III ENCONTRO VIRTUAL DO CONPEDI

DIREITOS SOCIAIS E POLÍTICAS PÚBLICAS III

DIRCEU PEREIRA SIQUEIRA

SAMYRA HAYDÊE DAL FARRA NASPOLINI

SAULO DE OLIVEIRA PINTO COELHO

Copyright © 2021 Conselho Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Direito

Todos os direitos reservados e protegidos. Nenhuma parte destes anais poderá ser reproduzida ou transmitida sejam quais forem os meios empregados sem prévia autorização dos editores.

Diretoria – CONPEDI
Presidente - Prof. Dr. Orides Mezzaroba - UFSC – Santa Catarina
Diretora Executiva - Profa. Dra. Samyra Haydêe Dal Farra Naspolini - UNIVEM/FMU – São Paulo
Vice-presidente Norte - Prof. Dr. Jean Carlos Dias - Cesupa – Pará
Vice-presidente Centro-Oeste - Prof. Dr. José Querino Tavares Neto - UFG – Goiás
Vice-presidente Sul - Prof. Dr. Leonel Severo Rocha - Unisinos – Rio Grande do Sul
Vice-presidente Sudeste - Profa. Dra. Rosângela Lunardelli Cavallazzi - UFRJ/PUCRio – Rio de Janeiro
Vice-presidente Nordeste - Profa. Dra. Gina Vidal Marcilio Pompeu - UNIFOR – Ceará

Representante Discente:
Prof. Dra. Sinara Lacerda Andrade – UNIMAR/FEPODI – São Paulo

Conselho Fiscal:
Prof. Dr. Caio Augusto Souza Lara – ESDHC – Minas Gerais
Prof. Dr. João Marcelo de Lima Assafim - UCAM – Rio de Janeiro
Prof. Dr. José Filomeno de Moraes Filho – Ceará
Prof. Dr. Lucas Gonçalves da Silva – UFS – Sergipe
Prof. Dr. Valter Moura do Carmo – UNIMAR – São Paulo
Secretarias
Relações Institucionais:
Prof. Dra. Daniela Marques De Moraes – UNB – Distrito Federal
Prof. Dr. Horácio Wanderlei Rodrigues - UNIVEM – São Paulo
Prof. Dr. Yuri Nathan da Costa Lannes - Mackenzie – São Paulo
Comunicação:
Prof. Dr. Liton Lanes Pilau Sobrinho - UPF/Univali – Rio Grande do Sul
Profa. Dra. Maria Creusa De Araújo Borges - UFPB – Paraíba
Prof. Dr. Matheus Felipe de Castro - UNOESC – Santa Catarina
Relações Internacionais para o Continente Americano:
Prof. Dr. Heron José de Santana Gordilho - UFBA – Bahia
Prof. Dr. Jerônimo Siqueira Tybusch - UFSM – Rio Grande do Sul
Prof. Dr. Paulo Roberto Barbosa Ramos - UFMA – Maranhão
Relações Internacionais para os demais Continentes:
Prof. Dr. José Barroso Filho – ENAJUM
Prof. Dr. Rubens Beçak - USP – São Paulo
Profa. Dra. Viviane Coêlho de Séllos Knoerr - Unicuritiba – Paraná
Eventos:
Prof. Dr. Antônio Carlos Diniz Murta - Fumec – Minas Gerais
Profa. Dra. Cinthia Obladen de Almendra Freitas - PUC – Paraná
Profa. Dra. Livia Gaigher Bosio Campello - UFMS – Mato Grosso do Sul

Membro Nato – Presidência anterior Prof. Dr. Raymundo Juliano Feitosa – UMICAP – Pernambuco

D597

Direitos sociais e políticas públicas III [Recurso eletrônico on-line] organização CONPEDI

Coordenadores: Dirceu Pereira Siqueira; Samyra Haydêe Dal Farra Naspolini; Saulo De Oliveira Pinto Coelho – Florianópolis: CONPEDI, 2021.

Inclui bibliografia
ISBN: 978-65-5648-312-2
Modo de acesso: www.conpedi.org.br em publicações
Tema: Saúde: segurança humana para a democracia

1. Direito – Estudo e ensino (Pós-graduação) – Encontros Nacionais. 2. Direitos sociais. 3. Políticas públicas. III Encontro Virtual do CONPEDI (1: 2021 : Florianópolis, Brasil).

CDU: 34

CONPEDI

Conselho Nacional de Pesquisa
e Pós-Graduação em Direito Florianópolis
Santa Catarina – Brasil
www.conpedi.org.br

III ENCONTRO VIRTUAL DO CONPEDI

DIREITOS SOCIAIS E POLÍTICAS PÚBLICAS III

Apresentação

DIREITOS SOCIAIS E POLÍTICAS PÚBLICAS III

Em mais essa edição do Grupo de Trabalhos de Direitos Sociais e Políticas Públicas no II Encontro Virtual do CONPEDI o tema da Pandemia foi o que recebeu mais destaque. Assim, os artigos foram separados em dois Blocos, o Bloco dos artigos relacionados à Pandemia e o Bloco de artigos sobre outras Políticas Públicas.

Bloco sobre a Pandemia

No artigo A CAIXA DE PANDORA FOI ABERTA!": UMA ANÁLISE DA TRANSPANDEMIA COVID-19 NO BRASIL EM MEIO AO CONTEXTO DO DIREITO À SAÚDE COMO BEM COMUM DA HUMANIDADE, Janaína Machado Sturza , Gabrielle Scola Dutra e Charlise Paula Colet Gimenez analisa a Transpandemia COVID-19 no Brasil frente ao contexto do direito à saúde como bem comum da humanidade, utilizando-se de conceitos da Metateoria do Direito Fraterno.

No artigo PROPOSTAS DE POLÍTICAS PUBLICAS QUE DEVEM SER ADOTADAS NO PERÍODO DA COVID-19 PARA O ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA PRATICADA CONTRA A MULHER, Caroline Fockink Ritt e Luíse Pereira Herzog, analisam o crescimento de ocorrências de violência doméstica e familiar durante o isolamento social devido à pandemia do novo Coronavírus.

No artigo A SAÚDE COMO DIREITO DE TODOS E DEVER DO ESTADO: O CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA E O ENFRENTAMENTO A JUDICIALIZAÇÃO DIANTE DO COLAPSO GERADO PELO COVID-19, Janaína Machado Sturza , Tânia Regina Silva Reckziegel e Rosane Teresinha Porto, identificam a atuação do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) na judicialização da saúde e como este vem enfrentando os colapsos gerados a partir da chegada do coronavírus (Covid-19).

