

Prefeitura Municipal de Campinas do Estado de São Paulo

CAMPINAS – SP

Nutricionista

JL022-N9

Todos os direitos autorais desta obra são protegidos pela Lei nº 9.610, de 19/12/1998.
Proibida a reprodução, total ou parcialmente, sem autorização prévia expressa por escrito da editora e do autor. Se você conhece algum caso de "pirataria" de nossos materiais, denuncie pelo sac@novaconcursos.com.br.

OBRA

Prefeitura Municipal de Campinas do Estado de São Paulo

Nutricionista

Edital Nº 04/2019

AUTORES

Língua Portuguesa - Profª Zenaide Auxiliadora Pachegas Branco
Matemática e Raciocínio Lógico - Profº Bruno Chierigatti e João de Sá Brasil
Legislação - Profº Rodrigo Gonçalves
Conhecimentos Específicos - Profª Jaqueline Lima

PRODUÇÃO EDITORIAL/REVISÃO

Elaine Cristina
Leandro Filho

DIAGRAMAÇÃO

Elaine Cristina
Thais Regis

CAPA

Joel Ferreira dos Santos



www.novaconcursos.com.br

sac@novaconcursos.com.br

APRESENTAÇÃO

PARABÉNS! ESTE É O PASSAPORTE PARA SUA APROVAÇÃO.

A Nova Concursos tem um único propósito: mudar a vida das pessoas.

Vamos ajudar você a alcançar o tão desejado cargo público.

Nossos livros são elaborados por professores que atuam na área de Concursos Públicos. Assim a matéria é organizada de forma que otimize o tempo do candidato. Afinal corremos contra o tempo, por isso a preparação é muito importante.

Aproveitando, convidamos você para conhecer nossa linha de produtos "Cursos online", conteúdos preparatórios e por edital, ministrados pelos melhores professores do mercado.

Estar à frente é nosso objetivo, sempre.

Contamos com índice de aprovação de 87%*.

O que nos motiva é a busca da excelência. Aumentar este índice é nossa meta.

Acesse **www.novaconcursos.com.br** e conheça todos os nossos produtos.

Oferecemos uma solução completa com foco na sua aprovação, como: apostilas, livros, cursos online, questões comentadas e treinamentos com simulados online.

Desejamos-lhe muito sucesso nesta nova etapa da sua vida!

Obrigado e bons estudos!

*Índice de aprovação baseado em ferramentas internas de medição.

CURSO ONLINE



PASSO 1

Acesse:

www.novaconcursos.com.br/passaporte



PASSO 2

Digite o código do produto no campo indicado no site.

O código encontra-se no verso da capa da apostila.

*Utilize sempre os 8 primeiros dígitos.

Ex: JN001-19



PASSO 3

Pronto!

Você já pode acessar os conteúdos online.



SUMÁRIO

LÍNGUA PORTUGUESA

Leitura e interpretação de diversos tipos de textos (literários e não literários).....	01
Sinônimos e antônimos.....	11
Sentido próprio e figurado das palavras.....	11
Pontuação.....	13
Classes de palavras: substantivo, adjetivo, numeral, pronome, verbo, advérbio, preposição e conjunção: emprego e sentido que imprimem às relações que estabelecem.....	16
Concordância verbal e nominal.....	57
Regência verbal e nominal.....	63
Colocação pronominal.....	68
Crase.....	68

MATEMÁTICA E RACÍOCÍNIO LÓGICO

Resolução de situações-problema, envolvendo: adição, subtração, multiplicação, divisão, potenciação ou radiciação com números racionais, nas suas representações fracionária ou decimal;.....	01
Mínimo múltiplo comum;.....	01
Máximo divisor comum;.....	01
Porcentagem;.....	09
Razão e proporção;.....	12
Regra de três simples ou composta;.....	15
Equações do 1º grau;.....	18
Grandezas e medidas – quantidade, tempo, comprimento, superfície, capacidade e massa;.....	23
Relação entre grandezas – tabela ou gráfico;.....	28
Noções de Geometria – forma, ângulos, área, perímetro, volume, Teoremas de Pitágoras ou de Tales.....	44
Raciocínio Lógico: Estruturas lógicas, lógicas de argumentação, diagramas lógicos, sequências.....	64

LEGISLAÇÃO

Constituição da República Federativa do Brasil: dos direitos e deveres individuais e coletivos; dos direitos sociais; da seguridade social; da família, da criança, do adolescente, do idoso e do deficiente físico.....	01
Estatuto do Servidor Público de Campinas – Lei Municipal nº 1.399/55 (artigo 15 e artigos 184 a 204).....	13
Decreto Municipal nº 15.514/06, que dispõe sobre o Programa de Avaliação Probatória do Servidor.....	16
Manual de Ética da Prefeitura Municipal de Campinas.....	18

SUMÁRIO

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

Política Nacional de Humanização do SUS.....	01
Programa de Saúde da Família. NASF (Núcleo Ampliado de Saúde da Família).....	04
Noções sobre Políticas de Saúde no Brasil.....	08
Trabalho em equipe multiprofissional.....	16
Manejo de grupos, metodologias pedagógicas aplicadas à Educação em Saúde.....	19
Código de ética do nutricionista.....	21
Fisiologia e fisiopatologia aplicadas à nutrição.....	28
Nutrição normal: balanço do nitrogênio.....	29
Recomendações nutricionais.....	31
Cálculo energético.....	33
Dietas equilibradas.....	35
Nutrição nos ciclos de vida.....	37
Amamentação, importância e manejo.....	38
Introdução dos alimentos;.....	41
Alimentação na infância, do adolescente e na vida adulta; alimentação do idoso.....	43
Alimentação na gestação, lactação e na menopausa.....	47
Nutrição nos agravos crônicos: diabetes, hipertensão, dislipidemias, carências nutricionais, desnutrição e obesidade.....	51
Dietoterapia: conceitos e objetivos.....	69
Dietoterapia aplicada ao pré e pós-operatório.....	71
Dietoterapia aplicada às cirurgias bariátricas.....	72
Dietoterapia do paciente crítico.....	74
Alimentação por sonda nasoentérica.....	77
Avaliação do estado nutricional: métodos e critérios de avaliação.....	79
Indicadores de triagem nutricional.....	82
Métodos de assistência ambulatorial em nutrição.....	83
Noções de farmacologia: interações alimento-medicamento.....	85
Noções de Nutrição parenteral.....	87
Nutrição e Saúde Pública: noções de epidemiologia das doenças nutricionais e desnutrição calórico-proteica.....	89
Diagnóstico do estado nutricional das populações;.....	93
Vigilância nutricional.....	95
Educação alimentar e nutricional.....	96
Técnica Dietética: composição e classificação dos alimentos;.....	98
Seleção, conservação e armazenamento;.....	100
Técnicas de pré-preparo, preparo e cocção;.....	103
Higiene na manipulação de alimentos;.....	104
Planejamento de cardápios: fatores relacionados.....	106
Administração de serviços de alimentação e lactários: área física e equipamentos;.....	108
Planejamento e organização;.....	111
Supervisão e controles;.....	113

SUMÁRIO

Cardápios para coletividades sadias e doentes;.....	115
Custos e avaliação.....	117
Microbiologia de alimentos.....	118
Toxinfecções alimentares.....	119
Controle sanitário de alimentos.....	120
APPCC.....	123
Controles de temperatura no fluxo dos alimentos.....	128
Lei Federal nº 8.080/90 e alterações vigentes. Lei Federal nº 8.142/90.....	130

