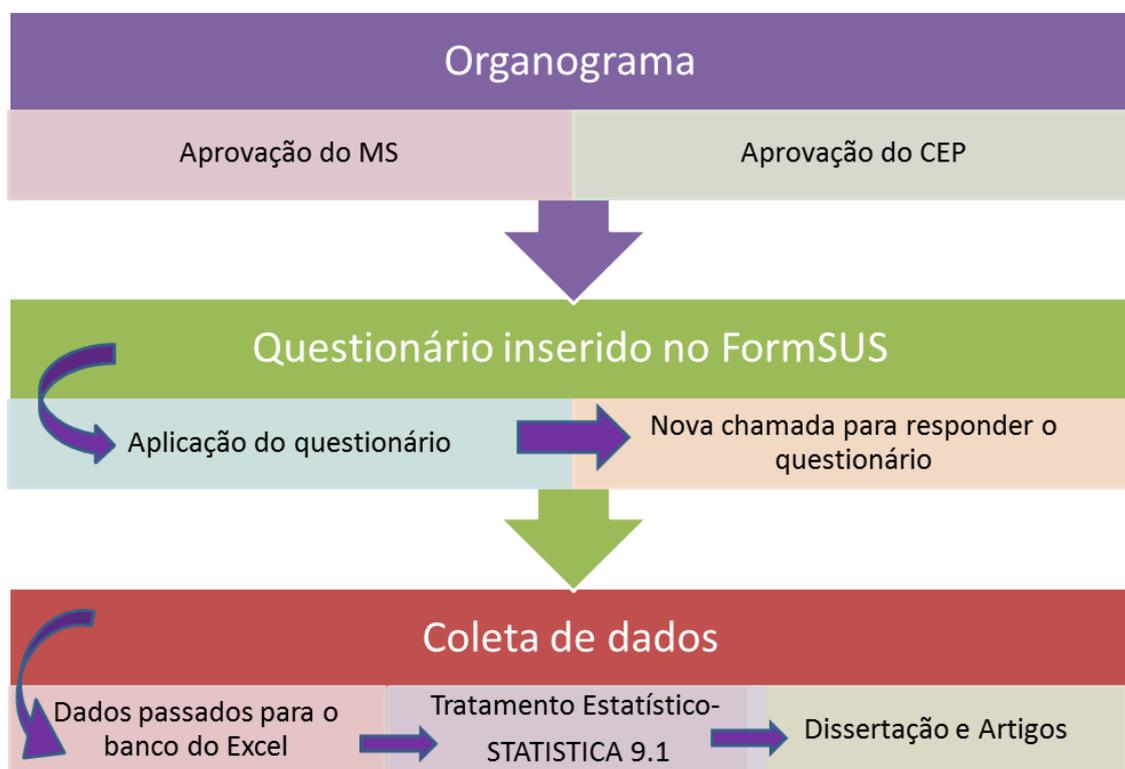
Ressalta-se que esta pesquisa não possui amostra, pois se trata de um censo, em que interessa a totalidade dos formulários/questionários adequadamente respondidos pelos gestores municipais, qual seja: 484 dos 1759

³⁷ Defesa de fachada refere-se ao termo utilizado para quando o respondente pensa estar correndo o risco de ser julgado e reage oferecendo respostas defensivas, estereotipadas ou socialmente desejáveis, escondendo suas percepções reais. Para reduzir este efeito, recomenda-se iniciar o questionário com perguntas com baixo risco de provocar esse tipo de resposta.

municípios com NASF implantados no Brasil (por isso, a não necessidade de se realizar cálculo de nível de confiança).

A análise dos resultados foi realizada com base nos estudos de Fleury (1997), Vilar (2003), Leite e Schor (2005), Setti (2013), Castro et al. (2006), Souza (2002), Documentos do Ministério Público, Jornais locais, bem como de documentos do MS e que respaldam esta pesquisa.

Para melhor esclarecer o desenho metodológico desta pesquisa, segue o organograma de execução das ações.



**“[...] Finado Severino,
quando passares em Jordão
e os demônios te atalharem
perguntando o que é que levas...**

**— Dize que levas somente
coisas de não: fome, sede, privação.**

**Dize que coisas de não,
ocas, leves: como o caixão,
que ainda deves [...]**

João Cabral de Melo Neto em

Morte e Vida Severina

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Devido a extensão e complexidade dos resultados alcançados neste estudo, eles serão apresentados em sub-categorias, a saber: características pessoais e profissionais dos gestores municipais de saúde; características dos NASF implantados no Brasil até 2014, incluindo os tipos de NASF, processos de elaboração e contratação/recrutamento de pessoal.

Dos 1759 municípios com NASF implantados no território brasileiro, 484 gestores municipais de saúde responderam todo o questionário e 506 questionários foram desprezados, mesmo que, completamente repondidos por não selecionarem a opção “Li e entendi” referente a concordância do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

5.1. Características pessoais e profissionais dos gestores municipais de saúde com NASF implantados no Brasil em 2014

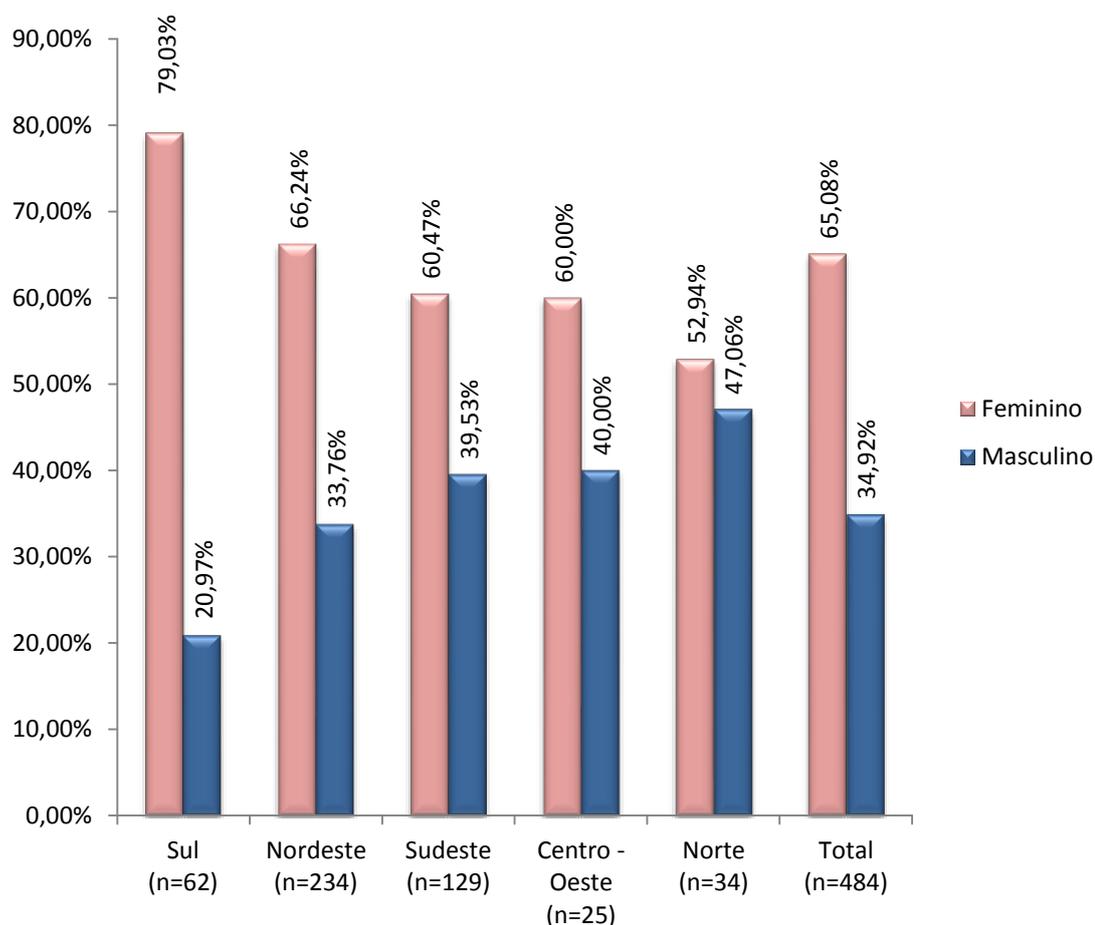
Em relação a região de nascimento, a maioria dos participantes 234 (48,35%) são nascidos na região Nordeste, 129 (26,65%) no Sudeste, 62 (12,81%) no Sul, 34 (7,02%) no Norte e 25 (5,17%) no Centro-Oeste.

Note-se a participação importante de gestores nordestinos (48,35%) nesta pesquisa. A respeito dessa participação, pode-se pensar que tais gestores estejam mais sensibilizados e/ou engajados para a adesão e contrapartida de ações voltadas à AB.

No entanto, tal afirmação não pode ser corroborada a outras pesquisas, pois ainda não há literatura disponível que faça tal comparação. A propósito, um estudo dessa natureza seria de importância para o Programa Nacional para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da AB (PMAQ), pois poderia ser utilizado para estimular os gestores ao apoio de práticas voltadas à AB no país, colaborando, com a melhoria de qualidade comparável nacionalmente das ações direcionadas ao cuidado das famílias brasileiras, escopo do trabalho desenvolvido pelo PMAQ.

Em relação ao sexo, 315 (65,08%) são do feminino e 169 (34,92%) do masculino. Os gestores da região Nordeste 155 (66,24%) são do sexo feminino e 79 (33,76%) do masculino; da região Sudeste 78 (60,47%) são do sexo feminino e 51 (49,53%) do sexo masculino; da região Sul, 49 (79,03%) feminino e 13 (20,97%) masculino; da região Norte 18 (52,94%) são feminino e 16 (47,06%) masculino e da região Centro-Oeste 15 (60,00%) são feminino e 10 (40,00%) masculino, conforme Gráfico 1.

Gráfico 1 - Distribuição dos gestores de NASF por Sexo e por Região (n=484).

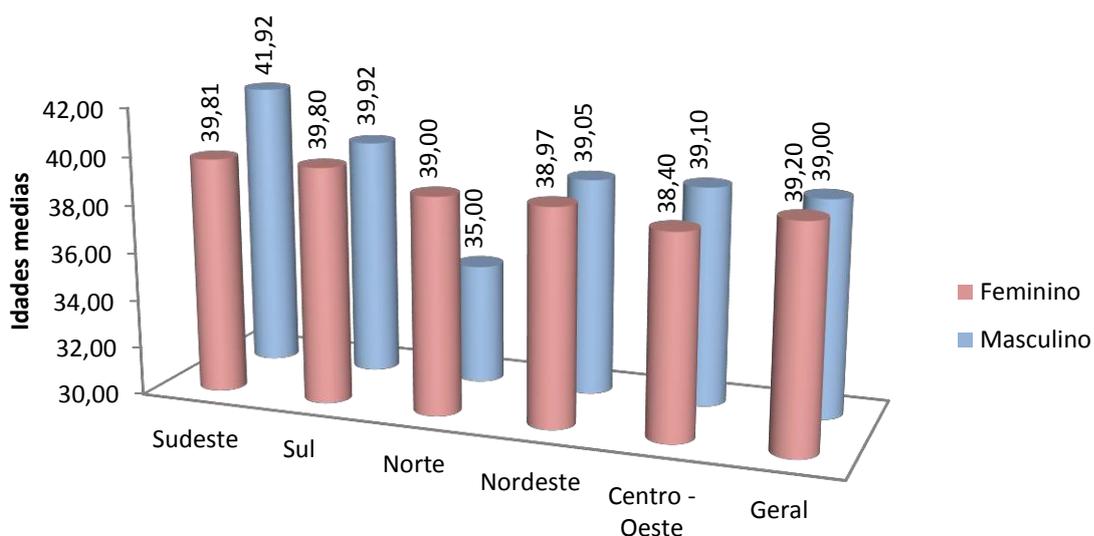


Fonte: FormSUS Pesquisa Brasil NASF 2014, elaborado por Moretti, PGS, 2015.

A predominância do sexo feminino, ou seja, a presença importante da força feminina, respondendo ao cargo de Gestor Municipal de Saúde é demonstrada por vários estudos realizados no SUS. Fleury et al. (1997, p. 7) encontraram 39,7% em estudo nacional e Vilar (2003), em estudo no Rio Grande do Norte, achou 55,8% e Castro et al. (2006) evidenciaram 63% de gestores do sexo feminino, no estado do Rio Grande do Norte. Assim, os dados desta pesquisa, ocupada exclusivamente da parcela de gestores que implantaram NASF no Brasil, reafirmam a presença feminina, com tendência crescente, inclusive.

Em relação à idade dos gestores, a idade mínima foi de 23 anos (feminino, região Norte) e a idade máxima de 73 anos (masculino, região Nordeste). A média da idade foi de 39 anos, sendo a mesma para ambos os sexos. A maior média de idade foi de 42 anos, correspondente aos nascidos na região Sudeste e do sexo masculino; a menor média de idade foi de 35 anos, correspondente aos nascidos na região Norte, novamente do sexo masculino (ver Gráfico 2).

Gráfico 2 – Distribuição da Média das idades por sexo e região de nascimento dos gestores dos NASF (n=484).



Fonte: FormSUS Pesquisa Brasil NASF 2014, elaborado por Moretti, PGS, 2015.

Dos entrevistados, 217 apresentaram idade acima ou igual a média o que corresponde a 44,83% e 267 indivíduos tinham idade abaixo da média, o que corresponde a 55,16% dos gestores. O desvio padrão das idades foi de 9,56 anos o que significa que as idades variaram pouco, sendo a amostra bastante homogênea.

Estes dados repetem os encontrados por Fleury et al. (1997), que evidenciou que 68,5% dos Gestores Municipais de Saúde tinham idade entre 30 e 50 anos. Assim como o de Vilar (2003) que encontrou, somando os percentuais, 72,5% dos Gestores Municipais de Saúde do Rio Grande do Norte, com idade entre 30 e 50 anos.

Dos gestores que responderam o questionário, 35,56% trabalham na região Sudeste, 31,15% no Sul, 26,42% no Norte, 24,97% no Nordeste e 23,49% no Centro-Oeste. No entanto, 48,35% nasceram na região Nordeste, 26,65% no Sudeste, 12,81% no Sul, 7,02% no Norte e 5,17% no Centro-Oeste.

Como a maioria dos respondentes (48,35%) são nascidos na região Nordeste, infere-se que a maioria dos gestores nasceu em região diferente daquela em que exerce o cargo, apontando mobilidade social.

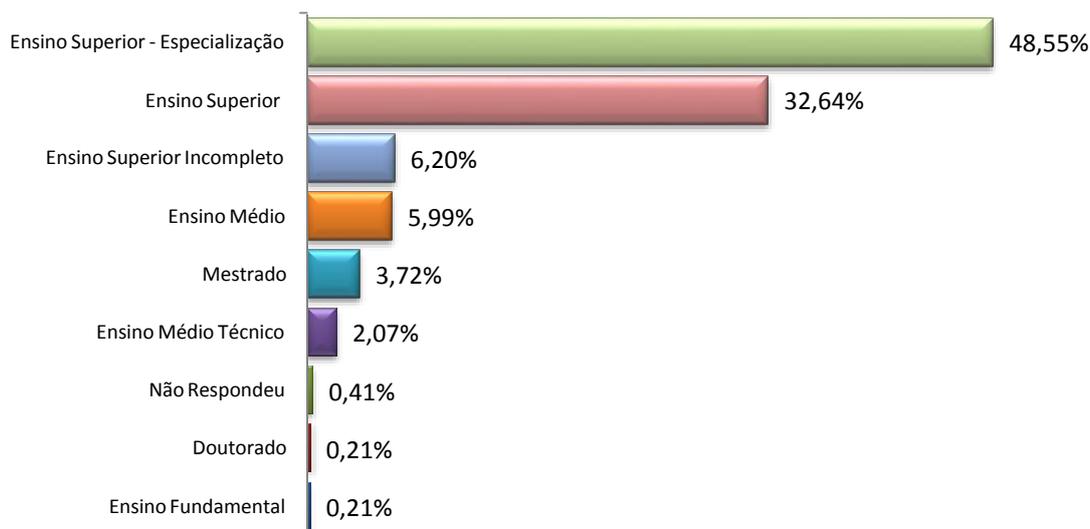
Tais dados vão ao encontro do apresentado por Fleury et al. (1997), que encontraram, também, em nível nacional, 67,5% de Gestores nascidos em diferentes municípios daqueles que exerciam o cargo, revelando expressiva mobilidade social intermunicipal.

Ressalta-se a escassez de literatura comparativa, por isso, uma nova pesquisa poderia ser realizada para constatar a mobilidade regional e municipal entre os gestores de saúde, bem como seus motivos a fim de apontar possíveis focos de desigualdades, ou iniquidades nas condições e oportunidades de emprego na saúde.

Em relação ao Grau de Escolaridade, daqueles que responderam o questionário, 48,55% possuem ensino superior com especialização, sendo 3,72% mestres e apenas 0,21% doutores; 32,64% possuem ensino superior completo sem especialização; 6,20% ensino superior incompleto; 5,99% ensino médio; 2,07% ensino médio técnico e 0,21% somente ensino fundamental, 0,41% não respondeu a esta questão (ver Gráfico 3). A diversidade de formações acadêmicas dos gestores, bem como os cargos ocupados, traz consigo implicações, também, diversas em suas construções sociais,

experiências, modo de pensar e refletir sobre a realidade. Neste sentido, é importante saber a escolaridade do gestor.

Gráfico 3 - Distribuição do grau de escolaridade dos gestores dos NASF implantados no Brasil (n=484).



Fonte: FormSUS Pesquisa Brasil NASF 2014, elaborado por Moretti, PGS, 2015.

Também, tais resultados se aproximam dos encontrados por Fleury et al. (1997) com 73,0% dos gestores com nível superior completo. Estudos regionais como o de Souza (2002), em Minas Gerais, e o já referido de Vilar (2003) constataram, respectivamente, 40,23% e 69,3%. Este estudo revela 85,12%, destacando uma maioria expressiva de secretários municipais de saúde com o nível superior completo, incluindo as pós-graduações.

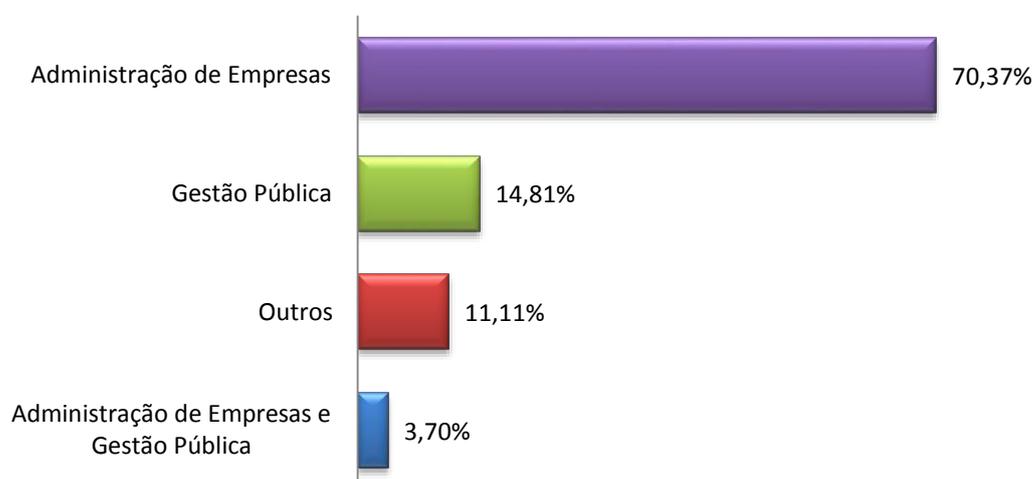
Daqueles que apresentam ensino superior, 69,66% são graduados na área da saúde, 6,07% em Administração, 0,49% em Saúde e Administração, 20,39% tem graduação excetuando saúde e da Administração/Gestão e 3,40% não informaram sua formação.

Dos 69,66% graduados na área da saúde, 46,89% são formados em Enfermagem, 10,26% em Fisioterapia, 9,52% em Saúde Coletiva/Pública, 6,59%

em Psicologia, 1,47% em Fonoaudiologia, 0,37% Tecnólogo Superior em Gestão Pública e 19,05% informaram que são formados em outros cursos.

Dos graduados em Administração, 70,37% são formados em Administração de Empresas, 14,81% em Gestão Pública, 3,70% possui duas graduações (Administração de Empresas e Gestão Pública) e 11,11% responderam que são formados em outros cursos, conforme Gráfico 4.

Gráfico 4 – Distribuição dos Gestores de NASF com Ensino Superior em Administração/Gestão (n=27).



