

SAÚDE DA FAMÍLIA NO BRASIL

Thiago Araújo Mendonça

Graduado em Enfermagem pela Faculdade Metropolitana São Carlos - FAMESC, Bom Jesus do Itabapoana-RJ, E-mail: tharaujo@oi.com.br

Monique Bessa de Oliveira Prucoli

Docente do Curso de Enfermagem da Faculdade Metropolitana São Carlos – FAMESC, Bom Jesus do Itabapoana-RJ, E-mail: moniquebessauff@yahoo.com.br

Resumo

O Programa Saúde da Família (PSF), adotado em 1994, surge como uma importante estratégia de reorganização da saúde no Brasil. O presente trabalho objetiva conhecer o funcionamento da Estratégia Saúde da Família no Brasil e sua praticabilidade. E para tanto, nos atentaremos para descrever sobre o que consiste a Estratégia Saúde da Família, no sentido de aprofundar sobre sua implantação e funcionamento, identificando se as atribuições dos profissionais que compõe a equipe são implementadas conforme o Ministério da Saúde preconiza. A metodologia utilizada nesse estudo se baseia na abordagem avaliativa em uma revisão de literatura, de forma prospectiva e descritiva que se fez apoiada em editoriais do Ministério da Saúde e em buscas eletrônicas de revistas e periódicos científicos com publicações seriadas, organizados através de índices nas bases de dados da Biblioteca Virtual da Saúde. A Estratégia Saúde da Família apresenta grande capacidade de se tornar um sistema eficaz para encarar as vulnerabilidades da saúde no Brasil, visto que superar as vulnerabilidades necessita de competência e coragem para modificar as dificuldades no âmbito das práticas já existentes com a perspectiva de fortalecimento da Atenção Primária à Saúde nos municípios por meio do aumento do nível de formação das equipes que nela trabalham.

Palavras-chave: Saúde da Família; Estratégia Saúde da Família; Enfermeiro.

Abstract

The Family Health Program (FHP), adopted in 1994, emerges as an important strategy for the reorganization of the health in Brazil. The present work aims to understand the operation of the Family Health Strategy in Brazil and its practicability. And so, we look with attention to describe what is the Family Health Strategy, in order to deepen on their deployment and operation, identifying whether the assignments of professionals that comprise the team are implemented according to the Ministry of Health recommends. The methodology used in this study is based on a qualitative approach in a literature review, a prospective and descriptive which was supported in the editorial of the Ministry of Health and in searches of electronic

magazines and scientific journals with serialized publications, organized by means of indices in the data bases of the Virtual Library of Health. The Family Health Strategy has a great ability to become an effective system to face the vulnerabilities of health in Brazil, since overcome vulnerabilities requires competence and courage to modify the difficulties in the context of the already existing practice with a view to strengthening primary health care in municipalities through the increase in the level of training of teams who work in it.

Keywords: Family Health; Family Health Strategy; Nurse.

INTRODUÇÃO

A atenção básica é marcada por várias ações de saúde, tendo como objetivo atender de forma individual ou coletiva os usuários, priorizando a promoção e proteção da saúde, o diagnóstico, tratamento, prevenção, a reabilitação, de forma integralista, buscando modificar a situação determinante e condicionante da saúde da coletividade. A Rede de Atenção à Saúde é principal porta de entrada dos usuários, referenciado pelos princípios do Sistema Único de Saúde - SUS, como a universalidade, acessibilidade, continuidade do cuidado, o vínculo, equidade, a humanização, a integralidade e envolvimento e a participação comunitária. Logo, a atenção básica, deve buscar realizar a atenção integral ao usuário em sua particularidade e inserção sociocultural (BRASIL, 2012).

Visando melhor custo benefício e buscando a excelência no atendimento, com o objetivo de qualificar, consolidar e expandir a atenção básica, o Programa Saúde da Família (PSF), adotado em 1994, é uma importante estratégia da política de assistência básica em saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) tendo como proposta que uma equipe acompanhe um número definido de famílias, localizadas em áreas geográficas delimitada, da comunidade (MACHADO, 2006).