ÍNDICE

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS – NUTRICIONISTA

Política Nacional de Humanização do SUS.....	01
Programa de Saúde da Família. NASF (Núcleo Ampliado de Saúde da Família).....	04
Noções sobre Políticas de Saúde no Brasil.....	08
Trabalho em equipe multiprofissional.....	16
Manejo de grupos, metodologias pedagógicas aplicadas à Educação em Saúde.....	19
Código de ética do nutricionista.....	21
Fisiologia e fisiopatologia aplicadas à nutrição.....	28
Nutrição normal: balanço do nitrogênio.....	29
Recomendações nutricionais.....	31
Cálculo energético.....	33
Dietas equilibradas.....	35
Nutrição nos ciclos de vida.....	37
Amamentação, importância e manejo.....	38
Introdução dos alimentos;.....	41
Alimentação na infância, do adolescente e na vida adulta; alimentação do idoso.....	43
Alimentação na gestação, lactação e na menopausa.....	47
Nutrição nos agravos crônicos: diabetes, hipertensão, dislipidemias, carências nutricionais, desnutrição e obesidade.....	51
Dietoterapia: conceitos e objetivos.....	69
Dietoterapia aplicada ao pré e pós-operatório.....	71
Dietoterapia aplicada às cirurgias bariátricas.....	72
Dietoterapia do paciente crítico.....	74
Alimentação por sonda nasoentérica.....	77
Avaliação do estado nutricional: métodos e critérios de avaliação.....	79
Indicadores de triagem nutricional.....	82
Métodos de assistência ambulatorial em nutrição.....	83
Noções de farmacologia: interações alimento-medicamento.....	85
Noções de Nutrição parenteral.....	87
Nutrição e Saúde Pública: noções de epidemiologia das doenças nutricionais e desnutrição calórico-proteica.....	89
Diagnóstico do estado nutricional das populações;.....	93
Vigilância nutricional.....	95
Educação alimentar e nutricional.....	96
Técnica Dietética: composição e classificação dos alimentos;.....	98
Seleção, conservação e armazenamento;.....	100
Técnicas de pré-preparo, preparo e cocção;.....	103
Higiene na manipulação de alimentos;.....	104
Planejamento de cardápios: fatores relacionados.....	106
Administração de serviços de alimentação e lactários: área física e equipamentos;.....	108
Planejamento e organização;.....	111

ÍNDICE

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS – NUTRICIONISTA

Supervisão e controles;.....	113
Cardápios para coletividades sadias e doentes;.....	115
Custos e avaliação.....	117
Microbiologia de alimentos.....	118
Toxinfecções alimentares.....	119
Controle sanitário de alimentos.....	120
APPCC.....	123
Controles de temperatura no fluxo dos alimentos.....	128
Lei Federal nº 8.080/90 e alterações vigentes. Lei Federal nº 8.142/90.....	130

POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO DO SUS.

A Política Nacional de Humanização (PNH) existe desde 2003 para efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão, qualificando a saúde pública no Brasil e incentivando trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários. A PNH deve se fazer presente e estar inserida em todas as políticas e programas do SUS. Promover a comunicação entre estes três grupos pode provocar uma série de debates em direção a mudanças que proporcionem melhor forma de cuidar e novas formas de organizar o trabalho.

A humanização é a valorização dos usuários, trabalhadores e gestores no processo de produção de saúde. Valorizar os sujeitos é oportunizar uma maior autonomia, a ampliação da sua capacidade de transformar a realidade em que vivem, através da responsabilidade compartilhada, da criação de vínculos solidários, da participação coletiva nos processos de gestão e de produção de saúde.

Produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar, a PNH estimula a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários para construir processos coletivos de enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto que muitas vezes produzem atitudes e práticas desumanizadoras que inibem a autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais de saúde em seu trabalho e dos usuários no cuidado de si.



#FicaDica

Vinculada à Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, a PNH conta com um núcleo técnico sediado em Brasília – DF e equipes regionais de apoiadores que se articulam às secretarias estaduais e municipais de saúde. A partir desta articulação se constroem, de forma compartilhada, planos de ação para promover e disseminar inovações em saúde. Com a análise dos problemas e dificuldades em cada serviço de saúde e tomando por referência experiências bem-sucedidas de humanização, a PNH tem sido experimentada em todo o país. Existe um SUS que dá certo, e dele partem as orientações da PNH, traduzidas em seu método, princípios, diretrizes e dispositivos.

Como valorizar participação de usuário, profissionais e gestores

As rodas de conversa, o incentivo às redes e movimentos sociais e a gestão dos conflitos gerados pela inclusão das diferenças são ferramentas experimentadas nos serviços de saúde a partir das orientações da PNH que já apresentam resultados positivos.

Incluir os trabalhadores na gestão é fundamental para que eles, no dia a dia, reinventem seus processos de trabalho e sejam agentes ativos das mudanças no serviço

de saúde. Incluir usuários e suas redes sócio-familiares nos processos de cuidado é um poderoso recurso para a ampliação da corresponsabilização no cuidado de si.

O HumanizaSUS aposta em inovações em saúde

- Defesa de um SUS que reconhece a diversidade do povo brasileiro e a todos oferece a mesma atenção à saúde, sem distinção de idade, etnia, origem, gênero e orientação sexual;
- Estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão;
- Mapeamento e interação com as demandas sociais, coletivas e subjetivas de saúde;
- Valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores;
- Fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos e dos coletivos;
- Aumento do grau de corresponsabilidade na produção de saúde e de sujeitos;
- Mudança nos modelos de atenção e gestão em sua indissociabilidade, tendo como foco as necessidades dos cidadãos, a produção de saúde e o próprio processo de trabalho em saúde, valorizando os trabalhadores e as relações sociais no trabalho;
- Proposta de um trabalho coletivo para que o SUS seja mais acolhedor, mais ágil e mais resolutivo;
- Qualificação do ambiente, melhorando as condições de trabalho e de atendimento;
- Articulação dos processos de formação com os serviços e práticas de saúde;
- Luta por um SUS mais humano, porque construído com a participação de todos e comprometido com a qualidade dos seus serviços e com a saúde integral para todos e qualquer um.

DIRETRIZES DO HumanizaSUS

Acolhimento

O que é?

Acolher é reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde. O acolhimento deve comparecer e sustentar a relação entre equipes/serviços e usuários/populações. Como valor das práticas de saúde, o acolhimento é construído de forma coletiva, a partir da análise dos processos de trabalho e tem como objetivo a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes/serviços, trabalhador/equipes e usuário com sua rede sócio-afetiva.

Como fazer?

Com uma escuta qualificada oferecida pelos trabalhadores às necessidades do usuário, é possível garantir o acesso oportuno desses usuários a tecnologias adequadas às suas necessidades, ampliando a efetividade das práticas de saúde. Isso assegura, por exemplo, que todos sejam atendidos com prioridades a partir da avaliação de vulnerabilidade, gravidade e risco.

Gestão Participativa e cogestão

O que é?

Cogestão expressa tanto a inclusão de novos sujeitos nos processos de análise e decisão quanto a ampliação das tarefas da gestão que se transforma também em espaço de realização de análise dos contextos, da política em geral e da saúde em particular, em lugar de formulação e de pactuação de tarefas e de aprendizado coletivo.

Como fazer?

A organização e experimentação de rodas é uma importante orientação da cogestão. Rodas para colocar as diferenças em contato de modo a produzir movimentos de desestabilização que favoreçam mudanças nas práticas de gestão e de atenção. A PNH destaca dois grupos de dispositivos de cogestão: aqueles que dizem respeito à organização de um espaço coletivo de gestão que permita o acordo entre necessidades e interesses de usuários, trabalhadores e gestores; e aqueles que se referem aos mecanismos que garantem a participação ativa de usuários e familiares no cotidiano das unidades de saúde.