No artigo O PACTO PERVERSO: CONTEXTO PANDÊMICO NAS PRISÕES BRASILEIRAS 2020-2021, Carlos Roberto Oliveira e Antonio Sergio De Freitas Junior, analisam as políticas públicas referentes à epidemia de COVID-19, através do estudo da situação sanitária das prisões brasileiras, no período de 2020-2021.

No artigo ESCOLA COMO LOCAL DE PROTEÇÃO DE CRIANÇAS E OS IMPACTOS DA PANDEMIA DE COVID-19, Marina Nogueira de Almeida e Francesca Carminatti Pissaia, buscam compreender a escola como espaço de proteção de crianças contra a violência.

No artigo COVID-19 E OS DESAFIOS DO SERVIÇO DE SAÚDE DEMOCRÁTICO NO CÁRCERE, Aline Albieri Francisco , Ilton Garcia Da Costa e Vladimir Brega Filho, analisam as condições do serviço de saúde no cárcere e a necessidade de um serviço público democrático, utilizando o método dedutivo, com a análise de dados e revisão bibliográfica.

No artigo A ANTINOMIA DE DIREITOS FUNDAMENTAIS E O CONTROLE DOS ENTES FEDERADOS NO CONTROLE PANDÊMICO, Alder Thiago Bastos e Paulo Antonio Rufino De Andrade, busca pela pesquisa exploratória, através de metodologia dedutiva demonstrar que o isolamento compulsório determinado pelo Estado-membro não impõe uma afronta ao direito fundamental da liberdade religiosa quando este é afrontado com o direito à vida, à saúde coletiva e ao meio ambiente.

O artigo ANÁLISE DO JULGAMENTO DA ADPF 770 E OS REFLEXOS PARA A EFETIVAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE DURANTE A PANDEMIA DO COVID-19 de Augusto Pellatieri Belluzzo Gonçalves e Luisa Astarita Sangoi, tem por escopo analisar a decisão proferida na ADPF 770, em que o Supremo Tribunal Federal reconheceu a possibilidade de os Estados, os municípios e o Distrito Federal importarem e distribuírem vacinas para a prevenção do COVID-19. Objetiva-se analisar a linha de posicionamento adotada relativa ao direito à saúde, bem como as possíveis repercussões futuras da decisão.

Bloco sobre outras Políticas Públicas

No artigo UMA ANÁLISE SOBRE OS MODELOS DE DEFICIÊNCIA E SUA RECEPÇÃO NO DIREITO BRASILEIRO, Raimundo Wilson Gama Raiol , Evandro Luan de Mattos Alencar e Evander Dayan de Mattos Alencar tratam sobre os modelos de deficiência e a sua recepção no ordenamento jurídico brasileiro.

No artigo OS DIREITOS FUNDAMENTAIS SOCIAIS COMO PRESTACIONAIS E CUSTOSOS: DESAFIOS PARA EFETIVAÇÃO ATRAVÉS DO PLANEJAMENTO PÚBLICO, Jander Rocha da Silva, propõe uma análise dos Direitos Sociais com base na obra de Gerardo Pisarello e sua reflexão dos Direito Sociais como direitos prestacionais e custosos para o Ente Público.

No artigo POLÍTICAS PÚBLICAS, PROMOÇÃO À SAÚDE: UM ESTUDO COMPARADO BRASIL, INGLATERRA E ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA, Camila Cristina De Oliveira Dumas , Gustavo Noronha de Avila e Thais Aline Mazetto Corazza, analisam a relação do fomento de políticas públicas de promoção à saúde com o índice de criminalidade, comparando dados oficiais de países com sistemas de saúde e índices de violência diversos, como Brasil, Inglaterra e Estados Unidos.

No artigo SEGURANÇA HUMANA E SAÚDE DOS (AS) JOVENS NOS CONTEXTOS EDUCATIVO E LABORAL: A IMPORTÂNCIA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS, Sandra Liana Sabo de Oliveira, faz uma análise da situação dos (as) jovens, nos contextos educativo e laboral, particularmente em tempos de pandemia da COVID 19, sob o prisma da segurança humana e de sua dimensão da saúde.

No artigo PODERES ESTATAIS E POLÍTICAS PÚBLICAS, Adriana Timoteo Dos Santos, analisa as funções desempenhadas pelos poderes Executivo, Legislativo e Judiciário no âmbito das políticas públicas.

No artigo O PRINCÍPIO DA AUTONOMIA PRIVADA DA VONTADE E A ASCENSÃO DO DIREITO DE AUTODETERMINAÇÃO, Rafaela Almeida Noble e Luiz Fernando Bellinetti, através de uma pesquisa qualitativa de método dedutivo, analisam a evolução do conceito de autonomia da vontade e a ascensão do direito de autodeterminação.

No artigo ENTRE INCLUSÃO SOCIAL E LIVRE-INICIATIVA: O “CASO RESERVA RAPOSA SERRA DO SOL” E O PAPEL DO PODER JUDICIÁRIO NA CONSTRUÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS, Antonio Celso Baeta Minhoto e Nilson Tadeu Reis Campos Silva, estudam o ativismo judicial, especialmente os das mais altas cortes em seus países. Como referência analítica, a pesquisa examina o caso da Reserva Raposa Serra do Sol, demarcada em julgamento do STF.

No artigo O DIREITO À EDUCAÇÃO POR MEIO DA IMPLEMENTAÇÃO E EXPANSÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS COMO DIREITO SOCIAL BASILAR PARA A PROMOÇÃO DO DESENVOLVIMENTO HUMANO, Rachel Vecchi Bonotti e Marcelo Benacchio, realizam a análise do direito à educação como um direito social basilar para a o desenvolvimento humano.

No artigo O CUSTO DOS DIREITOS, A RESERVA DO POSSÍVEL E A NECESSIDADE DE REFORMULAÇÃO DA INTERFERÊNCIA DO PODER JUDICIÁRIO, Andrea Bezerra e Andre Studart Leitao, abordam os aspectos dos custos para efetivação dos direitos

fundamentais, bem como sobre a forma como o poder público, por meio da cláusula da reserva do possível, definirá quais direitos vai custear com o orçamento que possui, dentro do que entender razoável.

No artigo O DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE A PARTIR DE MUDANÇAS NO FUNCIONAMENTO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA, David de Medeiros Leite , Lúcia Helena Jales Correia Lima de Queiroz e Patrício Ferreira da Silva, aborda sobre a criação do Sistema único de Saúde (SUS) como meio de propiciar o direito fundamental à saúde.

