



Modelo, processo de trabalho e saúde da família

Maria José Cabral Grillo

MODELO, PROCESSO DE TRABALHO E SAÚDE DA FAMÍLIA

Desde a Constituição Federal de 1988, quando foi aprovado o Sistema Único de Saúde (SUS) e seus princípios, o Ministério da Saúde (MS) tem envidado esforços em prol de sua implantação, implementação e consolidação. A implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF) em todos os municípios brasileiros, bem como a capacitação dos profissionais de saúde para que possam operacionalizar a estratégia faz parte deste esforço.

Busca-se, assim, uma forma nova de propiciar saúde, tendo a família como centro de atenção e não somente o indivíduo doente. Nesta nova visão é necessário que se conheçam aspectos específicos, como a estrutura e funcionalidade das famílias, visando o desenvolvimento de intervenções positivas no processo de saúde/doença dos indivíduos (ROSA E LABATE, 2005). Portanto, a ESF tem como **finalidade** melhorar o estado de saúde da população mediante a construção de um modelo assistencial baseado em promoção, proteção, diagnóstico precoce, tratamento e recuperação da saúde, em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS.

De onde vem esta ideia?

Na Conferência de Alma-Ata, ocorrida em 1978 no Casaquistão, a Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou o seu programa Saúde para todos no ano 2000, baseado no conceito de cuidados primários em saúde, já abordado por americanos e ingleses no começo do século XX (FARIA *et al.*, 2010). O Programa tinha como base uma nova filosofia que implicaria em uma reorientação dos serviços de saúde. A ênfase era na prevenção das doenças e na promoção da saúde.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - HISTÓRICO

Na área de saúde tem sido fundamental, para a mudança do modelo de atenção, a valorização da educação *na vida familiar, na convivência humana, no trabalho, nos movimentos sociais e organizações da sociedade civil e nas manifestações culturais*. Isso porque a mudança de um modelo de atenção com foco na doença para um modelo com foco na saúde requer um grande esforço para a mudança de hábitos e costumes, da população em geral e dos profissionais de saúde em particular. A mudança só ocorrerá com um processo amplo de educação permanente, pois raramente se abandona uma crença partilhada pelos pares por uma verdade que pode implicar distanciamento do daquele grupo. A **cultura** é um componente forte nas interações sociais.

O **modelo** que está sendo implementado no Brasil tem relação com um Movimento denominado Reforma Sanitária Brasileira, inspirado em experiências de outros países e nas discussões da Conferência de Alma-Ata, e seus princípios foram formalizados na Constituição Federal de 1988.

Dois anos antes da aprovação da Constituição, em momento intenso de discussão, aconteceu a VIII Conferência Nacional de Saúde, em Brasília/DF. Esta Conferência fortaleceu o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira e possibilitou a criação de um sistema de saúde universal, descentralizado, hierarquizado, com comando único em cada nível de governo, entre outros princípios estabelecidos na Constituição de 1988. Posteriormente, no ano de 1990, foi sancionada a Lei Federal nº 8.142/90, que regulamentou o financiamento e o controle social do SUS.

NÃO SE ESQUEÇA: No Brasil “saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988, Art. 196 – Constituição Federal).

Consequentemente, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi estabelecido tendo como referência a definição Constitucional de que “As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as diretrizes de: descentralização, atendimento integral e participação da comunidade” (BRASIL, 1988, art. 198). Uma rede que deve ser acessada por todos (acesso universal) e igualitário (BRASIL, 1988).

Em 1990 foi publicada a Lei 8.080, Lei Orgânica da Saúde, que regulamenta a organização do SUS. Esta organização está baseada na descentralização das ações e políticas de saúde, tratando das condições de promoção, proteção e recuperação da saúde, alcançando, assim, o atendimento efetivo à população (BRASIL, 1990a).

A Lei 8.142, também publicada em 1990, confirma a necessidade da participação da comunidade no acompanhamento das políticas e ações de saúde, criando os conselhos de saúde e as conferências de saúde (BRASIL, 1990b).