Segundo Barros (2014), antes a saúde era privilégio somente para os trabalhadores de carteira assinada ou de tinha poder aquisitivo para pagar. Já na metade da década de 80, parte dos cidadãos eram excluídos e poucos tinham assistência as Santas Casas de Misericórdia, porém, somente com “Reforma Sanitária Brasileira”, todas as pessoas passaram a ter direito a saúde, de acordo com constituição Federal de 1988, obrigando o Estado a garantir saúde a todos (BARROS, 2014).

Dois anos após a Constituição Federal, foi colocada execução, para que direito universal a saúde fosse garantida, exigindo uma nova gestão da saúde, diferentemente das adotadas nas décadas de 70, em que assistência era classificada, de forma separada, dividida e autônoma (BARROS, 2014).

Nesta ocasião os profissionais de saúde seriam orientados como embasamento nos fundamentos do Sistema Único de Saúde, devendo garantir a integralidade, equidade, assistência, universalidade do acesso, resolução das dificuldades encontradas na saúde através de administração municipal, objetivando a regionalização e a descentralização com o propósito promover a saúde direcionada para ajustes epidêmico de cada região e nivelção como base na atenção primária, secundária e sem esquecer a terciária. Para obter essas normas, essas estruturas, o Ministério da Saúde aprovou de forma progressiva a sua implantação do (PSF) a partir do ano de 1994 (BARROS, 2014).

O PSF foi agregado a um programa já existente desde 1991, o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), particularmente Norte e Nordeste do Brasil, com objetivo de reduzir a mortalidade de crianças e morte maternas (BRASIL, 2003).

Diante do grande sucesso acumulado no Ceará, o Ministério da Saúde admitiu a significâncias dos ACS do município, conseqüentemente, passando a priorizar a família como meio de promover a ação e formular novos conceitos a saúde, e não simplesmente inexistência de doença. Em uma conferência nos dias 27 e 28 no último mês do ano de 1993, em Brasília-DF, com tema “ Saúde Familiar”, que articulava uma nova ideia devido aos excelentes resultados do PACS com intuito de agregar novos especialistas no programa com a finalidade dos ACS não funcionasse de forma desacompanhada (BRASIL, 2006).

De acordo, com que preconiza a ESF em sua estrutura, cada equipe deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média sugerida de 3.000 pessoas, respeitando sempre os critérios de equidade e também, o total de pessoas por equipe considerando vulnerabilidade familiar daquele território, sendo que, quanto mais superior o grau de debilidade, inferior deverá ser o número de profissionais por equipe (BRASIL, 2012).

A ESF tem o deve dispor de um número de multiprofissionais específico, formada no mínimo: um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem; e quatro ACS. Porém, quando ampliada pode ser acrescentado outros profissionais (BRASIL, 2012).

Nesta continuidade, o presente estudo objetiva conhecer o funcionamento da Estratégia Saúde da Família, no Brasil e sua praticabilidade. E para isto, nos atentaremos para descrever sobre o que consiste a ESF, no sentido de aprofundar sobre sua implantação e funcionamento, identificando se as atribuições dos profissionais que compõe a equipe são implementadas conforme o Ministério da Saúde preconiza.

O Ministério da Saúde através da Portaria nº 648, de 28 de 2006 definiu as atribuições comuns e específicas aos profissionais do Programa e através delas podemos verificar o que está realmente sendo implementado, o que interfere para que elas

aconteçam ou não. É um parâmetro relevante atentar se a teoria e a prática se encontram e se complementam.

METODOLOGIA

A metodologia utilizada neste estudo se baseia na abordagem avaliativa em uma revisão de literatura, de forma prospectiva e descritiva. Assim, fez-se inicialmente uma pesquisa de caráter bibliográfico, pois, na visão de Cervo, et al. (2002), qualquer tipo de análise, em qualquer área, supõe e exige um estudo bibliográfica precedente, quer para o levantamento da matéria, quer para a fundamentação teórica ou ainda para demarcar e contribuir da própria estudo.

A revisão da literatura se fez apoiada em editoriais do Ministério da Saúde e em buscas eletrônicas de revistas e periódicos científicos com publicações seriadas, organizados através de índices nas bases de dados da Biblioteca Virtual da Saúde. Constituíram os vocábulos de rastreio as seguintes palavras-chave: Estratégia Saúde da Família; Enfermeiro; foram examinados artigos em português acessível integralmente.

