UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E APLICADAS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: O DESMONTE DO NASF E O IMPACTO DA CRIAÇÃO DO PROGRAMA PREVINE BRASIL

Anna Karolina Barbosa de Lima Alvarez

Mariana - MG
2022

Anna Karolina Barbosa de Lima Alvarez

A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: O DESMONTE DO NASF E O IMPACTO DA CRIAÇÃO DO PROGRAMA PREVINE BRASIL

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Serviço Social da Universidade Federal de Ouro Preto, como requisito parcial à obtenção de título de Bacharel em Serviço Social.

Área de Concentração: Ciências Sociais Aplicadas.

Orientadora: Mª Daniele Correia.

Mariana – MG
2022

SISBIN - SISTEMA DE BIBLIOTECAS E INFORMAÇÃO

A473a Alvarez, Anna Karolina Barbosa De Lima.
A atenção primária à saúde [manuscrito]: o desmonte do NASF e o impacto da criação do programa Previne Brasil. / Anna Karolina Barbosa De Lima Alvarez. - 2022.
67 f.

Orientadora: Profa. Ma. Daniele da Silva Correia.
Monografia (Bacharelado). Universidade Federal de Ouro Preto. Instituto de Ciências Sociais Aplicadas. Graduação em Serviço Social .

1. Brasil. Ministério da Saúde. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. 2. Cuidados primários de saúde. 3. Saúde pública - Brasil. I. Correia, Daniele da Silva. II. Universidade Federal de Ouro Preto. III. Título.

CDU 614(81)

Bibliotecário(a) Responsável: Essevalter De Sousa-Bibliotecário Coordenador
CBICSA/SISBIN/UFOP-CRB6a1407

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO
REITORIA
INSTITUTO DE CIENCIAS SOCIAIS E APLICADAS
DEPARTAMENTO DE SERVICO SOCIAL

FOLHA DE APROVAÇÃO

Anna Karolina Barbosa de Lima Alvarez

A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: O DESMONTE DO NASF E O IMPACTO DA CRIAÇÃO DO PROGRAMA PREVINE BRASIL

Monografia apresentada ao Curso de Serviço Social da Universidade Federal de Ouro Preto como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Serviço Social.

Aprovada em 15 de dezembro de 2022.

Membros da banca

Professora Mestra Daniele da Silva Correia - Orientadora. Universidade Federal de Ouro Preto
Professora Doutora Alessandra Ribeiro de Souza. Universidade Federal de Ouro Preto
Professora Doutora Vivian Lúcia Rodrigues de Oliveira. Universidade Federal de Ouro Preto.

[Professora Mestra Daniele da Silva Correia, orientadora do trabalho, aprovou a versão final e autorizou seu depósito na Biblioteca Digital de Trabalhos de Conclusão de Curso da UFOP em 22/12/2022

Documento assinado eletronicamente por **Daniele da Silva Correia**, **PROFESSOR DE MAGISTERIO SUPERIOR**, em 22/12/2022, às 17:08, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015.

Documento assinado eletronicamente por **Vivian Lucia Rodrigues de Oliveira**, **PROFESSOR DE MAGISTERIO SUPERIOR**, em 22/12/2022, às 17:55, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.ufop.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0 , informando o código verificador **0451140** e o código CRC **22C2949C**.

R. Diogo de Vasconcelos, 122, - Bairro Pilar Ouro Preto/MG, CEP 35402-163
Telefone: (31)3558-2275 - www.ufop.br

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus primeiramente, pelo dom da vida, pela sabedoria e por estar presente em todas as etapas da minha vida.

A minha mãe Maria Aparecida e ao meu pai Nilo Sérgio (*In memorian*) muito obrigado pelo apoio incondicional. A minha irmã Kelly por ser minha confidente em todos os momentos. A toda minha família muito obrigada.

Á Universidade Federal de Ouro Preto e ao Instituto de Ciências Sociais Aplicadas, obrigado pelos ensinamentos e conhecimentos e crescimento pessoal.

Aos colegas de turma, amigos de Repúblicas, Mestres e Doutores muito obrigado.

Obrigado a minha orientadora, professora Daniele Correia, por aceitar o desafio e não desistir de mim, mesmo eu não sendo fácil.

A todos que direta ou indiretamente contribuíram para o meu sucesso.

RESUMO

O presente trabalho de conclusão de curso propõe uma análise teórica sobre a Atenção Primária à Saúde com ênfase no Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) e sua situação atual no Brasil, que vive contrarreformas e desmontes nas Políticas Sociais. Para esse trabalho foi necessário um resgate histórico sobre a Saúde no Brasil, com uma busca feita a partir da Reforma Sanitária Brasileira (RBS) com todo o seu processo até o marco legal do Sistema Único de Saúde (SUS), na Constituição Federal de 1988. Com base nesse resgate histórico a discussão é direcionada para o NASF, que surge com o intuito de melhorar a resolutividade e abrangência da Equipe de Saúde da Família através da equipe multiprofissional, com ampliação nunca vista antes de 2018 a 2019. O ponto chave do trabalho está no desmonte do SUS e a criação do programa PREVINE BRASIL. A forma de conduzir o Brasil tem uma mudança importante a partir de 2016, quando o governo sofre um golpe político que ficou conhecido como golpe jurídico- midiático-parlamentar em que coloca o Temer na Presidência do Brasil, com ele vem as suas ideologias liberais. As contrarreformas e desmonte em vários âmbitos se torna evidencia e que se perpetua até o governo atual. No governo Bolsonaro tem a criação do PREVINE BRASIL que estabelece um modelo de financiamento da Atenção Primária a Saúde que impacta no “desmonte” do NASF e afeta sua atuação, universalidade no território brasileiro e em consequência, os princípios do SUS.

Palavras-chaves: Atenção Primária à Saúde; Núcleo ampliado de Saúde da Família; Desmonte; PREVINE BRASIL.

ABSTRACT

This final paper proposes a theoretical analysis on Primary Health Care with emphasis on the Extended Family Health Center (NASF) and its current situation in Brazil, which is experiencing counter-reforms and dismantling of Social Policies. This work required a historical review of Health Care in Brazil, starting with the Brazilian Sanitary Reform (RBS) and its process until the legal framework of the Unified Health System (SUS), in the Federal Constitution of 1988. Based on this historical rescue, the discussion is directed to the NASF, which arises with the intention of improving the resolutivity and scope of the Family Health Team through the multiprofessional team, with an expansion never seen before from 2018 to 2019. The key point of the work is in the dismantling of the SUS and the creation of the PREVINE BRAZIL program. The way of conducting Brazil has an important change from 2016, when the government suffers a political coup that became known as legal-media-parliamentary coup in which puts Temer in the Presidency of Brazil, with him comes his liberal ideologies. The counter-reforms and dismantling in various areas become evident and are perpetuated until the current government. The Bolsonaro government has created PREVINE BRASIL, which establishes a financing model for Primary Health Care that impacts the "dismantling" of NASF and affects its performance, universality in the Brazilian territory, and consequently, the principles of SUS.

Keywords: Primary Health Care; Expanded Family Health Center; Dismantling; PREVINE BRAZIL.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica

ABS- Atenção Básica à Saúde

ANS- Agência Nacional de Saúde

ANVISA- Agência Nacional de Vigilância Sanitária

APS – Atenção Primária à Saúde

BM – Banco Mundial

CAB- Caderno de Atenção Básica

CAP's- Caixa de Aposentadoria e Pensões

CEBES- Centro Brasileiro de Estudo de Saúde

CF 88- Constituição Federal de 1988

CNES- Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde

CNS- Conselho Nacional de Saúde

EC- Emenda Constitucional

eNASF – AP – Equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Primária

EqSF- Equipe de Saúde da Família

ESF- Estratégia de Saúde da Família

eSF- Equipe de Saúde da Família

FHC- Fernando Henrique Cardoso

IAPs- Instituto de Aposentadorias e Pensões

INAMPS- Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INSS- Instituto Nacional de Seguro Social

LOS- Lei Orgânica de Saúde

MS- Ministério da Saúde

NASF- Núcleo de Apoio à Saúde da Família

Nasf-AB- Núcleo Ampliado de Saúde da Família – Atenção Básica

NOB- Normas Operacionais Básicas

PACS- Programa de Agentes Comunitárias de Saúde

PMAQ-AB- Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

PNAB- Política Nacional de Atenção Básica

PSF- Programa de Saúde da Família

PT- Partido dos Trabalhadores

RSB- Reforma Sanitária Brasileira

SUAS- Sistema único de Assistência Social

SUS- Sistema Único de Saúde

UBS- Unidade Básica de Saúde

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Os períodos históricos normativos e as NASF – Fonte: MATTOS MP et al. (2022) 55

Tabela 2 – Equipes NASF cadastradas durante os anos de 2020 e 2021- Fonte: MATTOS MP et al. (2022) 55

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Caderno de Atenção Básica 39 (2014) 37

Figura 2 – Caderno de Atenção Básica 27 (2014) 40

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO..... 12
1.SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A PRINCIPALIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE..... 14
1.1.Breve histórico da Reforma Sanitária Brasileira até a consolidação do SUS..... 17
1.2.Ofensiva neoliberal no Brasil e o impacto à política de saúde..... 24
2.ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E AS CONQUISTAS DO NASF..... 32
2.1.Núcleo Ampliado de Saúde da Família..... 36
2.2.O papel do Serviço Social no NASF.....42
3.DESMONTE DO SUS E EXPRESSÕES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA.....48
3.1.Do NASF ao Previne Brasil..... 55
4.CONSIDERAÇÕES FINAIS.....62
5.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....64

INTRODUÇÃO

O presente trabalho nasce de uma curiosidade sobre o Sistema Único de Saúde e de sua importância na sociedade brasileira. Desde o início e motivo de ter escolhido Serviço Social foi por conta da sua atuação na área da saúde. Logo, meu foco durante a graduação foi essa área, como nos projetos de pesquisas, estágio e finalmente o TCC.

O objetivo geral deste trabalho é expor o histórico do Sistema Único de Saúde e Atenção Primária à Saúde, com ênfase no programa de estratégia o Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), expondo suas conquistas e o seu desmonte através da criação do PREVINE BRASIL e os seus impactos para o NASF.

Com os objetivos específicos temos o primeiro um breve histórico da reforma sanitária brasileira; como segundo item temos a implementação do Núcleo ampliado de saúde da família e a sua ampliação nos territórios brasileiros; e por último o desmonte do NASF e a criação do Programa PREVINE BRASIL, mostrando os impactos na atuação e implementação do SUS.

Esse texto foi construído com elementos textuais a partir de uma análise crítica e teórica, divido em três capítulos por ordem cronológica dos momentos histórico, e mostrando os desafios do Sistema Único de Saúde no Brasil, com foco na Atenção Primária à Saúde, através do programa de estratégia NASF. Percebendo o papel que a saúde teve no decorrer do seu desenvolvimento, trazendo uma mudança social e critica para sociedade.