No artigo ENSAIO SOBRE A RENDA BÁSICA UNIVERSAL: HISTÓRICOS E PERSPECTIVAS DE IMPLEMENTAÇÃO, Noelle Costa Vidal , Andre Studart Leitao e Pedro Alexandre Menezes Barbosa, buscam retomar as discussões relativas à renda básica universal e aos desafios orçamentários, políticos e sociais decorrentes de sua aplicação.

No artigo EDUCAÇÃO COMO DIREITO, NORMA E VALOR: OS REFLEXOS DA QUALIDADE EDUCACIONAL NA VIOLÊNCIA, Paulo V A Ferreira, apresenta a educação como um direito fundamental, sua previsão no ordenamento e sua capacidade de gerar bons valores nas pessoas, refletindo diretamente nos índices de violência.

No artigo A INTERVENÇÃO JUDICIAL NA DISCRICIONARIEDADE PÚBLICA COMO MEIO DE CONCRETIZAÇÃO DOS DIREITOS FUNDAMENTAIS SOCIAIS, Alexandra Fonseca Rodrigues e Alexandre Manuel Lopes Rodrigues, analisam os aspectos da intervenção judicial em decisões tomadas pela Administração pública sob o pressuposto de concretização dos direitos fundamentais sociais.

No artigo NOVAS PROPOSIÇÕES TEÓRICAS DA FUNÇÃO SOCIAL DA PROPRIEDADE A PARTIR DA EDUCAÇÃO RURAL INCLUSIVA, Fabrício Veiga Costa e Frederico Kern Ferreira Barros analisam o paradoxo existente entre os investimentos econômicos e sociais no campo, especificamente da educação rural, tendo como parâmetro a discrepância existente entre a qualidade da educação rural em comparação à urbana no Brasil, segundo dados oficiais levantados.

O artigo O DIREITO DE ACESSIBILIDADE DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA E AS DIVERSAS ESPÉCIES DE BARREIRAS de Bernardo Brito de Moraes, tem como objetivo explicitar como as disposições sobre acessibilidade estão dispostas pelo ordenamento jurídico pátrio, bem como demonstrar quais são as diversas espécies de barreiras que devem ser enfrentadas pelas pessoas com deficiência.

No artigo CONFLITOS, COOPERAÇÃO E MEDIAÇÃO: ANÁLISE DA ATUAÇÃO DA COMISSÃO ESTADUAL DE PREVENÇÃO À VIOLÊNCIA NO CAMPO E NA CIDADE (COECV) COMO POLÍTICA DE MEDIAÇÃO DE LITÍGIOS POSSESSÓRIOS, Daniela Ferreira Dos Reis , Vitor Hugo Souza Moraes e Arnaldo Vieira Sousa, analisam a política de mediação de conflitos possessórios a partir dos trabalhos desenvolvidos pela COECV, no Maranhão.

No artigo DIREITOS SOCIAIS E PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA: ANÁLISE DA (IN) VISIBILIDADE DE PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA, Tatiane Campelo Da Silva Palhares, objetiva refletir sobre a condição de pessoas em situação de rua a partir do mínimo existencial para o alcance dos direitos sociais.

No artigo DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE: QUAL O CONCEITO DE SAÚDE QUE O BRASIL TUTELA? Camila Cristina De Oliveira Dumas , Gustavo Noronha de Avila e Thais Aline Mazetto Corazza, objetivam verificar qual o conceito de saúde tutelado pelo Brasil, dentre os modelos existentes, tendo como marco teórico sua previsão constitucional e a Lei n. 8.080/1990.

No artigo A LEI Nº 13.467/2017 NO ESCOPO DO SISTEMA PLURINORMATIVO LABORAL: O PRINCÍPIO DA PROTEÇÃO COMO ELEMENTO FUNDAMENTAL PARA A APLICAÇÃO DE UMA NORMA JURÍDICA, Jaime Waine Rodrigues Mangueira e Jailton Macena De Araújo estudam como o art. 611-A, inserido na CLT pela Lei nº 13.467 /2017, exacerba a prevalência do negociado sobre o legislado, ao permitir a negociação in pejus, contrariando o Princípio da Proteção.

O artigo A ABORDAGEM DAS CAPACIDADES DE AMARTYA SEN E AS CONTRIBUIÇÕES AO DEBATE SOBRE CAPACIDADE CIVIL DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA NO DIREITO BRASILEIRO de Raimundo Wilson Gama Raiol , Evandro Luan de Mattos Alencar e Evander Dayan de Mattos Alencar trata sobre o sistema de capacidade civil no direito brasileiro e a questão da autonomia e liberdade de escolha das pessoas com deficiência.

Desejamos a todos que aproveitem os artigos sobre temas tão relevantes para as questões estruturais do nosso país.

Os Coordenadores:

Dirceu Pereira Siqueira

Universidade Cesumar, Maringá, PR

Samyra Haydêe Dal Farra Naspolini

UNIVEM - Marília e FMU-SP

Saulo De Oliveira Pinto Coelho

Universidade Federal de Goiás

O DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE A PARTIR DE MUDANÇAS NO FUNCIONAMENTO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

THE FUNDAMENTAL RIGHT TO HEALTH FROM CHANGES IN THE FUNCTIONING OF THE FAMILY HEALTH STRATEGY

David de Medeiros Leite
Lúcia Helena Jales Correia Lima de Queiroz
Patrício Ferreira da Silva

Resumo

Aborda sobre a criação do Sistema único de Saúde (SUS) como meio de propiciar o direito fundamental à saúde. Apresenta o conceito, a criação e os objetivos da Estratégia Saúde da Família (ESF) e do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), como instrumentos facilitadores do acesso à saúde. A metodologia utilizada foi a pesquisa descritiva, tendo como método de abordagem o hipotético-dedutivo e método de procedimento documental. Utilizou-se de fontes de pesquisa documental e bibliográfica. Por fim, apresenta propostas de mudanças na ESF, como forma de propiciar à sociedade o efetivo gozo do direito fundamental à saúde.

Palavras-chave: Direito à saúde, Sus, Médico, Enfermeiro, Direitos fundamentais

Abstract/Resumen/Résumé

It addresses the creation of the Unified Health System (SUS) as a means of providing the fundamental right to health. It presents the concept, creation and objectives of the Family Health Strategy (ESF) and the Family Health Support Center (NASF), as instruments that facilitate access to health. The methodology used was descriptive research, using the hypothetical-deductive approach and the documentary procedure method. It used sources of documentary and bibliographic research. Finally, it presents proposals for changes in the ESF, as a way of providing society with the effective enjoyment of the fundamental right to health.