Fonte: FormSUS Pesquisa Brasil NASF 2014, elaborado por Moretti, PGS, 2015.

Mais uma vez, os dados desta pesquisa corroboram os encontrados por Fleury et al. (1997), que registraram, entre aqueles que tinham nível superior completo, a maioria, 72,5% com formação na área biológica-médica. O estudo de Vilar (2003), também, registrou 45,7% dos Secretários com formação na área de Saúde.

Note-se que os resultados desta pesquisa sugerem que o “Executivo Municipal” vem entendendo a importância de o setor saúde estar sob a orientação técnica (em nível superior ou médio), privilegiando a indicação de Gestores com formação na área de Saúde de diferentes categorias profissionais, não necessariamente da categoria médica. Constata-se importante participação

da Enfermagem enquanto gestora de sistemas municipais de saúde; sendo que a Fisioterapia e a Fonoaudiologia estão ocupando espaço na gestão, o que talvez já seja reflexo de mudanças no modelo de formação (do flexeneriano, biologicista para o modelo voltado para a AB).

Tal como já dito, seria interessante a realização de outros estudos voltados à natureza da instituição formadora e do ano de conclusão da graduação desses gestores. Desta forma, poderia ser identificado se as alterações nas grades curriculares das Universidades têm valorizado a saúde coletiva como item da formação em saúde. Neste sentido, poderia se verificar se os gestores estão sendo graduados em universidades públicas ou privadas, identificando se a ordenação da formação para o SUS tem sido praticada igualmente pelas universidades públicas e/ou privadas.

Outra discussão pertinente tem a ver com o fato de que apesar dos esforços do Ministério da Educação com o Conselho Federal de Administração, com a Escola Nacional de Administração Pública (ENAP) e com o Ministério da Saúde (através da Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ), em formar gestores públicos para todos os níveis governamentais, que utilizem uma linguagem comum e que compreendam as especificidades de cada uma das esferas públicas: municipal, estadual e federal com o “Programa Nacional de Formação para a Administração Pública (PNAP), ainda não se tem refletido a ocupação no cargo de gestão municipal de saúde.

Seria interessante que fosse realizada uma análise dos impactos do PNAP para se ter maior compreensão da abrangência da atuação dos egressos demonstrando objetivamente os resultados alcançados (ex: aumento da arrecadação, melhoria da produtividade do setor, formas de alocação dos recursos disponíveis no SUS, descentralização e municipalização, modelo de atenção à saúde, gestão participativa em saúde etc.), assegurando, assim, a continuidade desse importante Programa.

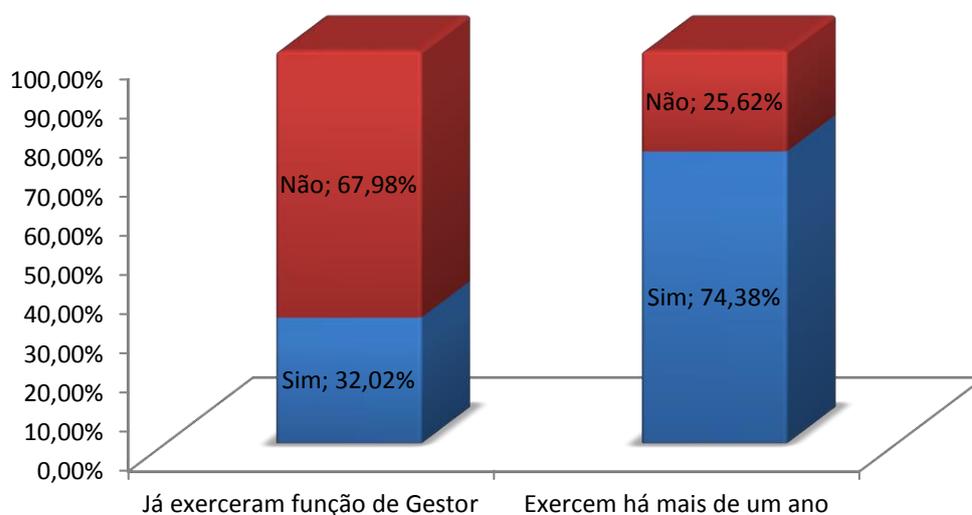
Quando questionados se já exerceram a função de gestor de saúde anteriormente à atual (no nível público ou privado), apenas 32,02% responderam que sim.

Já em relação ao tempo que exercem a função de gestor municipal de saúde, 74,38% reponderam há mais de um ano e 25,62% há menos de um ano (confira Gráfico 5).

Essa é uma importante observação pois, significa que os prefeitos estão indicando para o cargo de gestor municipal de saúde pessoas com nível superior na área da saúde, mas, indica principalmente que 32% dos cargos estão sendo mantidos em virtude da reeleição. É imperativo dizer que este estudo foi realizado em 2014, ano de posse de prefeitos nos municípios brasileiros.

Tal evidência também foi destacada no estudo de Souza (2002) que verificou que a escolha de gestores municipais de saúde se deu, fundamentalmente, por pessoas com nível superior, com experiência anterior no cargo e ou mantidos os mesmos em virtude da reeleição. O estudo de Castro et al. (2006) apontou também a presença de um número significativo (71%) de gestores com nível superior.

Gráfico 5 - Distribuição do exercício X Tempo de Gestão (n=484).



Fonte: FormSUS Pesquisa Brasil NASF 2014, elaborado por Moretti, PGS, 2015.

Quanto à profissão exercida antes da nomeação atual como gestor municipal de saúde, 94,84% dos sujeitos reponderam que já haviam trabalhado como gestor municipal de saúde; 3,23% responderam que exerceram a função de gestor estadual de saúde e empatados com 0,65% estão os que já exerceram a função ou de gestor autônomo ou gestão em organização social ou gestor federal de saúde.

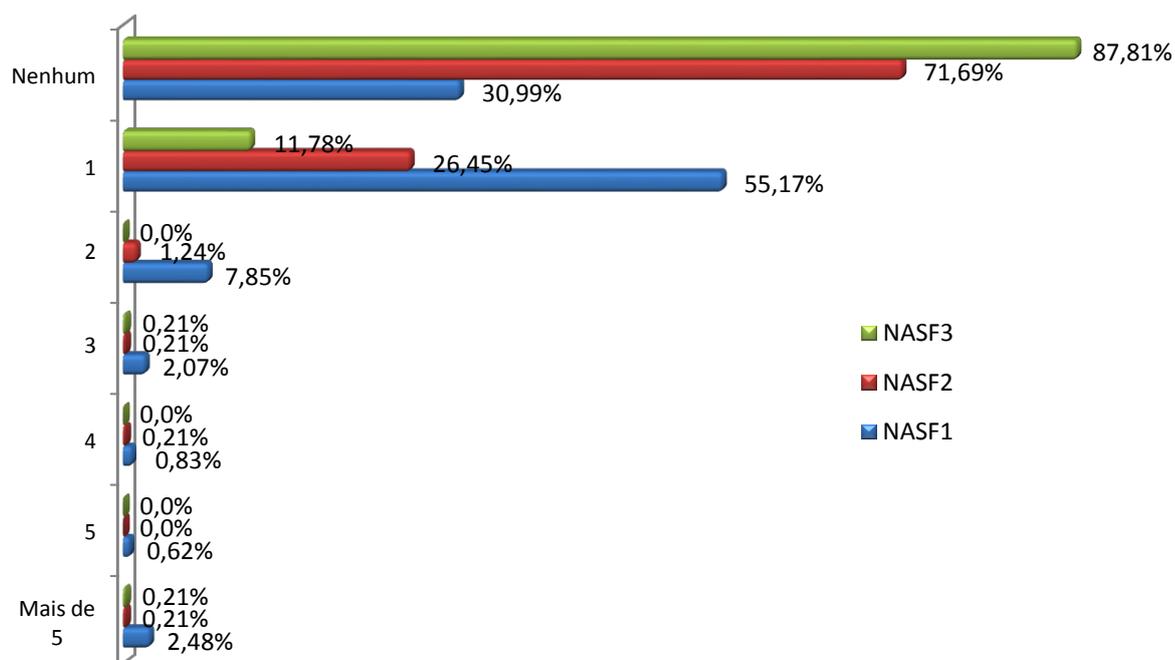
Tal dado demonstra a preocupação dos prefeitos em manter os gestores municipais de saúde com NASF implantados na gestão municipal de saúde dos municípios, aproveitando a prática adquirida por esses profissionais nas gestões anteriores.

5.2. Características dos NASF implantados no Brasil até 2014

5.2.1. Modalidade e quantidade de NASF

Em relação a quantidade e tipo de NASF, este estudo revelou que 30,99% dos gestores responderam que não há em seus municípios NASF 1 (modalidade característica de municípios de grande porte populacional), confira parte inferior da Gráfico 6.

Gráfico 6 - Distribuição da quantidade e modalidade de NASF referidas pelos gestores (n=484).



Fonte: FormSUS Pesquisa Brasil NASF 2014, elaborado por Moretti, PGS, 2015.

Quanto a existência de NASF 1, 55,17% dos gestores afirmaram que há apenas um em seus municípios; 7,85% responderam que há dois, 2,07% responderam que há três, 0,83% responderam que há quatro, 0,62% responderam que há cinco e 2,48% responderam que há mais de cinco NASF nessa modalidade.

Em relação à modalidade NASF 2, 71,69 % informaram que não há nenhum NASF nessa modalidade, 26,45% responderam que há um, 1,24% disseram que há dois, 0,21% reponderam que há três e quatro NASF nessa modalidade, nenhum gestor informou que há cinco e 0,21% respondeu que há mais de cinco NASF 2.

Em relação ao NASF 3, 87,81% dos gestores responderam que não há nenhum NASF desta modalidade; 11,78% informaram que há um; 0,21% respondeu que há três; nenhum gestor respondeu que há quatro ou cinco, mas 0,21% respondeu que há mais de cinco NASF 3 em seu município.

Chama a atenção o índice 0,21% referente à modalidade de NASF 3. Note-se que tal situação é incongruente com a natureza deste tipo de NASF, pois o mesmo foi criado para dar apoio à municípios com apenas uma eSF.

Alerta-se que o resultado de 0,21% é igual à quantidade de gestores que referiram menor grau de escolaridade (ensino fundamental); pode-se pensar na possibilidade de que este resultado seja o reflexo de um equívoco provocado pela falta de informação à respeito da quantidade de NASF existente no município ou devido ao fato de o gestor, de fato, estar despreparado para o exercício da gestão.

Observa-se que, a maioria dos gestores municipais de saúde, 425 responderam que em seus municípios (não se sabe se são de pequeno, médio ou grande porte populacional) não há NASF 3; fato correspondente ao histórico de cobertura da SF, de outubro de 2014 – último dado disponível³⁸, por região, que demonstra maior número de NASF 1 e 2. Sabe-se que os municípios de pequeno porte, até 28 de dezembro de 2012, ocasião da Portaria 3124, não tinham possibilidade de terem NASF devido ao pequeno número de eSF.

Note-se que, tal como revelado no censo populacional 2010 (IBGE, 2010), existem no Brasil maior número de cidades de pequeno porte populacional. Este

³⁸ Vide Anexo V.

dados demonstra que ainda há necessidade de maior implantação de NASF 3 em municípios de pequeno porte populacional.

Em virtude da possibilidade de implantação de NASF 3 ser recente, seria interessante realizar estudos sobre as atividades programadas e desenvolvidas de acordo com o quadro de metas e ações estratégicas, apresentadas no projeto de implantação de NASF, para que se conheça, de fato, se a inserção de profissionais especialistas estão ofertando tecnologias que impactem na saúde da população adscrita às eSF.

5.2.2. Participação dos gestores na elaboração de projetos e Implantação de NASF

Os resultados desta pesquisa, referentes ao envolvimento dos gestores em todas as fases (da realização do projeto à implantação dos NASF) demonstraram que a maioria dos gestores municipais de saúde participou de todo o processo de implantação dos NASF o que talvez justifique a maior permanência de gestores municipais de saúde no cargo, mesmo depois das eleições para novos prefeitos.

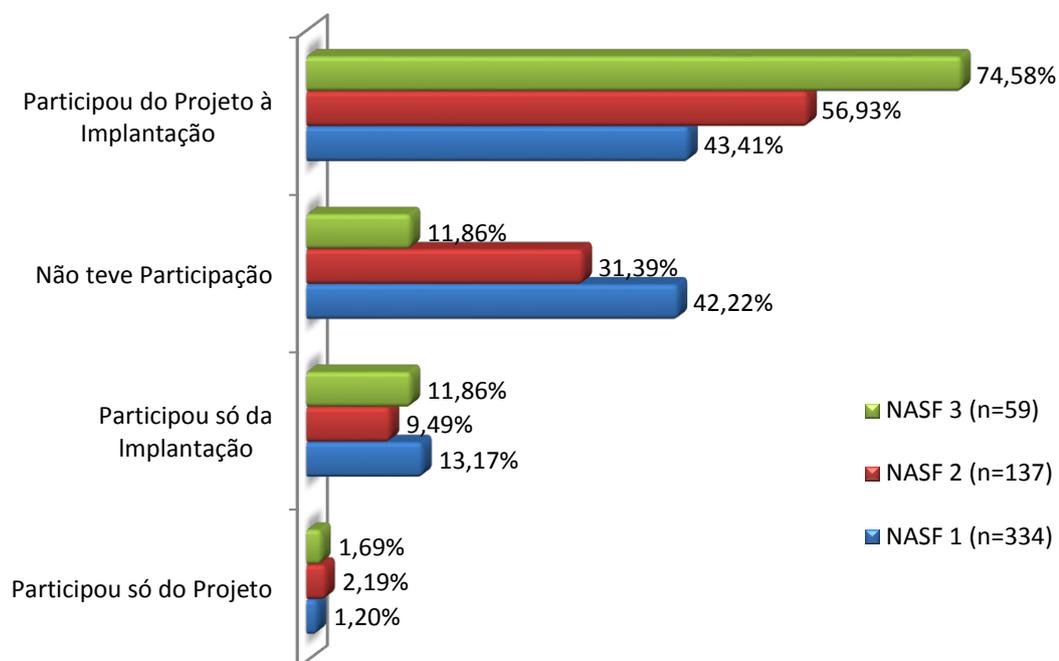
Sobre a participação do gestor do projeto à implantação dos NASF nos municípios, as respostas foram que 145 (43,41%) dos gestores participaram do projeto à implantação do NASF 1, 78 (56,93%) de NASF 2 e 44 (74,58%) de NASF 3.

Dos que não participaram de nenhuma etapa do processo, 141 (42,22%) responderam aos NASF 1, 43 (31,39%) aos NASF 2 e 7 (11,86%) aos NASF 3.

Quanto a participação somente da implantação, 44 (13,17%) responderam referentes ao NASF 1, 13 (9,49%) aos NASF 2 e 7 (11,86%) aos NASF 3.

Já os gestores que participaram somente do projeto 4 (1,2%) responderam referentes aos NASF 1, 3 (2,19%) aos NASF 2 e 1 (1,69%) aos NASF 3. Importa dizer que a soma de n de cada tipo de NASF, não corresponde a 484 (número total de participantes) devido alguns gestores responderam por mais de um tipo de NASF conforme mostrado na Gráfico 7.

Gráfico 7 - Participação dos gestores na elaboração de projetos e implantação de NASF (n= 484).



Fonte: FormSUS Pesquisa Brasil NASF 2014, elaborado por Moretti, PGS, 2015.

Em relação a questão sobre o que acarreta maior dificuldade para implantar um NASF, 160 (19,46%) dos gestores responderam que a maior dificuldade é definir o processo de trabalho das equipes do NASF segundo o pacto da AB, 158 (19,22%) gestores responderam que é definir o processo de avaliação do trabalho das equipes de NASF, 136 (16,55%) responderam que a dificuldade está em propor como os usuários serão referenciados aos NASF, 124 (15,09%) disseram que é definir o espaço onde o NASF funcionará, 85 (10,34%) disseram que é definir os profissionais que compõem as equipes do NASF, 41 (4,99%) disseram que é a elaboração do projeto, 10 (1,22%) que é definir o tipo de NASF a ser implantado e 108 (13,14%) disseram que são outras causas.

Importante resultado pois demonstra a dificuldade de efetivar as redes de atenção. Constata-se que o processo de trabalho em saúde ainda é marcado pela fragmentação de suas ações, ao mesmo tempo em que não se caracteriza

somente por um fluxo de continuidades, sequências prescritas e recorrências previsíveis mesmo com o esforço dos profissionais no sentido de superar o isolamento e fragmentação iminente no processo de trabalho em equipe. Seriam interessantes novos estudos para saber quais estão sendo as estratégias de trabalho utilizadas para superar tal fragmentação:

No que se refere a elaboração do projeto para implantar o NASF, 19 gestores (25,00%) responderam que o excesso de etapas atrapalha a elaboração do projeto, 15 (19,74%) responderam que é a falta de dados de como devem ser os passos para a implantação do projeto, 14 (18,44%) disseram que obter o diagnóstico epidemiológico é o que atrapalha para elaborar o projeto, 12 (15,79%) responderam que é a morosidade por parte das instâncias superiores que atrapalha a elaboração do projeto, 9 (11,84%) responderam que é a falta de participação popular, e 7 (9,21%) que é a realização estimativa da população residente em área geográfica a ser coberta pela equipe do NASF que acarreta dificuldade na realização do projeto.

Aplicando o teste Qui-quadrado na relação entre as proposições que acarretam maior dificuldade para implantar um NASF e o grau de escolaridade, tem-se que, os gestores com menor grau de escolaridade, apresentaram maior dificuldade para definirem o tipo de NASF a ser implantado em relação aos gestores que apresentam nível superior completo e pós-graduação. O teste ainda revelou que os gestores pós-graduados, apresentaram menor dificuldade para definir os profissionais que compõem as equipes dos NASF em relação aos gestores com menor escolaridade e com nível superior completo. Já os gestores com nível superior completo, mostraram-se com menor dificuldade para propor como os usuários serão referenciados aos NASF, proposição apresentada pelo teste como sendo a de maior dificuldade para os gestores pós-graduados. Apenas dois gestores não responderam esta questão, por isso o n=482, conforme apresentado na Tabela 1.

Tabela 1 – Associação entre as proposições que acarretam maior dificuldade para implantar um NASF e o grau de escolaridade dos gestores (n=482).

Em sua opinião, qual da(s) proposições acarretam maior dificuldade para implantar um NASF	Até Superior incompleto (70 Gestores)	Superior Completo (158 Gestores)	Pós-graduados (254 Gestores)
Elaboração do projeto	9 (12,86%)	15 (9,49%)	17 (6,69%)
Definir o processo de trabalho das equipes do NASF segundo o pacto da Atenção Básica	29 (41,43%)	63 (39,87%)	123 (48,43%)
Definir o tipo de NASF a ser implantado	4 (5,71%)	2 (1,27%)	4 (1,57%)
Definir os profissionais que compõem as equipes dos NASF	16 (22,86%)	32 (20,25%)	37 (14,57%)
Definir o processo de avaliação do trabalho das equipes dos NASF	24 (34,29%)	49 (31,01%)	87 (34,25%)
Definir o espaço físico onde o NASF funcionará	18 (25,71%)	43 (27,22%)	63 (24,80%)
Propor como os usuários serão referenciados aos NASF	16 (22,86%)	6 (3,80%)	74 (29,13%)
Outras	10 (14,29%)	34 (21,52%)	64 (25,20%)

Fonte: FormSUS Pesquisa Brasil NASF 2014, elaborado por Moretti, PGS, 2015.

* Teste Qui-quadrado.

Em relação às categorias profissionais que compõem o NASF, utilizando o critério contratação “elaboração de projeto por demanda epidemiológica”, 208 gestores (62,28%) de municípios com NASF 1 responderam que contrataram, utilizando esse recurso, 88 (64,23%) de NASF 2 e 34 (57,63%) de NASF 3.

Em relação às categorias profissionais que compõem o NASF utilizando o critério contratação por disponibilidade ou aproveitamento de profissionais, 62 (18,56%) dos gestores de municípios com NASF 1 responderam que contrataram utilizando esse recurso, 25 (18,25%) de NASF 2 e 13 (22,03%) de NASF 3.