No primeiro capítulo, apresento um breve histórico da Reforma Sanitária Brasileira e como foi a consolidação do SUS enquanto uma saúde universal e integral para sociedade. O início da RBS é durante um período crítico no Brasil, o período da Ditadura Militar, em que houve uma movimentação da sociedade com uma organização dos trabalhadores de diversas áreas incluindo da saúde, dos movimentos sociais e entre outros. Depois de todo o processo, a RBS juntamente com a sociedade tem uma conquista única: a Constituição Federal de 1988, na qual consta os direitos da sociedade e deveres do Estado. No final do primeiro capítulo temos uma análise dos governos pós constituintes, passando pelo advento neoliberal até o Governo Dilma, momento em que há uma mudança de direcionamento na execução do NASFs.

No segundo capítulo, apresentamos um marco histórico para a sociedade e as conquistas dos direitos garantidos na CF88, mas essa estabilidade não segue adiante, pois surge no Brasil de forma tardia novo ideário surge no final da década de 80 e início da década de 90, o neoliberalismo. O foco se dá principalmente na Atenção Primária e sua importância para a resolutividades do SUS, no cuidado da saúde – doença- trabalho.

Nesse intuito para ampliar e auxiliar a Atenção Primária e suas estratégias o Ministério da Saúde criou o NASF com base na Portaria GM nº154, de 24 de janeiro de 2008, certificando a relevância de novas especialidades que servirão de apoio para a implantação da ESF na rede de sistemas sob o apoio matricial, com retaguarda apropriada (BRASIL, 2008), logo nesse capítulo traz as conquistas e o desenvolvimento do programa, mostrando “O que é o NASF? ” , é como o Serviço Social se enquadra na equipe multiprofissional. Utilizamos como bases bibliográficas as resoluções e leis sobre a AP é o NASF, a PNAB, CAB 27, CAB39 entre outros.

No terceiro e último capítulo, é exposto uma análise sobre os governos do período 2016 a 2021, e seu impacto a toda história de lutas e conquistas dos direitos sociais no Brasil. Onde ocorre um golpe político e o Temer assume a Presidência, em decorrência da sua política liberal ocorre o desmonte de vários direitos da sociedade, com cortes e ajuste fiscal que impedem o desenvolvimento da Seguridade Social. No governo seguinte o atual Presidente Bolsonaro segue a ideologia da política do governo anterior, como proposta ele cria a Portaria nº 2.979, de 12/11/2019, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária em Saúde no âmbito do SUS, com isso o impacto do desmonte do NASF após essa criação.

1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A PRINCIPALIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

> *A recuperação dos direitos políticos para os cidadãos brasileiros, anunciada pela Nova República, e a promessa de ampliação dos direitos sociais como resgate da chamada "dívida social" acumulada durante a ditadura, apontavam para a construção de um Estado ampliado no qual um maior leque de interesses de classes, frações de classes, segmentos sociais e grupos de interesse se fizessem presentes no interior do Estado e na ação estatal. (PAIM, 2008, p.153-54).*

A Conquista da Constituição Federal de 1988, de acordo com Bravo, veio para "corrigir as históricas injustiças acumuladas secularmente", essa conquista veio ao longo de diversas lutas e reivindicações dos movimentos sociais e dos trabalhadores. Durante esse período a sociedade Brasileira passava pelo regime militar instaurado desde 1964. Na década de 80 se intensifica uma movimentação para que o Brasil passe por uma redemocratização, logo a CF 88 se tornou um grande marco e avanço político na sociedade civil. Nela se encontra o papel, o dever e obrigação do Estado com o direito civil, direito político e direito social, mostrando uma nova ordem social a seguir. Ao longo do texto o foco principal será a Saúde, que faz parte da seguridade social[1], é o histórico da Política de Saúde na Atenção Primária.

O Sistema Único de Saúde (SUS)[2] foi uma das grandes conquistas que foi consolidada através da CF 88, mas sua trajetória para chegar no SUS de hoje começa bem antes, para entender melhor primeiramente precisamos analisar a Reforma Sanitária Brasileira.

Seja chamando de movimento da democratização da saúde, movimento sanitário ou movimento da reforma sanitária brasileira, o que importa destacar é a sua organicidade com os movimentos sociais que combateram a ditadura, apostando na bandeira "Democracia é saúde; Saúde é Democracia" e engendrando

---

[1] O sistema de proteção social brasileiro é baseado em três pilares principais: saúde, previdência e assistência social. Ele prevê que o Estado empreenda um conjunto de ações, de maneira integrada com a sociedade, com a finalidade de garantir que os cidadãos mais vulneráveis tenham seus direitos básicos assegurados.

[2] A Constituição Federal declara: "A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação" (BRASIL, 1988, Art. 196).

o projeto da Reforma Sanitária. Uma alternativa para esse uso banalizado da denominação Reforma Sanitária Brasileira, como se fora um fenômeno histórico-social contínuo, seria considerar o projeto concebido no último quarto do século 20 como a Reforma Democrática da Saúde no Brasil (PAIM, 2008).

Uma característica da reforma sanitária é que ela se tornou um fenômeno histórico e social, que passou por lutas, mobilizações e movimentos sociais para então ser reconhecida como SUS. De acordo com PAIM, a reforma sanitária pode ser observada da seguinte maneira “ideia-proposta-projeto-movimento-processo”.

> Ideia que se expressa em percepção, representação, pensamento inicial; proposta como conjunto articulado de princípios e proposições políticas; projeto enquanto síntese contraditória de políticas; movimento como articulação de práticas ideológicas, políticas e culturais; processo enquanto encadeamento de atos, em distintos momentos e espaços que realizam práticas sociais – econômicas, políticas, ideológicas e simbólicas (PAIM, 2008, p. 36)

Nessa perspectiva, impõe-se uma aproximação à análise do desenvolvimento da sociedade brasileira e o papel desempenhado pelo Estado na consolidação do capitalismo, considerando diversas categorias, tais como: bloco histórico, Estado ampliado, sociedade política, hegemonia, reforma intelectual e moral, intelectuais orgânicos, revolução passiva, transformismo, entre outras (GRAMSCI, 1966).

Portanto, a Reforma está relacionada a uma mudança social, com uma revisão crítica da política e da sociedade. Vale destacar que para a reforma sanitária ser bem-sucedida ela passa por dois tipos de reforma, a reforma parcial e a reforma geral. A primeira é a reforma parcial que é aquilo onde “trata-se de um conjunto de atividades que se propõe a transformação de setores particulares, instituições ou relações da sociedade” (PAIM, 2008 p.37). E a segunda é uma reforma geral que "propõe a transformação de toda a sociedade mediante reformas parciais"(PAIM, 2008 p.37), onde nessa perspectiva existe a ação dos movimentos sociais.

O continente Europeu foi uma forte influência para a Reforma Sanitária Brasileira e a criação da Política de Saúde. A de maior relevância foi a da Itália, que no seu processo da reforma sanitária e o seu modelo de funcionamento, foi um ponto de referência para o lado de cá, chamando atenção sobretudo como a participação da população Italiana (como movimentos sociais e mobilizações) foi tão intenso no avanço da Reforma Sanitária Italiana. Giovanni Berlinguer (1988 a), um dos expoentes da Reforma Sanitária italiana ressalta que “o Movimento Sanitário

brasileiro se assemelha-se ao italiano, por serem os dois únicos casos de grande mobilização política e social em torno das reformas no sistema de saúde (TEIXEIRA; MENDONÇA, 1989) ".

Dantas (2018) expõe no seu texto um termo que Sarah Escorel e Arouca utiliza, o "fantasma da classe ausente", que nada mais é uma expressão aplicada para mostrar o distanciamento e a falta da união dos movimentos sociais e dos seus trabalhadores, das lutas setoriais da saúde, mas esse distanciamento não se torna uma ausência absoluta.

> [Arouca] chama de 'fantasma' porque 'assusta, mas não existe', ou seja, o Movimento Sanitário questiona periodicamente sua própria legitimidade enquanto intelectual coletivamente orgânico por não contemplar em suas discussões e decisões 'cotidianas' organismos formalmente representativos das classes trabalhadoras como os sindicatos operários, as centrais sindicais e até mesmo os partidos progressistas. No entanto, a classe operária não está ausente, no sentido de que seus valores e necessidades direcionam a luta pela Reforma Sanitária. (DANTAS, 2018 p.147)

Dessa forma a ausência de partido e organizações sindicais na base de apoio à reforma, tem como consequência o deslocamento da luta para dentro do aparelho de Estado, correndo risco de ao assim fazê-lo, reduzir ainda mais as possibilidades de fortalecer uma organização social autônoma. Por outro lado, a maior organização política dos profissionais de saúde, o não- predomínio das práticas liberais, e a solidariedade e engajamento dos sindicatos profissionais na luta pela reforma no Brasil diferenciam-se fundamentalmente da experiência italiana, o que nos leva a pensar que no nosso caso existem maiores condições políticas de se contornar as contradições com os interesses corporativos que inevitavelmente se colocam nestes processos. (FLEURY TEIXEIRA, MENDONÇA -1989)

O SUS, portanto, é fruto da luta dos trabalhadores, embora a maioria não tenha empunhado a sua bandeira. Combinado a isso contou significativamente claro o conhecimento técnico-político e a presença de militantes e profissionais do setor em posições-chave em âmbito acadêmico e governamental, mas não de modo a perder de vista – como se faz – a origem da energia que redundou no SUS. Apontar para a ausência da classe, compreendida apenas como movimento social setorial – mesmo que com a melhor das intenções políticas – desqualifica a luta e supervaloriza os arranjos pelo alto. (DANTAS, 2018, p.151)

Fleury Teixeira e M.H Mendonça (1989) sistematizaram uma teoria para a construção da reforma sanitária:

a) Uma conceituação – “O conceito da Reforma Sanitária refere-se a um processo de transformação da norma legal e do aparelho institucional que regulamenta e se responsabiliza pela proteção à saúde dos cidadãos, que corresponde a um efetivo deslocamento do poder político em direção às camadas populares, cuja expressão material concretiza-se na busca do direito universal à saúde e na criação de um sistema único de serviços sob a égide do Estado”

b) Uma referência histórica – “Regra geral os processos da Reforma Sanitária, emergem em um contexto de democratização (seja ele o da Nicarágua, Brasil, Espanha, Portugal ou Itália) e estão associados à emergência das classes populares como sujeito político (geralmente em aliança com setores médios) ”.

c) Uma visão processual- “A (primeira) hipótese que podemos levantar e afirmar que a incorporação das demandas sanitárias por meio de um conjunto de dispositivos legais e institucionais, configurando distintas cidadanias, é ao mesmo tempo, que resultante da correlação de forças existentes, um elemento ativo na conformação de identidades políticas e sociais, isto é, no desenvolvimento subsequente da luta política (FLEURY TEIXEIRA, 1989, p.194). ”

1.1 Breve histórico da Reforma Sanitária Brasileira até a consolidação do SUS

No século XVIII a saúde era baseada predominantemente na filantropia, mas no século XIX com as transformações que vinha ocorrendo no Brasil, foi implementado um estilo de saúde pública com o segmento de uma “vigilância do exercício profissional e a realização de campanhas limitadas”, já que era para um grupo social mais restrito na sociedade. Com essa nova conduta surgiu os movimentos sociais, com reivindicações para melhorias na saúde, ao qual era regida naquele momento.