Keywords/Palabras-claves/Mots-clés: Right to health, Sus, Doctor, Nurse, Fundamental rights

1 INTRODUÇÃO

O tema proposto delimita-se a partir da necessidade de garantir a plena tutela do direito fundamental à saúde, propondo-se para isso mudanças na Estratégia Saúde da Família (ESF).

A saúde pública no Brasil, ao longo de sua história, enfrenta problemas constantes, o que demandou várias tentativas de formulação e reformulação de políticas públicas no sentido de otimizar o acesso, o fluxo, bem como a resolutividade no setor.

Como resultado de um longo período de lutas em prol da garantia de um melhor sistema de saúde, a sociedade brasileira, é contemplada com o Sistema Único de Saúde (SUS), o qual é incorporado pela Constituição Federal de 1988.

Ao longo da história constitucional brasileira, a Constituição Federal de 1988, foi a primeira a, expressamente, definir a saúde como um direito social fundamental, preceituando em seu artigo 6º "São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados".

Com o fito de implementar e estruturar o SUS, o Ministério da Saúde institui em 1994 o PSF (Programa Saúde da Família), o qual mais tarde passa a designar-se ESF (Estratégia Saúde da Família). Essa Estratégia foi criada objetivando ser o primeiro acesso à saúde pelos usuários do SUS, visto que sua estrutura organizacional possibilita veicular os princípios que norteiam o SUS, tais como a intersetorialidade, a descentralização, a equidade e a priorização à população de risco.

Entretanto, muitos são os problemas de acesso à saúde ainda enfrentados pela população brasileira, pois ainda não se conseguiu implantar uma política pública de saúde verdadeiramente eficaz, especialmente, na saúde básica, em que o acesso ainda é restrito, principalmente pela escassez do profissional médico, o qual prefere atuar nos grandes centros urbanos e serviços de saúde de alta complexidade.

A restrição do exercício profissional do Enfermeiro é um fator que obsta um melhor e maior acesso à saúde básica, tendo em vista que o mesmo poderia contribuir ainda mais para a otimização da saúde se fosse ampliado seu exercício profissional, já que o mesmo tem mostrado um perfil profissional mais engajado e afinado aos fundamentos basilares do Sistema Único de Saúde (SUS) e, especialmente, à Estratégia Saúde da Família (ESF).

O acesso à saúde é algo essencial à dignidade da pessoa humana. Tendo em vista o atual quadro em que se encontra a saúde no nosso país e, especialmente a saúde básica,

pensou-se numa maneira para solucionar a deficiência de profissionais médicos, que não mostram, segundo a realidade presente, tanto no interior, quanto nas capitais, interesse em se dedicar e se adequar ao projeto funcional da Estratégia Saúde da Família, não se afeiçoando aos princípios embasadores da mesma.

Assim, objetiva-se a partir das propostas contidas neste artigo, propiciar ao poder público alternativas de mudanças no atual quadro organizacional da ESF, no intuito de que a saúde básica seja adequadamente acessível, resultando no pleno gozo do direito fundamental à saúde por parte da sociedade brasileira.

Para o desenvolvimento deste artigo utilizou-se de pesquisa descritiva, tendo como método de abordagem o hipotético-dedutivo e método de procedimento documental.

> O método científico parte de um problema, ao qual se oferece uma espécie de solução provisória, uma teoria-tentativa, passando-se depois a criticar a solução, com vista a eliminação do erro e, tal como no caso da dialética, esse processo se renovaria a si mesmo, dando surgimento a novos problemas. (POPPER, 2012, p. 33).

Como fontes de pesquisa documental, foram utilizadas as Leis reguladoras do SUS: 8.080/90 e 8.142/90 e a Constituição Federal de 1988.

Como fonte de pesquisa bibliográfica, foram pesquisados livros, artigos científicos e sites da internet.

2 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

O Sistema Único de Saúde (SUS) é resultado de uma história de lutas enfrentadas pela sociedade brasileira, a qual buscava um sistema que lhe assegurasse acesso, resolutividade e cidadania. Esse movimento de reforma do sistema de saúde brasileiro teve como marco principal a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) ocorrida entre 17 e 21 de março de 1986 em Brasília.

> A Constituição Federal de 1988 consagra o SUS, determinando em seu artigo 196 ser dever do Estado garantir saúde a toda população e ainda expressa o conceito de saúde elencado na 8ª CNS de 1986. Entretanto, a implantação do Sistema tem início nos primeiros anos de 1990, após a promulgação da Lei Orgânica da Saúde nº 8.090/90, complementada pela Lei Orgânica 8.182/90. Estas foram leis fundamentais que orientaram a operacionalização do sistema de saúde brasileiro, visto que a primeira definiu os objetivos e atribuições do SUS, enquanto a segunda definiu as regras gerais para a participação popular e financiamento. (MARQUES, 2012, p.41).

O Documento final resultante da 8ª CNS conceitua saúde como "resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde". Vê-se que o conceito de saúde invocado pela Constituição Federal de 1988 está intrinsecamente ligado ao princípio da dignidade humana, dependendo de todos os direitos supra-elencados no referido conceito para que seja conferida efetivamente.

Segundo HUMENHUK (2004 apud MACHADO, NASCIMENTO, 2010) "Portanto, a saúde é uma condição essencial à dignidade da pessoa humana, cabendo assim, ao Estado, por meio de políticas públicas e de seus órgãos, assegurá-la como direito de todos os cidadãos. O direito à saúde se consubstancia em um direito público subjetivo, exigindo do Estado atuação positiva para sua eficácia e garantia".

Baseado nos preceitos constitucionais e regulamentado pela Lei 8.080/90, a construção do SUS se norteia pelos princípios doutrinários da universalidade, equidade e integralidade, bem como pelos princípios organizativos da regionalização e hierarquização, a resolubilidade, descentralização, participação popular e complementaridade do setor privado. A universalidade traduz-se pela garantia de atenção à saúde, por parte do sistema, a todo e qualquer cidadão. A equidade significa atendimento igualitário a todos, servindo-se do grau de complexidade necessário a cada caso concreto. A integralidade significa o reconhecimento

da pessoa como um todo indivisível e integrante de uma comunidade, sendo também as ações de promoção, proteção e recuperação desenvolvidas sem que possam ser compartimentalizadas. Da mesma forma, as unidades prestadoras de serviços, com seus diversos graus de complexidade, formam também um todo indivisível configurando um sistema que deve prestar assistência integral.