Desde a criação do SUS, em 1988, o Ministério da Saúde vem utilizando vários instrumentos para a efetivação de sua consolidação e consequente (re)organização dos serviços de saúde no país (SCOREL *et al.*, 2007). Uma delas é a Estratégia Saúde da Família (ESF) que foi implementada em 1994 (BRASIL, 1997), inicialmente com a nomenclatura de Programa Saúde da Família (PSF), passando, a partir de 1999, a ser denominada e disseminada como uma estratégia (SCOREL *et al.*, 2007).

Para o Ministério da Saúde brasileiro

A Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade (BRASIL, 2011a, p. 1).

SAÚDE DA FAMÍLIA

A Estratégia Saúde da Família apresenta, como um dos propósitos, incorporar a família, bem como seu ambiente físico e social como **objeto** das ações em saúde. Isso implica na ampliação da compreensão do processo saúde-doença e das competências para intervenção por parte dos profissionais de saúde, pois vai além do desenvolvimento de práticas curativas. Significa romper com o paradigma flexneriano e interferir na **cultura institucional**.

Cabe ressaltar, também, que a ESF, ao fundamentar-se nos princípios do SUS de universalidade, integralidade e equidade, é um modelo que reconhece o direito de cidadania e propõe respostas às demandas heterogêneas dos diferentes grupos sociais.

Para tanto é preciso abordagem multidisciplinar, processos diagnósticos de realidade, planejamento das ações e organização do **processo de trabalho**, compartilhamento do processo decisório, além do estímulo ao exercício do controle social (BRASIL, 1997).

É importante registrar que a adoção da estratégia de Saúde da Família como política prioritária de atenção básica, por sua conformação e **processo de trabalho**, compreende as condições mais favoráveis para a abordagem das doenças crônicas não transmissíveis, dentre elas a Hipertensão Arterial e o Diabetes *Mellitus*.

TRABALHO EM EQUIPE

O trabalho em equipe é uma forma de desenvolver atividades em grupo com todos os membros tendo o mesmo **objetivo ou finalidade**, ou seja, melhorar a qualidade e a efetividade das atividades. Portanto, os objetivos serão alcançados de forma

compartilhada. Em uma equipe de saúde da família isso é fundamental, visto que as atividades são articuladas e pensadas coletivamente melhorando, assim, a assistência a ser oferecida ao usuário do serviço.

No Quadro 1 é possível identificar parâmetros utilizados por PEDUZZI (2000) para caracterizar uma equipe ideal, que ela denomina *Equipe integração*, e uma equipe em que as pessoas se juntam em um mesmo espaço de trabalho, que ela denomina Equipe agrupamento.

QUADRO 1 – Correlação entre dois tipos de equipe a partir de alguns parâmetros.

Parâmetros	Equipe integração	Equipe agrupamento
Comunicação externa ao trabalho		X
Comunicação estritamente pessoal		X
Comunicação intrínseca ao trabalho	X	
Projeto assistencial comum	X	
Diferenças técnicas entre trabalhos especializados	X	X
Arguição da desigualdade de trabalhos especializados	X	
Especificidades do trabalho especializado	X	X
Flexibilidade da divisão do trabalho	X	
Autonomia técnica de caráter interdependente	X	
Autonomia técnica plena		X
Ausência de autonomia técnica		X

Fonte: PEDUZZI, 2000

Realizar um trabalho em equipe de modo integrado significa articular diferentes processos de trabalhos correlacionados tendo como base certo conhecimento acerca do trabalho do outro e reconhecer a necessidade do conhecimento do outro na produção de resultados positivos; é garantir comunicação eficiente, e reduzir as barreiras entre as fronteiras de

conhecimentos e competências; é, principalmente, construir consensos quanto às **finalidades, objetivos e resultados** a serem alcançados pela equipe e ter um **projeto assistencial comum**. Ainda, significa construir uma interação entre os **agentes do processo de trabalho**, cuidando das relações interpessoais, gerenciando conflitos e construindo entendimento e compreendendo, ao mesmo tempo, a interdependência da autonomia técnica e a especificidade da divisão do trabalho.