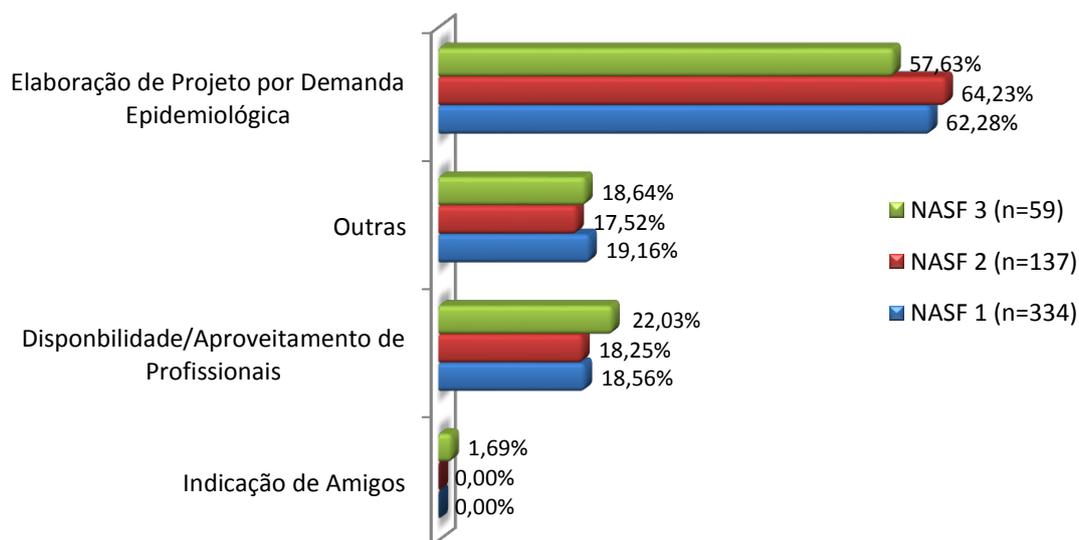
Apenas 1,69% dos gestores de municípios com NASF 3 responderam que contrataram profissionais por indicação de amigos.

Quanto a outras formas de contratação que não estavam presentes no questionário, 64 (19,16%) gestores de NASF 1 utilizaram essa alternativa como melhor resposta, 24 (17,52%) de NASF 2 e 11 (18,64%) de NASF 3. Novamente importa ressaltar que a soma de n de cada tipo de NASF, não corresponde a 484

(número total de participantes) devido alguns gestores responderem por mais de um tipo de NASF conforme demonstrado na Gráfico 8.

Esse dado pode ser um indicativo de comprometimento dos gestores com os municípios que trabalham, pois intenção de desenvolver trabalho em equipe focado em parâmetros epidemiológicos com o objetivo de buscar a melhora da qualidade de vida, estimulando a participação do cidadão no processo de manutenção, prevenção e promoção da própria saúde é um dos principais critérios estabelecidos pelo MS que devem contar para o recrutamento de profissionais para o trabalho no NASF.

Gráfico 8 – Distribuição das categorias das contratações de profissionais que compõem os NASF implantados no Brasil (n=484).



Fonte: FormSUS Pesquisa Brasil NASF 2014, elaborado por Moretti, PGS, 2015.

Em relação à quantidade de profissionais especialistas trabalhando atualmente nos NASF, separados por região, tem-se que a maioria dos profissionais estão inseridos na categoria “outros especialistas” (não sendo possível identificá-los devido ao fato do questionário ser fechado).

Observa-se que a categoria fisioterapeuta possui a segunda maior representatividade, seguida da de psicólogo, educador físico e fonoaudiólogo.

Confira a distribuição dos diferentes profissionais, nos diferentes NASF na Tabela 2.

Tabela 2 – Distribuição dos Profissionais Especialistas por região (n=4059).

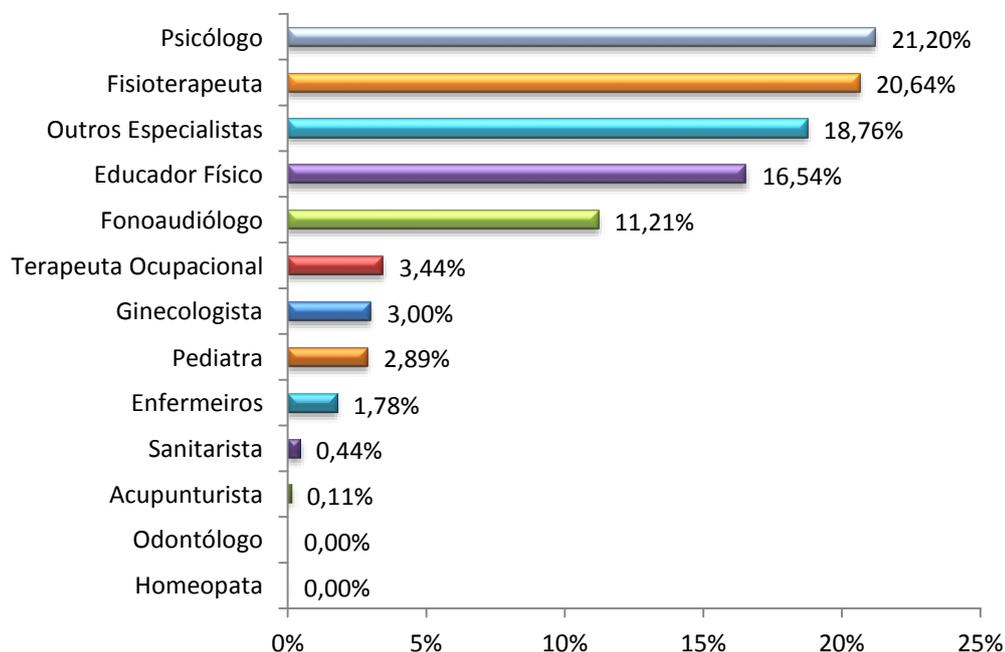
Especialidades	Centro -					Total
	Oeste	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	
Total	250 (6,16%)	283 (6,97%)	1699 (41,86%)	1291 (31,81%)	536 (13,21%)	4059 (100%)
Enfermeiros	9 (3,60%)	7 (2,47%)	30 (1,77%)	28 (2,17%)	4 (0,75%)	78 (1,92%)
Ginecologista	7 (2,80%)	3 (1,06%)	41 (2,41%)	36 (2,79%)	11 (2,05%)	98 (2,41%)
Pediatra	11 (4,40%)	7 (2,47%)	30 (1,77%)	35 (2,71%)	25 (4,66%)	108 (2,66%)
Homeopata	0 (0,00%)	0 (0,00%)	2 (0,12%)	3 (0,23%)	1 (0,19%)	6 (0,15%)
Acupunturista	0 (0,00%)	0 (0,00%)	7 (0,41%)	6 (0,46%)	0 (0,0%)	13 (0,32%)
Fisioterapeuta	50 (20,00%)	65 (22,97%)	429 (25,25%)	263 (20,37%)	105 (19,59%)	912 (22,47%)
Terapeuta Ocupacional	13 (5,20%)	17 (6,01%)	56 (3,30%)	69 (5,34%)	6 (1,12%)	161 (3,97%)
Fonoaudiólogo	17 (6,80%)	17 (6,01%)	139 (8,18%)	118 (9,14%)	26 (4,85%)	317 (7,81%)
Odontólogo	2 (0,80%)	0 (0,00%)	10 (0,59%)	12 (0,93%)	4 (0,75%)	28 (0,69%)
Educador Físico	18 (7,20%)	35 (12,37%)	205 (12,07%)	146 (11,31%)	62 (11,57%)	466 (11,48%)
Psicólogo	42 (16,80%)	50 (17,67%)	252 (14,83%)	236 (18,28%)	92 (17,16%)	672 (11,48%)
Sanitarista	2 (0,80%)	1 (0,35%)	7 (0,41%)	7 (0,54%)	2 (0,37%)	19 (0,47%)
Outros Especialistas	79 (31,60%)	81 (28,62%)	491 (28,90%)	332 (25,72%)	198 (36,94%)	1181 (29,10%)

Fonte: FormSUS Pesquisa Brasil NASF 2014, elaborado por Moretti, PGS, 2015.

Dos gestores atuantes, a maioria, 63,64% participou das contratações de profissionais especialistas.

Dos profissionais contratados na atual gestão, percebe-se maior prevalência de profissionais psicólogos (21,20%) seguidos de fisioterapeutas (20,64%), outros especialistas, (18,76%), educadores físicos (16,54%) e fonoaudiólogos (11,21%) conforme indica Gráfico 9.

Gráfico 9 – Distribuição dos especialistas contratados na atual gestão em nível nacional (n=4029).



Fonte: FormSUS Pesquisa Brasil NASF 2014, elaborado por Moretti, PGS, 2015.

Note-se que a alta prevalência de psicólogos, outros especialistas, e educadores físicos, podem estar partindo da necessidade de atendimento psicossocial de crianças, adolescentes e adultos em situação de risco ou com dependência química causada por substâncias psicoativas e que, normalmente são atendidos pelos Centros de Atenção Psicossocial Adulto (CAPS ad) ou infantil (CAPSi), ligados preferencialmente a um NASF 2. Estudos realizados por Brasil (2014) demonstram que em condições de vida onde a fome, o frio, o desamparo decorrente da vida nas ruas, onde a dor física e sofrimento psíquico decorrentes dos maus tratos e de várias formas de violência como privação social, inclusive de parte da própria família, são fatos que promovem o consumo ou permanência das drogas.

Em estudo realizado pela Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD) em conjunto com o Ministério da Saúde em 2015, evidenciou-se que o país tem uma longa história de violência institucionalizada, que incide no cotidiano em atitudes de forma a naturalizar essa violência, perpetuando a indiferença ao sofrimento alheio e, reafirmando a individualização dos problemas e inviabilizando a

percepção do bem comum e da política pública como vias concretas de superação das grandes desigualdades existentes.

De fato, a temática violência associada às drogas versus direitos humanos, tem exigido da sociedade brasileira o esforço de atravessar as fronteiras do senso comum para promover um debate sobre os direitos fundamentais como um marco para a vida digna de todos e de cada pessoa.

É evidente que somente uma cultura pautada por valores que promovam o respeito à vida tem o poder de reverter a médio e longo prazo tal realidade

Em relação, especificamente, da contratação de fisioterapeutas e fonoaudiólogos na atual gestão, 84,09% dos gestores responderam que houve contratação de fisioterapeutas e 43,60% responderam que contrataram fonoaudiólogos.

Talvez o maior número de contratação desse profissional ainda esteja relacionado ao fato do fisioterapeuta ser lembrado como o restaurador da “máquina humana”, ou seja, com a recuperação funcional de um indivíduo já acometido por alguma disfunção. Isso pode ser um indício de que os gestores, embora tentem realizar gestão dentro dos parâmetros do cuidado na AB, talvez ainda estejam presos ao paradigma da doença e cura, ao invés da promoção da saúde.

Em relação ao critério de contratação a nível nacional, verificou-se neste estudo que o critério “análise de curriculum” foi o mais utilizado pelos gestores, sendo 37,59% para contratação de fisioterapeutas e 40,28% para fonoaudiólogos.

Observa-se também que o critério de contratação por “indicação” tanto para fisioterapeutas como para fonoaudiólogos teve alta porcentagem de aplicação 15,48% e 11,85%, respectivamente. Isso demonstra que, mesmo com tantos aparatos de gestão que podem colocar em cargos públicos pessoas com melhores competências, ainda há gestores que usam a pior forma de contratação.

Estudo realizado por Silva et al, (2011) demonstra que a autonomia profissional, definida como a capacidade de autogoverno e a liberdade de julgamento e de tomada de decisão frente às necessidades pode ser abalada dependendo de como foi realizada a forma de contratação do profissional.

Entende-se que a autonomia profissional se desenha a partir das definições estabelecidas do que é prerrogativa e do que é instrumental à profissão.

De fato, se o profissional é contratado por indicação, pode sentir-se coagido a prestar troca de favores ou gentilezas como forma de retribuição o que, para um servidor público é vedado pelo Código de ética dos Servidores públicos, Lei nº 8.027 de 12 de abril de 1990 no Artigo 5º§ VIII que é considerada falta administrativa grave punível com demissão, a bem do serviço público.

Outro inconveniente desse tipo de contratação é que, mesmo o profissional indicado sendo competente, a indicação pode colocar em risco sua autoridade em desempenhar determinada função em consonância com os demais colegas, contratados por processos seletivos mais imparciais, podendo produzir conflitos internos.

Também chama a atenção o critério de contratação por concurso público que teve alta porcentagem de utilização na região Sul e Centro-Oeste para fisioterapeuta 52,38% e 31,82%, respectivamente, e nas regiões Sul e Norte para fonoaudiólogo 41,18% e 40,0%, respectivamente, conforme observado nas tabelas 3 e 4. Tais dados são mais animadores se comparados com o critério indicação, porém, o simples concurso público por prova de pontos ou títulos não é o mais indicado para qualificar um profissional para trabalho na AB. Tais profissionais devem ser entrevistados para que se possa entender se está preparado ou, se tem vontade de aprender, a trabalhar no paradigma da promoção da saúde, valorizando o cuidado integral e não somente a cura de doenças, como propõe (FIOCRUZ, 2015).

Tabela 3 – Distribuição dos critérios de contratação para fisioterapeuta por região (n= 407).

<u>Contratação de Fisioterapeuta</u>	<u>Centro - Oeste</u>	<u>Norte</u>	<u>Nordeste</u>	<u>Sudeste</u>	<u>Sul</u>	<u>Total</u>
Concurso Público	7 (31,82%)	7 (20,00%)	25 (11,52%)	16 (17,58%)	22 (52,38%)	77 (18,92%)
Concurso Público e Análise de Curriculum	1 (4,55%)	0 (0,00%)	5 (2,30%)	3 (3,30%)	1 (2,38%)	10 (2,46%)
Processo Seletivo por Curriculum	7 (31,82%)	12 (34,29%)	100 (46,08%)	30 (32,97%) 3 (3,30%)	4 (9,52%)	153 (37,59%)
Procura do Profissional que apresentou projeto de indicadores que evidenciasse a necessidade de sua contratação	1 (4,55%)	3 (8,57%)	11 (5,07%)		1 (2,38%)	19 (4,67%)

Continua na próxima página

Indicação	2 (9,09%)	6 (17,14%)	37 (17,05%)	14 (15,38%)	4 (9,52%)	63 (15,48%)
Definição pelo conselho municipal de saúde	0 (0,00%)	0 (0,00%)	5 (2,30%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	5 (1,23%)
Outra	4 (18,18%)	7 (20,00%)	34 (15,67%)	25 (27,47%)	10 (23,81%)	80 (19,66%)

Fonte: FormSUS Pesquisa Brasil NASF 2014, elaborado por Moretti, PGS, 2015.

Tabela 4 - Distribuição dos critérios de contratação do fonoaudiólogo (n=211).

Contratação de Fonoaudiólogo	Centro - Oeste	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Total
Concurso Público	2 (18,18%)	4 (40,00%)	11 (8,94%)	13 (26,00%)	7 (41,18%)	37 (17,54%)
Concurso Público e análise de currículo	1 (9,09%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (2,00%)	0 (0,00%)	2 (0,95%)
Processo seletivo por currículo	5 (45,45%)	4 (40,00%)	55 (44,72%)	18 (36,00%)	3 (17,65%)	85 (40,28%)
Procura do profissional que apresentou projeto de indicadores que evidenciasse a necessidade de sua contratação	0 (0,00%)	0 (0,00%)	8 (6,50%)	3 (6,00%)	1 (5,88%)	12 (5,69%)
Indicação	0 (0,00%)	1 (10,00%)	19 (15,45%)	5 (10,00%)	0 (0,00%)	25 (11,85%)
Definição pelo conselho municipal de saúde	0 (0,00%)	0 (0,00%)	6 (4,88%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	6 (2,84%)
Outra	3 (27,27%)	1 (10,00%)	24 (19,51%)	10 (20,00%)	6 (35,29%)	44 (20,85%)

Fonte: FormSUS Pesquisa Brasil NASF 2014, elaborado por Moretti, PGS, 2015.

Em relação à significância estatística entre o grau de escolaridade e a contratação de fisioterapeutas e fonoaudiólogos, pode-se dizer que não houve associação significativa entre escolaridade e contratação, tanto para fisioterapeutas ($p=0,204$) como para fonoaudiólogos ($p=0,113$). Ou seja, as contratações ocorreram independentes da escolaridade do gestor.

Já em relação a diferença significativa entre os tipos de contratação de fisioterapeutas e fonoaudiólogos por gestores com formação superior em Saúde ou em Administração/Gestão pode-se dizer que houve significativamente ($p<0,01$) mais contratação de fisioterapeutas e de fonoaudiólogos quando o gestor possui curso superior em saúde em relação à administração.

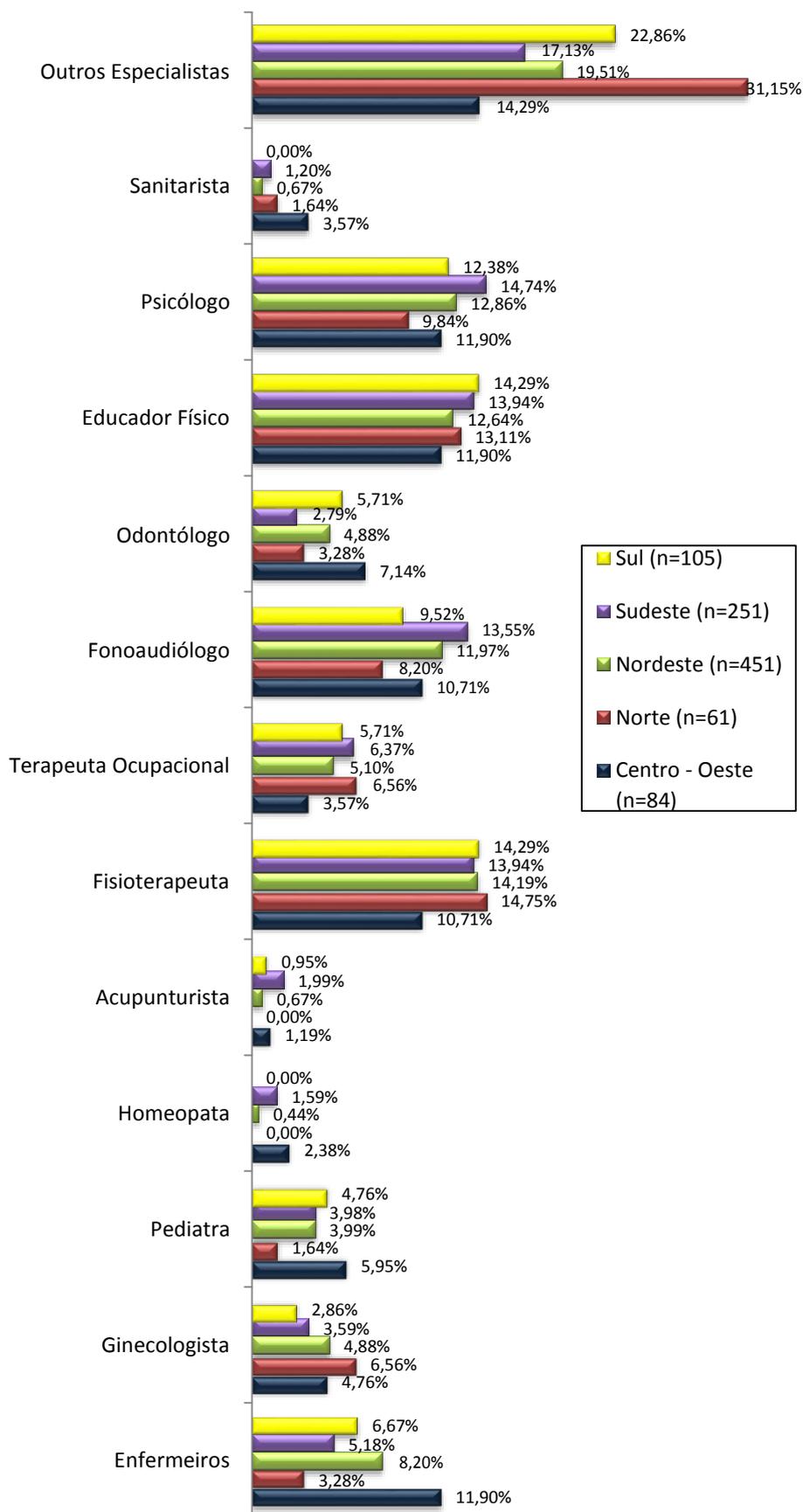
Em relação a diferença significativa entre os tipos de contratação de fisioterapeutas e fonoaudiólogos nas diferentes regiões, pode-se dizer que há

diferença significativa ($p < 0,01$) nas proporções de contratação de fisioterapeutas e de fonoaudiólogos entre as regiões. Para ambos houve menor contratação nas regiões Centro-Oeste, Norte, Sul e Nordeste e sem significância na região Sudeste.