Logo, pode-se inferir que a Constituição Federal de 1988 inova um sistema de saúde priorizando a dignidade da pessoa humana. No entanto, o SUS idealizado, escrito e normatizado vem enfrentando um caminho difícil para sua adequada e sonhada consolidação. É preciso que a lei seja cumprida, sendo necessário que mecanismos eficazes sejam colocados em prática para real concretização desse sistema.

3 A SAÚDE COMO UM DIREITO FUNDAMENTAL

O bem inerente à vida chamado saúde ganhou status de direito fundamental há poucos anos com a promulgação da Constituição Federal de 1988.

> Até o século XIX, a legislação mundial não dispunha sobre o direito à saúde. A partir da segunda guerra mundial (1939/1945) a saúde torna-se um valor universal a ser seguido, assim como a dignidade humana, afinal um depende do outro. (MOREIRA; ANDRADE, 2010, p.1).

No Brasil, a Constituição de 1934 inclui a proteção à saúde, sendo esta voltada apenas à saúde do trabalhador. A Constituição de 1937 previu o direito à saúde da criança. A Constituição de 1946 previu a saúde com repartição de competências. Já a Constituição de 1967 e de 1969 não contemplaram nenhum avanço no que concerne ao direito à saúde.

No ano de 1988 o Brasil vive um momento ímpar em sua história política, que é o movimento de redemocratização, acontecendo neste ano a promulgação da Constituição Federal de 1988, na qual, pela primeira vez na história das constituições brasileiras se expressa a saúde como um direito fundamental a ser assegurado a todo cidadão brasileiro.

O direito à saúde é elencado no artigo 6º da Constituição Federal de 1988 como um direito social. “São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição”.

Diante do artigo constitucional supra descrito, compreende-se que todos os direitos sociais nele elencados fluem para que se obtenha saúde, ou seja, o resultado saúde depende diretamente do conjunto associado dos demais direitos nele inseridos, assim como fora definido na 8ª CNS ocorrida em 1986.

> O direito à saúde não é apenas o acesso ao tratamento repressivo e aos medicamentos. O direito à saúde é um instituto muito mais amplo e precisa estar relacionado a uma boa alimentação, à assistência social, ao trabalho, à moradia digna. O direito fundamental à saúde é uma questão de cidadania e pertence à coletividade. (MOREIRA; ANDRADE, 2010, p.1).

A Constituição Federal de 1988 reservou no capítulo 1 do Título VIII intitulado “Da ordem social”, uma seção (artigos 196 a 200), para disciplinar sobre o direito à saúde, bem como orientar o funcionamento do Sistema único de saúde (SUS).

Através do artigo 196 a Constituição garante a saúde como um direito de todos e dever do Estado, dando ao bem saúde um status de norma suprema.

Assim como os demais direitos, o direito à saúde também tem suas bases principiológicas, sendo relevante citar o princípio da unicidade do sistema, a integralidade da prestação, a humanização, o mínimo existencial e a reserva do possível.

Segundo Moreira e Andrade (2010 apud MENDES; COELHO; BRANCO; GONET, 2008, p.1368) "O princípio da humanização significa que todos os seres humanos, nos casos de doenças, devem receber tratamento condigno de acordo como estado atual da ciência médica, independentemente de sua situação econômica, sob pena de não ter muito valor sua consignação em normas constitucionais". Em outras palavras, o que esse princípio expressa é que a pessoa deve ser tratada como gente.

O Princípio do mínimo existencial consubstancia-se em todos os direitos sociais. É dizer que, para se viver com dignidade esse mínimo deve ser garantido. Portanto, ninguém pode receber um tratamento de saúde abaixo de um patamar mínimo necessário à sua recuperação, bem como proteção e promoção da mesma.

Segundo os renomados autores Canotilho, Mendes, Sarlet e Streck (2013), o princípio do mínimo existencial não significa apenas o necessário à subsistência, mas sim, o essencial para que se viva com saúde e qualidade.

O princípio da reserva do possível enseja averiguar se o Estado detentor de tantas obrigações tem condições ou não de suprir determinadas necessidades de saúde, não sendo isso argumento para que o Estado deixe de supri-las. Nesse viés insere-se o que hoje muito se discute, a judicialização da saúde.

> É possível sustentar a existência de uma obrigação por parte dos órgãos estatais e dos agentes políticos, de maximizarem os recursos e minimizarem o impacto da reserva do possível, naquilo que serve de obstáculo à efetividade dos direitos sociais. Se a reserva do possível há de ser encarada com reservas, também é certo que as limitações vinculadas à reserva do possível não são em si mesmas uma falácia; o que de fato é falaciosa é a forma pela qual o argumento tem sido por vezes utilizado entre nós, como óbice à intervenção judicial e desculpa genérica para uma eventual omissão estatal no campo da efetivação dos direitos fundamentais, especialmente daqueles de cunho social. (CANOTILHO; MENDES; SARLET; STRECK, 2013, p.545).

Os princípios da unicidade e integralidade encontram-se abordados no título designado ao Sistema único de Saúde.

4 A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) E O NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF)

Como medida estruturante e implementadora do SUS foi criado em 1994 o Programa de Saúde da Família (PSF), passando a ser chamado mais tarde de Estratégia Saúde da Família (ESF). Esse programa, tido como uma estratégia, passou a ser o primeiro meio de acesso à saúde pelos usuários do SUS, visto que sua estrutura organizacional possibilita veicular os princípios que norteiam o SUS, tais como a intersetorialidade, a territorialização, a descentralização, a equidade e a priorização à população de risco, buscando a reorganização das práticas da atenção à saúde que ainda carregavam fortes traços do modelo flexeneriano[1].

A Estratégia Saúde da Família (ESF) foi criada com o objetivo de se manter como a porta de entrada ao sistema de saúde, bem como de reorientação do mesmo.

Sua organização e operacionalização se dá pela implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de Saúde. Estas equipes atuam na promoção à saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e na manutenção da saúde desta comunidade, na qual a equipe foi implantada.

Segundo o Conass (2007), a definição de atenção primária à saúde reafirma a necessidade de tornar a prática assistencial no Saúde da Família (SF) uma prática integral, por meio da responsabilidade clínica e territorial, isto é, uma prática integral na atenção às necessidades em saúde dos indivíduos e na co-responsabilidade pela saúde da população no seu território.

> A ESF recebeu grande incentivo com a Norma Operacional Básica (NOB – 96) que operacionalizou a descentralização de recursos e a municipalização da saúde, apresentando as orientações para o repasse, aplicação e mecanismos de controle e acompanhamento dos recursos financeiros que compõe o Piso da Atenção Básica (PAB) e responsabilizou os municípios enquanto gestores. (OLIVEIRA; BARBOSA; FERRARI, 2008, p.1).