No período de 1923 surge o primeiro arranjo previdenciário do Brasil, que foi nomeado de CAP’s (Caixa de Aposentadoria e Pensões), conhecido também como

Lei Elói Chaves, sendo assegurado pela união, empresas e empregados. Segundo BRAVO (2009) “os benefícios eram proporcionais às contribuições e foram previstos: assistência médica curativa e fornecimento de medicamentos; aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez, pensão para os dependentes e auxílio-funeral”.

Nos anos de 1930 a 1964, a conjuntura econômica e política no país muda em decorrência da industrialização, que estava avançando consequentemente e começou a surgir novas reivindicações dos trabalhadores, pois com o processo de urbanização acelerado e a ampliação dos trabalhadores na parte industrial, as condições de saúde, higiene e habitação ficaram extremamente precarizadas. Dessa forma, a saúde se desenvolve em dois segmentos no período de 30 a 40: a saúde pública e a medicina preventiva, que são basicamente criação de condições sanitárias mínimas para as populações urbanas.

As alternativas de saúde públicas adotadas, Segundo Braga e Paula (1986: 53-55) foram:

- Ênfase nas campanhas sanitárias;
- Coordenação dos serviços estaduais de saúde dos estados de fraco poder político e econômico em 1937 pelo Departamento Nacional de Saúde;
- Interiorização das ações para as áreas de endemias rurais, a partir de 1937, em decorrência dos fluxos migratórios de mão de obra para as cidades;
- Criação de serviços de combate às endemias (Serviço Nacional de Febre Amarela 1937; Serviços de Malária do Nordeste 1939; Serviço de Malária da Baixada Fluminense 1940, financiados, os dois primeiros, pela Fundação Rockefeller de origem norte-americana)
- Reorganização do Departamento Nacional de Saúde, em 1941, que incorporou vários serviços de combate às endemias e assumiu o controle da formação de técnicos em saúde pública.

O modelo de medicina preventiva até 1964 era fornecido pelos Instituto de aposentadorias e pensões (IAPs), porém mesmo com as melhorias ocorridas nas condições sanitárias, ainda não houve diminuição na mortalidade geral, infantil ou nas doenças infecciosas e parasitárias. A previdência nessa época, se preocupou mais com a acumulação financeira do que com os serviços que era prestado. Nesse momento também, a intenção deles era estabelecer uma diferença entre a

“previdência” e “assistência social”, que até então não existia nessa época.

No mesmo período de 1964, ocorreu o Golpe militar no Brasil, tornando- se um marco histórico para sociedade brasileira e de grandes mudanças para vários âmbitos. Nesse momento a sociedade acreditava no asserto de grandes mudanças, no desenvolvimento econômico-social e político, entretanto a verdade é que, os problemas estruturais já existentes nessa época não foram resolvidos, e sim se tornaram mais complexos e amplos.

Segundo Teixeira e Oliveira (1986) foi implantado no país, nessa conjuntura, o modelo de privilégio do produtor privado com as seguintes características:

> • Extensão da cobertura previdenciária de forma a abranger a quase totalidade da população urbana, incluindo após 1973 os trabalhadores rurais, empregadas domésticas e trabalhadores autônomas;
> • Ênfase na prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, e articulação do Estado com os interesses do capital internacional, via indústrias farmacêuticas e de equipamentos hospitalar;
> • Criação do complexo médico- industrial responsável pelas elevadas taxas de acumulação de capital das grandes empresas monopolistas internacionais na área de produção de medicamentos e de equipamentos médicos;
> • Interferência estatal na previdência desenvolvendo um padrão de organização da prática médica orientada, para a lucratividade do setor saúde, propiciando a capitalização da medicina e privilegiando o produtor privado desses serviços;
> • Organização da prática médica em moldes compatíveis com a expansão do capitalismo no Brasil, com a diferenciação do atendimento em relação à clientela e das finalidades que esta prática cumpre em cada uma das formas de organização da atenção médica (BRAVO, 2009 p.7).

O processo de redemocratização iniciado no final dos anos 70 colocou novas exigências, a fim de analisar a enorme dívida social acumulada nos últimos anos. Seja sobre o atendimento às necessidades, do aumento da equidade e justiça social, na implementação das políticas públicas, da recuperação do princípio federativo (Teixeira e Mendonça, p.203), diante disso o impacto no enfrentamento da questão social[3] começa a surgir, trazendo um conjunto de questões econômicas, políticas e sociais para regularizar as reivindicações e pressões da sociedade.

Os movimentos sociais estiveram sempre presente nesses debates e lutas,

---

[3] A questão social não é senão as expressões do processo de formação e desenvolvimento da classe operária e de seu ingresso no cenário político da sociedade, exigindo seu reconhecimento como classe por parte do empresariado e do Estado. É a manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre o proletariado e a burguesia, a qual passa a exigir outros tipos de intervenção mais além da caridade e repressão. (CARVALHO e IAMAMOTO,1983, p.77)

foram de grande ajuda para a situação nessa época, pois a partir da década de 70, a mobilização começou a se formar e com isso o crescimento pela consciência da universalização e a prestação de saúde para comunidade.

Com uma estrutura de mobilização desde os anos 70, que envolvia os intelectuais profissionais do sistema de saúde, entidades populares e sindicais, ambos unidos para a garantia do direito universal à saúde e pela redemocratização do Estado. Nos anos seguintes, os debates sobre a política de saúde cresceram na sociedade civil, em razão de que a "saúde deixou de ser interesse apenas dos técnicos para assumir uma dimensão política, estando estreitamente vinculada à democracia".

Nessa movimentação surge novas participações na direção para aumentar a discussão da saúde para o bem-estar da população brasileira, que era composto por profissionais da saúde, movimento sanitário, o Centro Brasileiro de Estudo de Saúde (CEBES), e os partidos políticos da oposição:

> Os profissionais de saúde, representados pelas suas entidades, que ultrapassaram o corporativismo, defendendo questões mais gerais como a melhoria da situação saúde e o fortalecimento do setor público; o movimento sanitário, tendo o Centro Brasileiro de Estudo de Saúde (CEBES) como veículo de difusão e ampliação do debate em torno da Saúde e Democracia e elaboração de contraproposta. (BRAVO, 2008, p.95)

Conforme Paim, muitos tentavam definir e entender a Reforma sanitária, quais são seus objetivos e intenções, com essa situação o Jornal da Reforma Sanitária na primeira edição traz "o que é a Reforma Sanitária? ":

> à reforma sanitária deve ser entendida como um longo processo político de conquistas da sociedade em direção à democratização da saúde, num movimento de construção de um novo sistema nacional de saúde [tendo como pressupostos]: a) visão da saúde como um processo resultante das condições de vida; b) atenção à saúde não restrita a assistência médica, envolvendo 'todas as ações de promoção, proteção e recuperação'; c) inscrição constitucional da saúde como direito de todos e dever do estado, de modo que as ações e serviços de saúde estariam 'subordinados ao interesse público'; d) acesso universal e igualitário de toda a população a todas as ações e serviços necessários, sem discriminações; constituição do SUS com comando único em cada esfera de governo; e) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde; f) distritalização; g) gestão colegiada (PAIM, 2008 p. 156).

As principais propostas apresentadas pela Reforma Sanitária Brasileira para a saúde foi a universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e

dever do estado; a reestruturação do setor através da estratégia do sistema unificado de saúde. Logo o projeto da reforma sanitária tinha como “sua preocupação central assegurar que o Estado atue em função da sociedade, pautando –se na concepção de estado democrático e de direito, responsável pelas políticas sociais e, por conseguinte, pela saúde”.

> À nova organização do sistema de saúde por meio da construção do SUS, em consonância com os princípios da intersetorialidade, integralidade, descentralização, universalização, participação social e redefinição dos papéis institucionais das unidades políticas (união, estado, município, territórios) na prestação dos serviços de saúde; e efetivo financiamento do estado (CFESS, 2010, p.19).

Foi no período de democratização do país em uma conjuntura de efervescência política, principalmente, na segunda metade da década de 80, que o debate sobre a participação social voltou à tona, com uma dimensão de controle de setores organizados na sociedade civil sobre o Estado. (CORREA, 2008)

Um marco importante para a Política de Saúde no Brasil, e para o destino do SUS, foi 8 º Conferência Nacional de Saúde (1986). Nesta Conferência houve uma ampla participação dos setores organizados na sociedade civil, que pela primeira vez tinham uma presença efetiva não existente nas Conferências Nacionais de Saúde anteriores. Os eixos temáticos principais apresentados foram sobre a “I - Saúde como direito inerente à personalidade e cidadania; II - Reformulação do Sistema Nacional de Saúde; III - Financiamento setorial”. As participações que estavam presentes no debate eram “Associação brasileira de pós-graduação em saúde, centro brasileiro de estudos e saúde, medicina preventiva, sindicatos, partidos políticos e associações profissionais”, se tornando então uma mobilização dos profissionais da saúde e movimentos sociais. Portando essa CNS teve a maior participação, sendo de extrema importância, já que a partir dela subsidiária a discussão para futura Constituinte e o seu texto constitucional. A partir disso o Conselho Nacional de Saúde aprovou 13 proposições, em relação ao tema “Saúde como direito”, que se destacam:

> [...] a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acessos a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida.

> A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento do seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas.
> Direito à saúde significa a garantia, pelo estado, de condições dignas de vida e acesso universal e igualitário às ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade.
> [...] necessidade de o estado assumir explicitamente uma política de saúde consequente e integrada às demais políticas econômicas e sociais, assegurando os meios que permitam efetivá-las. Entre outras condições, isto será garantido mediante controle do processo de formulação, gestão e avaliação das políticas sociais e econômicas pela população. desse conceito amplo de saúde e desta noção de direito como conquista social, emerge a ideia de que o pleno exercício do direito à saúde implica em garantir: trabalho em condições dignas com amplo conhecimento e controle dos trabalhadores sobre o processo e o ambiente de trabalho; alimentação para todos, segundo as suas necessidades; moradia higiênica e digna; educação e informação plenas; qualidade adequada do meio ambiente; transporte seguro e acessível; repouso, lazer e segurança; participação da população na organização, gestão e controle dos serviços e ações de saúde; direito à liberdade, à livre organização e expressão; acesso universal e igualitário aos serviços setoriais em todos os níveis.
> As limitações e obstáculos ao desenvolvimento e aplicação do direito à saúde são de natureza estrutural [...]. As desigualdades sociais e regionais existentes refletem estas condições estruturais que vêm atuando como fatores limitantes ao pleno desenvolvimento de um nível satisfatório de saúde, e de uma organização de serviços socialmente adequada (Conferência Nacional de Saúde, 1987, p. 382-383).