Inicialmente formada por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde, à equipe da estratégia Saúde da Família têm sido incorporados outros profissionais. Isto tem ocorrido de forma isolada, por iniciativas de gestores municipais, como, também por meio de induções do Ministério da Saúde.

Em janeiro de 2004, o Ministério da Saúde elaborou o documento *Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal*, com o intuito de reorganizar a atenção em saúde bucal em todos os níveis de atenção e para o desenvolvimento de ações intersetoriais. Em 2011, por meio da Portaria nº 2488 de 2011, para a vigorar a recomendação de que os profissionais de Saúde Bucal estejam vinculados a uma Equipe de Estratégia Saúde da Família e compartilhem a gestão e o processo de trabalho da equipe tendo responsabilidade sanitária pela mesma população e território.

Outro momento de ampliação da possibilidade de um trabalho multiprofissional ocorre quando o Ministério da Saúde, por meio da Portaria Nº 154, de 24 de janeiro de 2008 (BRASIL, 2008), criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Os NASF têm o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização (BRASIL, 2008, art. 1º).

Quanto à constituição, o NASF pode ser classificado em duas modalidades: NASF1 e NASF2. O NASF1 deverá ser composto por, no mínimo, cinco profissionais de nível superior de ocupações não-coincidentes: Médico Acupunturista; Assistente Social;

Profissional de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra e Terapeuta Ocupacional; o NASF2 deverá ser composto por no mínimo três profissionais de nível superior de ocupações não-coincidentes, entre elas: Assistente Social; Profissional de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Nutricionista; Psicólogo e Terapeuta Ocupacional (BRASIL, 2008, art. 3º).

Existem evidências de que a ESF possibilitou diversos avanços na atenção à saúde, como melhoria dos níveis de saúde da população, redução da mortalidade infantil, aumento na esperança de vida ao nascer e vinculação dos usuários a uma equipe, o que permite maior e melhor acompanhamento dos mesmos, entre outros (BRASIL, 2006). Porém, ainda se observam dificuldades, tanto estruturais quanto relacionadas ao processo de trabalho desenvolvido pelas equipes envolvidas com a ESF. Muito ainda é preciso fazer!

REFERÊNCIAS

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos jurídicos. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, 1990; 20 set.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos jurídicos. **Lei nº 8.142**, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providência. Diário Oficial da União, Brasília, 31 dez. 1990.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 154**, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos

de Apoio à Saúde da Família – NASF. Brasília: Ministérios da Saúde. **D.O.U.** nº 43, de 04/03/2008, Seção 1, fls. 38 a 42.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008 - (Cadernos de Atenção Básica; 17) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Sistema de informação da atenção básica**: SIAB. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011.

_____. Lei 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS: avanços e desafios**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2006.

_____. Senado Federal. Secretaria Especial de Editoração e Publicações. Subsecretaria de Edições Técnicas. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Secretaria Especial de Editoração e Publicações. Subsecretaria de Edições Técnicas. 1988. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/sf/legislacao/const/>. Acesso em: 10 set. 2010.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990a. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 20 de setembro de 1990a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/l8080.htm>. Acesso em: 10 set 2010.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990b. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 31 dezembro de 1990b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm> Acesso: 12 set 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Coordenação de Saúde da Comunidade, Secretaria de Assistência à Saúde, Ministério da Saúde; 1997. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf>. Acesso em: 08 ago 2010.

ESCOREL, S. *et al.* O Programa Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Rev. Panam. Salud Publica**, Washington, EUA, v. 21, n. 2, p. 164-176, 2007.

FARIA, Horácio Pereira *et al.* **Unidade didática I: organização do processo de trabalho na atenção básica à saúde**. Práticas pedagógicas em saúde e tecnologias para abordagem do indivíduo, da família e da comunidade. Belo Horizonte: Editora UFMG; NESCON/UFMG, 2009. 4 v. 72p. (Educação a Distância).

PEDUZZI, Marina. Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 4, n. 6, Feb. 2000 Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832000000100016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 mar. 2014.

ROSA, W. A. G., LABATE, R. C. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Rev Latino-am Enfermagem**, São Paulo, v.13, n. 06, p. 1027-34, 2005.