Colegiados gestores, Mesas de negociação, Contratos Internos de Gestão, Câmara Técnica de Humanização (CTH), Grupo de Trabalho de Humanização (GTH), Gerência de Porta Aberta, entre outros, são arranjos de trabalho que permitem a experimentação da cogestão no cotidiano da saúde.

Ambiência

O que é?

Criar espaços saudáveis, acolhedores e confortáveis, que respeitem a privacidade, propicie mudanças no processo de trabalho e sejam lugares de encontro entre as pessoas.

Como fazer?

A discussão compartilhada do projeto arquitetônico, das reformas e do uso dos espaços de acordo com as necessidades de usuários e trabalhadores de cada serviço é uma orientação que pode melhorar o trabalho em saúde.

Clínica ampliada e compartilhada

O que é?

A clínica ampliada é uma ferramenta teórica e prática cuja finalidade é contribuir para uma abordagem clínica do adoecimento e do sofrimento, que considere a singularidade do sujeito e a complexidade do processo saúde/doença. Permite o enfrentamento da fragmentação do conhecimento e das ações de saúde e seus respectivos danos e ineficácia.

Como fazer?

Utilizando recursos que permitam enriquecimento dos diagnósticos (outras variáveis além do enfoque orgânico, inclusive a percepção dos afetos produzidos nas

relações clínicas) e a qualificação do diálogo (tanto entre os profissionais de saúde envolvidos no tratamento quanto destes com o usuário), de modo a possibilitar decisões compartilhadas e compromissadas com a autonomia e a saúde dos usuários do SUS.

Valorização do Trabalhador

O que é?

É importante dar visibilidade à experiência dos trabalhadores e incluí-los na tomada de decisão, apostando na sua capacidade de analisar, definir e qualificar os processos de trabalho.

Como fazer?

O Programa de Formação em Saúde e Trabalho e a Comunidade Ampliada de Pesquisa são possibilidades que tornam possível o diálogo, intervenção e análise do que gera sofrimento e adoecimento, do que fortalece o grupo de trabalhadores e do que propicia os acordos de como agir no serviço de saúde. É importante também assegurar a participação dos trabalhadores nos espaços coletivos de gestão.

Defesa dos Direitos dos Usuários

O que é?

Os usuários de saúde possuem direitos garantidos por lei e os serviços de saúde devem incentivar o conhecimento desses direitos e assegurar que eles sejam cumpridos em todas as fases do cuidado, desde a recepção até a alta.

Como fazer?

Todo cidadão tem direito a uma equipe que cuide dele, de ser informado sobre sua saúde e também de decidir sobre compartilhar ou não sua dor e alegria com sua rede social.

PRINCÍPIOS DO HumanizaSUS

Transversalidade

A Política Nacional de Humanização (PNH) deve se fazer presente e estar inserida em todas as políticas e programas do SUS. A PNH busca transformar as relações de trabalho a partir da ampliação do grau de contato e da comunicação entre as pessoas e grupos, tirando-os do isolamento e das relações de poder hierarquizadas. Transversalizar é reconhecer que as diferentes especialidades e práticas de saúde podem conversar com a experiência daquele que é assistido. Juntos, esses saberes podem produzir saúde de forma mais corresponsável.

Indissociabilidade entre atenção e gestão

As decisões da gestão interferem diretamente na atenção à saúde. Por isso, trabalhadores e usuários devem buscar conhecer como funciona a gestão dos servi-

ços e da rede de saúde, assim como participar ativamente do processo de tomada de decisão nas organizações de saúde e nas ações de saúde coletiva. Ao mesmo tempo, o cuidado e a assistência em saúde não se restringem às responsabilidades da equipe de saúde. O usuário e sua rede sócio-familiar devem também se corresponsabilizar pelo cuidado de si nos tratamentos, assumindo posição protagonista com relação a sua saúde e a daqueles que lhes são caros.

Protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos

Qualquer mudança na gestão e atenção é mais concreta se construída com a ampliação da autonomia e vontade das pessoas envolvidas, que compartilham responsabilidades. Os usuários não são só pacientes, os trabalhadores não só cumprem ordens: as mudanças acontecem com o reconhecimento do papel de cada um. Um SUS humanizado reconhece cada pessoa como legítima cidadã de direitos e valoriza e incentiva sua atuação na produção de saúde.

.Objetivos do HumanizaSUS

Propósitos da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS

- Contagiar trabalhadores, gestores e usuários do SUS com os princípios e as diretrizes da humanização;
- Fortalecer iniciativas de humanização existentes;
- Desenvolver tecnologias relacionais e de compartilhamento das práticas de gestão e de atenção;
- Aprimorar, ofertar e divulgar estratégias e metodologias de apoio a mudanças sustentáveis dos modelos de atenção e de gestão;
- Implementar processos de acompanhamento e avaliação, ressaltando saberes gerados no SUS e experiências coletivas bem-sucedidas.

Três macro-objetivos do HumanizaSUS

- Ampliar as ofertas da Política Nacional de Humanização aos gestores e aos conselhos de saúde, priorizando a atenção básica/fundamental e hospitalar, com ênfase nos hospitais de urgência e universitários;
- Incentivar a inserção da valorização dos trabalhadores do SUS na agenda dos gestores, dos conselhos de saúde e das organizações da sociedade civil;
- Divulgar a Política Nacional de Humanização e ampliar os processos de formação e produção de conhecimento em articulação com movimentos sociais e instituições.

Política Nacional de Humanização busca

- Redução de filas e do tempo de espera, com ampliação do acesso;
- Atendimento acolhedor e resolutivo baseado em critérios de risco;
- Implantação de modelo de atenção com responsabilidade e vínculo;

- Garantia dos direitos dos usuários;
- Valorização do trabalho na saúde;
- Gestão participativa nos serviços.

FORMAÇÃO – INTERVENÇÃO

Por meio de cursos e oficinas de formação/intervenção e a partir da discussão dos processos de trabalho, as diretrizes e dispositivos da Política Nacional de Humanização (PNH) são vivenciados e reinventados no cotidiano dos serviços de saúde. Em todo o Brasil, os trabalhadores são formados técnica e politicamente e reconhecidos como multiplicadores e apoiadores da PNH, pois são os construtores de novas realidades em saúde e poderão se tornar os futuros formadores da PNH em suas localidades.

REDE HumanizaSUS

A Rede HumanizaSUS é a rede social das pessoas interessadas ou já envolvidas em processos de humanização da gestão e do cuidado no SUS. A rede é um local de colaboração, que permite o encontro, a troca, a afetação recíproca, o afeto, o conhecimento, o aprendizado, a expressão livre, a escuta sensível, a polifonia, a arte da composição, o acolhimento, a multiplicidade de visões, a arte da conversa, a participação de qualquer um.

Trata-se de um ambiente virtual aberto para ampliar o diálogo em torno de seus princípios, métodos, diretrizes e dispositivos. Uma aposta na inteligência coletiva e na constituição de coletivos inteligentes.

O Coletivo HumanizaSUS se constitui em torno desse imenso acervo de conhecimento comum, que se produz sem cessar nas interações desta Rede. A grande aposta é que essa experiência colaborativa aumente o enfrentamento dos grandes e complexos desafios da humanização no SUS.

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Humanização**. 2017.