Logo o Relatório Final apresentou 27 proposições referentes ao tema "Reformulação do sistema nacional de saúde", onde se destacam:

> Criação de um sistema Único de saúde [...] separando totalmente saúde de previdência, através de uma ampla reforma sanitária. Equidade em relação ao acesso dos que necessitam atenção. respeito à dignidade dos usuários por parte dos servidores e prestadores de serviços de saúde, como um claro dever e compromisso com a sua função pública; admissão através de concurso público; estabilidade no emprego; composição multiprofissional das equipes; [...] cumprimento da carga horária contratual e incentivo à dedicação exclusiva; direito à greve e sindicalização dos profissionais de saúde; [...] incorporação dos agentes populares de saúde como pessoal remunerado [...]; o setor privado será subordinado ao papel diretivo da ação estatal nesse setor, garantindo o controle dos usuários através dos seus segmentos organizados; [...] deverá ser considerada a possibilidade de expropriação dos estabelecimentos privados nos casos de inobservância das normas estabelecidas pelo setor público. É necessária a formulação de uma política de desenvolvimento científico e tecnológico em saúde [...]. Em nenhum momento a existência dos ais deverá ser utilizada como justificativa para protelar a implantação do sistema Único de saúde. Criar as bases para uma reforma sanitária nacional. Os participantes da 8ª CNS propõem, com esta finalidade, a criação do Grupo executivo da reforma sanitária composto por órgãos governamentais e pela sociedade civil organizada, de forma paritária (Conferência Nacional de Saúde, 1987, p. 384-388).

Em 1988, articulam-se no Movimento Reforma Sanitária, outros movimentos

sociais, sindicatos e parlamentares, que exercem uma pressão na Assembleia Nacional Constituinte para inserir suas pretensões no texto constitucional: a conquista do SUS.

Nesse processo, houve uma árdua batalha entre os setores progressistas e setores conservadores, até que foi garantido na Constituição Federal a Saúde como direito de todos e dever do Estado, logo que era "composta pela bandeira de luta com uma concepção de saúde que não estava restrita ao corpo e ao indivíduo, mas que estava centrada na coletividade, na estrutura social e nas classes sociais".

> A mudança a ser alcançada nesta fase posterior à reforma só será conseguida com a mudança da própria natureza do estado, para um estado que de fato seja democrático, voltado para as necessidade de todos, que não pode ter outro objetivo que não seja uma vida de melhor qualidade para toda a população (PAIM, 2008 p.140).

O texto constitucional inspira-se nas proposições defendidas durante vários anos pelo movimento sanitário, embora não tenha sido possível atender todas as demandas quando elas se confrontavam com interesses empresariais ou de setores do próprio governo. (BRAVO, 2008)

Para Teixeira (1989:50-51), os principais aspectos aprovados na nova Constituição foram:

> • O direito universal à Saúde e o dever do Estado, acabando com as discriminações existentes entre segurado e não segurado. Rural/urbano;
> • As ações e Serviço de Saúde passaram a ser considerados de relevância pública, cabendo ao poder público sua regulamentação, fiscalização e controle;
> • Constituição do Sistema Único de Saúde, integrando todos os serviços públicos em uma rede hierarquizada, regionalizada, descentralizada e de atendimento integral, com participação da comunidade;
> • A participação do setor privado no sistema de saúde deverá ser complementar, preferencialmente com as entidades filantrópicas, sendo vedada a distinção de recursos públicos para subvenção às instituições com fins lucrativos. Os contratos em entidades privadas prestadoras de serviços far-se-ão mediante contrato de direito público, garantido ao Estado o poder de intervir nas entidades que não estiverem seguindo os termos contratuais;
> • Proibição da comercialização de sangue e seus derivados (BRAVO, 2008 p.11)

A partir disso, a materialização da reforma sanitária em 88 começa a surgir, e o SUS tem seu marco legal e suas leis orgânicas registradas. Porém, o SUS foi se consolidando, na assistência médica hospitalar, como espaço destinado aos que

não têm acesso aos subsistemas privados, como parte de um sistema segmentado. Logo a proposição do SUS inscrita na Constituição de 1988 de um sistema público universal não se efetivou. (BRAVO, 2008)

1.3 Ofensiva neoliberal no Brasil e o impacto à política de saúde

Após os anos 80 um novo modelo econômico, político e ideológico começa a surgir influenciando vários âmbitos da sociedade, consequentemente essa nova onda afeta a Reforma Sanitária Brasileira.

> Coincidente com a eleição de Collor, o ano de 1989 foi um momento de inflexão da Guerra Fria, simbolizado pela queda do Muro de Berlim, com o redirecionamento das relações políticas internacionais, mudando-se o conflito ideológico entre socialismo e liberalismo, trazendo uma clara supremacia do pensamento neoliberal, de defesa do mercado e de suas políticas decorrentes. Nesse contexto, o destaque pode ser dado para a redução da presença do estado na condução das políticas sociais e a consequente transformação destas em políticas residuais compensatórias, promovidas por um estado mínimo e dito regulador de um mercado soberano e liberalizado. O Brasil da era Collor foi tributário de primeira hora dessas novas condições internacionais (Faleiros et al., 2006, p. 111).

Nos anos 90 a ideologia neoliberal ganha uma proporção imensa, e de acordo com MOTTA (1995) também surge “a defesa do processo de privatização e a constituição do cidadão consumidor” (CFESS,2010), contudo esse ideal se torna uma ameaça para a recém CF88, pois com ela vem junto os desmontes dos direitos e as contrarreformas. As consequências desse modelo são: aumento da questão social como desemprego estrutural, precarização, redução dos direitos trabalhistas e sociais, desigualdade extrema entre outros. Logo, esse período é marcado pela inflexão do governo, nos âmbitos econômicos, políticos, sociais e sanitários, já que o rumo que se iniciava era de privatizações, marca do advento neoliberal.

Desde o início a implementação do SUS não tem sido fácil, sempre enfrentando obstáculos de diversos os lados, um deles nesse período era o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), apesar disso a

reforma sanitária brasileira conseguiu que o Projeto da Lei Orgânica (Lei 8080/90) fosse sancionada. “Esta lei dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Regula em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde executados, isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado (BRASIL, 1990). ” Além disso para complementar a Lei Orgânica de Saúde foi criada a Lei 8142/90 “que regula a participação da comunidade na gestão do SUS, assegurando a existência de instâncias colegiadas como conferências e conselhos de saúde nos três níveis de governo, além de orientar as transferências intergovernamentais de recursos financeiros da área de saúde e de exigir a formulação de planos de saúde e a criação de fundos de saúde (BRASIL, 1990) ”.

Algumas questões comprometeram a possibilidade de avanço do SUS, como política social, cabendo destacar: o desrespeito ao princípio de equidade na alocação dos recursos públicos, pela não unificação dos orçamentos federais, estaduais e municipais; afastamento do princípio da integralidade, ou seja, indissolubilidade entre prevenção e atenção curativa, havendo prioridade para a assistência médico-hospitalar em detrimento das ações de promoção e proteção da saúde (BRAVO, 2006)

Consequentemente, a saúde se torna uma mercadoria é uma conquista gigante para o Capital, pois o lucro que se tem com clínica, farmácias, planos de saúde entre outros. Em decorrência disso, a saúde e a educação se tornam uma fonte de lucro para o neoliberalismo.

Com o neoliberalismo ganhando espaço e praticando o Estado mínimo para o social e máximo para o Capital, surgem então as contrarreformas, o efeito disso é o afastamento da sociedade brasileira de um modelo de proteção social universal, por conta dos desmonte e sucateamento das políticas públicas, principalmente do SUS:

> Política de ajustes, que tem como principais tendências a contenção dos gastos com a racionalização da oferta e a descentralização com a isenção de responsabilidade do poder central. […] consiste em garantir um mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento dos que têm acesso ao mercado. Suas principais propostas são: caráter focalizado para atender às populações vulneráveis através do pacote básico para a saúde, ampliação da privatização, estímulo ao seguro privado,

> descentralização dos serviços ao nível local, eliminação da vinculação de fonte com relação ao financiamento (BRAVO, 2009 p. 15).

Com o avanço do Capital neoliberal percebemos que o SUS materializado na realidade está longe do SUS constitucional, por essa razão dois projetos ganham destaque o da saúde privatista x a reforma sanitária, logo a disputa entre o Estado e os movimentos sociais ganha destaque, pois cada lado defendiam uma visão.

Apesar de mais um empecilho que o SUS passa, ainda a algumas conquistas que o movimento da reforma sanitária alcança, como a regulamentação da LOS[4] e a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) em 1995.

Em toda a conjuntura pós-constituinte o SUS enfrentou um conjunto de obstáculos não superados, merecendo destaque principalmente da não implementação do preceito constitucional da Seguridade Social. Cabe lembrar que a concepção de Seguridade Social se concentra na cidadania universal, garantida como direito sob o princípio de justiça, e no financiamento do orçamento público. Entretanto encontra-se esvaziada pelos seguintes motivos: quebra da solidariedade do financiamento; criação de fontes específicas para a previdência, saúde e assistência social; retomada da concepção de seguro social, explícita inclusive na denominação Instituto Nacional de Seguro Social (INSS); e predomínio da ideologia liberal na assistência social, levando a uma “cidadania invertida”, seja através do fundo de combate à pobreza, seja mediante o Bolsa Família. A componente saúde da Seguridade Social, representada pela atuação do SUS e do Ministério da Saúde reproduz a lógica do INAMPS – hospitalar e medicalizante (PAIM,2008, p. 297).

> Considera-se que a proposição de políticas focalizadas é a “anti-política" social, na medida em que permite a “inclusão” não por direito à cidadania, mas por grau de pobreza, não garantindo a base de igualdade necessária a uma verdadeira política social (BRAVO, 2009 p.21).

.

Nesse contexto, apesar do texto constitucional conter avanços, houve um forte ataque por parte do grande capital aliado aos grupos dirigentes. A Reforma Constitucional notadamente da Previdência Social e das regras que regulamentam as relações de trabalho no Brasil é um dos exemplos dessa aliança. Ao agendar a

---

[4] A Lei Orgânica da Saúde – Lei º 8.080 de 19 de setembro de 1990 foi elaborada para regulamentar o SUS, criado na Constituição Federal. Esta lei dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e outras providências.

reforma da previdência e não da seguridade, o governo teve como intenção desmontar a proposta de Seguridade Social contida na Constituição de 1988. Seguridade virou previdência e previdência é considerada seguro. (BRAVO,2009)

> A ênfase das ações está em programas focais. As grandes questões do SUS não estão sendo enfrentadas, como a universalização das ações, o financiamento efetivo, a política de recursos humanos e a política nacional de medicamentos (BRAVO, 2008, p.20).

Distante do marco legal e do acúmulo de obstáculos, percebemos a não valorização da integralidade, por isso a saúde via-se ameaçada pela proposta de revisão Constitucional. Apesar disso, o movimento sanitário foi capaz de neutralizar essa proposta no sentido de "desconstitucionalizar" a saúde, mas não teve força para impedir duas outras ameaças: a implosão da Seguridade Social e a utilização da saúde nas barganhas político-partidárias.