Em relação a previsão de contratação de profissionais, os gestores responderam que há previsão de processo seletivo em quase todas as categorias profissionais presentes no questionário, havendo uma discreta discrepância entre a preferência por algumas profissões como fisioterapeutas, educadores físicos, psicólogos e fonoaudiólogos.

Tais categorias profissionais aparecem com homogeneidade de preferência nas diferentes regiões do Brasil em detrimento a profissões específicas das práticas integrativas complementares como acupunturista e homeopata conforme pode ser demonstrado na Gráfico 10.

Gráfico 10 – Distribuição quanto a previsão de contratação de profissionais por região na atual gestão (n=484).



Fonte: FormSUS Pesquisa Brasil NASF 2014, elaborado por Moretti, PGS, 2015.

Note-se que tais práticas integrativas, apesar de serem amplamente difundidas pelo MS através de seminários e cartilhas os profissionais que podem compor a equipe ainda não estão entre os mais requisitados.

Destaca-se o estudo realizado por Leite e Schor (2005) em Teresina em relação ao conhecimento dos gestores quanto às normatizações, importância e possibilidades para a inserção das práticas integrativas complementares na AB, especificamente da fitoterapia. Tal estudo demonstrou que, embora os gestores entendam, aceitem e até mesmo gostem de muitas práticas integrativas ainda assim, elencaram várias justificativas que esbarram na inserção dessas ações nas práticas da AB. Cita-se como principais dificuldades a capacitação e aceitação dos profissionais de saúde no tema, necessidade de estratégias de práticas de reorientação dos serviços e difusão da discussão nas instâncias formais como o Conselho de Saúde.

Em estudo realizado por Leite e Schor (2005) demonstra que conhecimentos e aceitação de costumes e crenças populares como várias práticas complementares de saúde pode significar para profissionais e serviços de saúde o reconhecimento, pela comunidade atendida, de que são compatíveis com os conceitos culturais ali vigentes, principalmente quando se tem um programa institucionalizado o que facilita a aproximação pela oportunidade de criar um canal de comunicação com a população com a qual se pretende trabalhar, essencialmente para que suas ações atendam aos princípios e diretrizes do SUS e que produzam impacto.

Em relação a previsão de critérios de contratação, por região, percebe-se que há prevalência da modalidade concurso público por prova de pontos na região Sul (39,68%), que a modalidade seleção por curriculum será a preferida pela região Nordeste, que nas regiões Sudeste e Centro-Oeste terão preferência por outros tipos de contratações não presentes no questionário. No entanto, chama a atenção a preferência pelo critério de seleção Indicação em (11,54%) na região Norte.

Estudo realizado por Setti (2013) demonstra que, no decorrer da história do Brasil, a máquina pública serviu de socorro familiar da classe dominante; Todos os tipos de "processos de seleção" eram negligenciados e os cabides de empregos criados. Pessoas despreparadas e agregadas aos grupos políticos vencedores dos pleitos trouxeram prejuízos aos cofres públicos, precariedade no

atendimento pela desqualidade da mão-de-obra e falta de crédito nos processos estatais.

Hoje, devido à Constituição Federal de 1988, há exigências para regulamentação de contratação por meio de concursos e/ ou processos seletivos regidos pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT). A mão-de-obra é mais qualificada, há maior comprometimento profissional na área pública e, por consequência, um serviço melhor preparado para prestar atendimento de qualidade à população. O artigo 37 inciso IX da Constituição Federal, autoriza a contratação por tempo determinado de servidores para atender a necessidade temporária de excepcional interesse público (BRASIL, 1998). A Lei de contratação temporária deve ser uma exceção usada apenas para situações extremas e não deve se transformar em regra.

Verifica-se, no entanto, que, no que tange a saúde, esse recurso tem sido mais comum do que deveria, e pior, não é realizado, seleção para que um profissional mais qualificado ocupe determinado cargo.

A questão de contratação por indicação, já discutida neste estudo e corroborada por Silva et al, (2011) demonstra, no mínimo negligência estratégica por parte de alguns gestores.

Entende-se que é persistente a falta de envolvimento direto de alguns gestores municipais de saúde quanto às contratações de profissionais que estão sendo requisitados pela população.

A título de exemplo, cita-se o uso cada vez mais frequente do Termo de Ajustamento de Conduta (TAC)³⁹. usado pelo Ministério Público (MP) para impor aos municípios a contratação de profissionais de saúde.

Este fato pode ser facilmente corroborado ao examinar o Diário Oficial da União ou dos Estados ou os sites dos MP. Um exemplo foi o divulgado pelo site do Ministério Público do Rio Grande do Norte em 23 de julho de 2013, onde o

³⁹ O Termo de Ajustamento de Conduta (TAC), também conhecido como Compromisso de Ajustamento de Conduta, é um instrumento de resolução negociada de conflitos envolvendo direitos difusos, coletivos e individuais utilizado pelos órgãos públicos de defesa do consumidor, principalmente pelo Ministério Público. A utilização do TAC é feita, por excelência, no âmbito extrajudicial, nos autos de um inquérito civil ou procedimento similar, destinado a investigar lesão ou perigo de lesão a interesses ou direitos difusos, coletivos ou individuais homogêneos de consumidores. O objeto do TAC é prevenir, fazer cessar ou buscar indenização do dano aos interesses mencionados. Quando o escopo do TAC é prevenir ou fazer cessar dano aos interesses em questão. Zanellato M.A (2015).

MP por intermédio da Promotoria de Justiça da Comarca de Acari, obrigou o município a contratar, mediante processo seletivo simplificado, no prazo máximo de 60 dias, um psicólogo e um terapeuta ocupacional para atendimento na rede municipal de serviços de saúde. Tal iniciativa partiu da constatação da necessidade do atendimento clínico-psicológico a crianças e adolescentes em situação de risco, bem como a adolescentes infratores, já que os psicólogos dos Centros de Assistência Social (CRAS) e Centro de Atenção Especializado de Assistência Social (CREAS) não realizam o referido atendimento neste município. Pelo compromisso, o município também foi obrigado, no prazo de seis meses, a deflagrar o processo licitatório para contratação de empresa para realização do concurso público para provimento dos cargos públicos de Terapeuta ocupacional e psicólogo para atender as necessidades da população.

Já em 2014 em Maceió (AL), o MP, por meio do TAC, estabeleceu a integração de 237 servidores, contratados de forma precária, ao quadro de funcionários da SMS em caráter efetivo (SECOM MACEIÓ, 2014) e no município de Alta Floresta (803 km ao Norte de Cuiabá), a juíza da Primeira Vara desta Comarca, teve que determinar, por meio de uma liminar, que o município suspendesse uma licitação que visava firmar parceria entre a prefeitura e uma Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscip), que se ocuparia a preencher vagas de psicólogos e enfermeiros para atuar no SUS. O município havia se comprometido a não realizar contratação de entidades privadas para atuar no SUS, através do TAC 884/2013, pois deveria nomear os candidatos aprovados em concurso público ou em cadastro de reserva (MT, 2013).

Além da suspensão do procedimento de licitação, a juíza também determinou o cumprimento imediato de outras cláusulas do termo de ajustamento de conduta, como a exoneração, em até 45 dias, de diversos servidores da área de saúde contratados temporariamente.

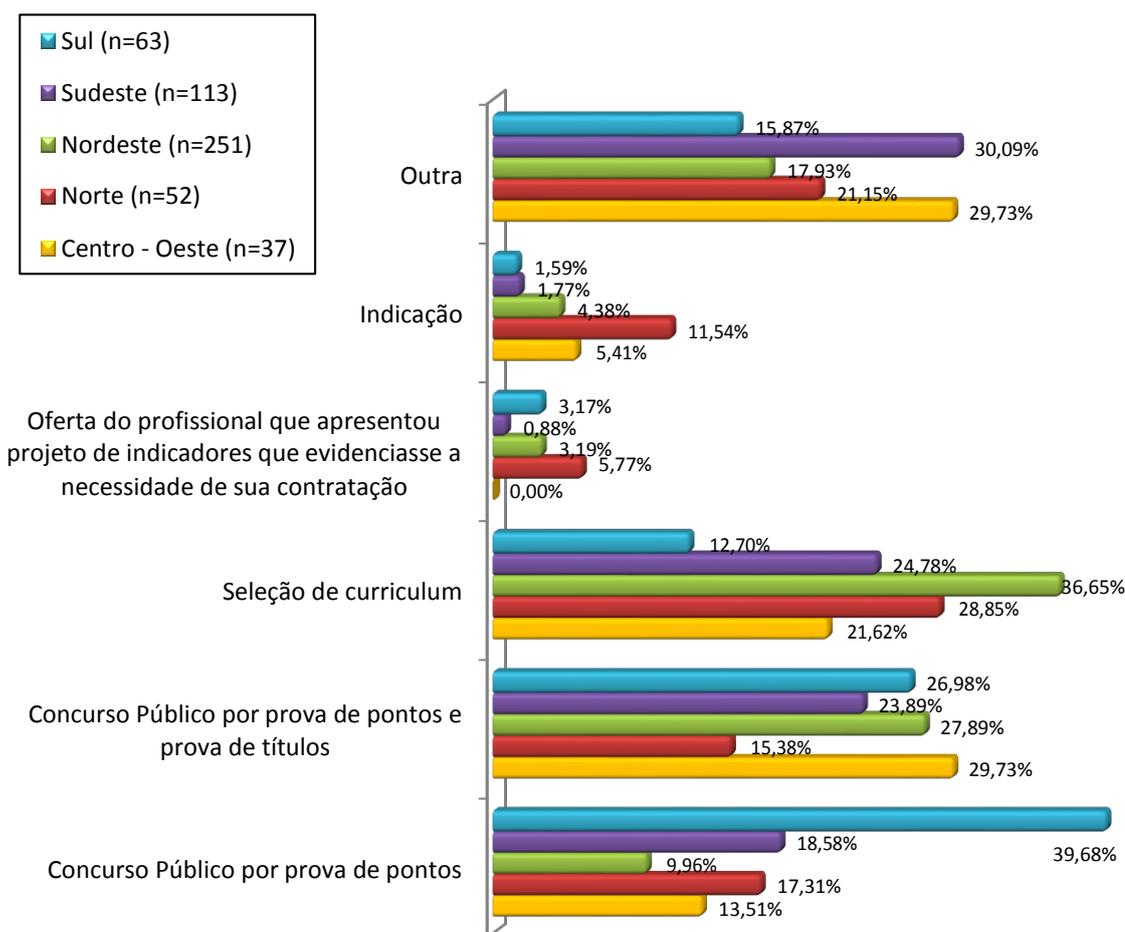
É notável a necessidade do Ministério Público ter que intervir e fazer uso da força de polícia de Estado para um assunto que deveria ser corriqueiro, habitual e descomplicado para os gestores como a contratação de determinados profissionais para trabalharem na rede de saúde de seus municípios.

Essa “indigência estratégica” que acomete alguns gestores municipais de saúde, poderia ser minimizada se, ao menos, o gestor tentasse construir coincidências entre as necessidades da população aos interesses dos

profissionais e que trabalham na saúde de seu município, associando o mínimo de disposição de meios e os fins da organização conforme determina Brasil (2009).

Certamente, seria menos oneroso para os cofres públicos demandar trabalho para o Ministério Público e o “problema” que poderia ser resolvido de maneira trivial, acabou se tornando um contratempo, envolvendo toda uma logística em tempo de trabalho, montante de papéis, aparatos legais e deslocamentos desnecessários. Os critérios que serão utilizados pelos gestores municipais de saúde para as futuras contratações podem ser entendidos visualizando a Gráfico 11, onde o n total representado equivale a soma da quantidade de eleição das respostas (516) já que um gestor poderia ter escolhido mais de um critério de contratação.

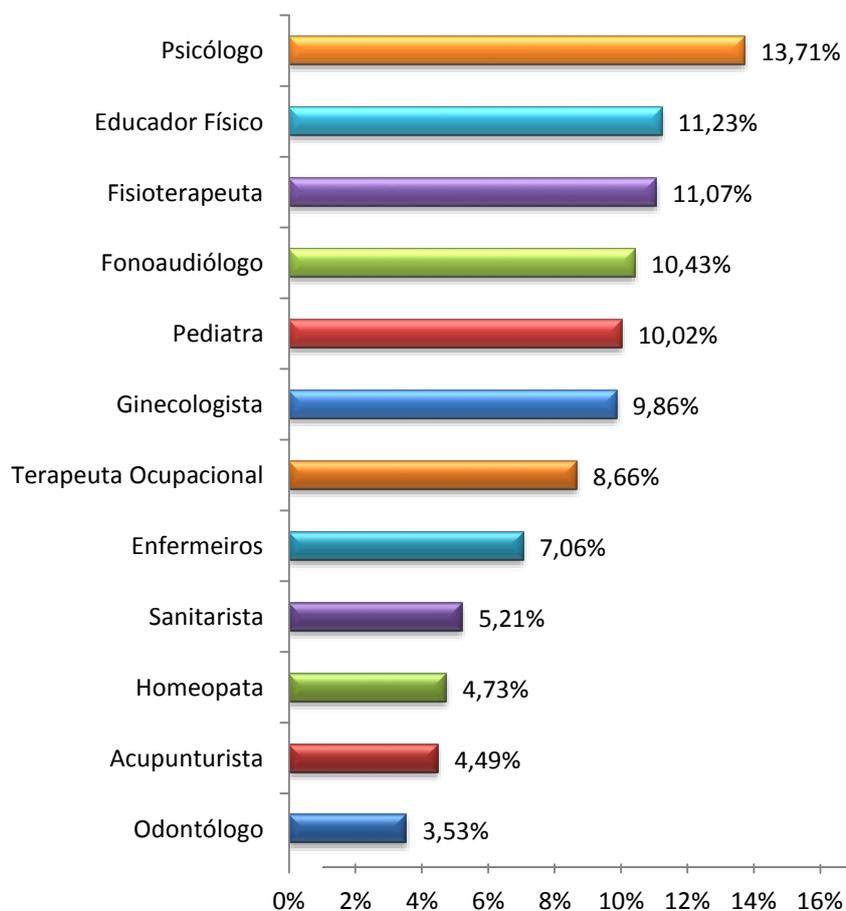
Gráfico 11 – Distribuição do critério das futuras contratações de profissionais da saúde por região. (n=484)



Fonte: FormSUS Pesquisa Brasil NASF 2014, elaborado por Moretti, PGS, 2015.

Em relação aos profissionais que na opinião dos gestores são insuficientes nas equipes de NASF no Brasil, as profissões psicólogo, educador físico, fisioterapeuta e fonoaudiólogo, foram as mais apontadas (conforme demonstrado na Gráfico 12). Importa observar que, mesmo havendo baixa previsão de contratação de homeopatas e acupunturistas na gestão atual (conforme observado na Figura 10), há ainda baixa expectativa de novas contratações em âmbito nacional, sendo apenas 4,49% para acupunturista e 4,73% para homeopata conforme indica a Figura 12.

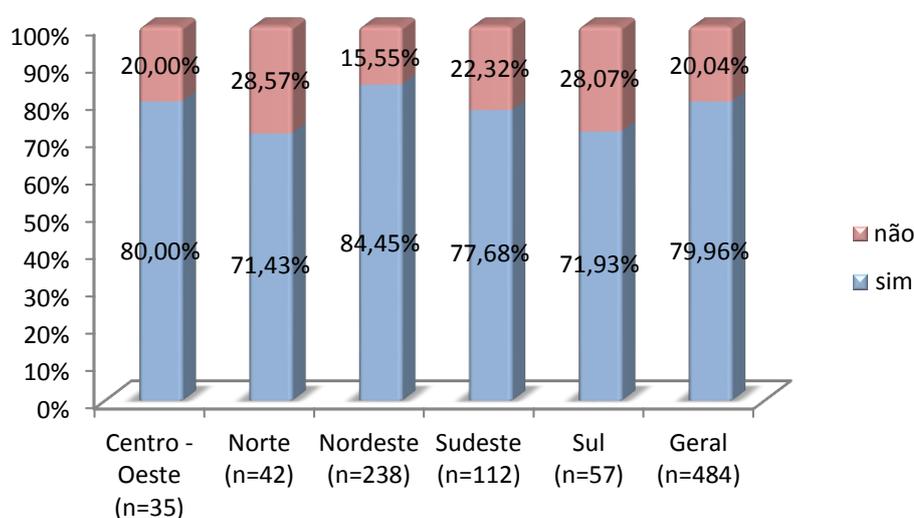
Gráfico 12 - Distribuição de profissionais insuficientes nos NASF em âmbito nacional na opinião dos gestores (n=484).



Fonte: FormSUS Pesquisa Brasil NASF 2014, elaborado por Moretti, PGS, 2015.

Em relação a existência de mecanismos usados pelos gestores na avaliação dos serviços prestados pelos profissionais, a maioria dos gestores responderam que existe esse tipo de mecanismo em todas as regiões, conforme demonstrado na Gráfico 13.

Gráfico 13 – Distribuição da existência de mecanismos de avaliação pelos gestores sobre os serviços prestados pelos profissionais que compõem os NASF (n=484).



Fonte: FormSUS Pesquisa Brasil NASF 2014, elaborado por Moretti, PGS, 2015.

Brasil (2013) indica que mecanismos de avaliação dos serviços são importantes instrumentos para uma gestão pública eficaz e garantem o acesso com qualidade aos serviços de saúde da população brasileira e fortalece o SUS nos diferentes contextos do país.

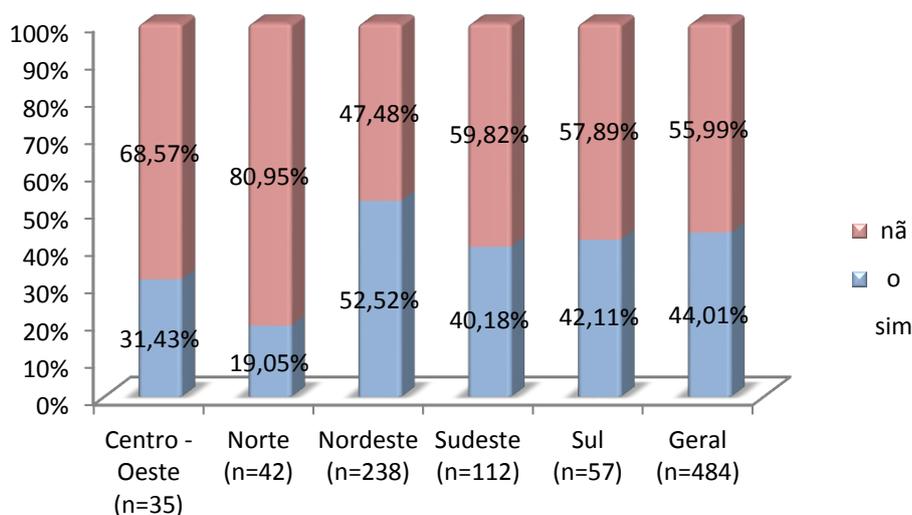
Nesse sentido, sugere-se que uma pesquisa seja realizada para verificar se os gestores que responderam que possuem mecanismos de avaliação, são os mesmos que participam do PMAQ⁴⁰.

⁴⁰ O PMAQ faz parte do “Saúde Mais Perto de Você – Acesso e Qualidade” e busca induzir processos que ampliem a capacidade das gestões federal, estaduais, municipais e das equipes de atenção básica em ofertarem serviços que assegurem acesso e qualidade, de acordo com as necessidades concretas da população. O PMAQ tem como principal objetivo a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção básica em Saúde em todo o Brasil

Dessa forma, poderia ser compreendido se a adesão ao PMAQ faz com que gestores tenham seus próprios instrumentos de avaliação e monitoramento de serviços. Também seria interessante verificar no que consiste tais instrumentos e de posse das informações coletadas, como agem os gestores para melhorar o serviço prestado aos usuários.

Quando questionados se há mecanismos usados pela população (usuários) na avaliação dos serviços prestados pelos profissionais, 44,01% dos gestores reponderam que sim e 55,99% responderam que ainda não há nenhum mecanismo de avaliação popular em relação ao trabalho prestado por estes profissionais (ver Gráfico 14).

Gráfico 14 – Distribuição da existência de mecanismos de avaliação popular dos serviços prestados pelos profissionais que compõem os NASF (n=484).



Fonte: FormSUS Pesquisa Brasil NASF 2014, elaborado por Moretti, PGS, 2015.

Sabe-se que o SUS tem como um de seus princípios definidos na Constituição Federal a participação social, na perspectiva de democratizar a gestão da saúde. Tal gestão, não deve ser exercida apenas no âmbito do

e está organizado em quatro fases que se complementam e que conformam um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (Adesão e Contratualização, Desenvolvimento, Avaliação Externa e Recontratualização) (BRASIL, 2013).

sistema e serviços de saúde, mas também, diz respeito ao cuidado em saúde. Desta forma, para garantir esta legitimidade, sua atuação deveria ser precedida por consulta sobre os interesses de sua comunidade.