EXERCÍCIOS COMENTADOS

1. (FCC/TRF – 3ª REGIÃO/Técnico Judiciário – Enfermagem/ 2014) A Política Nacional de Humanização, destaca o fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, fomentando, dentre outros, a transversalidade que é

- a) construir redes solidárias interativas e participativas, tendo os profissionais da saúde e os gestores como únicos protagonistas do Sistema Único de Saúde.
- b) ampliar o grau do contato e da comunicação entre as pessoas e os grupos, fortalecendo as relações de poder hierarquizado no sistema de saúde.
- c) aumentar o diálogo entre os profissionais, entre os profissionais e a população, entre os profissionais e a administração, promovendo a gestão mediadora e centralizada.

- d) reconhecer que as diferentes especialidades e práticas de saúde podem “conversar” com a experiência daquele que é assistido, pois esses saberes juntos podem produzir saúde de forma mais corresponsável.
- e) dar autonomia aos sujeitos e ao coletivo, centralizando a gestão e atenção tornando-a menos concreta se construída com as pessoas envolvidas, que compartilham responsabilidades.

Resposta: Letra D. A Política Nacional de Humanização deve se fazer presente e estar inserida em todas as políticas e programas do SUS. A PNH busca transformar as relações de trabalho a partir da ampliação do grau de contato e da comunicação entre as pessoas e grupos, tirando-os do isolamento e das relações de poder hierarquizadas. Transversalizar é reconhecer que as diferentes especialidades e práticas de saúde podem conversar com a experiência daquele que é assistido. Juntos, esses saberes podem produzir saúde de forma mais corresponsável.

2. (FCC/TRE-SPP/Técnico Judiciário – Enfermagem/2017) Ao acolher o usuário que procura atendimento nos serviços de saúde com uma escuta qualificada, a instituição de saúde estará atendendo a uma das diretrizes lançada em 2003 na Política

- a) do Programa Mais Médicos.
 b) Nacional de Humanização.
 c) Nacional de Promoção da Saúde.
 d) do Programa de Escuta Especializada.
 e) Nacional de Estratégia Acolher/SUS.

Resposta: Letra B. De acordo com Brasil (2013), lançada em 2003, a Política Nacional de Humanização (PNH) busca pôr em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar. O acolhimento é uma das diretrizes que norteiam o trabalho da PNH – devendo ser feito com uma escuta qualificada oferecida pelos trabalhadores às necessidades do usuário, é possível garantir o acesso oportuno desses usuários a tecnologias adequadas às suas necessidades, ampliando a efetividade das práticas de saúde. Isso assegura, por exemplo, que todos sejam atendidos com prioridades a partir da avaliação de vulnerabilidade, gravidade e risco.

PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA. NASF (NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA).

O Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, nos últimos anos, vem mostrando significativos avanços desde sua criação pela constituição de 1988. Entre eles está a ampliação do número de equipes de Saúde da Família, com cobertura crescente da população brasileira e melhoria na assistência e de seus mecanismos gestores.

A Atenção Primária à Saúde (APS), conjunto de ações em saúde desempenhadas pela Saúde da Família, é algo complexo e que demanda intervenções amplas em múltiplas facetas da realidade, para que se possa obter efeito positivo sobre a saúde e a qualidade de vida da população, o que é comprovado por meio de evidências em diversos países do mundo. Assim, recomenda-se a utilização de saberes de variadas origens para que a APS possa ser mais eficaz e resolutiva, saberes tanto específicos da saúde como de outros campos de conhecimento, como cultura, assistência social, gestão, esporte, lazer etc., compreendendo um exercício permanente de interdisciplinaridade e de intersetorialidade.

A Atenção Primária à Saúde é definida como o primeiro contato na rede assistencial dentro do sistema de saúde, caracterizando-se, principalmente, pela continuidade e integralidade da atenção, além de representar a coordenação da assistência dentro do próprio sistema, da atenção centrada na família, da orientação e participação comunitária e da competência cultural. Ela compreende quatro atributos essenciais: o acesso (primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde), a continuidade do cuidado, a integralidade da atenção e a coordenação do cuidado dentro do sistema. Ademais, a presença de outras três características, chamadas atributos derivados, qualificam as ações em Atenção Primária à Saúde: a atenção à saúde centrada na família (orientação familiar), a orientação comunitária e a competência cultural.

Esses atributos podem ser avaliados separadamente, apesar de se apresentarem intimamente inter-relacionados na prática clínica. Assim, um serviço de atenção à saúde dirigida à população geral pode ser considerado provedor de Atenção Primária quando apresenta os quatro atributos essenciais, aumentando seu poder de interação com os indivíduos e com a comunidade ao apresentar também os atributos derivados.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) como componente estruturante do sistema de saúde brasileiro tem provocado um importante movimento com o intuito de reordenar o modelo de atenção no SUS. O principal propósito da ESF é reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto das famílias e, com isso, melhorar a qualidade de vida da população.



#FicaDica

O processo de trabalho das equipes de Saúde da Família é o elemento-chave para a busca permanente de comunicação e troca de experiências e conhecimentos entre os integrantes da equipe e destes com a comunidade. As equipes de SF são compostas por no mínimo um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Pode ser ampliada com a equipe de Saúde Bucal, na qual estão presentes: dentista, auxiliar em saúde bucal e técnico em saúde bucal.

Cada equipe se responsabiliza pelo acompanhamento de no máximo quatro mil pessoas de uma determinada área, e estas passam a ter corresponsabilidade no cuidado à sua saúde. A atuação das equipes ocorre no território, principalmente, nas unidades básicas de Saúde da Família, nas residências e nos espaços comunitários. A ESF caracteriza-se por ser a porta de entrada de um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde tendo sob sua responsabilidade um território definido, com uma população delimitada, partindo do conhecimento do perfil epidemiológico e demográfico de sua área de atuação, podendo intervir sobre os fatores de risco aos quais a comunidade está exposta, de forma a oferecer às pessoas atenção integral, permanente e de qualidade.

NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF): ASPECTOS NORMATIVOS

O Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), mediante a Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, republicada em 4 de março de 2008. O principal objetivo foi o de apoiar a inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços, além de ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Básica, e aumentar a resolutividade dela, reforçando os processos de territorialização e regionalização em saúde.

A referida Portaria traz como pressupostos políticas nacionais diversas, tais como: de Atenção Básica; de Promoção da Saúde; de Integração da Pessoa com Deficiência; de Alimentação e Nutrição; de Saúde da Criança e do Adolescente; de Atenção Integral à Saúde da Mulher; de Práticas Integrativas e Complementares; de Assistência Farmacêutica; da Pessoa Idosa; de Saúde Mental; de Humanização em Saúde, além da Política Nacional de Assistência Social.

O NASF é uma estratégia inovadora que tem por objetivo apoiar, ampliar, aperfeiçoar a atenção e a gestão da saúde na Atenção Básica/Saúde da Família. Seus requisitos são, além do conhecimento técnico, a responsabilidade por determinado número de equipes de Saúde da Família (SF) e o desenvolvimento de habilidades relacionadas ao paradigma da Saúde da Família. Deve estar comprometido, também, com a promoção de mudanças na atitude e na atuação dos profissionais da SF e entre sua própria equipe (NASF), incluindo na atuação ações intersetoriais e interdisciplinares, promoção, prevenção, reabilitação da saúde e cura, além de humanização de serviços, educação permanente, promoção da integralidade e da organização territorial dos serviços de saúde.

O NASF deve ser constituído por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, para atuarem no apoio e em parceria com os profissionais das equipes de Saúde da Família, com foco nas práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade da equipe de SF.