O Brasil passava por um clima político de ajuste macro-econômico, traduzido pelo plano de estabilização conhecido como Plano Real, logo notamos o quanto a saúde da moeda importava mais que a saúde do povo, restando apenas a indignação. Esse período foi durante o governo do Itamar, e tem sido considerado na história do SUS como aquele que declarou publicamente "a ousadia de cumprir a lei" (BRASIL. Ministério da Saúde, 1993), além de produzir os seguintes fatos políticos: extinguiu formalmente o Inamps, desenvolveu uma interlocução com os movimentos sociais, fez avançar a descentralização com a NOB 93, criou o Programa de Saúde da Família (PSF) e iniciou a discussão sobre a Reforma Psiquiátrica, medicamentos genéricos e regulação do sistema de assistência médica suplementar (PAIM, 2003b). De acordo com o Decreto nº 1232, assinado em 30/8/94 pelo presidente Itamar Franco, os planos e seguros de saúde teriam de ressarcir o SUS pelo atendimento dos seus associados ou beneficiários em unidades públicas de saúde.

> As duas frentes de luta sugeridas naquela oportunidade – recuperação dos princípios da Reforma Sanitária e o acompanhamento da implantação do SUS – não foram, todavia, suficientes para enfrentar os dois grandes projetos do governo FHC: o ajuste macroeconômico e a Reforma de Estado. Além de determinarem a implementação tortuosa do SUS resultaram em mais desajuste social com desemprego, violência e piora das condições de vida e de saúde (PAIM, 2008 p.205).

Já durante o governo do FHC ele declarou que a saúde e a educação seriam

prioridade no seu mandato, mas isso não durou muito, já que o atual presidente estaria dando continuidade aos governos anteriores do Itamar e Collor. A Cebes logo que percebeu o rumo do mandato, alertou sobre o governo “O SUS SOB AMEAÇA (EDITORIAL, 1995b, p. 1) ”, pois novamente a Seguridade Social estava em risco, em razão de modificações profundas que seriam feitas.

> No que tange à Seguridade Social, a tônica era a desconstitucionalização, radicalizando o desmonte desse conceito avançado, fundamentado nos direitos sociais universais e na cidadania como princípio orientador da proteção social. (PAIM, 2008, p. 204)
>
> O Cebes entende que é hora de se parar de atuar apenas reativamente às políticas governamentais e retomar o nosso projeto original da reforma sanitária com radicalidade. Afinal, já faz tempo que descobrimos que o nosso SUS não é o deles [...] não devemos simplesmente buscar o consenso, mas, principalmente, recompor alianças entre aqueles realmente comprometidos com a melhoria das condições de vida e de saúde da população brasileira, em torno de propostas concretas, consistentes e consequentes com o ideário da reforma sanitária. (Editorial, 1995b, p. 3).

O conceito de seguridade social defendido pela Carta de Maceió, reforça esse avanço, mas vai além: sustenta um modelo que inclui todos os direitos previstos no artigo 6º da Constituição Federal (educação, saúde, trabalho, moradia, lazer, segurança, previdência e assistência social), de modo a conformar um amplo sistema de proteção, mais consoante às condições gerais dos cidadãos brasileiros (CFESS, 2010).

Nos anos 2000 uma expectativa gigante foi criada em cima do candidato à Presidência Luís Inácio Lula da Silva, que posteriormente foi eleito. Um marco para a política brasileira, pois nunca na história do Brasil houve um Presidente com procedência de movimentos sociais e que vinha da classe trabalhadora, é até aquele momento sem muito estudo, e que estava ativo no meio social, nas lutas dos proletariados e pobres. Diante disso, o Lula seria o único capaz de fortalecer o projeto da reforma sanitária que foi questionado nos anos 90.

A expectativa com o governo Lula era a construção de um Brasil novo, com redução das desigualdades sociais por meio de uma política econômica, com redistribuição de renda e geração de empregos. Esperava-se que as políticas sociais adquirissem caráter universalista. (CFESS, 2017). Independentemente do juízo que se possa dispor do primeiro mandato do Presidente Lula, inclusive na área da saúde, cabe reconhecer o fato de que as forças políticas e sociais que passaram a

ocupar espaços nesse período possibilitaram, ainda que no plano discursivo, uma retomada do tema da Reforma Sanitária na agenda política (PAIM, 2008).

Observando o discurso do Lula percebemos que a saúde não estava muito presente, “mas todas as secretarias que compunham a estrutura do novo ministério foram contempladas com dirigentes que tiveram participação no movimento sanitário (PAIM, 2008) ”. O atual Presidente eleito, manteve a área econômica do governo FHC com a política monetarista, mas o maior prejuízo foi para o Ministério da saúde, pois o maior contingenciamento de recursos foi na sua área. Então um vislumbre de como seria seu mandato e as políticas desenvolvidas, principalmente no campo social e na saúde. Uma política de “caráter focalizado para atender às populações vulneráveis por meio do pacote básico para a saúde, ampliação da privatização, estímulo ao seguro privado, descentralização dos serviços em nível local e eliminação da vinculação de fonte com relação ao financiamento (CFESS, 2008 p. 22) ”.

O dever do Estado nesses projetos, é de garantir o mínimo para os desfavorecidos, deixando o setor privado aos que em acesso, logo como intuito de contenção dos gastos com racionalização das ofertas, retirando a responsabilidade do poder central.

Muitos acreditavam que a 12º Conferência Nacional de Saúde seria a oportunidade perfeita para a retomar as principais ideais da Reforma Sanitária. O tema principal era “Saúde: um direito de todos e dever do Estado; a Saúde que temos, o SUS que queremos” com os seguintes eixos temáticos “Direito à Saúde; A seguridade social e a saúde; A intersetorialidade das ações de saúde; as três esferas de governo e a construção do SUS; A organização da atenção em saúde; Controle social e gestão participativa; O trabalho na saúde; ciência e tecnologia e saúde; O financiamento da saúde; Comunicação e informação em saúde. E por último, face ao compromisso publicamente assumido pelo Ministro Humberto Costa no sentido de acatar as recomendações da 12ª CNS como base para as políticas de saúde. (NORONHA, 2003, ESCOREL; BLOCH, 2005).

No primeiro mandato de Lula (2003-2006), ele adere à política macroeconômica e as orientações do Banco Mundial (BM), e fortalece a hegemonia neoliberal existente no Estado brasileiro, fortalecendo o “trinômio do ideário neoliberal para as políticas sociais, qual seja: a privatização, a focalização e a

descentralização” (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p.156).

Com essa conjuntura desde a consolidação do SUS, as dificuldades novamente se ampliaram no governo pós 2002, em razão da continuação do embate do Projeto da Reforma Sanitária x O Projeto Privatista. E a manobra utilizada pelo atual Presidente Lula, era em determinados momentos fortalecer o projeto da Reforma Sanitária e ao mesmo tempo o projeto privatista tentando conciliar ambas. Contudo o governo mantinha um lado focalizado para os necessitados, com o desfinanciamento dos projetos do SUS para que fortalecesse o sistema privado.

É necessário frisar as diferenças marcantes entre esses dois projetos para a saúde. O Projeto de Reforma Sanitária, que propõe o Sistema Único de Saúde (SUS) e tem como características: uma nova concepção de saúde pautada na determinação social do processo saúde/doença; um financiamento efetivo; a intersetorialidade e consequentemente, a necessidade de outras reformas sociais, ou seja, a saúde sob esse prisma é vista como melhores condições de vida e de trabalho. Este projeto prevê a necessidade de amplas reformas sociais, bem como a importância da construção da seguridade social. (CFESS,2017)

Os valores solidários que pautaram as formulações da concepção de Seguridade Social, inscrita na Constituição de 1988, estão sendo substituídos pelos valores individualistas que fortalecem a consolidação do SUS para os pobres e a segmentação do sistema. (BRAVO, 2009)

A Reforma Sanitária é resultado da sociedade civil e não do Estado, que surge através de uma movimentação pela democratização da saúde no Brasil. Apesar disso os ajustes macroeconômicos, a descentralização, focalização e a ideia de uma reforma da previdência, vai de contra a mão aos princípios e ideais da Reforma Sanitária Brasileira.

Ao compreender o SUS como uma estratégia, o Projeto de Reforma Sanitária tem como base o Estado democrático de direito, responsável pelas políticas sociais e consequentemente, pela saúde. Destacam-se como fundamentos dessa proposta a democratização do acesso; a universalização das ações; a melhoria da qualidade dos serviços, com a adoção de um novo modelo assistencial pautado na integralidade e equidade das ações; a democratização das informações e transparência no uso de recursos e ações do governo; a descentralização com controle social-democrático; a interdisciplinaridade nas ações. Tem como premissa

básica a defesa da “saúde como direito de todos e dever do Estado” (BRAVO, 1999; BRAVO; MATOS, 2001).

Ao longo do governo Lula a saúde sempre voltava para debate, tentando reacender o compromisso de anos, porém resultava nos mesmos modelos dos governos passados, contendo um pouco do mesmo nos âmbitos setoriais e institucionais, nada que sugerisse uma mudança enriquecedora para a sociedade.

No governo Lula no ano de 2006, PAIM (2008) ressalta, desde que ainda se reconheça o Estado como espaço institucional, no qual se disputam projetos da sociedade e onde se exerce a direção política e cultural, o avanço da democracia e a construção do contra hegemonia, tal como postos pela Reforma Sanitária Brasileira, supõem a rearticulação da sociedade civil para que a política seja um campo aberto à inventividade, à emancipação e à solidariedade. Tendo em conta o Estado realmente existente no Brasil e os processos de revolução passiva e de transformismo, que conformaram o desenvolvimento histórico da sociedade brasileira e condicionaram a Reforma Sanitária, a radicalização da democracia implica a ênfase na atuação da sociedade civil para o reforço do contra hegemonia.

Já no segundo mandato do presidente Lula (2007- 2010), o país apresenta pequenos avanços nos indicadores sociais que indicam melhoria na qualidade de vida da população, mas no que se refere ao setor da saúde, o governo não apresenta compromisso com a RSB, nem tão pouco com a efetivação do SUS, segundo seus princípios e diretrizes. (SILVA, MJS et al. 2018)

A política de saúde no Governo Lula, executada pelo Ministério da Saúde, tem sido avaliada de forma positiva (MENDONÇA et al., 2005), a exemplo da ampliação da atenção básica através do PSF, da implementação da Reforma Psiquiátrica, do SAMU e da política de Saúde Bucal. Os esforços para a formulação de políticas de assistência hospitalar, urgências, “média e alta complexidade”, bem como a elaboração do Plano Nacional de Saúde e a aprovação dos Pactos pela Saúde, também podem ser consideradas intervenções relevantes para o SUS (BRASIL. Ministério da Saúde, 2006c).

O Sistema Único de Saúde foi se firmando em um espaço para os que não tem acesso aos subsistemas privados, contudo o SUS pensado e idealizado para um sistema público universal não se efetivou, mesmo com mais de 30 anos de existência. Apesar das suas inúmeras conquistas e avanços, o sistema público

vigente está longe de ser como o SUS Constitucional.