DESENVOLVIMENTO

ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)

A ESF iniciou, em 1994 com objetivo de reestruturar o modelo de atendimento do SUS, e reorientar as práticas exigidas dos profissionais no que tange a prevenção de doenças, promoção da saúde e reabilitação, ou seja, da promoção de qualidade de vida da população em geral, objetivando-se em uma proposta com dimensões política, técnica e administrativas inovadoras. Além disso, a ESF ratifica o princípio da Vigilância em Saúde, a interdisciplinaridade e multidisciplinaridade, e cobertura da assistência aos moradores da área mapeada (BRASIL, 1998).

Esta modificação gera mais impulso com a Norma Operacional Básica - NOB-96 (BRASIL, 1997) que descentralizou e operacionalizou os recursos dos municípios brasileiros, de acordo com as orientações para o repasse, aplicação e mecanismos de controle e auditoria dos recursos monetários que integra o Piso da Atenção Básica - PAB, assim com a responsabilidade dos municípios enquanto governantes (COIMBRA et al., 2005).

Para maior funcionalidade entre os profissionais da área de saúde, o trabalho em

equipe é considerado de suma importância, o orientador para estruturá-la e ajudar a criar protocolo através de processo de trabalho nos sistemas de saúde com objetivo de modificar e qualificar as formas de identificar e corrigir os fatores que interferem no processo atendimento à população.

A equipe da Saúde da Família é formada por multiprofissionais tais como: médico, enfermeiro (especialista ou generalista) em saúde familiar e/ou comunitária, (ACS) e enfermeiro de nível técnico. Estes conjuntos de profissionais podem ser aumentados, como integrante da equipe multiprofissional de Saúde Bucal, que é formada pelo odontólogo, especialista em saúde da família, e técnico ou auxiliar em Saúde bucal, psicólogo e assistente social (Brasil, 2011).

Ainda de acordo com o Ministério da Saúde (2011), 100% da população, devem ser assistidas pelos ACS, e capaz de cobrir no máximo de 750 pessoas cadastradas, e está quantidade não poderá exceder o limite de 12 ACS por equipe, conforme preconizado. A equipe da saúde família se encarrega, por no máximo 4.000 pessoas da área demarcada, que passam que passa ter a responsabilidade e incumbência da promoção a saúde.

Os profissionais da ESF, que estão cadastrados, na unidade trabalharam 40 horas semanais, excluindo o profissional médico que trabalhar em duas equipes, não ultrapassando o limite preconizado, visto que o profissional poderá ser firmado na contratação de até 30 horas semanais (Brasil, 2011).

A carga horária da equipe da saúde familiar será de 40 horas terá para atuação, e conforme orientação e acordo prévio da gestão, até, oito horas da totalidade da carga horária para atendimento do serviço na Rede de Urgência e Emergência da cidade, qualificação na educação da saúde familiar, multiprofissional e medicina da comunidade e familiar (Brasil, 2011).

O PROFISSIONAL DA ENFERMAGEM NA ESF

O enfermeiro é um especialista qualificado de nível acadêmico, incumbido pela prevenção, promoção, reabilitação de doenças e recuperação dos agravos dos indivíduos que precisam de atendimento, seja restrito ou coletivo, habilitado para exercer nas áreas assistencial, administrativa, ou gerencial da saúde. (SOUZA, 2003).

Regulamentada, pela lei federalista de nº7498/86 o ofício de enfermagem de nível acadêmico assegura a integralidade a todos que compõem a categoria de enfermagem uma atuação plena do trabalho de enfermeiro especialista em ESF não é só necessária à competência profissional, mas compreender e enxergar os seus limites legais no seu

exercício incorporado do ESF, atribuídos por sua legislação. Para uma compreensão dos termos básicos da legislação para se analisar os limites legais para o papel da enfermagem do ESF. (BRASIL,1990)