O NASF E SUA MISSÃO

Desafios essenciais estão permanentemente colocados à APS, como a ampliação progressiva de sua cobertura populacional e sua integração à rede assistencial,

ligados tanto ao aumento de sua resolutividade quanto de sua capacidade de compartilhar e fazer a coordenação do cuidado. O NASF, como organismo vinculado à equipe de SF, compartilha tais desafios e deve contribuir para o aumento da resolutividade e a efetivação da coordenação integrada do cuidado na APS. Assim, apoio e compartilhamento de responsabilidades são aspectos centrais da missão dos NASF.

A proposta dos NASF pode ser mais bem compreendida com a exposição de alguns pressupostos, enumerados no quadro abaixo.

I: CONHECIMENTO

Ao reconhecer que há temas/situações demandadas à equipe de Saúde da Família, faz-se necessário que identifique o que é mais prevalente no seu território. Ela deve organizar suas ofertas levando-se em conta as especificidades da clientela adscrita, que inclui o contexto local. Uma clientela predominantemente idosa, por exemplo, exige que a equipe desenvolva certa especialização nesse ciclo de vida. Uma grande clientela dependente do uso de álcool e outras drogas exige a priorização de conhecimentos sobre processos sociais e subjetivos que auxiliem na sua abordagem individual e familiar. Quanto maior o reconhecimento dos problemas dos usuários pelos profissionais, maior probabilidade de melhora subsequente. Assim, não se trata de exigir que a equipe “saiba tudo”, até porque a clientela não apresenta tudo como demanda, mas saber o que é necessário para alcançar a resolutividade desejada e de responsabilidade da Atenção Primária à Saúde no sistema de saúde. Acrescente-se que na mesma área existam também problemas menos prevalentes, como usuários com doenças raras, porém crônicas, pessoas vivendo com AIDS ou com lúpus. Tais casos também exigirão da equipe determinado conhecimento que poderá ser construído e utilizado no decorrer do tempo (acompanhamento longitudinal) para melhor fazer a coordenação do caso e compartilhar o atendimento com os outros serviços ou profissionais. Esse primeiro pressuposto é fundamental porque dá direcionalidade para a proposta do NASF, ratificando sua complementaridade em relação às equipes da Saúde da Família e possibilitando a compreensão da importância da contratação de seus profissionais. A constituição de um NASF pressupõe um processo de discussão, negociação e análise dos gestores juntamente com as equipes de SF, uma vez que são elas que conhecem as necessidades em saúde de seu território e podem identificar os temas/situações em que precisarão de apoio. O NASF, então, poderá contribuir também com as equipes de SF nos temas menos prevalentes em que ela considere fundamental acrescentar competências.

II: GESTÃO DAS EQUIPES

Pela complexidade do trabalho em saúde e o compromisso da APS com a melhoria crescente da resolutividade dos respectivos serviços, a criação do Nasf insere outros profissionais no processo de gestão compartilhada do cuidado. No entanto, somente implantar o Nasf não é su-

ficiente para que ele funcione no apoio à gestão integrada do cuidado, uma vez que não se trata simplesmente de aumentar o "time". A equipe população, desenvolve no plano da gestão vínculo específico entre um grupo de profissionais e determinado número de usuários. Isso possibilita uma gestão mais centrada nos fins (coprodução de saúde e de autonomia) do que nos meios (consultas por hora, por exemplo) e tende a produzir maior corresponsabilização entre profissionais, equipe e usuários. Essa equipe de saúde terá, no Nasf, o apoio matricial, seja pela modalidade de atendimento compartilhado, pela discussão de casos/formulação de projetos terapêuticos, seja pelos projetos de saúde no território. O atendimento compartilhado consiste em realizar intervenção tendo como sujeitos de ação o profissional de saúde e o apoiador matricial em regime de coprodução. A intenção é possibilitar a troca de saberes e de práticas em ato, gerando experiência para ambos os profissionais envolvidos. A discussão de casos e formulação de projetos terapêuticos consiste na prática de reuniões nas quais participam profissionais de referência do caso em questão, de um usuário ou um grupo deles, e o apoiador ou equipe de apoio matricial. A ideia é rever e problematizar o caso contando com aportes e possíveis modificações de abordagem que o apoio pode trazer e, daí em diante, rever um planejamento de ações que pode ou não incluir a participação direta do apoio ou de outros serviços de saúde da rede, de acordo com as necessidades levantadas. Implantar o Nasf implica, portanto, a necessidade de estabelecer espaços rotineiros de reunião para pactuar e negociar o processo de trabalho: discussão de casos, definição de objetivos, critérios de prioridade, gestão das filas de compartilhamento (encaminhamento), critérios de avaliação dos trabalhos, resolução de conflitos etc. Nada disso acontece automaticamente e torna-se necessário que os profissionais assumam sua responsabilidade na cogestão e os gestores coordenem esses processos, em constante construção, do trabalho transdisciplinar.

III: COORDENAÇÃO DO CUIDADO

A coordenação de casos é uma de suas características mais importantes da APS, pois possibilita definição clara de responsabilidade pela saúde do usuário, considerando-o como sujeito em seu contexto e no decorrer do tempo em oposição a uma abordagem fragmentada por recortes disciplinares (estômago, emoção, alimentação etc.). As características da Atenção Primária de primeiro contato com as famílias, acompanhamento longitudinal e inserção territorial protegem os usuários de intervenções exageradas, desarticuladas e não negociadas com eles. A coordenação de casos ocorre em três cenários: 1) Dentro do estabelecimento de Atenção Primária, quando os usuários são vistos por vários membros da equipe e as informações a respeito do usuário são geradas em diferentes lugares (por exemplo, laboratórios). 2) Com outros especialistas chamados para fornecer aconselhamento ou intervenções de curta duração. 3) Com outros especialistas que tratam de um usuário específico por um longo período de tempo, devido à presença de um distúrbio específico. A coordenação do cuidado significa para a equipe assumir o usuário, mesmo (ou talvez

principalmente) quando há procedimentos ou aspectos do problema de saúde que ela não domina totalmente, ou não lhe caiba executar (cirurgia ou tratamento prolongado, por exemplo). Não seria porque um usuário está sob cuidados quimioterápicos para um problema oncológico, ou porque necessita de uma abordagem de um psiquiatra ou psicólogo, que os conhecimentos obtidos pelo vínculo, o seguimento ao longo do tempo e a abordagem contextual (que inclui a família, entre outras dimensões) tornar-se-iam menos importantes. Ao contrário, é justamente nesses momentos de maior gravidade que esses conhecimentos da equipe de Saúde da Família são fundamentais para a eficácia clínica. Vale acrescentar que, quem está na Atenção Primária à Saúde tem um ponto de vista diferente e complementar ao de quem está em outros serviços de saúde da rede (serviço hospitalar, unidades de urgência e emergência, centro de especialidades). A equipe de SF tem mais chances de conhecer a família ao longo do tempo, conhecer a situação afetiva, as consequências e o significado do adoecimento de um de seus membros.

NASF: PRINCÍPIOS E DIRETRIZES GERAIS

A integralidade pode ser considerada a principal diretriz a ser praticada pelos Nasf. Ela pode ser compreendida em três sentidos: (a) a abordagem integral do indivíduo levando em consideração seu contexto social, familiar e cultural e com garantia de cuidado longitudinal; (b) as práticas de saúde organizadas a partir da integração das ações de promoção, prevenção, reabilitação e cura; além de (c) a organização do sistema de saúde de forma a garantir o acesso às redes de atenção, conforme as necessidades de sua população.