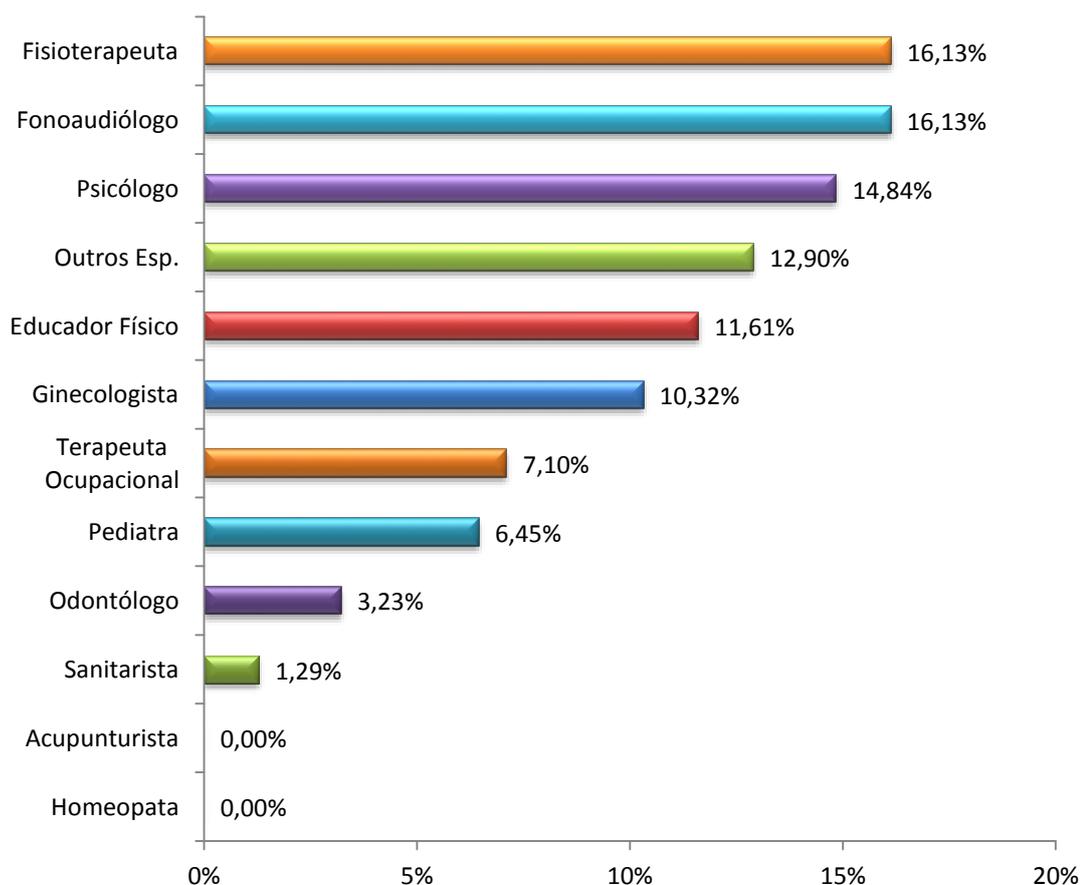
Percebe-se, no entanto, que mais da metade (quase 56,0% dos gestores) ainda não estão valorizando e incentivando a participação social no dia-a-dia dos serviços do SUS. Mas, em uma perspectiva mais otimista, pode-se entender que 44,01% dos gestores têm feito uso de gestão participativa o que pode ser convenientemente entendido que tal participação vem sendo ampliada gradativamente. Uma gestão mais compartilhada, portanto mais democrática, nos serviços de saúde, no cotidiano das práticas de saúde, que envolvem as relações, os encontros entre usuários, sua família e rede social com trabalhadores e equipes de saúde, necessita alterações nos modos de organização do trabalho em saúde. Ou seja, que se alterem os processos de definição das tarefas, responsabilidades e encargos assumidos pelos trabalhadores.

Segundo a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (Brasil, 2010) os serviços de saúde, tradicionalmente, organizaram seu processo de trabalho baseando-se no saber das profissões e das categorias (as coordenações do corpo clínico) e não em objetivos comuns. Esse tipo de organização não garante que as práticas dos diversos trabalhadores se complementem, ou que haja solidariedade no cuidado, e que as ações sejam eficazes no sentido de oferecer um tratamento digno, respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo o que pode acarretar a falta de motivação dos trabalhadores e pouco incentivo ao envolvimento dos usuários nos processos de produção de saúde (corresponsabilização no cuidado de si). Por isso, a gestão participativa é um valioso instrumento para a construção de mudanças nos modos de gerir e nas práticas de saúde, contribuindo para tornar o atendimento mais eficaz/efetivo e motivador para as equipes de trabalho.

Em relação à frequência de queixas recebidas pela falta de profissionais, 38,14% dos gestores responderam que recebem queixas com pouca frequência, 41,32% responderam que nunca recebem queixas por falta de profissionais e 10,54% responderam que recebe queixas com muita frequência pela falta de profissionais.

Quando questionados sobre de quais profissionais a população mais se queixa da falta, 16,13% dos gestores responderam que fisioterapeutas e fonoaudiólogos são os profissionais que a população mais sente falta, seguido de psicólogos e outros especialistas conforme observado na Gráfico 15.

Gráfico 15 – Distribuição do total das queixas recebidas pelos gestores referentes à falta de profissionais que compõem os NASF (n=484).



Fonte: FormSUS Pesquisa Brasil NASF 2014, elaborado por Moretti, PGS, 2015.

Percebe-se neste último gráfico a importância e a valorização da Fisioterapia e da Fonoaudiologia pela população brasileira pois, aqui, não se trata de qual profissional o gestor refere faltar no serviço de NASF de seu município mas o que os usuários sentem necessidade.

A Fisioterapia e a Fonoaudiologia têm tentado quebrar o velho paradigma de meros reabilitadores sobrelevando seus modelos de formação às atuais

exigências do profissional de saúde, com visão integral, formação humanista bem como atuais concepções de saúde e assistência.

Parece que de fato, ao reportarem-se à quebra de paradigmas no desejo de se deslocarem em polos opostos de suas formações iniciais, da doença para a saúde, da prevenção para a promoção, dos objetos e partes para os sujeitos e integralidade, da cultura para a multiculturalidade, dos conhecimentos disciplinares para a transdisciplinaridade e, sobretudo, do setor saúde para outros setores, que a Fisioterapia e a Fonoaudiologia tornaram-se mais conhecidas e portanto, mais necessitadas, pois só há necessidade daquilo que se conhece.

A popularização da Fisioterapia e da Fonoaudiologia através da abertura de cursos de graduação pelo país pode ser um indicativo do conhecimento das atuações dessas profissões pela população. Porém, uma pesquisa realizada por Souza (2012) foi demonstrada que a ampliação do número de cursos de Fisioterapia e Fonoaudiologia, não resultam em maior acesso da população à assistência em dessas profissões.

Por isso, a decisão de abertura de novos cursos deve ser pautada em indicadores sociais tendo início a partir da demanda social, considerando as contribuições e transformações que cada novo curso pode ter sobre a melhoria da realidade social e epidemiológica de cada região.

Também chama a atenção os mesmos valores obtidos quanto a necessidade de fisioterapeutas e fonoaudiólogos. Deve-se pensar que são nas sequelas neurológicas que estas duas profissões se encontram para reabilitar. Se existe a mesma demanda, pode-se pensar que está havendo procura da população desses profissionais devido a essa demanda.

Em um país de dimensões continentais como o Brasil, o encontro de doenças relacionadas à pobreza e a desnutrição, típicas de países subdesenvolvidos coexistem com doenças crônicas não transmissíveis, mais típicas de países desenvolvidos ou em desenvolvimento como a hipertensão arterial sistêmica e seus agravantes.

Nesse sentido, aglutinar diferentes saberes e práticas para vencer esses obstáculos em um país em desenvolvimento onde o Sistema de Saúde não foi concebido para a realidade do modelo liberal em que sobrevive, exige que todos:

gestores, profissionais da saúde, universidades, governantes e da população um esforço de construção de uma cultura educativa para a promoção da saúde.

De posse dos resultados desta pesquisa, entende-se que, em um Brasil doente de pobreza (inclusive estratégica) e de doença que morte Severina é anunciada.

Deve-se buscar compreender a saúde como um direito humano, que precisa de investimento (não somente financeiro, mas de dedicação ao serviço que cada um desempenha) para o desenvolvimento de políticas sociais para toda a população, tanto às excluídas, com ações para a melhoria das condições econômicas e sociais, como para as demais classes sociais protagonistas do mesmo país.

Torna-se necessária a ampliação, melhor qualificação e combinação de práticas democráticas, comunicativas e participativas onde os processos e práticas de gestão legitimem e consolidem o SUS como política pública de maior complexidade e por que não afirmar, de maior importância?



“Severino, retirante, deixe agora
que Ihe diga:
eu não sei bem a resposta da
pergunta que fazia,
se não vale mais saltar fora da
ponte e da vida;
nem conheço essa resposta,
se quer mesmo que Ihe diga
é difícil defender, só com
palavras, a vida,
ainda mais quando ela é esta
que vê,
Severina
mas se responder não pude à
pergunta que fazia,
ela, a vida, a respondeu com
sua presença viva.
E não há melhor resposta que o
espetáculo da vida: vê-la desfiar
seu fio, que também se chama
vida,
ver a fábrica que ela mesma,
teimosamente,
se fabrica,
vê-la brotar como há pouco em
nova vida explodida; mesmo
quando é assim pequena a
explosão,
como a ocorrida; como a de há
pouco,
franzina;
mesmo quando é a explosão de
uma vida Severina.”

João Cabral de Melo Neto em
Morte e Vida Severina

6. CONCLUSÃO

Este estudo revelou importante participação de gestores, nordestinos, do sexo feminino, com média de idade de 39 anos, com nível superior de escolaridade, principalmente em saúde.

Revelou ainda que a profissão exercida antes da nomeação atual como gestor municipal de saúde, em 94,84% foi a mesma, ou seja, como gestor municipal de saúde.

Em relação a quantidade e tipo de NASF, este estudo revelou que a maioria dos participantes possui a modalidade NASF 1 implantados em seus municípios, sendo a modalidade NASF 3 aquela mais citada (87,81%) pelos gestores como não existente em seus municípios.

A maioria dos gestores, participaram desde a elaboração à implantação dos NASF e definiram por meio de demanda epidemiológica os profissionais que compõem estes núcleos.

Em relação a questão do sobre o que acarreta maior dificuldade para implantar um NASF, a maioria dos gestores responderam que a maior dificuldade está em definir o processo de trabalho das equipes do NASF segundo o pacto de AB.

Em relação à quantidade de profissionais especialistas trabalhando atualmente nos NASF, separados por região, tem-se que a maioria dos profissionais estão inseridos na categoria “outros especialistas” (não sendo possível identificá-los devido ao fato do questionário ser fechado). Mas, em relação aos profissionais mais contratados por estes gestores foram os psicólogos, seguidos de educadores físicos. Os fisioterapeutas e fonoaudiólogos, também, foram muito requisitados, sendo os segundos e terceiros maiores contratados. O critério de contratação mais utilizado foi o processo seletivo por análise de curriculum, evidenciando que os gestores estão buscando profissionais melhores qualificados para a ocupação desses cargos com formação específica na AB.

Em relação a previsão de contratação de profissionais, os gestores responderam que há previsão de processo seletivo em quase todas as

categorias profissionais presentes no questionário, havendo uma discreta discrepância entre a preferência por algumas profissões como fisioterapeutas, educadores físicos, psicólogos e fonoaudiólogos.

Tais categorias profissionais aparecem com homogeneidade de preferência nas diferentes regiões do Brasil em detrimento a profissões específicas das práticas integrativas complementares como acupunturista e homeopata.

Em relação aos profissionais que na opinião dos gestores são insuficientes nas equipes de NASF no Brasil, as profissões psicólogo, educador físico fisioterapeuta e fonoaudiólogo, foram as mais apontadas.

Em relação a existência de mecanismos usados pelos gestores na avaliação dos serviços prestados pelos profissionais, a maioria dos gestores responderam que existe esse tipo de mecanismo em todas as regiões. Já aos mecanismos usados pela população (usuários) na avaliação dos serviços prestados pelos profissionais, a maioria respondeu que não há nenhum mecanismo de avaliação popular em relação ao trabalho prestado por estes profissionais.

Em relação a quais profissionais a população mais se queixa da falta, 16,13% dos gestores responderam que fisioterapeutas e fonoaudiólogos são os profissionais que a população mais sente falta, seguido de psicólogos e outros especialistas, percebendo-se a importância, a valorização e a necessidade da Fisioterapia e da Fonoaudiologia pela população brasileira, mas, sendo ainda necessária a ampliação, melhor qualificação e combinação de práticas democráticas, comunicativas e participativas onde os processos e práticas de gestão legitimem e consolidem o SUS.

6.1. Limitações do Estudo

As entrevistas, em profundidade, possuem fatores limitantes que devem ser analisados.

Uma limitação derivada de pesquisas exploratórias é que essas dependem da interpretação do pesquisador com base nas declarações obtidas.

As interpretações das percepções dos entrevistados podem sofrer influência das percepções da própria pesquisadora.

Embora o estudo não tenha apresentado restrições referentes à população, uma vez que a pesquisa foi censitária, muitos gestores interromperam suas respostas nas perguntas iniciais, onde a escolaridade fazia parte desse rol de questões.

No entanto, não foi possível identificar o número de gestores que pararam de responder por livre arbítrio ou devido aos problemas técnicos que o DATASUS apresentou no dia em que o formulário foi aberto para os respondentes.

Outro fator é o número de gestores que responderam todo questionário, 484. Esse número foi considerado satisfatório estatisticamente, contudo não possibilita generalizações do trabalho.

É necessário evidenciar a total ausência de estudos sistemáticos sobre processos de implantação dos NASF no Brasil o que, sem dúvida, restringe este estudo devido ao seu caráter pioneiro. Por esta razão, não se pode garantir que as observações feitas pela pesquisadora, tenham alcançado todos os pontos relevantes requeridos por estudos dessa natureza.

Também foi observado uma expressiva procura de gestores através de pedidos efetivados no FORMSUS que demonstraram desejo de responder o questionário depois que o prazo já havia expirado.

Aconselha-se para as próximas pesquisas que, questões como grau de escolaridade sejam dispostas entre as últimas questões para evitar possíveis deformidades de defesa de fachada

Também aconselha-se aumentar o número de semanas para abranger o maior número de respondentes possíveis, embora é importante ressaltar que, mais de 90% dos questionários foram totalmente respondidos nas duas primeiras semanas da pesquisa.

6.2. Sugestões para Pesquisas Futuras

A pesquisa tinha o objetivo de realizar um estudo exploratório e, como é de natureza do método exploratório, ele abre possibilidades para novas pesquisas, que poderiam ampliar a população representativa como para gestores dos NASF, não apenas gestores municipais de saúde. Dada essa limitação de abrangência deste trabalho, sugere-se que este estudo seja reaplicado com a utilização de uma amostra probabilística de gestores dos NASF que possibilite entender as dificuldades desses gestores no dia-a-dia de seus trabalhos e assim, cruzar resultados com as dificuldades dos gestores municipais, principalmente no que tange aos processos de trabalho das equipes.

Adicionalmente, propõe-se que sejam verificadas as percepções em relações às Estratégias de Saúde da Família aos quais os NASF estão vinculados para que se entenda se está havendo o compartilhando e apoio às práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das equipes de SF.

Recomenda-se para pesquisas posteriores, mesmo de caráter censitário, que seja realizado estudo de grupo controle. Dessa forma, possíveis problemas como as próprias defesas de fachada, interpretações dúbidas das questões, dificuldades quanto ao acesso à internet, para que se possa calcular melhor a margem de erro da pesquisa.

Finalmente, considerando as mudanças que constantemente ocorrem nas gestões, e nas sociedades é de suma importância verificar se está ocorrendo a atuação efetiva de cidadãos, conselheiros, gestores, profissionais e entidades civis nas formulações de políticas, na avaliação dos serviços e na fiscalização de ações de saúde.

Para tal, há necessidade de reaplicar a pesquisa frequentemente para a percepção das mudanças significativas dessas ações.

7. REFERÊNCIAS

AGUIAR, D.S. **A Saúde da Família no Sistema Único de Saúde: Um Novo Paradigma?** (Mestrado em Saúde Pública)-Escola Nacional de Saúde Pública Rio de Janeiro:, Fundação Oswaldo Cruz, 1998.

ARENDT, H. **As origens do totalitarismo**. São Paulo: Companhia das Letras, 1990.

ARIÈS, P. **Historia Social da Criança e da Família**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan,1986.

BACHOFEN, J.J. **Myth, Religion, and Mother Right: Selected Writings of Johann Jakob Bachofe**. NJ:. Princeton University Press, 1992.

BEHLAU, M; GASPARINI, G. **Education of speech-language pathologists and audiologists in Brazil**. Folia Phoniatica et Logopaedica, Switzerland, v.58, n.1, p.14-22, 2006.

BERBERIAN, A. P. **Fonoaudiologia e educação: um encontro histórico**. São Paulo: Plexus, 1995.

BERBERIAN, A. P. Fonoaudiologia e História. **Revista O Mundo da Saúde**, São Paulo, v.20, n.10, p.325-328, nov./ dez. 1996.

BERTOLLI FILHO, C. **História da saúde pública no Brasil**. São Paulo: Ática, 2010.

BÍBLIA. **A Bíblia Sagrada**. Tradução de Ludovico Garmus. Petrópolis. Vozes, 1990.

BISPO JÚNIOR, J.P. **Formação em fisioterapia no Brasil: reflexões sobre a expansão do ensino e os modelos de formação**. História, Ciências, Saúde - Manguinhos, Rio de Janeiro, v.16, n.3, p.655-668, jul./set. 2009.

BOBBIO, N. **A era dos direitos**. Rio de Janeiro: Campus, 1992.

BODSTEIN R, RAMOS CL, HORTALE VA. **Programa de reabilitação comunitária. Experiência de inclusão social da pessoa portadora de deficiência.** Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2003.

BRASIL. Decreto-Lei 938. Provê sobre as profissões de Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional, e dá outras providências. **Diário Oficial da União** 1969; 14 out.

_____. Resolução COFFITO nº 08. Aprova as normas para habilitação ao exercício da profissão de fisioterapeuta e terapeuta ocupacional e dá outras providências. **Diário Oficial da União** 1978; 13 nov.

_____. Resolução COFFITO nº 80. Baixa Atos Complementares à Resolução COFFITO nº 08, relativa ao exercício profissional do fisioterapeuta, e à Resolução COFFITO nº 37, relativa ao registro de empresas nos conselhos regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 1987; 21 mai.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei Nº 8.856, de 1º de março de 1994. Fixa a Jornada de Trabalho dos Profissionais Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional. **Diário Oficial da União**, 1994; 01 mar.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Senado, 1988.

_____. Lei Orgânica de Saúde. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990a. Presidência da República. Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos. 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** Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/dab>>. Acesso em: 20 nov. 2013.

_____. Lei n. 8.069 de 13 de julho de 1990b: Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, e dá outras providências. In: **BRASIL. Código Civil.** São Paulo: Saraiva, 2004.

_____. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB-SUS). **Diário Oficial da União**, 1996, 6 nov.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial**. Brasília (DF): MS; 1997.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **A implantação da Unidade de Saúde da Família**. Caderno 1. Brasília (DF): Departamento de Atenção Básica; 2000.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. - Brasília : CONASS, 2003a.

_____. Direito Sanitário e Saúde Pública: **Manual de atuação jurídica em saúde pública e coletânea de leis e julgados em saúde**, volume II, Brasília: Ministério da Saúde, 2003b.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006a – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html>. Acesso em 07 de setembro de 2015.

_____. Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006b (Regulamenta o § 5o do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2o da Emenda Constitucional no 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/11350.htm>. Acesso em 15 de agosto de 2015.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 154, de 24 de janeiro de 2008a. Cria e estabelece os critérios para credenciamento dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Diário Oficial da União Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/dab>>. Acesso em: 20 nov. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Mais saúde : direito de todos: 2008 – 2011**. Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica nº 27. **Diretrizes do NASF Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização. Formação e intervenção.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A Implantação da Unidade de Saúde da Família.** Cadernos de Atenção Básica – Programa Saúde da Família. Caderno S/N. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/ MS nº 2.488 de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional da Atenção Básica e dá outras providências. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em 07 de setembro de 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica-PNAB.** Cadernos de Atenção Básica. Caderno 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria Nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012b. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências. **Diário Oficial da União** Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/dab>>. Acesso em: 20 nov. 2014.