Segundo o Conass (2007), Uma equipe de saúde da Família deve atuar na assistência de uma comunidade com população correspondente de 600 a 1000 famílias, não podendo exceder ao total de 4 mil pessoas moradoras de uma área geográfica adstrita, sendo esta o alvo de atuação desta equipe.

[1]Modelo de saúde preponderante no final do século XIX, o qual enfatizava a medicina curativa e o espaço hospitalar como ambiente hegemônico da prática médica.

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) foi criado em 2008 pelo Ministério da Saúde com o objetivo de dar suporte e melhor inserção à ESF. Em 2017 Os NASF passam a ser denominados Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica – NASF-AB.

Este núcleo é composto por profissionais de diferentes áreas do conhecimento que, atuam de maneira integrada às equipes de saúde da família, nelas incluídas as equipes de saúde bucal, devendo esta composição ser definida pelos próprios gestores municipais e as equipes de Saúde da Família, mediante critérios de prioridades identificados a partir das necessidades locais e da disponibilidade de profissionais de cada uma das diferentes ocupações.

O NASF faz parte da atenção básica e atua nas estruturas físicas das próprias Unidades Básicas de Saúde e no território, entretanto, não são de livre acesso para atendimento individual ou coletivo, sendo regulados pelas equipes de Atenção Básica, quando necessários.

Os Núcleos visam fortalecer oito diretrizes na atenção à saúde: a interdisciplinaridade, a intersetorialidade, o território, a integralidade, o controle social, a educação permanente em saúde, a promoção da saúde e a humanização.

De acordo com o Ministério da Saúde, Brasil (2019), são três as modalidades de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), quais sejam: NASF 1, NASF 2 e NASF 3, tendo a terceira modalidade sido criada pela Portaria nº 3.124, de 28 de Dezembro de 2012, a qual também redefine os parâmetros de vinculação dos NASF, modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas. Os NASF 1**,** NASF 2 e NASF 3 devem realizar suas atividades vinculados, respectivamente, a, no mínimo, 05 e no máximo 09 equipes Saúde da Família e/ou equipes de Atenção Básica; a, no mínimo, 3 e no máximo 4 equipes Saúde da Família e/ou equipes de Atenção Básica; e a, no mínimo, 1 e no máximo 2 equipes Saúde da Família e/ou equipes de Atenção Básica.

4.1 A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) E A ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL MÉDICO

A ESF deve ser organizada por área geográfica dentro de um município, assistindo a essa população adstrita na promoção da saúde, na proteção e recuperação de doenças. Sua composição funcional deve incluir no mínimo um profissional médico generalista, um profissional enfermeiro, um técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). O quantitativo destes ACS dependerá do número de famílias existentes na área, sendo esta

dividida em micro-áreas. Cada micro-área será assistida por um agente comunitário de saúde e os demais profissionais da Saúde da Família.

As atividades devem ser desenvolvidas de forma interdisciplinar, objetivando uma melhor resolutividade na assistência a partir do conhecimento da população em que se trabalha, considerando na tomada de ações pela equipe todos os aspectos envolvidos no processo saúde-doença, como saneamento básico, qualidade da água, escolaridade, hábitos de vida, convivência familiar, dentre outros.

O resultado da implantação da ESF tem demonstrado melhoras na saúde básica, mas não o desejado, pois muitos são os entraves para o seu funcionamento, sendo o mais apontado e vivenciado a falta de médicos aliado ao despreparo do mesmo para atuar em Saúde da Família.

Segundo o Conass (2007), a falta de médicos de família e comunidade com perfil e capacidade técnica, e em quantidade suficiente para atender ao processo de expansão em curso, é nó crítico mais citado pelos gestores.

Percebe-se que há uma grande rotatividade do médico na Saúde da Família, sendo alegado por esses profissionais fatores como distância dos grandes centros, falta de equipamentos e materiais, má estrutura física dos postos de saúde, dentre outros.

A rotatividade do profissional médico é fator que prejudica demasiadamente o bom funcionamento e satisfação da ESF, pois um dos requisitos estipulados para o funcionamento da mesma é a formação do vínculo entre os profissionais e a população, propiciando um bom conhecimento da população alvo para que se possa planejar métodos adequados das ações de saúde.

> Na implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) no Brasil, dois problemas foram identificados. O primeiro diz respeito à dificuldade de implantação do programa em grandes municípios. O segundo refere-se às dificuldades da área de Recursos humanos no PSF, dentre os quais destaca-se a rotatividade dos médicos do PSF. Na medida em que a proposta do PSF funda-se no vínculo entre os profissionais da equipe de saúde e a população, a alta rotatividade dos profissionais pode comprometer a efetividade do modelo. (CAMPOS, 2005, p. 5).

Segundo Campos (2005 apud MS, 2002c; MS, 2004c) “A rotatividade dos profissionais de saúde no PSF, em especial do médico, é considerada um fator de não sustentabilidade do programa”.

Observa-se que, em geral, os médicos que procuram trabalhar na ESF não pretendem manter esse vínculo ou trabalho por muito tempo, ou seja, é um trabalho apenas para passarem um tempo, se "capitalizarem" e, logo após se dedicarem à uma Residência Médica ou a um outro trabalho em um grande centro.

Segundo Campos (2005 apud MS, 2002a) "Pesquisa realizada com gestores de grandes municípios indicou que, em Manaus, a elevada rotatividade de médicos era decorrente da contratação de um grande número de recém-formados que, depois de curto período de tempo, desligava-se para cursar residência médica".

Ainda segundo a mesma autora supracitada, e no âmbito do mesmo trabalho, intitulado: "por que o médico não fica?", no qual foi realizada uma pesquisa no Estado de São Paulo referente à rotatividade do profissional médico, uma das respostas obtidas dos gerentes de Instituições Parceiras do PSF foi a seguinte: "A falta de perfil como causa da rotatividade aparece nas seguintes características descritas: recém-formado, jovem, que não adere à comunidade, com falta de conhecimento, que não trabalha bem com a pobreza".

> As hipóteses explicativas para a saída, do ponto de vista individual, são: prestar residência médica, cursar especialização, grande número de emprego, mudança de município ou de área. (CAMPOS, 2005, p.115).

Outro aspecto revelado no tocante à rotatividade do profissional médico, refere-se ao fator prestígio e reconhecimento profissional. A maioria dos médicos procuram trabalhar nos grandes centros urbanos, os quais são melhor dotados de tecnologia e nos quais podem exercer uma determinada especialidade, pois isso, numa inversão de valores, faz com que sejam melhor reconhecidos profissionalmente pela sociedade.