Na implantação da proposta do Nasf, há que se estar atento ao risco da fragmentação da atenção. Se incorporar abordagens disciplinares variadas pode adicionar qualidade ao atendimento, isso também pode gerar a não responsabilização, tanto em termos individuais como coletivos, mediante a focalização em aspectos parciais do indivíduo, com inevitáveis danos à saúde. O conceito de atenção integral pode ser uma contribuição importante na organização do processo de trabalho, de forma a afastar o risco da fragmentação.

O conceito de integralidade é também uma das diretrizes do SUS, ao lado da universalidade do acesso, do cuidado organizado em rede, da prioridade das ações preventivas, sem detrimento das assistenciais, bem como da equidade da oferta e das oportunidades em saúde. Mas isso implica modificação profunda dos modelos de atenção e de gestão dos processos de trabalho em saúde até hoje vigentes.

É consensual que a amplitude da prática da integralidade exija que os sistemas organizados a partir da APS reconheçam a grande variedade de necessidades relacionadas à saúde e disponibilize os recursos para abordá-las. A reflexão sobre a integralidade deve, todavia, ampliar o conceito constitucional, em busca de outras possibilidades, ou seja, a integralidade como traço da boa medicina, como modo de organizar as práticas em saúde e como elemento da construção de políticas especiais. Com efeito, no modo tradicional dos sistemas de

saúde, é notória a fragmentação da atitude dos médicos e dos outros profissionais de saúde, reduzindo o usuário a mero sistema biológico, desconsiderando seu sofrimento e outros aspectos envolvidos na sua qualidade de vida. Assim, a integralidade deve ser considerada como um valor e estar presente na atitude do profissional no encontro com seus usuários, no qual deverá reconhecer demandas e necessidades de saúde, bem como incorporar ações de promoção, prevenção, assim como ações curativas e reabilitadoras.

Outro conjunto de sentidos para a integralidade está baseado na importância de organizar as práticas dos serviços de saúde de forma orientada pelas necessidades da população, sejam estas explícitas ou não. Para isso, é importante equilibrar a demanda espontânea com a programada, ampliando o acesso da população aos serviços de saúde. Além disso, a integralidade também sinaliza para a construção das políticas governamentais de enfrentamento de certos problemas de saúde e necessidades de grupos específicos, que subentende a captação das várias nuances que envolvem a atenção à saúde. Dessa forma, a integralidade é tomada como ampliação do horizonte de intervenção sobre problemas.

A busca da integralidade nos serviços de saúde deve ser, portanto, um processo em construção, sendo a equipe de SF um fértil campo ao fomento da atenção integral. Em tal contexto, as equipes dos Nasf deverão atuar em conjunto com as equipes de Saúde da Família, apoiando-as para que possam incrementar não só a integralidade, mas também a resolutividade, a qualidade do cuidado, as ações de promoção de saúde e o acompanhamento e monitoramento em seus diversos aspectos.

NASF: PROCESSOS DE TRABALHO

Nos termos da Portaria no 154, existem duas modalidades de Nasf: o Nasf 1, composto por no mínimo cinco profissionais com formação universitária, entre os seguintes: psicólogo, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico ginecologista, profissional da educação física, médico homeopata, nutricionista, médico acupunturista, médico pediatra, médico psiquiatra e terapeuta ocupacional. Cada um desses Nasf 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 passa a ser cinco.

O Nasf 2 deverá ter no mínimo três profissionais, entre os seguintes: psicólogo, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, profissional da educação física, nutricionista e terapeuta ocupacional; e se vincular a no mínimo três equipes de SF. A definição dos profissionais que irão 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. O Nasf organizará o seu processo de trabalho com foco nos territórios de sua responsabilidade, conjuntamente com as equipes de SF que a ele se vinculam de forma a priorizar:

- (a) Atendimento compartilhado, para uma intervenção interdisciplinar, com troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas, gerando experi-

ência para ambos os profissionais envolvidos. Com ênfase em estudo e discussão de casos e situações, realização de projeto terapêutico singular, orientações, espaços de reuniões, bem como consultas e intervenções conjuntas, apoio por telefone, e-mail etc.

- (b) Intervenções específicas do profissional do Nasf com os usuários e/ou famílias, com discussão e negociação a priori com os profissionais da equipe de SF responsáveis pelo caso, de forma que o atendimento individualizado pelo Nasf se dê apenas em situações extremamente necessárias e, quando ocorrer, continuar mantendo contato com a equipe de SF, que não se descomprometeria com o caso, ao contrário, procuraria redefinir um padrão de seguimento complementar e compatível ao cuidado oferecido pelo Nasf diretamente ao usuário, ou à família ou à comunidade.
- (c) Ações comuns nos territórios de sua responsabilidade desenvolvidas de forma articulada com as equipes de SF. Como o desenvolvimento do projeto de saúde no território, planejamentos, apoio aos grupos, trabalhos educativos, de inclusão social, enfrentamento da violência, ações junto aos equipamentos públicos, como escolas, creches, igrejas, pastorais etc.

Do ponto de vista das responsabilidades individuais e coletivas dos profissionais do Nasf, algumas considerações devem ser feitas, como já colocado anteriormente, as metas a serem estipuladas para os profissionais do Nasf dependem da capacidade do profissional apoiador de articular e trabalhar em conjunto com as equipes de SF. Como as equipes do Nasf terão dois focos de responsabilidade, população e equipe, suas metas de trabalho deverão conter indicadores de resultado para a população, mas também indicadores de resultado da sua ação na equipe.

Além desses conjuntos de itens de responsabilidade relativos ao processo de trabalho dos Nasf, existem aspectos operacionais a serem considerados, por exemplo, nas ações por área estratégicas especificadas, que são: Saúde da Criança e Adolescente; Saúde da Mulher; Saúde Mental; Serviço Social; Assistência Farmacêutica; Atividade Física/Práticas Corporais; Práticas Integrativas e Complementares; Reabilitação/Saúde Integral da Pessoa Idosa; Alimentação e Nutrição.

Fonte: CADERNO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. Ministério da Saúde. Brasília-DF, 2010



EXERCÍCIOS COMENTADOS

1. (QUADRIX/ CRN 3ª REGIÃO-SP/ NUTRICIONISTA FISCAL/ 2014) A Portaria GM nº 154/2008 cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Para implantação dos NASF, os Municípios e o Distrito Federal devem elaborar Projeto de Implantação, contemplando os seguintes itens, exceto:

- a) território de atuação: formado por áreas contíguas de equipes de Atenção Básica/Saúde da Família.
- b) identificação das ESF: Equipes Saúde da Família vinculadas ao NASF.

- c) agenda compartilhada: planejamento e/ou a previsão de agenda compartilhada entre as diferentes equipes SF e a equipe dos NASF, desde que excluam ações individuais e incluam ações coletivas de assistência, de apoio pedagógico tanto das ESF quanto da comunidade e as ações de visita domiciliar.
- d) código do CNES: da Unidade de Saúde em que será credenciado o serviço NASF, que deve estar inserida no território das ESF vinculadas.
- e) formato de integração do sistema de saúde: incluindo fluxos e mecanismos de referências e contrarreferências aos demais serviços da rede assistencial, prevenindo mecanismos de retorno da informação e a coordenação do acesso pelas ESF.

Resposta: Letra C. Agenda compartilhada entre as diferentes equipes SF e a equipe dos NASF, que incluam ações individuais e coletivas, de assistência, de apoio pedagógico tanto das ESF quanto da comunidade e as ações de visita domiciliar

2. (QUADRIX/ CRN 10ª REGIÃO-SC/NUTRICIONISTA FISCAL/ 2014) As políticas públicas podem ser definidas como o conjunto de programas e atividades desenvolvidas pelo governo para assegurar os direitos constitucionais inerentes aos cidadãos. No que se refere aos programas e às políticas públicas de alimentação e nutrição, julgue o item subsequente. O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) é formado por profissionais de diferentes áreas. Sua função é a de gerência administrativa das equipes de saúde da família a ele subordinadas.