_____. **FormSUS. Manual do Gestor.** Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. DATASUS. Rio de Janeiro, Setembro de 2013.

_____. Ministério da Saúde; Ministério do Desenvolvimento Social. **Programa Bolsa Família na Saúde.** Brasília: MS/MDS, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **NASF: Perguntas mais Frequentes** – 2015a. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/nasf_perguntas_frequentes.php>. Último acesso em 04 de janeiro de 2015.

_____. **Histórico da Cobertura da Saúde da Família.** Sistema de Informação da Atenção Básica- SIAB/DAB/SAS/MS, abril de 2015b.

BRAUNER, M.C.C. **O direito de família: descobrindo novos caminhos**. São Leopoldo: Edição da Autora, 2001.

CAMPOS, G.W.S; DOMITTI, A.C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 23, n. 2, p. 399-407, Feb. 2007 Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2007000200016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 22 de maio de 2015.

CAROSI, L.M.A.Z. A guarda e o exercício do direito de visita. **Revista do Advogado**. São Paulo, v. 27, n. 91, p. 95, maio, 2007.

CARVALHO, A.I; BARBOSA, P.R. **Políticas de Saúde: Fundamentos e Diretrizes do SUS**. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração/UFSC; Brasília: CAPES:UAB, 2010.

CASTRO, J. L.; CASTRO, J. L.;VILAR, R. L.A. **Quem são os gestores municipais no Rio Grande do Norte? um estudo sobre o perfil**. Natal: UFRN. Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva, 2006. 21 p. Disponível em:.. Acesso em: 22 fev. 2015.

CASTRO A.P, NEVES V.R, ACIOLE G.G. Diferenças regionais e custos dos procedimentos de fisioterapia no Sistema Único de Saúde do Brasil, 1995 a 2008. **Rev Panam Salud Publica**. Nº30, v 5, p - 469 – 76, 2011.

COELHO, M.J.P. **Vinte anos do SUS síntese histórica**. 2008 [internet] <http://conselho.saude.gov.br/web_sus20anos/20anossus/Biblioteca/palestras/20anosdesus_sintese_historica161208.pdf>. Acesso em: 20.dezembro de 2014.

COELHO, R.C. **Estado, Governo e Mercado**. UFSC; [Brasília]: CAPES: UAB, 2009.

COSTA, L. S, ALCÂNTARA, L.M, ALVES, R.S, LOPES, A.M.C, SILVA, A.O, DE SÁ, L.D.. A prática do fonoaudiólogo nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família em municípios paraibanos.**CoDAS**, São Paulo , v. 25,n. 4, p. 381-387, 2013 .

CHIAVENATO, I. **Introdução à teoria geral da administração**. 6. ed. Rio de Janeiro: Campus, 2000. 700 p.

CHORNY, A.H; SAMPAIO, A.C; DUARTE, A; COSTA, A.M, Pederneiras AR, Pedrosa Neto AH *et al.* [relatores]. **Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. In: **Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1987.

COULANGES, N.D.F. **A cidade antiga**. Traduzido por Fernando de Aguiar. 4. Ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

CFFa. Conselho Federal de Fonoaudiologia. **Cursos de Fonoaudiologia no Brasil**. [2009]. Disponível em: <<http://www.fonoaudiologia.org.br/>>. Acesso em: 16 maio 2015.

CFFa. Conselho Federal de Fonoaudiologia. **Histórico da profissão**. [2015]. Disponível em: <<http://www.fonoaudiologia.org.br/>>. Acesso em: 16 maio 2015.

CFFa. Conselho Federal de Fonoaudiologia. **Número de fonoaudiólogos no Brasil por região**. [2015]. Disponível em: <<http://www.fonoaudiologia.org.br/>>. Acesso em: 04 jul. 2015.

CREFONO. Conselho Regional de Fonoaudiologia - 1ª Região. **Histórico da profissão**. [2015]. Disponível em: <<http://www.fonoaudiologia-1.gov.br/hist.html>>. Acesso em: 04 jul. 2015.

CREFONO. Conselho Regional de Fonoaudiologia - 2ª Região. **Histórico da profissão**. [2015]. Disponível em: <<http://www.fonosp.org.br/sitenovo/>>. Acesso em: 06 maio 2015.

CREFONO. Conselho Regional de Fonoaudiologia - 4ª Região. **Histórico da profissão**. [2015]. Disponível em: <<http://www.fono4.com.br/>>. Acesso em: 06 maio 2015

CZERESNIA, D; MACHADO C.F (org). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro. Fiocruz, 2003.

DEJOURS. C. Por um novo conceito de saúde. **Rev Bras Saú Ocup**. v.14, nº. 54, p:7-11. São Paulo, 1986.

DIDIER, M. C. C. **Narrativas e representações sociais sobre a atuação fonoaudiológica na escola**. 2006. (Mestrado) - Universidade Católica de Pernambuco, Recife.

DIDIER, M. S. L. **Fonoaudiologia: sua história em Pernambuco.** (Mestrado), Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2001.

DILL, M.A; CALDERAN, T.B. Poder familiar: Mudança de conceito. **Revista Âmbito Jurídico:** TCC Núcleo Universitário de Guaporé, da Universidade de Caxias do Sul, em julho de 2009.

ENGELS, F. **A Origem da Família da Propriedade Privada e do Estado,** tradução de Leandro Konder, Rio de Janeiro, Bertrand Brasil, 14ª ed., 1997.

FALEIROS, Vicente de Paula. **A Política Social do Estado Capitalista.** 8ª. ed. ver. São Paulo: Cortez, 2000.

FAYOL, H. **Administração industrial e geral.** 9. ed. São Paulo: Atlas, 1984.

FIGURA As Bodas de Caná. Imagem distribuída de forma livre sob licença *Creative Commons*.

FIGURA Capa da Revista da Semana ilustra Revolta da Vacina. Capa da Revista da Semana de 1904 ilustra a Revolta da Vacina. Imagem de domínio público.

FIGURA Capítulos da vida de um garoto nas fábricas de Dundee”, de Frank Forrest. Planeta Educação, 2015.

FIGURA Casamento de Filipe da Macedônia com Olímpia. Miniatura do século XV, museu de Londres. Imagem distribuída de forma livre sob licença *Creative Commons*.

FIGURA *Coalbrookdale by Night.* Universo *on line*, vestibular fotos, 2015.

FIGURA Comparação entre a Estratificação da sociedade brasileira no Brasil colônia com a provocada pela modernização. Elaborado por: MORETTI, P.G.S, 2015.

FIGURA Escravidão do homem negro no Brasil do século XVIII. Mundo Educação, 2015.

FIGURA Figuração Ática de mulher participando de rituais. Imagem distribuída de forma livre sob licença *Creative Commons*.

FIGURA Formação típica de uma família aristocrática europeia do século XVI, museu de Londres

FIGURA Formação típica de uma família burguesa europeia do final do século XVI. Imagem distribuída de forma livre sob licença *Creative Commons*.

FIGURA *Gli amanti* de Giulio Romano, Hermitage Museu- Rússia. Imagem distribuída de forma livre sob licença *Creative Commons*.

FIGURA *L'Augusto di Prima Porta* Museu do Vaticano. Imagem distribuída de forma livre sob licença *Creative Commons*

FIGURA *Lupa Capitolina*. Imagem distribuída de forma livre sob licença *Creative Commons*.

FIGURA Movimento pela Reforma Sanitarista. 8ª Conferência Nacional de Saúde realizada em março de 1986 em Brasília, ilustrando ato do Movimento pela Reforma Sanitarista. Imagem distribuída de forma livre sob licença *Creative Commons*.

FIGURA Pantheon, construído para adorar todos os deuses transformado na Basílica de Santa Maria dei Martiri, Roma- Itália.

FIGURA Primeira Carteira de Consolidação das Leis de Trabalho-Museu da República, RJ. Exposição: Trabalho, Luta e Cidadania: 70 anos da CLT, arquivos de MORETTI, P.G.S, 2012.

FIGURA Representação de uma família camponesa europeia do século XVI, museu de Londres. Imagem distribuída de forma livre sob licença *Creative Commons*.

FIGURA Representação do *Pater familias*: Museu do Capitólio, Roma. Imagem distribuída de forma livre sob licença *Creative Commons*.

FIGURA Rômulo e Remo abrigados por Fátulo. Imagem distribuída de forma livre sob licença *Creative Commons*.

FIGURA Vênus de Willendorf. Terra Brasilis Didáticos, 2015.

FIGURA Constituição Federal de 1988 - Sessão Final que a instituiu. Autoria da imagem de Agência Brasil distribuída de forma livre sob licença *Creative Commons*.

FIOCRUZ. Fundação Oswaldo Cruz. Seleção para profissionais de Saúde, 2015. Disponível em: < <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/>>. Último acesso em 30 de maio de 2015.

FLEURY, S; CARVALHO, A. I; MANOTAS, N; BLOCH, R.; NEVARES, S. Municipalização da saúde e poder local no Brasil. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 5, p. 1–15, 1997.

FORTE, S. H. A. C. **Manual de elaboração de tese, dissertação e monografia**. Fortaleza: Universidade de Fortaleza, 2006.

FREYRE, G. **Casa-grande e senzala: Formação da família brasileira sob o regime da família patriarcal** (25a ed.). Rio de Janeiro: José Olympio, 1987.

GALLO, D.L.L. **A fisioterapia no programa de saúde da família: percepções em relação à atuação profissional e a formação universitária**. Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2005.

GIANORDOLI-NASCIMENTO, I.F; TRINDADE, Z.A; SANTOS, M.F.S. Mulheres brasileiras e militância política durante a ditadura militar: a complexa dinâmica dos processos identitários. *Interam. j. psychol.*, Porto Alegre , v. 41,n. 3,dez. 2007 Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003496902007000300011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 25 abril de 2015.

GORENDER, J. **A Burguesia Brasileira**. 7 ed. São Paulo, Brasiliense, 1990.

GOUVEIA. Roberto; PALMA, José João. SUS: na contramão do neoliberalismo e da exclusão social. **Estud. av.**, São Paulo , v. 13, n. 35, p. 139-146, Apr. 1999 Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40141999000100014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 22 de maio de 2015.

HAHNER, J. ***Emancipating the female sex, the struggle for women's rights in Brazil: 1850-1940.*** Durham, NC: Duke University Press, 1990.

HALL, M M; SPALDING, H (Org.). ***The Urban Working Class and Early Labour Movements.*** In: Leslie Bethell (Org.). Cambridge History of Latin America. Cambridge: Cambridge University Press, 1995.

HALL, Michael M. **Os fazendeiros paulistas e a imigração.** In: SILVA, Fernando Teixeira da et al. (orgs). República, liberalismo, cidadania. Piracicaba: Editora UNIMEP, 2003.

HIRONAKA, G. M. F. N. Família e casamento em evolução. **Revista Brasileira de Direito de Família**, Porto Alegre, v. 1, n. 1, p. 8, abr-jun. 1999.

HOBBSBAWM, E. J. **A era das revoluções: Europa, 1789-1848.** 13. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2001; tradução de Maria Tereza Lopes Teixeira e Marcos Penchel.

HOLLANDA, C.B. **Modos da Representação Política. O experimento da primeira república brasileira.** Belo Horizonte. UFMG,2009.

HOUAISS, A. **Dicionário Eletrônico Houaiss da Língua Portuguesa.** Versão 1.0, Rio de Janeiro, RJ (Brasil): Editora Objetiva Ltda, dez. 2001. 1 CD-ROM.

IPEA. Brasil em Desenvolvimento: Estado, planejamento e políticas públicas. **Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.**- Brasília: Ipea, 2010.

KLADIS, C. M.; FREITAS, H. M. R. O gerente nas organizações: funções, limitações e estilos decisórios. **Revista Ser Humano**, São Paulo, v. 30, n. 109, p. 33–35, jun. 1996.

KUMAR, K. **Da sociedade pós- industrial à pós moderna: novas teorias sobre o mundo contemporâneo.** Rio de Janeiro: Zahar, 1997. p. 79-111.

LALONDE M. ***A new perspective on the health of Canadians: a working document.*** Ottawa: Minister of Supply and Services; 1974.

LEITE, S.N; SCHOR, N. Fitoterapia no Serviço de Saúde: significados para clientes e profissionais de saúde. **Saúde debate**; v29, nº 69, p.78-85, 2005.

LEQUE, A. Sequelas da ditadura militar no Brasil. **Revista Liberdades** - nº 12 - janeiro/abril de 2013.

LIMA, B. P. S.; GUIMARÃES, J. A. T. L.; ROCHA, M.C. G. Características epidemiológicas das alterações de linguagem em um centro fonoaudiológico do primeiro setor. **Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, São Paulo, v.13, n.4, p.376-380, 2008.

LIMA, P. S. **Enfoque histórico da fonoaudiologia**. (Monografia de Conclusão-Especialização)- Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica, Fortaleza, 1999.

LIPAY, M. S.; ALMEIDA, E. C. A fonoaudiologia e sua inserção na saúde pública. **Ciências Médicas**, Campinas, v.16, n.1, p.31-41, jan./fev. 2007.

LOLICH, L. El patrimonio inmaterial como sistema. Efectos de la industrialización en **La Patagonia.Apuntes**, Bogotá , v. 24,n. 2,dez. 2011. Disponível em <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S165797632011000200009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 20 abr. 2015.

LUNA, S.M. **Perfil dos Gestores Municipais de Saúde do Estado de Mato Grosso**. Cáceres, Unemat 2008.

MACINKO, J; GUANAIS, F.C; SOUZA, M.F.M. Evaluation on the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. **J Epidemiol Community Health**.2006; n.60, p13-19.

MALHOTRA, N. **Pesquisa de marketing: uma orientação aplicada**. 4ª ed. Porto Alegre: Bookman, 2006.

MALTHUS, T. R. **Principles of Political Economy Considered with a View to Their Practical Application - An Essay on the Principle of Population** in: Os Economistas-Ensaio sobre a população. São Paulo: Abril Cultural, 1986.

MANFRED, A. Z. **Do feudalismo ao capitalismo**.São Paulo: Global, 1982

MARINS, C.R; CHUN, R.Y.S; SILVA, R.C; FEDOSSE, E; LEONELLI,B.S. Promoção da Saúde em Fonoaudiologia:ações coletivas em equipamentos de saúde e de educação.**Revista Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, v 8, nº1, p-34-41, 2003.

MARTINS-COSTA, J. A boa-fé no direito privado: sistema e tópica no direito obrigacional. 1. ed. 2. tir. São Paulo: **Revista dos Tribunais**, 2000. p. 259.

MARTINS, E.G. As relações familiares e o direito de família no século XXI. **Revista Faculdade de Direito**, Caxias do Sul. v. 12, p. 55, 2003.

MARCELINO, F. **Revolução burguesa no Brasil, do século XIX ao XX**
Disponível em: <<http://transhumano.blogspot.com.br/2012/12/revolucao-burguesa-no-brasil-do-seculo-23.html>>. [internet] 23 de dezembro de 2012. Último acesso em 02.fevereiro de 2015.

MARTINS, L; DIMOULIS, D. **Teoria Geral dos Direitos Fundamentais**. 2ª Edição revista, atualizada e ampliada. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2010.

MATTA, G C. **Políticas de saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV / Fiocruz, 2007.

MATTAR, F. N. **Pesquisa de marketing: metodologia, planejamento**. 6ª ed. São Paulo: Atlas, 2008.

MATUS, C. **Política, Planejamento e Governo**. Brasília: IPEA, 1993.

MATUS, C. **Adeus, Sr. Presidente. Governantes e Governados**. São Paulo: FUNDAP, 1997.

MAYA, P.V.R. **Trabalho e tempo livre: uma abordagem crítica**. In JACQUES, M.G.C, et al. org. **Relações sociais e ética** [online]. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2008.

MAXIMIANO, A. C.A. **Introdução à Administração**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2004.

MEDEIROS, C. Dez razões para não ter saudades da ditadura. **Jornal eletrônico UOL**. Maceió, 22/03/2014. Disponível em: <http://noticias.uol.com.br/politica/ultimas-noticias/2014/03/22/10-motivos-para-nao-ter-saudades-da-ditadura.htm>

MEDEIROS, N. **Lições de Direito Civil: Direito da família e das sucessões**. Rio de Janeiro. Almedina, 2008.

MELLO, G.A; FONTANELLA, B.J.B; DEMAZO, M.M.P. Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde: Origens e diferenças conceituais. **Rev. APS**. V.12, nº. 2, p. 204-13, 2009.

MELO, E.M. Ação comunicativa, democracia e saúde. **Ciêñ Saú Col**.n.10, Supl:167-78, São Paulo, 2005.

MELO NETO, J.C. **Morte e Vida Severina**. 1 ed. Alfaguara Brasil, 2007.

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

MINTZBERG, H. **La naturaleza del trabajo directivo**. Barcelona: Ariel, 1983. 278

MIRANDA, E.S. **Contextualizando Família**. Trabalho de Conclusão de Curso em Serviço Social. Faculdade Anhanguera. Rio de Janeiro, fevereiro de 2015.

MORAES, L.P. **Estatística Descritiva**. Apostila de Estatística do Curso de Ciências Biológicas da Universidade Federal de Goiás. UFG, Goiânia, junho, 2015. Disponível em: <http://www.ebah.com.br/content/ABAAAICoAK/estatistica-descritiva>. Último Acesso em 15 de maio de 2015.

MOREIRA, M.D; MOTA, H.B. Os caminhos da fonoaudiologia no Sistema Único de Saúde - SUS. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 11, n. 3, p. 516-521, Sept. 2009 Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462009000300021&lng=en&nrm=iso. Acesso em 10 abril de 2015.

MOURA, E.S. Direito à saúde na Constituição. **Jus Navigandi**, Teresina, ano 18, n. 3730, 17 set. 2013. Disponível em: <http://jus.com.br/artigos/25309>. Acesso em 5 fev.2015.

MUNDO EDUCAÇÃO. **Escravidão do homem negro no Brasil do século XVIII.** Disponível em: <<http://www.mundoeducacao.com/historiadobrasil/escravidao-no-brasil.htm>>. Último acesso em 02 de novembro de 2015.

MPRN. Ministério Público do Rio Grande do Norte. Acari: MP ajusta contratação para atendimento clínico a usuários do SUS. Rio Grande do Norte, 2013. Disponível em: <<http://www.mprn.mp.br/portal/inicio/noticias/5685-5685-acari-mp-ajusta-contratacao-para-atendimento-clinico-a-usuarios-do-sus>>. Acesso em: 01 de junho de 2015.

MT Notícias net al.ta Floresta: Prefeitura deve suspender contratação de OSCIP. Disponível em: <<http://mtnoticias.net/alta-floresta-prefeitura-deve-suspender-contratacao-de-oscip>>. [internet] 24 de dezembro de 2013. Acesso em: 04 de julho de 2015.

NARDI, V. Cursos de graduação em Fonoaudiologia no estado da Bahia: formação acadêmico-profissional. (mestrado em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas) - Universidade Federal da Bahia, 2010.

NIEDERAUER, J. **Só História.** Disponível em: <<http://www.sohistoria.com.br/curiosidades/romuloremo/>>. Acesso em 02 de novembro de 2015.

NORWICH, J.J.B: *The Decline and Fall.* New York. Knopf, 1995.

NORONHA, J. C.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. A gestão do Sistema Único de Saúde : características e tendências. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde no Brasil: contribuições para a agenda de prioridades de pesquisa. Brasília:Ministério da Saúde, 2004. p. 45-94.

NOVAES, R.J. **Pequeno histórico do surgimento da fisioterapia no Brasil e de suas entidades representativas.** Disponível em <<http://www.santafisio.com/trabalhos/ver.asp?codigo=163>>. Acesso em: 04 ago.2014.

OMS/WHO. Organização Mundial da Saúde. **Constituição da Organização Mundial da Saúde– 1946.** <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>>. Acesso em 4 de abril de 2015.

OMS/WHO. Organização Mundial da Saúde. UNICEF. **Primary Health Care**. Geneva: WHO; 1978.

OMS/WHO. Organização Mundial da Saúde. **Carta de Ottawa para la promoción de la salud**. Organização Mundial da Saúde, 1996.

OPS-CPPS. **Formulación de Políticas de Salud**. Santiago: CEPAL/ILPES, 1975.

OPS-OMS. Problemas conceptuales y metodológicos de la programación de la salud. Publicación Científica nº 111. Washington: **CENDES-Venezuela**, 1965.