Nada de controle dos “planos de saúde”, nada sobre financiamento e investimentos, nada de trabalhadores de saúde, nada de vigilância sanitária, nada de proteção à saúde, nada de prevenção de doenças e riscos (exceto DST), nada de determinantes sociais da saúde, nada de ação intersetorial, nada de promoção da saúde, nada de “totalidade de mudanças”. Enfim, nada que sugerisse um compromisso com a Reforma Sanitária Brasileira. (PAIM,2008).

2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E AS CONQUISTAS DO NASF

> *“Nas décadas de 70 e 80, acontecimentos nos âmbitos: social, político e econômico acarretaram profundas transformações na sociedade brasileira. Na área da saúde, o fracasso do modelo prestador de serviços, a privatização da assistência médica, a crise financeira da previdência social, os altos índices de desemprego, um perfil epidemiológico marcado por altas taxas de mortalidade materna e infantil, o aumento das doenças infecto contagiosas e os altos índices de acidentes de trabalho geraram uma grande mobilização social que ficou conhecida como movimento sanitário (DIMENSTEIN,1998).”*

O movimento sanitário apresentou à sociedade uma nova percepção do pensar e fazer da saúde, apontando uma maneira universal na promoção da saúde, que só seria alcançada por meio da reforma sanitária.

O 8º Conferência Nacional de Saúde em 1986, foi um evento político-sanitário mais importante no âmbito nacional, consistindo em um espaço para a problematização do conceito de saúde. A partir dela e da contribuição do movimento sanitário à saúde foi incluída na Constituição do Brasil em 1988, no capítulo da Seguridade Social. Em setembro de 1990 foi regulamentada a Lei Orgânica de Saúde, que está em vigor no País até os dias de hoje.

A Lei 8.080/1990 apresenta um novo conceito de saúde e desde sua promulgação à saúde teve altos e baixos. No decorrer dos anos obtivemos alguns avanços, um deles foi a criação e implementação da Política Nacional de Atenção Básica, com objetivo de garantir no território uma atenção integral à saúde de qualidade, próximo a suas residências, trabalho ou escolas. Para nortear melhor a

política de atenção básica, foi criado o programa de Estratégia de Saúde da Família (ESF), com uma técnica de reorientação do modelo assistencial.

O SUS, emergem princípios básicos: acesso universal e igualitário a ações e serviços; participação comunitária; rede regionalizada e hierarquizada e descentralização, cujas ações de saúde devem ser desenvolvidas de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda a princípios como: universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e sua utilização pelo usuário; igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie (CAMPANHOLE; CAMPANHOLE, 1989).

> Segundo o Ministério da Saúde, a atenção básica deve ser a porta de entrada preferencial do SUS, sendo o ponto de partida para a estruturação dos sistemas locais de saúde. Caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, individuais e coletivas, abrangendo: promoção, proteção da saúde; prevenção de agravos; diagnóstico; tratamento; reabilitação e a manutenção da saúde (BRASIL, 2006b).

Em 1991, o Ministério da Saúde, cria o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) que são responsáveis em contactar a família no território nacional, a partir dela a Estratégia de Saúde da Família (ESF) inicia o Programa de Saúde da Família (PSF), como o programa principal da Atenção Básica. Para o fortalecimento da saúde básica em 2006 foi aprovado a Portaria 648/2006 instituindo a Política Nacional de Atenção Básica- PNAB.

> A Portaria Nº 648/2006 do Ministério da Saúde, salienta que a Atenção Básica é caracterizada por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A portaria citada enfatiza ainda que a Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que

> possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável. (MARQUES, 2016, P. 16)

O Programa de Agentes Comunitárias de Saúde (PACS), eram pessoas essencialmente da comunidade, que eram treinadas e capacitadas, sendo supervisionadas por profissionais de saúde. Com a criação dos agentes nos serviços básicos de saúde, o Ministério da Saúde, percebe a importância dos mesmos, pois com as ações nas unidades passam a enfocar na família, com conjunto de atividades tanto no seu ambiente físico como no social.

> Na ESF a existência de equipe multiprofissional é composta por, no mínimo, médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal (BRASIL, 2012, p.55)

No Brasil, a Atenção Básica é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas. Ela deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. Por isso, é fundamental que ela se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. (BRASIL,2012).

Portando, a Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural e busca, a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (BRASIL, 2006a).

De acordo com a PNAB 2012 A Atenção Básica tem como fundamentos e diretrizes:

> 1) Ter território adstrito sobre o mesmo, de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais, (…) sempre em consonância com o princípio da equidade;
> 2) Possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de

> qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção, acolhendo os usuários e promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde. (…)
> 3) A descrever os usuários e desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado. (....)
> 4) Coordenar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integrando as ações programáticas e demanda espontânea; articulando as ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestões necessárias a estes fins e à ampliação da autonomia dos usuários ecoletividades; trabalhando de forma multiprofissional, interdisciplinar e em equipe; realizando a gestão do cuidado integral do usuário e coordenando-o no conjunto da rede de atenção.(…)
> 5)Estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território, no enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, na organização e orientação dos serviços de saúde a partir de lógicas mais centradas no usuário e no exercício do controle social. (....) (BRASIL,2012, p.20-23)

A Atenção Básica surge para uma reorganização da lógica assistencial do SUS, com perspectiva da vigilância à saúde. Esse modelo de assistência serve como investimento para atenção básica, com a prevenção e promoção da saúde associado a assistência curativa e a assistência de alta complexidade. Por essa razão o ESF se torna porta de entrada do SUS, através deles ocorre os encaminhamentos para Centro de Atenção Psicossocial, hospitais, consulta com especialistas, Unidade de Pronto Atendimento entre outros.

O Programa de Saúde da Família tem o propósito de se tornar um serviço regular de procura, onde a sociedade usa a atenção de saúde para o cuidado, acompanhamento, prevenção, tratamento e reabilitação dos usuários, abrangendo todo o território e não somente os de extrema necessidade e prioridade.

O serviço é prestado na unidade básica de saúde, podendo se estender para o domicílio. Os profissionais que se encontram nas Unidade Básica de Saúde (UBS) e ESF são médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Desse modo a equipe de Estratégia da Família tem o destaque para garantir a universalização da saúde, pelo menos na atenção básica.

A partir de 1997, o PSF passou a ser considerado ESF e a concepção do termo APS foi renovada no Brasil, ampliando-se para uma estratégia de ordenação dos serviços e de promoção da equidade em saúde. “ Caracterizado por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a

promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2012 p. 19) ".

2.1 Núcleo Ampliado de Saúde da Família

O SUS ao longo de sua jornada vem sofrendo constantes mudanças e uma das que podem se destacar foi a criação da Estratégia de Saúde da Família (ESF), Equipe de Saúde da Família (ESF) e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). No entanto, se percebe a existência de subsistemas o público x privado, mostrando a distância existente entre o SUS Constitucional e a prática do SUS atual.

Com as diversas demandas que surge na área da saúde e as particularidades presentes no dia a dia, surge a necessidade de ampliar a equipe de atenção básica, inserindo diversos profissionais de áreas diferentes, logo a ESF continua como porta de entrada da AB e as equipes do NASF se torna uma referência ao apoio do diagnóstico de saúde.

A partir disso 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. Podendo ser organizado em três modalidades NASF 1[5], NASF 2[6] , NASF 3[7]. Onde irá depender da população e do território para

---

[5] 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.

[6] 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 vincula a no mínimo três equipes de SF. (BRASIL, 2010 p.20)

[7] Em 28 de dezembro de 2012 foi publicada a Portaria 3.124 que criou o NASF 3. Conforme essa Portaria o NASF 3 precisa estar vinculado a, no mínimo 01 e no máximo 02 equipes de atenção básica direcionadas para atender públicos específicos tais como: consultórios de rua, equipes ribeirinhas e fluviais (BRASIL, 2012)

saber qual NASF existirá no município.

A designação de quais profissionais irão compor o NASF é de responsabilidade do gestor municipal, levando em conta as prioridades identificadas a partir das necessidades locais e da disponibilidade de profissionais de cada uma das diferentes ocupações.

> A criação do NASF tem como perspectiva ampliar a abrangência das ações da atenção básica para torná-la mais resolutiva, apoiando as equipes de Saúde da Família sem, contudo, caracterizá-la como um ponto de atenção, surge com o objetivo "de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização a partir da atenção básica" (BRASIL, 2008, p.2).

Os NASFs devem 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. (PNAB,2012). Compostas por equipes multiprofissionais que trabalham de maneira integrada, prestando suporte aos profissionais da Estratégias de Saúde da Família e buscando apoiar no manejo ou resolução de problemas clínicos e sanitários.

As possibilidades de composição do NASF são: Assistente social; profissional de Educação Física; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; profissional com formação em arte e educação (arte educador); nutricionista; psicólogo; terapeuta ocupacional; médico ginecologista/obstetra; médico homeopata; médico pediatra; médico veterinário; médico psiquiatra; médico geriatra; médico internista (clínica médica); médico do trabalho; médico acupunturista; e profissional de saúde sanitarista, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas . (BRASIL, 2014 P 17).

O referencial teórico metodológico que o NASF é norteado é o Apoio Matricial, que se complementa com o processo de trabalho em " equipes de referências". O NASF compõe como uma retaguarda especializada para a Saúde da Família, desenvolvendo trabalhos compartilhados e associados em duas principais dimensões: o clínico assistencial e o técnico pedagógico.

A dimensão clínica assistencial consiste na produção de ação direta com o

usuário nas clínicas e a dimensão técnico pedagógico, produz ação de apoio educativo com e para a equipe, ambas as dimensões “podem e devem se misturar nos diversos momentos (MS, 2010)”.

As equipes de referência representam um tipo de arranjo que busca mudar o padrão dominante de responsabilidade nas organizações: em vez das pessoas se responsabilizar por atividades e procedimentos (geralmente uma responsabilidade quantitativa), o que se busca é construir a responsabilidade de pessoas por pessoas. Ou seja, formar uma equipe em que os trabalhadores tenham uma clientela sob sua responsabilidade, por exemplo, uma equipe responsável por certo número de leitos em um hospital ou, como no caso da equipe de SF, a responsabilidade por uma clientela dentro de um território de abrangência. Então, aqui é essencial ressaltarmos que, quando falamos de equipe de referência no, remetemo-nos à equipe de Saúde da Família, que é a referência de saúde para certa população na APS. (BRASIL, 2010 P.11)

Já o apoio matricial será formado por um conjunto de profissionais que não têm, necessariamente, relação direta e cotidiana com o usuário, mas cujas tarefas serão de prestar apoio às equipes de referência (equipes de SF). Assim, se a equipe de referência é composta por um conjunto de profissionais considerados essenciais na condução de problemas de saúde dos clientes, eles deverão acionar uma rede assistencial necessária a cada caso. Em geral é em tal “rede” que estarão equipes ou serviços voltados para o apoio matricial (no caso, os NASF), de forma a assegurar, de modo dinâmico e interativo, a retaguarda especializada nas equipes de referência (no caso, as equipes de Saúde da Família). (BRASIL, 2010 P.11)

Diante disso, o NASF faz parte da Atenção Básica, mas não se constitui com um serviço de espaço físico próprio, pelo fato de que sua demanda surge a partir do trabalho em equipe com as agentes de saúde e com o PSF, utilizando o espaço das Unidades Básicas para o desenvolvimento do trabalho.