() CERTO () ERRADO

Resposta: Errado. O NASF é uma equipe composta por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das Equipes Saúde da Família, das Equipes de Atenção Básica para populações específicas, compartilhando as práticas e saberes em saúde nos territórios sob responsabilidade destas equipes. Criado com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, o NASF deve buscar contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS, principalmente por intermédio da ampliação da clínica, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários e ambientais dentro dos territórios.

NOÇÕES SOBRE POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL.

A trajetória da política de saúde foi analisada em cinco momentos), segundo três eixos: contexto nacional, processo político e conteúdo da política (prioridades e estratégias).

O início do SUS em tempos turbulentos (1990-1992)

A campanha presidencial de 1989 contou com 24 candidaturas. Fernando Collor de Mello, do Partido da Reconstrução Nacional (PRN), representante de uma oligarquia política do Estado de Alagoas, foi eleito após disputa em segundo turno com Luiz Inácio Lula da Silva, do Partido dos Trabalhadores (PT). A vitória de Collor foi ancorada no discurso de moralização da política e em uma coalizão centro-direita, tendo como diretrizes a liberalização e a abertura do mercado.

O Governo Collor adotou um pacote econômico austero que confiscou a poupança e achatou salários, afiado às determinações de ajuste dos países credores, seguindo propostas neoliberais do *Consenso de Washington*.

Durante 1990, reorganizaram-se os ministérios, as coalizões políticas e representações partidárias no Congresso Nacional. O primeiro ano de governo introduziu mudanças na área econômica e institucional, concentrou e racionalizou atividades em áreas ligadas à infraestrutura e economia.

A baixa prioridade na área social foi expressa em estratégias que contradiziam a *Constituição Federal* de 1988, como a (re)vinculação da Previdência ao Ministério do Trabalho. A ausência de legislação que garantisse o repasse dos recursos da Previdência para o Ministério da Saúde, que no início de 1990 incorporou o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), ameaçava a sustentabilidade financeira do SUS.

Nesse contexto, houve a discussão de leis específicas para cada área da Seguridade¹⁶. A aprovação da Lei Orgânica da Saúde (*Lei nº 8.080/1990*) ocorreu com vetos, revelando uma disputa entre reformistas e governo. No mesmo ano, uma nova lei (*nº 8.142/1990*) recuperou aspectos relativos ao financiamento e à participação social, deixando em aberto outras definições cruciais, como a política de recursos humanos e a relação com prestadores privados.

Promulgada a lei, foram editadas normas do Executivo que fixaram diretrizes de financiamento com certa centralização dos recursos da saúde na esfera federal. Definiram-se mecanismos de repasse de recursos para prestadores de serviços que reforçaram uma lógica convencional com os municípios, fragilizando a organização de um sistema integrado e articulado entre níveis.

No início da década de 1990, os recursos da Seguridade foram comprometidos pelos atrasos deliberados de repasses num momento de alta inflação (superior a 1.000% ao ano). Isso levou a cortes frequentes nas políticas de saúde e de assistência, preservando-se os níveis de recursos para a Previdência Social. A partir de 1990 foram incorporados ao orçamento da saúde os encargos previdenciários da União.

Em que pesem essas restrições, foram desencadeadas estratégias relevantes que viriam a influenciar as políticas nos anos subsequentes, como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o fornecimento nacional da terapia antirretroviral para pessoas com síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS).

Em 1992, a situação política do país sofreu uma reviravolta, com denúncias de fraudes na macroestrutura do Estado, e o envolvimento do Presidente e quadros ministeriais. Na saúde, a mudança de Ministro possibilitou a retomada do debate setorial e a rearticulação em torno do projeto de descentralização, expressas na convocação da IX Conferência Nacional de Saúde. Reorientou-se o processo de descentralização, incluindo novas formas de organização do sistema de saúde e a necessidade de formulação de uma nova norma operacional para o setor.

Ainda em 1992, estabeleceu-se uma Comissão para estudo do sistema previdenciário que apontou o dilema da sustentabilidade econômica da seguridade social, indicando a necessidade de uma revisão do pacto estabelecido na *Constituição Federal* de 1988. Esse ano encerrou com a renúncia de Collor à Presidência, após processo de *impeachment*, assumindo o cargo o Vice-presidente Itamar Franco (Partido do Movimento Democrático Brasileiro - PMDB).

O SUS em tempos de crise financeira e descentralização (1993-1994)

A estratégia política do Governo Itamar foi de repacutuação com as elites econômicas, em um bloco conservador, em sintonia com exigências da ordem capitalista internacional, mas sem os excessos da retórica neoliberal anterior. Na área econômica, destacou-se o lançamento do Plano Real em 1994, liderado pelo Ministro da Fazenda Fernando Henrique Cardoso. O plano visava à estabilização da moeda e ao controle inflacionário, alcançando sucesso desde os primeiros meses.

Os anos Itamar foram de interseção de interesses e coligações políticas. O debate da Seguridade Social foi reinstituído, sob a perspectiva de revisão dos compromissos assumidos em 1988. Em 1993, efetivou-se a proposta do Ministro da Previdência de especialização de fontes e as contribuições sobre a folha de salários passaram a estar vinculadas apenas à Previdência Social. A interrupção do repasse de recursos do fundo previdenciário, associada à instabilidade das outras fontes, fez com que o setor saúde decretasse em 1993 "situação de calamidade pública". Ainda assim, políticas importantes foram encaminhadas nesse período, em especial no que concerne à descentralização.

Definiram-se estratégias de transição para estados e municípios assumirem a política de saúde local, com previsão de mecanismos de transferência direta e automática de recursos do Fundo Nacional de Saúde, visando a romper com a lógica convenial. Além disso, avançou-se na implantação de comissões intergovernamentais para a pactuação da política em níveis nacional (a Comissão Intergestores Tripartite - CIT) e estadual (as Comissões Intergestores Bipartites - CIB).

Destacou-se ainda a institucionalização do PACS e do Programa Saúde da Família (PSF). Buscava-se um modelo de atenção que priorizasse as ações de proteção e promoção à saúde dos indivíduos e famílias, em contraposição ao modelo tradicional, centrado na doença e no hospital. Nesse momento, a estratégia desses programas foi direcionada para a população pobre identificada pelo "Mapa da Fome".

Contudo, os avanços institucionais na saúde foram paralisados diante da crise econômica no período. As imprecisões do texto constitucional se explicitavam e a saúde ficou fragilizada pelas indefinições do governo.

A saúde entre agendas conflitantes (1995-2002)

Os resultados da estabilização econômica nos primeiros meses do Plano Real renderam retorno político: em 1994, foi eleito em primeiro turno para a Presidência da República o ex-Ministro da Fazenda Fernando Henrique Cardoso, sociólogo, professor da Universidade de São Paulo e um dos fundadores do Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB).

O período correspondente aos dois Governos Cardoso foi marcado, na economia, pela ênfase na estabilização monetária, privatização de empresas estatais, continuidade das estratégias de abertura comercial e adesão às regras do comércio internacional.