O desenvolvimento da prática de enfermagem na ESF exige pontos mais ressaltantes tais como: parecer de enfermagem feita pelo enfermeiro em toda a sua dificuldade de cumprimento; a receita de medicamentos a começar de que sejam instituídos em programas de Saúde Pública e em uso admitida pela instituição de saúde; os profissionais da área da saúde, ligado à gerência do enfermeiro, o acatamento ao código de ética e o cumprimento da lei do exercício. (COSTA, 2004)

O enfermeiro tem obrigação de certificar uma assistência de enfermagem qualificada, garantindo a respeitabilidade física do paciente, ainda que o mesmo só deva realizar qualquer atuação, seguida criteriosa estudo da sua competência técnica e legítima, devendo o enfermeiro buscar permanente atualização visando aperfeiçoar a capacidade da prestação dos seus serviços. (SOUZA, 2003)

O desempenho do enfermeiro no ESF implica enumerar questões sociais, culturais, economia popular, interagir com situações que apoiem a respeitabilidade familiar, e, igualmente, lidar com as situações de saúde e enfermidade da família. Interpretar e identificar como os indivíduos e família compreendem e reconhecem que a assistência à saúde de cada pessoa da família influencia a unidade familiar, e igualmente o papel da unidade familiar acerca de a saúde de cada pessoa na família, incorporando esta competência ao projeto de zelo. A atuação do enfermeiro igualmente é de natureza legítima, política e ética, defendendo famílias que podem estar numa circunstância de extrema vulnerabilidade para falarem por si mesmas. Todavia, a aspecto essencial e central relacionada aos trabalhos e atuações profissionais de atenção à saúde é o paciente. (BRASIL, 2000)

O PAPEL DOS PROFISSIONAIS NA ESF

O papel do Enfermeiro

O enfermeiro desenvolve seu trabalho em dois campos: na comunidade e na Unidade Básica de Saúde, e supervisiona o trabalho dos ACS e auxiliar de enfermagem, dando suporte assistencial nas residências das pessoas que necessitam do atendimento de enfermagem. Com atividades variadas de maior ou menor diversidade, dependendo da função que exerce, também capacita e aperfeiçoa a equipe e faz o gerenciamento das exigências para prestação de uma assistência eficiente.

O papel do Médico

Evidencia-se que o profissional, deve entender a doença em seu contexto próprio, familiar e social. O contato contínuo lhe propicia percepção e a tornar mais profundo o vínculo de consciência para a decisão dos problemas e suporte a saúde dos indivíduos. De acordo com a portaria do Ministério da Saúde são funções do médico do ESF (BRASIL, 2007):

Participar das atividades de atenção realizando procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.); Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea; Realizar ações de educação em saúde à população adstrita, conforme planejamento da equipe; Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS; Contribuir, participar e realizar atividades de educação permanente.

O papel do Técnico de Enfermagem

O manual do Ministério da Saúde (2011) estabelece que o técnico de enfermagem, deve acompanhar as visitas residências, assiduamente, entre outras funções.

De acordo com a portaria do Ministério da Saúde (2007), são funções básicas do técnico em enfermagem:

Realizar atenção à saúde aos indivíduos sob sua responsabilidade; Realizar consultas clínicas, pequenos procedimentos cirúrgicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.); Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea; Encaminhar, quando necessário, usuários a outros pontos de atenção, respeitando fluxos locais, mantendo sua responsabilidade pelo acompanhamento do plano terapêutico deles; Indicar, de forma compartilhada com outros pontos de atenção, a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento do usuário; Contribuir, realizar e participar das atividades de educação permanente de todos os membros da equipe; e Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS.

O papel dos Agentes Comunitário de Saúde

Esses profissionais serão responsáveis por uma população adstrita em uma microárea, devendo ser morador do município onde trabalham com dedicação integral, visando facilitar a relação e conformidade cultural familiar sob sua supervisão, os ACS devem, igualmente, ser morador do bairro e da unidade de atuação respectivamente. De acordo com o Ministério da Saúde (2007), são atribuições ACS:

Trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a microárea; Cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados; Orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis; Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea; Acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade. As visitas deverão ser programadas em conjunto com a equipe, considerando os critérios de risco e vulnerabilidade de modo que famílias com maior necessidade sejam visitadas mais vezes, mantendo como referência a média de uma visita/família/mês; Desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade; Desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, por exemplo, combate à dengue, malária, leishmaniose, entre outras, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito das situações de risco; e Estar em contato permanente com as famílias, desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde, à prevenção das doenças e ao acompanhamento das pessoas com problemas de saúde, bem como ao acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa-Família ou de qualquer outro programa similar de transferência de renda e enfrentamento de vulnerabilidades implantado pelo governo federal, estadual e municipal, de acordo com o planejamento da equipe.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No Brasil, especialmente na área da enfermagem, há muito empenho com intuito de melhorar o atendimento aos usuários que procuram a rede pública. A humanização e o acolhimento no serviço se tornaram uma grande preocupação visto que a palavra acolhimento significa dar atenção aos doentes e suas várias formas, seja ela, psicológicas, social, física e até espiritual.

Contudo, quando a ESF juntamente com sua equipe segue um padrão de atendimento, passando a valorizar as queixas, ouvir, mapear suas necessidades e de seus familiares no atendimento, e informando a possibilidade de tratamento e acompanhamento pelos profissionais gera no usuário uma maior satisfação. Desta forma, o vínculo é estabelecido entre a equipe da ESF e usuários, facilitando a criação de uma relação de confiabilidade.

Não obstante, a Estratégia Saúde da Família no Brasil apresenta grande capacidade de se tornar um sistema eficaz para encarar as vulnerabilidades que da saúde no Brasil, visto que superar as vulnerabilidades necessita de competência e coragem para modificar as dificuldades no âmbito das práticas já existentes com a perspectiva de fortalecimento da Atenção Primária à Saúde nos municípios por meio do aumento do nível de formação das equipes que nela trabalham.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARROS, Idarleide. **A importância da Estratégia de Saúde da Família: Contexto Histórico.** Universidade Federal de Minas Gerais. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Teófilo Otoni, 2014. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4357.pdf>>. Acesso em 20 de junho de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde da Família: ampliando a cobertura para consolidar a mudança do Modelo de Atenção Básica. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infantil.** Recife, v. 3, n. 1, p.113-125, jan./mar. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006.** Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/legislacao.php>. Acesso em: 12 de maio de 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde da família:** uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. Brasília (DF), 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011.** Disponível em: bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: 12 de maio de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família:** Uma Estratégia para a reorientação do Modelo Assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Educação Permanente. **Caderno de Atenção Básica: Programa Saúde da Família, Brasília,** v.3, 2000.

BRASIL. M, S. **Lei n.º 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. DOU – Diário Oficial da União; Poder Executivo, 20 de set. 1990.

CERVO, A.L.; SILVA, R; BERVIAN, P. **A Metodologia Científica.** 5. ed. São Paulo: Prentice Hall, 2002.

COIMBRA, V.C.C.; OLIVEIRA, M.M.; VILA, T.C.S.; ALMEIDA, M.C.P. A atenção em saúde mental na estratégia da saúde da família. **Revista eletrônica de Enfermagem,** v. 7, p. 113-117, 2005.

COSTA, M. B. S.; SILVA, M. I. T. **Impacto da criação do Programa Saúde da Família na atuação do Enfermeiro.** Revista de enfermagem UERJ, Rio de Janeiro, v.12, p.272 – 279, 2004.

MACHADO, K. Equipe mínima, dilemas e respostas. **Radis- Comunicação em saúde,** Rio de Janeiro: v. 1, n. 51, p. 8-10, nov. 2006.

SOUZA, M. F. Enfermeiro do PSF: acumulam o capital de esperança. **Revista Nursing**, São Paulo. V.64, n.6, p.35-38, 2003.

SOBRE OS AUTORES:

AUTOR 1: Enfermeiro Graduado pela Faculdade Metropolitana São Carlos, Bom Jesus do Itabapoana-RJ, E-mail: tharaujo@oi.com.br

AUTOR 2: Docente do Curso de Enfermagem da Faculdade Metropolitana São Carlos de Bom Jesus do Itabapoana-RJ, Enfermeira Graduada e Licenciada pela Universidade Federal Fluminense, Especialista em Saúde da Família pela Universidade Estadual do Rio de Janeiro, E-mail: moniquebessauff@yahoo.com.br