As orientações para o prosseguimento do NASF vêm da produção em conjunto com as equipes, sendo um cuidado continuado e longitudinal, próximo da população e na concepção da integralidade.

De acordo com o Caderno de Atenção Básica 27 do Ministério da Saúde (2010) podem então ser estabelecidos como pontos de síntese na missão do NASF os seguintes aspectos:

> a) O NASF não se constitui porta de entrada do sistema para os usuários, mas apoio às equipes de Saúde da Família;
> b) Vincula-se a um número de equipes de Saúde da Família em territórios definidos, conforme sua classificação;
> c) A equipe do NASF e as equipes de Saúde da Família criarão espaços de discussões para gestão do cuidado: reuniões e atendimentos compartilhados constituindo processo de aprendizado coletivo;
> d) O NASF deve ter como eixos de trabalho a responsabilização, gestão compartilhada e apoio à coordenação do cuidado, que se pretende pela Saúde da Família. (BRASIL, 2010)

Também é fundamental reconhecer que o NASF tem dois públicos-alvo diretos: as equipes de Atenção Básica/Saúde da Família e os usuários em seu contexto de vida. Nessa relação, é fundamental que o NASF crie mecanismos de identificação e escuta das demandas das equipes e que possam dialogar sobre sua prática também a partir da atenção direta aos usuários. (BRASIL,2014)

Portanto, o NASF é composto de nove áreas estratégicas, são elas: saúde da criança/do adolescente e do jovem; saúde mental; reabilitação/saúde integral da pessoa idosa; alimentação e nutrição; serviço social; saúde da mulher; assistência farmacêutica; atividade física/ práticas corporais; práticas integrativas e complementares. (BRASIL, 2012)

A portaria do NASF 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 e da Saúde do Homem. (BRASIL, 2012)

O NASF possui diretrizes e princípios que orientam as ações desenvolvidas pela a equipe de trabalho e pelo núcleo, sendo de uma forma contínua com a população trazendo assim a integralidade. O conceito que fundamenta a equipe è (MS, 2010):

- Interdisciplinaridade: processo de integração recíproca entre vários campos de conhecimento, sendo um trabalho em que diversas ações, saberes e práticas se complementam.
- Intersetorialidade: integração de territórios com a ideia de equidade, dos direitos sociais, onde “O conceito ampliado de saúde e o reconhecimento de

uma complexa rede de condicionantes e determinantes sociais da saúde e da qualidade de vida exigem dos profissionais e equipes trabalho articulado com redes/instituições que estão fora do seu próprio setor. ” (BRASIL, 2010)

- Educação Popular: educação onde valoriza a sabedoria prévia da população, que “Tem como finalidade a apuração, a sistematização de modos de sentir, pensar, sonhar, querer, agir e se expressar das pessoas”. (BRASIL, 2010)
- Humanização: efeito de tornar mais humano as condições de trabalho para os profissionais e para os usuários de um serviço ou sistema, através do meio em que vive, ‘Entendida como uma possibilidade de transformar as práticas de atenção e gestão no SUS, a partir de construções coletivas entre gestores, trabalhadores e usuários, atores sociais implicados com a produção de saúde. (BRASIL, 2010)
- Promoção de Saúde: implicam ações de prevenção de doenças e fatores de risco, é uma continuação ao tratamento adequado, caso a doença se encontre já instalada no usuário. “Sua maior contribuição a profissionais e equipes é a compreensão de que os modos de viver de homens e mulheres são produtos e produtores de transformações econômicas, políticas, sociais e culturais. ” (BRASIL, 2010)
- Territorialização e responsabilidade sanitária: onde os profissionais de cada área de formação devem apresentar o raciocínio clínico, epidemiológico e o sociopolítico de forma a identificar os possíveis meios para a promoção e proteção da situação de saúde da comunidade. “Deve ser considerado em suas divisões jurídicas e políticas, suas heranças históricas e seus aspectos econômicos e normativos. ” (BRASIL, 2010)
- Trabalho em equipe: Na realização do trabalho do NASF, é possível encontrar diferentes profissionais que usam seus saberes específicos de forma articulada para resolverem determinada demanda, favorecendo assim ações integradas e abrangentes, configurando-se no trabalho coletivo da equipe.
- Integralidade: É necessário que as equipes tenham uma atuação integrada com as instituições de apoio, podendo assim resolver de forma articulada e eficaz às necessidades do usuário.

- Autonomia dos indivíduos e coletivos: visto como o principal objetivo no cuidado da atenção básica, pois traz em sua configuração a orientação que o usuário tem na capacidade de governar a sua própria vida.

Portanto, todos esses conceitos acima citados são princípios norteadores, onde todos os profissionais que atuam na Atenção Básica e nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, devem ter como prioridades, para a solidificação desses “princípios-diretrizes”, contribuindo assim com o trabalho em equipe, articulado e inserido nas redes de apoio, intervindo no social das comunidades. (2016)

Uma estrutura da rede de cuidados é também uma das principais estratégias de atuação do NASF, sendo uma responsabilidade da equipe multiprofissional e da equipe do eSF, pois através da rede de cuidados é possível criar um espaço para as discussões e a construção da rede de atenção à saúde.

A figura abaixo apresenta o funcionamento da rede de apoio da Unidade Básica de Saúde:

O Nasf pode construir diálogo com diferentes pontos de atenção, a fim de buscar corresponsabilização na condução do PTS. As relações do usuário com sua família, seu território e os diferentes espaços por onde o usuário circula devem ser considerados para a produção do cuidado.

UBS
- Educação permanente;
- Atendimento individual específico;
- Atendimento individual compartilhado;
- Reunião de equipe, discussão de casos, construção de PTS;
- Atendimento em grupo;
- Atendimento domiciliar.

Caps
- Discussão de casos;
- Construção compartilhada de PTS;
- Atendimento compartilhado;
- Apoio matricial do Caps à AB;
- Grupos terapêuticos;
- Oficinas geração de renda.

Escola
- Apoio às ações do PSE;
- Ações de educação em Saúde.

Academia da Saúde
- Grupos educativos;
- Práticas corporais;
- Encontros comunitários;
- Ações para a promoção de modos de vida saudáveis.

Cras
- Discussão de casos;
- Construção compartilhada de PTS;
- Ações coletivas para produção de cidadania.

Fonte: DAB/SAS/MS, 2013.

FONTE: MS, 2014 p.23 (CADERNO DE ATENÇÃO BÁSICA 39)

Em 2017 ocorreu uma mudança na nomenclatura do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), a partir da última PNAB (Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017) passou a se chamar de Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF -AB).

2.2 O papel do Serviço Social no NASF

A saúde foi a área que, historicamente, absorveu o maior número de profissionais de Serviço Social no Brasil, principalmente a partir da década de 1940, com a elaboração de um conceito de saúde que passou a considerar também os aspectos biopsicossociais como seus determinantes e a elaboração de uma política

de saúde centrada na assistência médica hospitalar e curativa (CORREIA, 2005).

Durante alguns anos a Saúde foi o campo de maior atuação das Assistentes sociais, mais após a criação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS). Política de assistência social absorve hoje mais de 40 mil assistentes sociais, presentes em todos os 5570 municípios do país. A atuação nos conselhos de políticas e de direitos — em especial aqueles de caráter deliberativo — tem sido um espaço privilegiado de controle social e democrático nas últimas décadas, contribuindo para a alocação mais democrática dos recursos públicos e para a ampliação da cobertura das políticas na perspectiva da universalidade do acesso. (IAMAMOTO, 2017, p.19)

PAIM (2008) apresenta uma produção teórica sobre a saúde coletiva, onde existe dois conceitos que são uma determinação social das doenças e processo de trabalho de saúde em que “O entendimento de que a saúde e a doença na coletividade não podem ser explicadas exclusivamente pelas dimensões biológica e ecológica, permitia alargar os horizontes de análise e de intervenção sobre a realidade. Enquanto componentes dos processos de reprodução social, reconhecia-se que tais fenômenos eram determinados social e historicamente (PAIM, 2008 p.165) ”.

> Cabe à equipe de Saúde da Família enfrentar, além dos problemas individuais e biológicos, os problemas coletivos e socioculturais das pessoas e da comunidade pela qual tem responsabilidade sanitária. (BRASIL,2010, p.88).

Desde a efetivação do Sistema Único de Saúde há uma grande quantidade de Assistentes Sociais trabalhando na média e alta complexidade, pois essa inclusão dos profissionais surge novas oportunidade de atuação, possibilitando um aprendizado à prática da saúde nas áreas interdisciplinar, multiprofissional e intersetorial. Desta forma a criação do NASF amplia a inserção e se torna mais uma das áreas de atuação profissional, centrada na atenção hospitalar e na atenção básica, na saúde como um todo.

NASF tornou-se campo de atuação profissional do Serviço Social através da portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, com uma equipe de profissionais com diferentes especialidades para atuar de maneira integrada e dando apoio a ESF, para transformar a ABS mais resolutiva. Portanto a abordagem será feita por uma perspectiva abrangente, dando importância aos aspectos sociais, econômicos,

políticos e culturais, pois nesse processo encontra-se negação dos direitos sociais e humanos, além das extremas expressões da exclusão social.

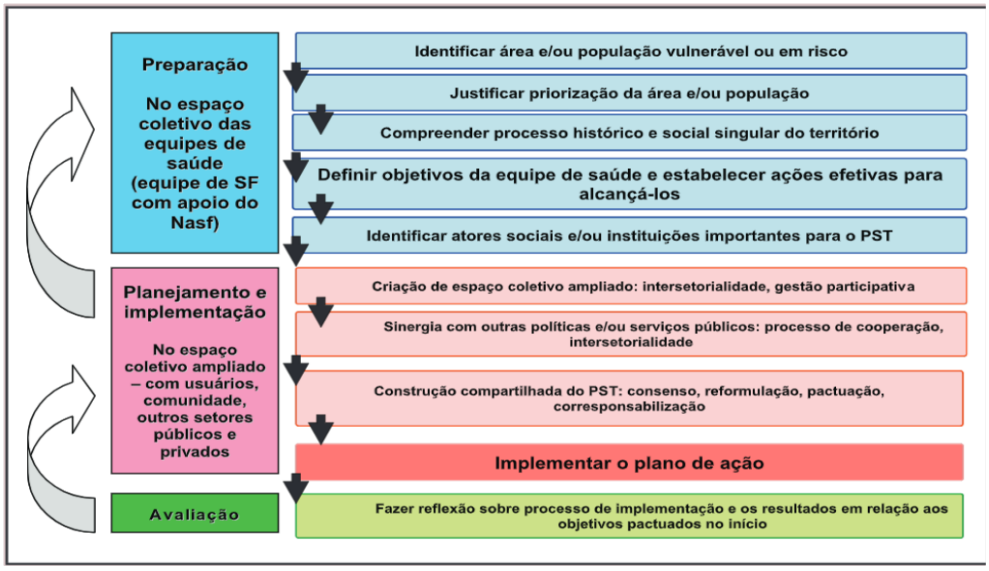
O Serviço Social é constituído por um projeto ético político da profissão que é majoritariamente voltado para o social, o código de ética e seus princípios políticos da profissão também, que visa garantir direitos de todos, e sempre lado a lado com os trabalhadores e sociedade. Sendo assim, o Serviço Social está em concordância com o projeto da reforma sanitária, se tornando uma profissão essencial para o que consta na Portaria 154:

> As ações de serviço social deverão se situar como espaço de promoção da cidadania e de produção de estratégias que fomentem e fortaleçam redes de suporte social, propiciando maior integração entre serviços sociais e outros equipamentos públicos e os serviços de saúde nos territórios adscritos, contribuindo para o desenvolvimento de ações intersetoriais que visem ao fortalecimento da cidadania. (BRASIL 2010 P.88)

Ou seja, tendo em vista essa proposta de organização, o NASF não se constitui como um serviço ambulatorial ou porta de entrada para os serviços de saúde, ele é uma equipe que trabalha conjuntamente com os(as) profissionais de referência na resolução e no manejo das situações através da cooperação e multiplicação do saber; visa contribuir com a capacidade de escuta qualificada e construção de vínculos positivos entre usuários(as) e profissionais, buscando provocar mudanças nas práticas cotidianas (BRASIL, 2014).