Destaque-se o lançamento de estratégias de reforma do aparelho do Estado, a aprovação de legislação de reforma administrativa e de contenção de gastos com o funcionalismo público (Lei Camata, de 1996; Lei de Responsabilidade Fiscal, de 2000), favorecidas pela existência de uma coalizão de apoio ao governo majoritária no Congresso Nacional. Tais estratégias viriam a afetar não só a administração federal, com a redução do funcionalismo e contenção de gastos, mas também a gestão pública nos estados e municípios. Aponte-se a redução do funcionalismo federal ativo no período, a acentuação da descentralização de responsabilidades e serviços para as esferas subnacionais e a criação de agências reguladoras, em áreas específicas.

O governo foi sustentado por uma coalizão de centro-direita que predominou nos ministérios e no Congresso Nacional, o que lhe permitiu implantar parte importante de sua agenda política. Porém, a composição do governo não era totalmente homogênea, o que se expressou em diferenças entre os dois mandatos e entre áreas, com efeitos sobre as políticas sociais e de saúde.

A orientação do projeto econômico e de Estado não favoreceu avanços na esfera do trabalho. O período foi marcado pela baixa geração de empregos qualificados, dada a relativa estagnação industrial, ênfase na flexibilização das relações trabalhistas, aumento das terceirizações nos setores público e privado e queda da participação dos salários no Produto Interno Bruto (PIB).

As políticas sociais sofreram constrangimentos financeiros em função das prioridades macroeconômicas (estabilização monetária, superávit primário e pagamento de juros da dívida), que se manifestaram de forma diferente entre áreas da política. As propostas de privatização da previdência sofreram oposição do movimento sindical, do funcionalismo e de atores dentro do próprio governo, ancorados na solidez da previdência brasileira e no pacto constitucional. Resultou desses movimentos uma reforma incremental com a adoção do fator previdenciário, que aumentou a vinculação entre tempo de contribuição, idade e valores da aposentadoria, sendo preservado o seu caráter majoritariamente público.

Na assistência social, destacou-se o programa Comunidade Solidária, sob o comando da Primeira Dama, que apostava na articulação de programas sociais focaliza-

dos, com a participação da sociedade civil. O Benefício de Prestação Continuada (BPC), previsto na *Constituição*, começou a ser implantado em 1996, voltado para idosos e pessoas com deficiência de baixa renda, constituindo um mecanismo de transferência de renda não contributiva. A partir de 1998, aumentaram os programas de transferência de renda com condicionalidades (Bolsa Escola, Bolsa Alimentação e Vale-Gás), de forma fragmentada e ainda restrita, sob o comando de diferentes ministérios. Em que pesem as dificuldades, houve aumento dos gastos sociais federais nessas áreas.

A saúde expressou as tensões entre a agenda de reforma do Estado e a agenda da reforma sanitária. A primeira foi conduzida pelo Governo Federal e apoiada por forças conservadoras e liberais, no Congresso Nacional e na sociedade, com destaque para elites econômicas e grupos empresariais com interesse na expansão dos mercados em saúde. Já os defensores da segunda foram representados principalmente por atores setoriais, gestores e técnicos do SUS nas três esferas de governo, entidades da saúde coletiva e áreas afins (Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva - ABRASCO, Centro de Estudos Brasileiros em Saúde - CEBES, Associação Brasileira de Economia da Saúde - ABRES). Destaque-se ainda a crescente participação de profissionais de saúde e de usuários do SUS, favorecida pela expansão dos serviços públicos, constituição de conselhos de saúde e realização de conferências, em um contexto de democratização e descentralização das políticas públicas.

Os conflitos entre projetos foram expressos, por exemplo, nos enfrentamentos relativos ao financiamento setorial. Entre os atores da saúde e os da área econômica, destacaram-se embates relativos à criação de uma fonte de financiamento específica e à vinculação de receitas para a saúde. Cabe apontar a criação da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF) em 1996 (que ficou em vigor por dez anos, embora não exclusiva para o setor) e a aprovação da *Emenda Constitucional nº 29* em 2000, que vinculou receitas para a saúde de forma mais estrita para estados e municípios, com regras diferenciadas para a União que remetiam à variação do PIB. Essas estratégias foram defendidas por grupos setoriais, com a atuação relevante dos Ministros da Saúde. No entanto, sua negociação e implantação envolveram acordos e adaptações, com limites para sua efetividade. Negociações e conflitos intrasetoriais referentes à descentralização dos recursos federais ocuparam boa parte da agenda da CIT, em face das restrições financeiras sob as quais ocorria a implantação do SUS.

Na economia, as medidas de abertura comercial, a relativa estagnação da indústria nacional e a aprovação da legislação de propriedade intelectual¹⁸ impuseram desafios à produção de insumos para a saúde, em um contexto de demanda crescente em face da expansão de serviços, gerando uma explosão das importações, com riscos para a sustentabilidade da política.

A agenda de reforma do Estado do governo teve repercussões sobre a saúde. Em 1999-2000 foram criadas duas agências reguladoras na saúde: a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). A primeira visou a aumentar a capacidade regulatória em uma área tradicional de

atuação estatal, que abrange ramos diversificados. Já a segunda, foi voltada para os mercados de assistência médica suplementar, ocupando-se nos primeiros anos do estabelecimento de regras mínimas de operação das empresas, sistematização de informações e regulamentação de contratos, em uma lógica de defesa dos consumidores.

A diretriz de redução do funcionalismo público dificultou a conformação de burocracias no Ministério da Saúde e entidades vinculadas, a contratação de profissionais de saúde para os serviços públicos federais (cujo papel de prestação direta reduziu), e atingiu os serviços estaduais e municipais em expansão, favorecendo a proliferação de formas de contratação de profissionais de saúde alternativas à administração direta em todo o país.

Como pautas estruturantes da política, além do financiamento, destacou-se a descentralização, favorecida pela sua presença tanto na agenda de reforma do Estado quanto na agenda da reforma sanitária. Registram-se progressivos esforços de fortalecimento do papel dos estados e da regionalização, principalmente no final do período (2000-2002), em contraste com a ênfase municipalista do momento anterior.

O PSF, a partir de 1995, tornou-se prioritário na agenda do Ministério da Saúde e do Governo Federal, na perspectiva de expansão da cobertura dos serviços e da mudança no modelo de atenção. Isso conferiu novo *status* à atenção básica e favoreceu mudanças no financiamento (criação de piso *per capita* e de incentivos específicos), organizacionais (criação do Departamento de Atenção Básica em 2000) e inovações em outras áreas da política, como a de formação. Ressalte-se que a ênfase na atenção básica era compatível com as diretrizes da reforma sanitária referentes ao modelo de atenção e com propostas de reforma que defendiam uma ação do Estado mais delimitada, emanada de agências internacionais ou mesmo do Governo Brasileiro.

A política nacional de controle do HIV/AIDS ficou mais forte no período, sendo preservado o compromisso de fornecimento gratuito de medicamentos - vigente desde 1991 - mesmo diante da expansão dos regimes e custos da terapia antirretroviral. Isso levou à aprovação de lei específica para a garantia desses medicamentos e à atuação do Brasil nos debates internacionais sobre propriedade intelectual e interesses de saúde pública, bem como negociações com a indústria transnacional para a redução de preços. Houve expansão e diversificação dos programas de assistência farmacêutica, com estratégias de descentralização dos recursos para os medicamentos básicos e manutenção de compras centralizadas dos destinados a programas estratégicos ou de alto custo. Ressalte-se ainda a implantação do programa de genéricos.

Outras políticas tradicionais de saúde pública - como controle de doenças infecciosas - apresentaram continuidades, com inovações incrementais, assumindo destaque na agenda federal em momentos críticos, como foi o caso do dengue.

Em síntese, na saúde houve inovações institucionais (na regulamentação e financiamento) e avanços no período em termos da expansão de programas específicos e da cobertura dos serviços descentralizados. Porém, as