A supracitada pesquisa realizada no município de São Paulo, obteve como 5º fator causador da rotatividade o desprestígio do médico do PSF junto à classe médica. Uma das respostas obtidas por um entrevistado foi a seguinte:

> O problema da rotatividade é causado pela falta de prestígio da profissão. Ser médico do PSF é visto pela categoria médica como um fracasso profissional. Eles dizem o seguinte: ' Eu sou médico, mas estou trabalhando no PSF'. É visto como uma instância inferior da medicina. (CAMPOS, 2005, p. 119).

Portanto, válido dizer que há uma inversão de valores, pois na área de saúde, a qual exige uma verdadeira vocação profissional, saber lidar com o ser humano, com a comunidade,

principalmente aquelas menos favorecidas, é fundamental. Trabalhar num programa desses deve ser motivo de orgulho e reconhecimento. Afinal o profissional de saúde deve lidar com o processo saúde-doença, independentemente, do nível sócio-econômico da população.

4.2 O PAPEL DO ENFERMEIRO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)

O profissional Enfermeiro dentro da Estratégia Saúde da Família (ESF) tem realizado um trabalho abrangente, responsabilizando-se por atividades voltadas à administração e gerência de ações, bem como atividades assistenciais diretas nos variados níveis de assistência primária, além de ser responsável técnico por Técnicos de Enfermagem e ainda supervisionar o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde.

Sua atuação deve ser desenvolvida de forma interdisciplinar com outros profissionais inseridos no programa com o fito de conjugarem saberes e experiências em prol da assistência integral e educativa.

Segundo Magalhães (2010, apud ERMEL; FRACOLLI, 2006, p.7) "No PSF, a prática de enfermagem se insere buscando a reformulação e a integração de ações com os demais trabalhadores da equipe de saúde. Esta reformulação e integração acontecem, principalmente, através de um processo de articulação das intervenções técnicas e da interação entre os outros profissionais da Equipe de Saúde da Família".

O trabalho de saúde a ser desenvolvido na ESF exige a união de vários fatores para que possa se concretizar de maneira efetiva e a respeitar as diretrizes norteadoras da Estratégia, como a importância de uma boa comunicação e de um bom planejamento das atividades entre os membros da equipe multidisciplinar, de maneira que cada um, dentro de uma atividade ampla e coletiva consiga inserir no âmbito das ações, seus conhecimentos técnicos de forma adequada e acessível para que o público alvo possa absorver e colocar em prática o que aprendeu.

> Diante dessa nova realidade provocada pela mudança na prática assistencial, o enfermeiro surge como um ator social de extrema importância para implantar essas ações de forma resolutiva e com qualidade. Esse profissional inserido na equipe de saúde da família torna-se responsável por inúmeras atribuições, é o profissional-chave no processo de organização do trabalho na Atenção Primária e sua prática na saúde pública se torna um grande desafio. (MAGALHÃES, 2010, p.7 apud ERMEL; FRACOLLI, 2006).

Importante frisar que as atividades devem ser desempenhadas em adequação com a realidade de cada comunidade, o que pressupõe uma certa sensibilidade desse profissional, no tocante a perceber melhores mecanismos de intervenção junto à sua área de atuação.

Conforme o exposto acima, percebe-se que a linha de trabalho traçada nessa estratégia exige um importante grau de afinidade entre os componentes da equipe de saúde, os quais devem atuar sob as bases principiológicas do Sistema Único de Saúde, de forma interdisciplinar na busca em atingir por meio da educação, primordialmente, a prevenção de doenças.

Portanto, a ESF pensada como o primeiro acesso à saúde básica necessita se fortalecer através de algumas importantes medidas que possam fazer com que o direito fundamental à saúde não seja algo parcial e ineficaz, mas sim, um direito pleno como bem expresso em nossa Carta Magna de 1988.

4.3 PROPOSTAS DE MUDANÇAS NA ESF COMO MEIO AO DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE

A saúde encontra-se elencada na Constituição Federal de 1988 como um direito social fundamental a ser garantido mediante políticas públicas.

O SUS que fora incorporado à nossa Constituição trás o princípio da universalidade, importando ser um sistema que possibilite o acesso à toda pessoa. Para propiciar o desenvolvimento do SUS foi criado em 1994 o PSF, sendo mais tarde designado ESF, como meio facilitador e primeiro de acesso à saúde.

O modelo da ESF, como já exposto anteriormente, foi pensado e criado na expectativa de atingir as comunidades mais carentes e primordialmente trabalhar a prevenção de doenças e a redução de riscos.

A Estratégia tem demonstrado uma ótima filosofia de trabalho, mas os resultados poderiam ser melhores, visto que os hospitais de nosso país continuam abarrotados de pacientes, e até mesmo sem vagas, com precariedade na assistência, quando se sabe que grande parte dessas patologias poderiam ser evitadas se a assistência básica de saúde fosse exercida adequadamente.

O ponto a que se quer chegar é o modo funcional como a ESF encontra-se organizada. Como explicitado em capítulo anterior, é fixado pelo Ministério da Saúde que uma equipe de saúde deve ser composta por um profissional médico, um profissional enfermeiro, um profissional técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, os quais devem atuar

em área determinada, estabelecendo um vínculo com esta comunidade, o que propicia à equipe um melhor conhecimento dos problemas de saúde, bem como as maiores necessidades daquela localidade, a qual receberá um diagnóstico pelo qual a equipe elaborará um planejamento de ações de saúde a serem desempenhadas no intuito de resolver os problemas já existentes e prevenir futuros.

Porém, demonstrou-se em dados trazidos a este trabalho que a ESF enfrenta como um grande obstáculo em sua atuação a escassez e a rotatividade do médico, resultando na ineficácia do programa e consequentemente a repercussão negativa nos demais níveis de complexidade da saúde, bem como um crescente número de demandas judiciais promovidas em face do poder público, pleiteando-se medicamentos e tratamentos caros.

Segundo o constitucionalista Mendes (2012), a presidência do Supremo Tribunal Federal (STF), em razão do alto índice de demandas judiciais, convocou uma audiência pública em maio de 2009, com o propósito de debater e refletir sobre o tema, objetivando ainda esclarecer questões técnicas, científicas, administrativas, políticas e econômicas envolvidas nas decisões judiciais sobre saúde.