PAIVA, C.H.A; T, LA. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **Hist. cienc. Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro v. 21, n. 1, p. 15-36, Mar. 2014 Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010459702014000100015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 mar. 2015.

PAIM, J. S. **Políticas de saúde no Brasil**. In: Rouquayrol, Maria Zélia; Almeida Filho, Naomar (Org.). *Epidemiologia & Saúde*. 6. ed. Rio de Janeiro: Medsi. p.587-603. 2003.

PENHA, R.B; LIGERO, G.N. **Teoria Geral da Família**. Trabalho de Conclusão de Curso. Direito Faculdades Integradas “Antonio Eufrásio de Toledo [s.D] <http://intertemas.unitoledo.br/revista/index.php/ETIC/article/viewFile/1634/1557> Acesso em 10 de abril de 2014.

PENTEADO, R.Z.; CHUN, R.Y.C.; SILVA, R.C. Do higienismo às ações promotoras de saúde: a trajetória em saúde vocal. **Revista Distúrbios da Comunicação**, São Paulo, 17(1): 9-17, abril, 2005.

PEREIRA, C. M.S. **Reconhecimento da paternidade e seus efeitos**. Rio de Janeiro: Forense, 1998.

PIKE. F. **Latin America and the inversion of the United States Stereotypes in 1920's and 1930's**. *The Americas, Quaterly Review of Inter-American Cultural History*, v. 42, n. 2, p. 131-62, 1985.

PIRES-ALVES, F.A; PAIVA, C.H.A. **Recursos críticos: história da cooperação técnica OpasBrasil em recursos humanos para a saúde (1975-1988)** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006.

PLANETA EDUCAÇÃO. **Capítulos da vida de um garoto nas fábricas de Dundee**", de Frank Forrest. Disponível em: <<http://www.planetaeducacao.com.br/portal/artigo.asp?artigo=504>>. Último Acesso em: 02 de setembro de 2015.

POSTER, Mark. **Teoria crítica da família**. Zahar Editores. Rio de Janeiro: 1979.

RAMOS, F.P. Spencer e o Darwinismo Social. **Rev. Para entender a História**. Ano 2, Vol. mar. Serie 20/03. [Internet, 2011]. Disponível em: <<http://fabiopestanaramos.blogspot.com.br/2011/03/spencer-e-o-darwinismo-social.html>>. Último acesso em 10.03.2015.

RAMOS, H.H.S. **A ilusão do Sulfrágio Universal na Constituição de 1891**. Biblioteca Digital Câmara dos Deputados. Brasília, 2007.

REBELATTO, J.R; BOTOMÉ, S.P. **Fisioterapia no Brasil: fundamentos para uma ação preventiva e perspectivas profissionais**. 2. ed. São Paulo: Manole; 1999.

REZENDE, M; MOREIRA, M R; AMANCIO FILHO, A; TAVARES, M F L. A equipe multiprofissional da 'Saúde da Família': uma reflexão sobre o papel do fisioterapeuta. **Ciênc. saúde coletiva**. vol.14, suppl.1. São Paulo, 2009.

RIMLINGER, G. **Welfare state and industrialization in Europe, América and Russia**. New York: John Wiley and Sons, 1971.

RIBEIRO, Paulo Rennes Marçal. História da educação escolar no Brasil: notas para uma reflexão. **Paidéia**. Ribeirão Preto, n. 4, p. 15-30, Julho de 1993. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103863X1993000100003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 11 mar. 2015.

RUSSO, J. As Sociedades Afetivas e Sua Evolução. **Revista Brasileira de Direito de Família**, Porto Alegre, v.7, n. 32, p. 43, out - nov. 2005.

SABROZA, P.C. **Concepções de saúde e doença**. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2004.

SAMARA, Eni de Mesquita. O Que Mudou na Família Brasileira?: da Colônia à Atualidade. **Psicol. USP**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 27-48, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642002000200004&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 21 de abril de 2015.

SARAIVA, P.L. **Garantia Constitucional dos Direitos Sociais no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Forense, 1983, p. 23.

SECOM MACEIÓ. Prefeitura de Maceió nomeia mais de 230 novos servidores para a Saúde. Maceió, Cada minuto, 02 de outubro de 2014. Disponível em: <<http://cadaminuto.com.br/noticia/256933/2014/10/02/prefeitura-de-maceio-nomeia-mais-de-230-novos-servidores-para-a-saude>>. Acesso em 03 de junho de 2015.

SENAD, Secretaria Nacional de Políticas sobre drogas; Ministério da Saúde: **Supera -Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social- 6 ed. Módulo 7**. Brasília, 2015.

SETTI, G. **Do patrimonialismo ao gerencialismo: características, avanços e retrocessos da administração pública brasileira**. In: VI Congreso Latinoamericano de Ciencia Política DE LA Asociación Latinoamericana de Ciencia Política (ALACIP), 25 al 27 de septiembre., 2013, Bogotá. Anais eletrônicos. Bogotá, 2013. Disponível em: <<http://alacip2013.uniandes.edu.co/files/266-settigabriel.docx.pdf>>. Acesso em 10 nov. 2013.

SILVA, CC. **Representação das novas configurações familiares: Uma análise da Telenovela Amor à Vida**. (Monografia- Jornalismo)-. Universidade do Estado do Rio Grande do Norte. Mossoró, 2014.

SILVA, V.L; Lima, M.L.L.T; LIMA, T.F.P; ADVÍNCULA, K.P, org. **A Prática fonoaudiológica na atenção primária à saúde**. São José dos Campos. Pulso, 2013.

SILVA, C. R. B. **A formação do fonoaudiólogo: desafios e perspectivas para a educação inclusiva**. (Mestrado). Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, 2007.

SILVA, A.A; BITTENCOURT, N.F.N.; MENDONÇA, L M; TIRADO, M.G; SAMPAIO, R.F. FONSECA, S T. Análise do perfil, funções e habilidades do fisioterapeuta com atuação na área esportiva nas modalidades de futebol e voleibol no Brasil. **Rev. bras. fisioter.**, São Carlos , v. 15, n. 3, p. 219-226, June 2011.

SOUSA, M.F. **Programa de Saúde da Família. Análise da desigualdade no acesso à atenção básica**: Editora do Departamento de Ciências da Informação e Documentação da Universidade de Brasília, 2007.

SOUZA, M.F; FRANCO, MS; MENDONÇA, A.V.M. **Saúde da Família nos Municípios Brasileiros: Os reflexos dos 20 anos no Espelho do Futuro**. Campinas, SO: Saberes, 2014.

SOUZA, L.V.A. A Previdência Social no Brasil: uma longa história para contar. **Conteúdo Jurídico**, Brasília-DF: 15 maio 2013. Disponível em: <<http://www.conteudojuridico.com.br/?artigos&ver=2.43403&seo=1>>. Acesso em: 11 mar. 2015.

SOUZA, A. A. C. L. O perfil dos secretários municipais de saúde de Minas Gerais e a organização dos programas e projetos. **Revista Mineira de Saúde Pública**, Belo Horizonte, ano 1, n. 1, p. 34–43, jan./jun. 2002.

SOUZA, P.G. **O fisioterapeuta na Estratégia de Saúde da Família: da formação universitária à prática**. Universidade Federal de Santa Maria. Curso de Pós-graduação em Gestão de Organização Pública em Saúde. Artigo de Conclusão de Curso. Santa Maria, agosto de 2012.

SPOSATI, A. **Assistência na Trajetória das Políticas Sociais Brasileiras: Uma questão de debate**. 8ª. ed. São Paulo: Cortez, 2003.

TAYLOR, F. W. **Princípios da administração científica**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 1976.

TAYLOR, E.B. **Researches into the Early History of Mankind and the Development of Civilization**, (Pesquisas Sobre a História Primitiva da Humanidade e do Desenvolvimento da Civilização), Londres, 1865.

TESTA, M. *Estrategia, coherencia y poder en las propuestas de salud*. **Cuadernos Médico-Sociales**. Rosario, n. 38 (1ª parte) y 39 (2ª parte), 1987.

_____. **Atenção Primária (ou primitiva?)**. In: Testa M, organizador. *Pensar em saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992.

_____. ***Pensar en Salud***. Buenos Aires: Mimeo, 1983.

TOTA, A.P. **Americanização no condicional: Brasil nos anos 40**. *Perspectivas*, São Paulo, 16: 191-212, 1993.

TOSI, G. **Liberdade, Igualdade e Fraternidade: breve histórica conceitual dos direitos humanos**. Escola Judicial e de Administração Judiciária do Tribunal Regional do Trabalho - 13ª Região- Pernambuco, 2009.

UNICEF. ***United Nations Children's Fund. The State of the world's children 2014. in numbers: every child counts***. Report, 2014, NY, 2014. Disponível em: <http://www.unicef.org/sowc2014/numbers/>. Último acesso em 10 de junho de 2015.

UNIVERSO ON LINE. Vestibular Fotos. Disponível em http://vestibular.uol.com.br/album/album_revolucao_industrial_album.jhtm?abrefoto=2#fotoNav=2. Último acesso em 10 de junho de 2015.

URIBE RIVIERA, FJ. **Agir comunicativo e planejamento social: uma crítica ao enfoque estratégico** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1995.

VILAR, R. L. A. **O estudo sobre o perfil dos gestores municipais de saúde do Rio Grande do Norte**. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Observatório de recursos humanos no Brasil: estudos e análises. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

VIGOTSKI, L.S. **Pensamento e Linguagem**. São Paulo: Martins Fontes, 2009.

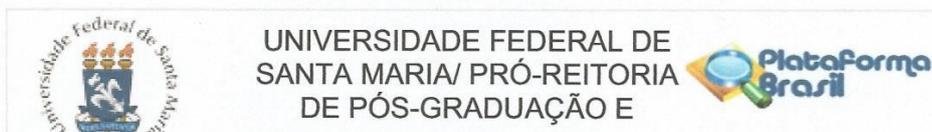
WHO. World Health Organization. ***Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care***. Alma-Ata: World Health Organization; 1978.

WHO. World Health Organization. ***WHOQOL and spirituality, religiousness and personal beliefs (SRPB) - report on WHO Consultation***. Geneva; 1998. (WHO/MSA/MHP/98.2, 2-23).

ZANELATO, M.A. **Termo de Ajustamento de Conduta (TAC): Aspectos Gerais e Polêmicos**. ESMP, Eventos em 2008. São Paulo, 2008. Acesso em: 09 de junho de 2015. Disponível em <http://www.esmp.sp.gov.br/eventos/passados/2008_mpconsumidor_marcoantoniozanellato.pdf>.

ANEXOS

ANEXO I – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP/UFSM



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA
DE PÓS-GRADUAÇÃO E

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: NÚCLEOS DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA NO BRASIL: ESTUDO DA PARTICIPAÇÃO DA FISIOTERAPIA E DA FONOAUDIOLOGIA

Pesquisador: Elenir Fedosse

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 30652514.3.0000.5346

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 685.407

Data da Relatoria: 19/05/2014

Apresentação do Projeto:

Inicialmente como Programa, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) originou-se na reorganização da Atenção Básica (AB) no Brasil, respondendo aos princípios da universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade, cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2012). A ESF é tida como forma de expansão, qualificação e consolidação da AB no país. Trata-se de um estratégia que propicia uma importante relação custo-efetividade por apresentar uma proposta de prestação de serviço de saúde à população- sadios ou doentes, adultos ou crianças- de forma integral, contínua e com qualidade, desenvolvida por uma equipe multiprofissional na própria unidade, nos domicílios e em locais comunitários como creches, asilos, presídios entre outros (BRASIL 2010). A ESF caracteriza- se como a porta de entrada prioritária do Sistema Único de Saúde (SUS) – um sistema de saúde constitucionalmente fundado no direito à saúde e na equidade do cuidado, hierarquizado e regionalizado (BRASIL, 2010). Uma equipe mínima de ESF é composta de cinco a seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS), dois auxiliares de enfermagem, um enfermeiro e um médico. Nesta composição, também estão previstas equipes de saúde bucal com cirurgião dentista, auxiliar ou técnico de saúde bucal (BRASIL, 2010). Somente em 2008, o Ministério da Saúde (MS) reconheceu a importância de

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar

Bairro: Camobi **CEP:** 97.105-970

UF: RS **Município:** SANTA MARIA

Telefone: (55)3220-9362

E-mail: cep.ufsm@gmail.com



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA MARIA/PRÓ-REITORIA
DE PÓS-GRADUAÇÃO E



Continuação do Parecer: 685.407

outros profissionais de saúde na ESF, por meio da Portaria nº 154, criando os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da AB, bem como sua resolubilidade (FONSECA et al., 2007). Entretanto, a inserção dos profissionais de saúde (educador físico, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo, terapeuta ocupacional e médicos de acupuntura, ginecologia, homeopatia, pediatria e psiquiatria), nos NASF, depende do perfil epidemiológico do município/ território, bem como da sensibilidade dos gestores municipais na definição do perfil dos profissionais que farão parte dos núcleos (FONSECA et al., 2007). Este projeto de pesquisa, ocupa-se da participação da Fisioterapia e Fonoaudiologia nos referidos NASF. Possivelmente, a maior ou menor participação desses profissionais se dá por suas especializações ou adequações acadêmicas voltadas para a AB. Nestes termos, tais características podem ser indicio da inserção desses profissionais no NASF. Outra possibilidade seria o fato de as atuais proposições das políticas públicas nacionais como: Promoção à Saúde, Integração à Pessoa com Deficiência, Saúde do Idoso, Saúde Auditiva e Humanização, por exemplo, exigirem a participação de outras especialidades de saúde além da Enfermagem e da Medicina. Seja qual for o motivo, cabe ao gestor municipal decidir quanto à contratação de profissionais visando práticas de integralidade à saúde e de interdisciplinaridade no cuidado da população.

Objetivo da Pesquisa:

GERAL: Analisar os processos de implantação de NASF nos Municípios brasileiros destacando as profissões de Fisioterapia e Fonoaudiologia.

ESPECÍFICOS:

- Caracterizar os tipos de NASF implantados no Brasil.
- Identificar os processos percorridos pelas Secretarias Municipais de Saúde para implantar os NASF;
- Verificar se as contratações das equipes de NASF seguem as regras propostas do caderno de AB do NASF;
- Identificar os critérios de contratação de fisioterapeutas e fonoaudiólogos para atuarem no NASF;
- Averiguar se há mecanismos usados pela gestão e pelos usuários para avaliação e monitoramento do serviço prestado por profissionais dos NASF.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Na nova versão do projeto, foram analisados de maneira adequada.

Endereço: Av. Roraima, 1000- prédio da Reitoria-2º andar
 Bairro: Carnobi CEP: 97.105-970
 UF: RS Município: SANTA MARIA
 Telefone: (55)3220-9362 E-mail: cepufsm@gmail.com



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA
DE POS-GRADUAÇÃO E



Continuação do Parecer: 685407

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Os problemas de digitação talvez tenham sido provenientes de uma desconfiguração do programa utilizado. Em PDF tais problemas não foram evidenciados.

No cronograma apresentado na Plataforma, os dados já estariam sendo coletados antes mesmo da aprovação do projeto (01/06). Sugere-se adequação da data informada na Plataforma. As dúvidas relacionadas a amostra foram sanadas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Cronograma: o do projeto foi reformulado e agora apresenta-se adequado. O da Plataforma precisa ser adequado.

O novo TCLE indicado no projeto, apesar de não ter sido separadamente anexado a Plataforma, foi adequado.

Recomendações :

A única adequação se refere ao ajuste do Cronograma na Plataforma, o que pode ser facilmente realizado pelos pesquisadores e não impede a aprovação do projeto.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências apontadas no parecer anterior foram resolvidas de modo suficiente.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Av. Roraima, 1000-prédio da Reitoria- 2º andar

Bairro: Camobi CEP: 97105-970

UF: RS Município: SANTA MARIA

Telefone: (55)3220-9362

E-mail: cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 685.407

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA MARIA/PRÓ-REITORIA
DE PÓS-GRADUAÇÃO E



SANTA MARIA, 12 de Junho de 2014

Assinado por:
CLAUDEMIR DE QUADROS
(Coordenador)

Endereço: Av. Roraima, 1000-prédio da Reitoria-2º andar
Bairro: Camobi CEP: 97.105-970
UF:RS Município: SANTA MARIA
Telefone: (55)3220-9362 E-mail: cep.ufsm@gmail.com

ANEXO II – Autorização do Ministério da Saúde


MINISTÉRIO DA SAÚDE
Gabinete da Secretaria-Executiva
Esplanada dos Ministérios, Bloco G – 3º andar, sala 319 – 70058-900 Brasília/DF
Telefones: (61) 3315-9264 – Fax: 3315-2816

AUTORIZAÇÃO

Ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria/RS

O Ministério da Saúde tomou conhecimento da pesquisa científica, junto aos Gestores Municipais de Saúde, intitulada "Núcleos de apoio à saúde da família no Brasil: estudo da participação da Fonoaudiologia e da Fisioterapia", a ser realizada pela Fisioterapeuta Patrícia Garmus de Souza Moretti, aluna do Programa de Pós Graduação em Distúrbios da Comunicação da Comunicação Humana, do Centro de Ciências da Saúde – Universidade Federal de Santa Maria – UFSM/RS. Desta forma, não há óbice para a realização da referida pesquisa, ficando autorizada por esta Pasta.

Brasília, 43 de março de 2014.


Héider Aurélio Pinto
Diretor do Departamento de Atenção Básica/SAS/MS

C/C: Drª Elenir Fedosse – Orientadora e Pesquisadora Responsável

Assinatura: [Assinatura]

ANEXO III- Autorização do DATASUS

FormSUSpowered by
FormSUS

Contato com a equipe do FormSUS

Dúvida, Sugestão ou Solicitação:**Resposta:**

Prezada Patricia,
O seu caso é de interesse público. Pode usar o FormSUS.
Bom trabalho.

Atenciosamente,
Ezequiel Pinto Dias
Equipe FormSUS

▮

Controle do Atendimento

Status:

Respondido

Criação : 16/06/2014 17:08:03

Atualização : 17/06/2014 11:22:04

ANEXO IV- Termo de Confidencialidade

TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

Título do projeto: “NÚCLEOS DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA NO BRASIL: ESTUDO DA PARTICIPAÇÃO DA FONOAUDIOLOGIA E DA FISIOTERAPIA”

Pesquisadora responsável: Prof^a. Dr^a. Elenir Fedosse (orientadora)

Pesquisadora: Patrícia Garmus de Souza Moretti (mestranda)

Telefones para contato: (55) 91510973; (54) 81289062 e (54) 30454729.

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria/Depto de Fonoaudiologia/Centro de Ciências da Saúde.

Local da coleta de dados: Municípios brasileiros que possuam NASF.

As pesquisadoras do presente projeto se comprometem em preservar a privacidade dos participantes cujos dados serão coletados a partir de questionário eletônico semi-estruturado.

Os dados levantados serão arquivados sob forma de banco de dados. O material coletado ficará armazenado em um dispositivo de memória eletrônica (*pen drive*) e ficará guardado na Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Avenida Roraima 1000, prédio 26, 4º andar, sala 1418, CEP 97105-900, Bairro Camobi, Santa Maria-RS/Brasil, em armário chaveado da Secretaria do Programa de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana, durante cinco anos.

O material também ficará hospedado no ambiente de servidores do DATASUS e salvo em computador marca Lenovo e em um *Tablet* marca Samsung, materiais pessoais da pesquisadora Patrícia Garmus de Souza Moretti, pelo mesmo período. Após decorridos cinco anos, os equipamentos eletrônicos serão formatados, exceto o material hospedado no DATASUS.

As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima sob responsabilidade da Profa. Dra. Elenir Fedosse.

Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM em/...../....., com o número do CAAE

Santa Maria (RS), ____/____/____.