Nesse contexto, faz-se fundamental pensar em mudanças no modelo da ESF, propondo-se o seguinte:

- ampliação da autonomia profissional do enfermeiro possibilitando a este realizar o diagnóstico de doenças, solicitação de exames, bem como prescrição de medicamentos no âmbito da Saúde básica. A curto prazo, através de ampliação dos protocolos do Ministério da Saúde, nos quais estão inseridos as atividades de cada profissional, e a médio e longo prazos através de modificações e reestruturações nas grades curriculares dos cursos superiores de enfermagem;

- alteração na composição da equipe da ESF, deslocando-se o médico da Unidade de Saúde da Família para atender no NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família), no qual atenderia os pacientes referenciados das Unidades de Família, sendo essencial uma contra-referência dos pacientes. Este Núcleo também necessitará ser reestruturado;

- a equipe de saúde da ESF seria composta por dois ou mais enfermeiros e dois ou mais técnicos de enfermagem a depender do número de famílias ou pessoas a serem assistidas, um educador físico, um nutricionista, os agentes comunitários de saúde, podendo ainda, à critério da necessidade local serem inseridos outros profissionais de saúde. Ressalte-se que odontólogos trabalham junto à ESF dentro do Programa de Saúde Bucal.

A partir dessas mudanças, o enfermeiro, que tem demonstrado melhor perfil e sensibilidade para trabalhar junto às comunidades mais carentes, bem como nas regiões

interioranas, estaria mais apto, diante da autonomia conferida, para desenvolver melhor as atividades inerentes à ESF e de acordo com os preceitos norteadores do SUS. Enfim, o problema da escassez de médicos para trabalhar na Estratégia e principalmente no interior, seria consideravelmente diminuído.

Logo, com o acesso à saúde básica de qualidade e o trabalho de base ampliado para prevenção, o direito à saúde estaria melhor tutelado.

5 CONCLUSÃO

Na história Constitucional brasileira, a Carta de 1988 foi a primeira a consignar a saúde como um direito fundamental a ser garantido mediante políticas públicas.

Ao longo da existência do Sistema único de Saúde e mais especificamente da Estratégia Saúde da Família (ESF), vários obstáculos têm dificultado sua consolidação e seu papel como porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo o mais citado pelos gestores públicos a escassez do profissional médico para trabalhar com a atenção básica de saúde, especialmente na Saúde da Família.

Ocorre que a escassez do referido profissional acarreta dificuldades de acesso aos serviços de saúde básica, causa enormes filas de espera, a descontinuidade das atividades educativas planejadas, a superlotação dos serviços de média e alta complexidade, aumento de patologias que poderiam ser prevenidas. Enfim, a ineficiência da Estratégia resulta em um sistema de saúde desumano não condizente com os preceitos constitucionais estabelecidos.

Nesse contexto, o presente trabalho propõe mudanças no funcionamento da ESF, no sentido de viabilizar o acesso e a resolutividade na saúde básica, otimizando assim, esse direito fundamental aos brasileiros, primordialmente aos mais desassistidos econômica e geograficamente.

Portanto, as reformas propostas, certamente, trarão um maior e melhor acesso à saúde, visto se ter no Brasil uma demanda suficiente de enfermeiros e, principalmente, pelo fato desses demonstrarem ao longo desse tempo de funcionamento da ESF, um perfil adequado, contribuindo para a consolidação da mesma de acordo com as diretrizes do SUS e, desse modo, colocar em prática o artigo 196 da nossa Magna Carta, o qual expressa ser a saúde um direito de todos e dever do Estado.

BIBLIOGRAFIA

BRASIL. 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**. Brasília, DF, 19 jan. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/I8142.htm.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. **Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências**. Brasília, DF, 28 dez. 1990. Disponível em <http: //www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l 8142.htm>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.124, de Dezembro de 2012. Brasília, 2012. **Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências**. Portaria nº 3.124, de Dezembro de 2012. Brasília, DF, 28 dez. 2012. Disponível em **https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3124_28_12_2012.html.**

CANOTILHO, J.J. Gomes; at al. **Comentários à Constituição do Brasil**. Editora Saraiva, Almedina, série IDP. São Paulo, 2013, p.545/546.

Coleção CONASS, Progestores. **Para entender a gestão do SUS. Atenção Primária e Promoção da Saúde**. 1ed. 2007, 212p.

Coleção CONASS, Progestores. **Para entender a gestão do SUS. Sistema Único de Saúde**. 1 ed. 2007, 280p.

DA CRUZ, Marly Marques. **Histórico do Sistema de Saúde, proteção social e direito à saúde, qualificação dos gestores do SUS**. 2 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/EAD: 2011. p. 35-46. Disponível em: <http//www4.ensp.fiocruz.br/biblioteca/home/exibedetalhesbiblioteca.cfm?>. Acesso em 30 mar. 2015.

DE ARRUDA CAMPOS, Cláudia Valentina. **Por que o médico não fica? Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família do município de São Paulo**. São Paulo, 2005, p. 5, 115, 119.

DOS SANTOS OLIVEIRA, Ana Paula; RERRARI, Luiz Fernando Galvão. **Estratégia Saúde da Família**. [s.l]; [2008?]. Disponível em <http://pitagoras.unicamp.br/~teleduc/cursos/diretorio/tmp/.../cap_2_ESF.doc>. Acesso em: 10 mar. 2015.

FERREIRA, Elizabete Mângia; LANCMAN,Selma. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo, v.19, n.2, p.i, maio/ago.2008. **Editorial, Núcleo de Apoio à Saúde da Família: integralidade e trabalho em equipe multiprofissional.**

HUMENHUK, Hewerstton. **O direito à saúde no Brasil e a teoria dos direitos fundamentais**. Jus Navigandi, Teresina, ano 9, n.227. 20 fev.2004. Disponível em <HTTP://jus.uol.com.br/revista/texto/4839>. Acesso em: 20 mar.2015.

MAGALHÃES, Roberta Viegas. **Os desafios da prática do enfermeiro inserido no Programa Saúde da Família**. 2010. 23f. Artigo Científico (Especialista em Atenção Básica em Saúde da Família)- Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.

MENDES, Gilmar Ferreira. **Direitos Fundamentais e Controle de Constitucionalidade**. Editora Saraiva. 4ed. São Paulo, 2012, 803p.

MOREIRA, Carla; ANDRADE, Geraldo. **Direito fundamental à saúde, surgimento do direito à saúde**. [2010?]; Artigo Científico (Bacharelanda em Direito; Professor de Direito Constitucional e Mestrado em Direito Ambiental e Desenvolvimento Sustentável) – Instituto Metodista Izabela Hendrix, Belo Horizonte, [2010?].

POPPER, R Karl. **A Lógica da Pesquisa Científica. Tradução de Leônidas Hegenberg e Octanny.** 16. Ed.São Paulo: Cultrix, 2008, 33 p.