Prof^a. Dr^a. Elenir Fedosse

SIAPE: 01713454

ANEXO V – Histórico da Cobertura da Saúde da Família

29/04/2015

DAB - Atenção Básica - PSF - Saúde da Família - Atenção Primária

MS/SAS/ Departamento de Atenção Básica - DAB

Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal

Unidade Geográfica: Brasil

Competência: Outubro de 2014

Região	UF	Estado	Equipe de Saúde Bucal	Núcleo de Apoio à Saúde da Família		
			Modalidade I	Nasf Tipo 1	Nasf Tipo 2	Nasf Tipo 3
			Credenciadas pelo Ministério da Saúde	Implantadas	Implantadas	Implantadas
CENTRO-OESTE	DF	DISTRITO FEDERAL	147	7	0	0
	GO	GOIÁS	1.034	64	32	59
	MT	MATO GROSSO	398	13	17	13
	MS	MATO GROSSO DO SUL	820	30	19	10
	Qtde de Estados		4	2.399	114	68
NORDESTE	AL	ALAGOAS	650	85	28	11
	BA	BAHIA	2.430	229	78	7
	CE	CEARÁ	1.697	176	32	0
	MA	MARANHÃO	1.416	119	19	4
	PB	PARAÍBA	1.305	143	50	70
	PE	PERNAMBUCO	1.720	186	30	0
	PI	PIAUÍ	1.523	84	56	91
	RN	RIO GRANDE DO NORTE	1.217	72	35	50
	SE	SERGIPE	449	23	6	2
Qtde de Estados		9	12.407	1.117	334	235
NORTE	AC	ACRE	135	16	4	1
	AP	AMAPÁ	229	18	2	0
	AM	AMAZONAS	503	49	4	2
	PA	PARÁ	698	79	10	1
	RO	RONDÔNIA	237	11	2	0
	RR	RORAIMA	83	4	1	0
	TO	TOCANTINS	368	15	18	66
Qtde de Estados		7	2.253	192	41	70
SUDESTE	ES	ESPÉRITO SANTO	524	10	8	1
	MG	MINAS GERAIS	2.773	316	145	153
	RJ	RIO DE JANEIRO	1.422	118	1	0
	SP	SÃO PAULO	3.584	195	26	46
Qtde de Estados		4	8.303	639	180	200
SUL	PR	PARANÁ	1.255	99	50	43
	RS	RIO GRANDE DO SUL	1.055	36	18	38
	SC	SANTA CATARINA	1.168	83	43	78
Qtde de Estados		3	3.478	218	111	159

http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php

29/04/2015

DAB - Atenção Básica - PSF - Saúde da Família - Atenção Primária

Total Geral	27	28.840	2.280	734	746
-------------	----	--------	-------	-----	-----

Fonte: MS/SAS/DAB e IBGE.

Obs: A Nota Técnica contém informações a respeito da origem dos dados e a descrição detalhada dos campos utilizados.

APÊNDICES

APÊNDICE I – Carta de Apresentação

CARTA DE APRESENTAÇÃO

Venho por meio desta, apresentar a Fisioterapeuta Patrícia Garmus de Souza Moretti, aluna do Programa de Pós Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana (PPGDCH) em nível de mestrado, do Centro de Ciências da Saúde (CCS) - Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), com a finalidade de solicitar a autorização para a realização de uma pesquisa científica, intitulada “NÚCLEOS DE APOIO A SAUDE DA FAMÍLIA NO BRASIL: ESTUDO DA PARTICIPAÇÃO DA FONOAUDIOLOGIA E DA FISIOTERAPIA”, com os Gestores Municipais de Saúde.

Esta pesquisa tem por objetivo principal analisar os processos de implantação de NASF nos Municípios brasileiros destacando as profissões de Fisioterapia e Fonoaudiologia.

Será aplicado um questionário, enviado ao email institucional dos Gestores Municipais de Saúde cujas cidades possuam NASF.

Visando atender o objetivo principal da pesquisa os dados serão tratados estatisticamente e analisados.

Esperamos que este estudo traga informações importantes sobre os processos de implementação dos NASF nos municípios brasileiros favorecendo a ampliação destes núcleos e assim qualificando a Atenção à Saúde no País. Este estudo será realizado sem fins lucrativos e sem custos para os participantes.

Os nomes dos participantes do estudo não serão divulgados, assegurando assim, o caráter confidencial das informações obtidas durante essa pesquisa. A mestrandia ficará a disposição para maiores esclarecimentos a respeito do referido estudo, caso se faça necessário, pelo telefone (54) 81289062 ou (54) 30454729. Dessa forma, aguardo retorno por escrito a respeito dessa solicitação.

Atenciosamente,

Santa Maria, _____ de 20 ____.

Prof^a. Dra. Elenir Fedosse (Orientadora e Pesquisadora Responsável)

APÊNDICE II - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Título da Pesquisa: “NÚCLEOS DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA NO BRASIL: ESTUDO DA PARTICIPAÇÃO DA FISIOTERAPIA E DA FONOAUDIOLOGIA”

Nome das Pesquisadoras: Patrícia Garmus de Souza Moretti, fisioterapeuta e mestrande do Programa de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), orientada pela Professora Doutora do Departamento de Fonoaudiologia e do Programa de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) – Elenir Fedosse.

Esta pesquisa ocupa-se da participação da Fisioterapia e da Fonoaudiologia nas equipes de NASF do Brasil.

Objetivo geral: analisar os processos de implantação de NASF nos municípios do Brasil destacando as profissões de Fisioterapia e Fonoaudiologia.

Objetivos específicos: caracterizar os tipos de NASF implantados no Brasil; identificar os processos percorridos pelas Secretarias Municipais de Saúde brasileiras para implantar os NASF; verificar se as contratações das equipes de NASF seguem as regras propostas do caderno de Atenção Básica do NASF; identificar os critérios de contratação de fisioterapeutas e fonoaudiólogos para atuarem no NASF; averiguar se há mecanismos usados pela gestão e pelos usuários para avaliação e monitoramento do serviço prestado por profissionais dos NASF.

Participantes da pesquisa: Gestor(a)s de saúde dos municípios com NASF implantados no Brasil.

Envolvimento na pesquisa: ao participar deste estudo o senhor(a) responderá a um questionário através da Plataforma FormSUS. Convém ressaltar que o(a) senhor(a) tem a liberdade de recusar sua participação em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo para o senhor(a) ou secretária de sua responsabilidade. Sempre que quiser poderá pedir informações sobre a pesquisa

pelo telefone da coordenadora da pesquisa – Profa Elenir Fedosse – pelo telefone (55) 91510973, e-mail: efedosse@gmail.com, ou da mestranda – Patrícia Garmus de Souza Moretti – pelos telefones (54) 81289062 ou (54) 30454729, email: patricia.garmus@gmail.com ou pesquisanasf@mail.ufsm.br; se necessário, poderá também solicitar esclarecimentos pelo telefone do Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM, por meio do telefone (55)32209362.

Instrumento de Coleta: Questionário Eletrônico (a ser respondido visando evidenciar os objetivos acima identificados).

Armazenamento de dados: O material coletado ficará armazenado em um dispositivo de memória eletrônica (*pen drive*) e ficará guardado na Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Avenida Roraima 1000, prédio 26, 4º andar, sala 1418, CEP 97105-900, Bairro Camobi, Santa Maria-RS, Brasil, em armário chaveado da secretaria do Programa de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana durante cinco anos. O material também ficará hospedado no ambiente de servidores do DATASUS e salvos em computador marca Lenovo e em um Tablet marca Samsung, materiais pessoais da pesquisadora Patrícia Garmus de Souza Moretti, pelo mesmo período. Após decorridos os cinco anos, os equipamentos eletrônicos serão formatados, assim como o material hospedado no DATASUS.

Riscos e benefícios: Os participantes poderão estar expostos ao risco mínimo de leve desconforto (devido a extensão do questionário) ou constrangimentos/desconfortos (por recordatório relativos ao tema tratado).

Os benefícios apresentados pela pesquisa estarão relacionados à discussão dos desafios enfrentados pelos gestores nos processos de implantação dos NASF nos municípios brasileiros favorecendo a troca de conhecimentos e dificuldades enfrentadas entre os mesmos.

Benefícios: ao participar desta pesquisa o(a) senhor(a) não terá nenhum benefício direto. Entretanto, esperamos que este estudo traga informações importantes sobre os processo de implementação dos NASF nos municípios brasileiros favorecendo a ampliação destes núcleos e assim qualificando a atenção à saúde no Estado.

Ônus financeiro: Esse estudo será realizado sem fins lucrativos e sem custos para os participantes.

Confidencialidade: todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Somente as pesquisadoras terão conhecimento da origem dos dados e, neste sentido, ao divulgá-los em eventos e artigos científicos será preservada a identidade de todos os participantes da pesquisa.

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre e esclarecida. A RESPOSTA DE SEU EMAIL SERÁ ENTENDIDA COMO SEU CONSENTINDO EM PARTICIPAR DESTA PESQUISA, como também autoriza a publicação, em meio acadêmico, das informações coletadas neste estudo.

Local _____(RS),_____/_____/_____.

Qualquer dúvida entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-

UFSM):

Avenida Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria - 7º andar - Sala 702

Cidade Universitária - Bairro Camobi 97105-900 - Santa Maria - RS

Tel.: (55)32209362 - e-mail: comiteeticapesquisa@mail.ufsm.br

APÊNDICE III- Instrumento de Coleta de Dados

QUESTIONÁRIO AOS(AS) GESTORES(AS)

**Dados Pessoais****1 Ano de Nascimento****2 Estado (onde nasceu)****3 Sexo**

1 Masculino

2 Feminino

Escolaridade**4 Escolaridade**

1 Ensino Fundamental Incompleto

2 Ensino Fundamental

3 Ensino Médio

4 Ensino Médio Técnico

5 Ensino Superior

6 Ensino Superior Incompleto

7 Ensino Superior - Especialização

8 Mestrado

9 Doutorado

5 Técnico em:

1 Técnico em enfermagem

2 Técnico em Agente Comunitário de Saúde

3 Técnico em Controle Ambiental

4 Técnico em Gerencia de Saúde

5 Técnico em Vigilância em Saúde

6 Técnico em Gestão Hospitalar

7 Técnico em Gestão Pública

8 Outros

6 Superior em

1 Saúde

2 Administração

3 Outros

7 Graduação em:

1 Saúde Coletiva

2 Saúde Pública

3 Enfermagem

4 Medicina

5 Fisioterapia

6 Fonoaudiologia

7 Terapia Ocupacional

8 Psicologia

9 Superior de Tecnologia em Gestão Hospitalar

10 Tecnologia em Gestão Pública

11 Outros

8 Administração em:

**Dados
Institucionais**

- 1 Administração de Empresas
- 2 Gestão Pública
- 3 Outros
- 9 Mestrado em:**
 - 1 Saúde
 - 2 Administração/Gestão Pública
 - 3 Outros
- 10 Doutorado em:**
 - 1 Saúde
 - 2 Administração/Gestão Pública
 - 3 Outros
- 11 Estado**

Ver folha de estados
- 12 Município**

Municípios do Brasil
- 13 Já exerceu função de Gestor de Saúde antes?**
 - 1 Não
 - 2 Sim
- 14 Tipo de função**
 - 1 Gestor Federal de Saúde
 - 2 Gestor Estadual de Saúde
 - 3 Gestor Municipal de Saúde
 - 4 Organização da sociedade civil de interesse público (OSCIP)
 - 5 Organização Social
 - 6 Serviço Social Autônomo (paraestatal)
 - 7 Fundação de Apoio
 - 8 Fundação Privada
 - 9 Empresa de Propósito Específico(EPE)
 - 10 Associações ou Concessionárias
 - 11 Gestor de Figuras Jurídicas que não realiza atividade de interesse público
 - 12 Gestor de Figura Física
 - 13 Gestor Autônomo
- 15 Há quanto tempo exerce a função de gestor(a) municipal de saúde?**
 - 1 Há menos de um ano
 - 2 Há mais de um ano
- 16 Número de NASF 1 existente(s) na cidade onde é gestor(a):**
 - 0 0
 - 1 1
 - 2 2
 - 3 3
 - 4 4
 - 5 5
 - 6 Mais de 5
- 17 Como foram definidas as categorias profissionais que compõem este NASF 1?**
 - 1 Indicação de amigos
 - 2 Elaboração de projeto por demanda epidemiológica
 - 3 Por disponibilidade/aproveitamento de profissionais
 - 4 Outras
- 18 Em relação a implantação do(s) NASF 1 nesta cidade o senhor(a):**
 - 1 Não teve participação
 - 2 Participou do projeto e da implantação
 - 3 Participou só do projeto
 - 4 Participou só da implantação

- 19 Foi utilizado fomento do Ministério da Saúde para elaboração e/ou implantação do(s) NASF 1?**
- 1 Sim
 - 2 Não
 - 3 Não sei
- 20 Número de NASF 2 existente(s) na cidade onde é gestor(a):**
- 0 Nenhum
 - 1 1
 - 2 2
 - 3 3
 - 4 4
 - 5 5
 - 6 Mais de 5
- 21 Como foram definidas as categorias profissionais que compõem este NASF 2?**
- 1 Indicação de amigos
 - 2 Elaboração de projeto por demanda epidemiológica
 - 3 Por disponibilidade/aproveitamento de profissionais
 - 4 Outras
- 22 Em relação a implantação do(s) NASF 2 nesta cidade o senhor(a):**
- 1 Não teve participação
 - 2 Participou do projeto e da implantação
 - 3 Participou só do projeto
 - 4 Participou só da implantação
- 23 Foi utilizado fomento do Ministério da Saúde para elaboração e/ou implantação do(s) NASF 2?**
- 1 Sim
 - 2 Não
 - 3 Não sei
- 24 Número de NASF 3 existente(s) na cidade onde é gestor(a):**
- 0 Nenhum
 - 1 1
 - 2 2
 - 3 3
 - 4 4
 - 5 5
 - 6 Mais de 5
- 25 Como foram definidas as categorias profissionais que compõem este NASF 3?**
- 1 Indicação de amigos
 - 2 Elaboração de projeto por demanda epidemiológica
 - 3 Por disponibilidade/aproveitamento de profissionais
 - 4 Outras
- 26 Em relação a implantação do(s) NASF 3 nesta cidade o senhor(a):**
- 1 Não teve participação
 - 2 Participou do projeto e da implantação
 - 3 Participou só do projeto
 - 4 Participou só da implantação
- 27 Foi utilizado fomento do Ministério da Saúde para elaboração e/ou implantação do(s) NASF 3?**
- 1 Sim
 - 2 Não
 - 3 Não sei
- 28 Em sua opinião, qual(is) da(s) proposição(ões) abaixo acarretam maior dificuldade para implantar um NASF?**
- 1 Elaboração do projeto

**Número de
profissionais que
atuam no(s) NASF
desta cidade?**

- 2
- 3 Definir o processo de trabalho das equipes do NASF segundo o Pacto de Atenção Básica
- 3 Definir o tipo de NASF a ser implantado
- 4 Definir os profissionais que compõem as equipes NASF
- 5 Definir o processo de avaliação do trabalho das equipes NASF
- 6 Definir o espaço físico onde o NASF funcionará
- 7 Propor como os usuários serão referenciados aos NASF
- 8 Outras
- 29 Da elaboração do projeto**
 - 1 Falta de dados de como devem ser os passos do projeto
 - 2 O excesso de etapas
 - 3 Obter diagnóstico epidemiológico
 - 4 Realização estimativa da população residente em área geográfica a ser coberta pela equipe do NASF
 - 5 Morosidade por parte das instâncias superiores
 - 6 Falta de participação popular
- 30 Enfermeiros**

0-
30
- 31 Médico ginecologista**

0-
30
- 32 Médico pediatra**

0-
30
- 33 Médico homeopata**

0-
30
- 34 Médico acupunturista**

0-
30
- 35 Fisioterapeuta**

0-
30
- 36 Terapeuta ocupacional**

0-
30
- 37 Fonoaudiólogo**

0-
30
- 38 Odontólogo**

0-
30
- 39 Educador Físico**

0-
30
- 40 Psicólogo**

0-
30
- 41 Sanitarista**

0-
30
- 42 Outros Especialistas**

0-
30

Outro Grupo**43 O(a) Senhor(a) participou da contratação desses profissionais?**

- 1 Sim
- 2 Não

44 De quais?

- 1 Enfermeiro
- 2 Médico ginecologista
- 3 Médico pediatra
- 4 Médico homeopata
- 5 Médico acupunturista
- 6 Fisioterapeuta
- 7 Terapeuta ocupacional
- 8 Fonoaudiólogo
- 9 Odontólogo
- 10 Educador Físico
- 11 Psicólogo
- 12 Sanitarista
- 13 Outros especialistas
- 14 de todos

45 Quanto ao critério de contratação especificamente de Fisioterapeuta.

- 1 Não houve contratação
- 2 Houve contratação

46 Contratação de Fisioterapeuta por:

- 1 Concurso Público
- 2 Concurso Público e análise de curriculum
- 3 Processo seletivo por curriculum
- 4 Procura do profissional que apresentou projeto de indicadores que evidenciasse a necessidade de sua contratação
- 5 Indicação
- 6 Definição pelo conselho municipal de saúde
- 7 Outra

47 Quanto ao critério de contratação especificamente de Fonoaudiólogo.

- 1 Não houve contratação
- 2 Houve contratação

48 Contratação de Fonoaudiólogo por:

- 1 Concurso Público
- 2 Concurso Público e análise de curriculum
- 3 Processo seletivo por curriculum
- 4 Procura do profissional que apresentou projeto de indicadores que evidenciasse a necessidade de sua contratação
- 5 Indicação
- 6 Definição pelo conselho municipal de saúde
- 7 Outra

49 Em relação a sua gestão está previsto processo seletivo para:

- 1 Enfermeiro
- 2 Médico ginecologista
- 3 Médico Pediatra
- 4 Médico Homeopata
- 5 Médico Acupunturista
- 6 Fisioterapeuta
- 7 Terapeuta ocupacional
- 8 Fonoaudiólogo
- 9 Odontólogo
- 10 Educador Físico
- 11 Psicólogo

- 12 Sanitarista
 - 13 Outros Especialistas
 - 14 Não esta previsto
- 50 O critério de contratação será o mesmo para todos os candidatos?**
- 1 Sim
 - 2 Não
- 51 Qual será o critério de contratação dos profissionais?**
- 1 Concurso público por prova de pontos
 - 2 Concurso público por prova de pontos e prova de títulos
 - 3 Seleção por currículo
 - 4 Oferta do profissional que apresentou projeto ou indicadores de demanda que evidenciasse a necessidade de sua contratação
 - 5 Indicação
 - 6 Outro
- 52 Na sua opinião a quantidade atual de profissionais atuantes nas equipes de NASF é Suficiente para:**
- 1 Enfermeiros
 - 2 Medico Ginecologista
 - 3 Medico pediatra
 - 4 Medico homeopata
 - 5 Medico acupunturista
 - 6 Fisioterapeuta
 - 7 Terapeuta ocupacional
 - 8 Fonoaudiólogo
 - 9 Odontólogo
 - 10 Educador físico
 - 11 Psicólogo
 - 12 Sanitarista
- 53 Insuficiente para:**
- 1 Enfermeiros
 - 2 Medico Ginecologista
 - 3 Medico pediatra
 - 4 Medico homeopata
 - 5 Medico acupunturista
 - 6 Fisioterapeuta
 - 7 Terapeuta ocupacional
 - 8 Fonoaudiólogo
 - 9 Odontólogo
 - 10 Educador físico
 - 11 Psicólogo
 - 12 Sanitarista
- 54 Existe(m) mecanismo(s) usados pela gestão para avaliar e/ou monitorar os serviços prestados no NASF?**
- 1 Sim
 - 2 Não
- 55 Existe(m) mecanismo(s) de avaliação popular (pelos usuários) dos serviços prestados por profissionais do NASF?**
- 1 Sim
 - 2 Não
- 56 O senhor(a) recebe queixas em relação a falta de profissionais das equipes de NASF?**
- 1 Nunca
 - 2 Com muita frequência
 - 3 Com pouca frequência
- 57 Muita de quais profissionais?**

- 1 Enfermeiros
- 2 Medico Ginecologista
- 3 Medico pediatra
- 4 Medico homeopata
- 5 Medico acupunturista
- 6 Fisioterapeuta
- 7 Terapeuta ocupacional
- 8 Fonoaudiólogo
- 9 Odontólogo
- 10 Educador físico
- 11 Psicólogo
- 12 Sanitarista
- 13 Outros Especialistas

58 Pouca de quais profissionais?

- 1 Enfermeiros
- 2 Medico Ginecologista
- 3 Medico pediatra
- 4 Medico homeopata
- 5 Medico acupunturista
- 6 Fisioterapeuta
- 7 Terapeuta ocupacional
- 8 Fonoaudiólogo
- 9 Odontólogo
- 10 Educador físico
- 11 Psicólogo
- 12 Sanitarista
- 13 Outros Especialistas

- 59 Senhor(a) Gestor(a): Gostaríamos de agradecer sua participação! Após clicar em gravar VOSSA SENHORIA NOS FARÁ ENTENDER QUE ESTÁ CONSENTINDO EM PARTICIPAR DESTA PESQUISA, COMO TAMBÉM AUTORIZA A PUBLICAÇÃO EM MEIO ACADÊMICO DAS INFORMAÇÕES COLETADAS.**

- 1 Li e entendi