Logo, a ESF continua sendo a porta de entrada da Atenção Básica e as PACS são um fator crucial tanto para ESF como para o NASF, já que é através delas que a demanda chega para o Assistente Social como para os profissionais da saúde, formando assim uma ligação entres os profissionais e a comunidade, para que de forma contínua ocorra a mobilização e a socialização na luta pelos direitos sociais, no controle social e na saúde.

A imagem a seguir mostra como ocorre a troca de informação e atuação do Assistente social e dos profissionais da saúde, no território de atuação do NASF e a ordem das suas ações:



FONTE: MS, 2010 p.31 (CADERNO DE ATENÇÃO BÁSICA 27)

O serviço social no NASF deve ser desenvolvido de forma interdisciplinar e integrada com as demais equipes, para prestar apoio no trato da questão social nas suas mais variadas expressões cotidianas na área da saúde. O assistente social é um profissional que trabalha permanentemente na relação entre estrutura, conjuntura e cotidiano, contribuindo com as equipes na apreensão e na ação em face do cotidiano, no qual as determinações conjunturais se expressam e a prática se realiza. (BRASIL, 2010)

Portanto, o Assistente social com seu embasamento teórico tem um conhecimento do processo saúde-doença, onde o mesmo irá atuar com uma leitura da sociedade e uma visão diferenciada que vai além da dimensão biomédica.

> Sinteticamente, podemos afirmar que a relação entre as dimensões se no exercício profissional da seguinte forma: teoria como (dimensão teórico-metodológica) para criar estratégias e táticas de intervenção (dimensão técnico- operativo), comprometidas com um determinado projeto profissional (dimensão ético- política). (SANTOS, 2013, p 26).

Embora exista críticas sobre o Assistente Social no NASF, pois eles podem acabar exercendo outras atribuições, por ser uma equipe multiprofissional, com inúmeros projetos profissionais, conhecimentos e valores distintos. Muitos não sabem o papel do Assistente Social na saúde em sim, e qualquer categoria profissional não se deve esquecer das suas competências e atribuições privativas.

O Assistente Social tem um referencial teórico e os elementos construídos no

decorrer da graduação para realizar seu exercício profissional, respaldado pela Projeto Ético Político e RSB ele possui competências para atender os princípios do SUS como a universalidade de acesso, onde todos deve receber atendimento independente da classe social, raça, religião; da integralidade da assistência que aconselha a todos os profissionais de saúde sobre a realidade econômica e social do usuário, direcionando ele para um atendimento contínuo e articulado com a rede. Outro fator também é a pesquisa de levantamento de dados da realidade socioeconômicas dos usuários "divulgando e propiciando o acesso às informações pelos usuários, visto que o Assistente Social tem a seu favor sua prática educativa, que traz a informação perpassa em todas as suas atividades; e incentivando a participação da comunidade junto a órgãos legitimados de participação e controle social, ampliando com isso seu campo de atuação" (MARTINI; DEL PRÁ, 2018)

Nessa lógica, o profissional pode contribuir para a participação social, a acessibilidade, o vínculo e a integralidade da atenção, uma vez que desenvolve ações de cunho educativo na prestação de serviços sociais que viabilizam o acesso aos direitos e aos meios de exercê-los, cooperando para que as necessidades e os interesses dos sujeitos de direito ganhem visibilidade na cena pública e possam ser reconhecidos. Assim, os profissionais afirmam o compromisso com os direitos e interesses dos usuários e com a qualidade dos serviços prestados. (IAMAMOTO, 2006).

O Assistente Social exerce seu trabalho de acordo com o Projeto Ético Político[8], atuando de maneira que defenda a Política de Saúde contra a precarização e os desmontes, possibilitando a cidadania, a participação e o controle social. O processo de exercício profissional do Serviço Social no NASF é bem amplo, nas suas diretrizes possui uma síntese geral do seu trabalho.

Conforme o Caderno de Atenção Básica 27 do Ministério da Saúde (2010), é mencionado "Os principais objetivos serviço social nos NASF" que são:

1. Desenvolver ações que garantam a escuta e acolhida dos usuários;
2. Incentivar e contribuir no processo de fortalecimento da autonomia e da

[8] O projeto ético-político no Serviço Social tem como núcleo a liberdade como valor ético central, compromisso com a autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais, a defesa intransigente dos direitos humanos, bem como, a defesa radical da democracia e da cidadania. Neste sentido, pensar a importância deste projeto ético-político para a profissão e como este se materializa nas diversas ações cotidianas, se mostra como fonte inesgotável de debate e análise. (SGORLON, SUGUIHIRO; 2017, p2)

organização pessoal do usuário;
3. Apoiar os usuários na construção e ressignificação de seu projeto de vida;
4. Criar espaços grupais que possibilitem a construção de relações humanizadoras e socializadoras por meio de trocas de experiências e construção de rede de apoio;
5. Desenvolver ações integradas com os profissionais da equipe correlacionados com a área de atuação em atenção à saúde e demais políticas públicas;
6. Socializar informações nas equipes e participar de discussão de situações vivenciadas por usuários e/ou familiares com as demais categorias profissionais, valorizando as ações desenvolvidas por eles;
7. Promover a integração dos demais membros da equipe de trabalho;
8. Produzir conhecimento sobre a população atendida na área da saúde, processo de pesquisa e a especificidade do serviço social;
9. Participar da elaboração conceitual/metodológica para apoiar as práticas educativo-participativas desenvolvidas pela equipe de trabalho, com usuários e população atendida;
10. Construir coletivamente e de forma participativa entre a equipe de saúde, segmentos organizados da comunidade, usuários e demais sujeitos sociais populares envolvidos na organização do trabalho comunitário.
11. Incentivar a participação dos usuários nos fóruns de discussão e deliberação, tais como: Conselhos Locais de Saúde, Conselho Distrital de Saúde, Conselhos de Assistência Social, Conselho de Direitos da Criança e do Adolescente, Conselhos do Idoso e demais Conselhos de direitos, Reuniões da Comunidade, e outros (MS, 2010 p.91).

Outro ponto apresentado também no Caderno de Atenção Básica 27 do Ministério da Saúde (2010) é “As principais ações do assistente social nos NASF” que são:

1. Coordenar os trabalhos de caráter social adstritos às equipes de SF;
2. Estimular e acompanhar o desenvolvimento de trabalhos de caráter comunitário em conjunto com as equipes de SF;
3. Discutir e refletir permanentemente com as equipes de SF a realidade social e as formas de organização social dos territórios, desenvolvendo estratégias de como lidar com suas adversidades e potencialidades;
4. Atenção às famílias de forma integral, em conjunto com as equipes de SF, estimulando a reflexão sobre o conhecimento dessas famílias, como espaços de desenvolvimento individual e grupal, sua dinâmica e crises potenciais;
5. Identificar no território, junto com as equipes de SF, valores e normas culturais das famílias e da comunidade que possam contribuir para o processo de adoecimento;
6. Discutir e realizar visitas domiciliares com as equipes de SF, desenvolvendo técnicas para qualificar essa ação de saúde;
7. Possibilitar e compartilhar técnicas que identifiquem oportunidades de geração de renda e desenvolvimento sustentável na comunidade ou de estratégias que propiciem o exercício da cidadania em sua plenitude, com as equipes de SF e a comunidade;
8. Identificar, articular e disponibilizar, junto às equipes de SF, rede de proteção social;
9. Apoiar e desenvolver técnicas de educação e mobilização em saúde;
10. Desenvolver junto com os profissionais das equipes de SF estratégias para identificar e abordar problemas vinculados à violência, ao abuso de álcool e a outras drogas;
11. Estimular e acompanhar as ações de controle social em conjunto com

> as equipes de SF;
> 12. Capacitar, orientar e organizar, junto com as equipes de SF, o acompanhamento das famílias do Programa Bolsa-Família e outros programas federais e estaduais de distribuição de renda;
> 13. No âmbito do serviço social, identificar e buscar as condições necessárias para a atenção domiciliar (MS, 2010 p. 92).

A localidade de atuação do NASF são áreas de vulnerabilidade, com características múltiplas da Questão Social como desemprego, violência, venda e uso de drogas entre outros. A partir disso surgem diversas demandas para o Assistente Social trabalhando na proteção de direitos, buscando capacitar os serviços de saúde e ampliar a efetividade do mesmo.

O papel do Assistente Social então na parte de orientações sobre benefícios assistenciais e previdenciários; planejamento de ações e práticas interventivas com os usuários; encaminhamento para a rede socioassistencial e de saúde; matriciamento com a rede de serviços para garantir a integralidade do cuidado e notificações e intervenções nos casos de suspeita ou confirmação de violência.

3 DESMONTE DO SUS E EXPRESSÕES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

A questão social tem aprofundado a condição do empobrecimento da maioria da população e provocado as desigualdades sociais resultantes da concentração de riquezas por uma parcela mínima dos mais ricos. Em virtude da pauperização, desigualdade, saúde focalizada, presente nos governos não podemos esquecer da Constituição de 88 que tem como a saúde um “direito de todos e dever do Estado”, sendo necessário garantir às pessoas e a sociedade uma condição de bem-estar físico, mental e social.

A política de saúde tem se desdobrado com o progresso e regresso incansavelmente e desde a sua promulgação a CF 88, é seguidamente o neoliberalismo na década de 90, o direito vem sendo atacado em decorrência do novo ideário. Nos 14 anos do Governo do PT foi proposto uma continuidade nas políticas sociais que abrangesse os dois lados, uma política bem focalizada e a outra privatizada, com a finalidade de tirar a obrigatoriedade estatal, comprometendo a integralidade e a universalidade. É no idealismo neoliberal o intuito de atender os

interesses do capital na contemporaneidade, visando o retorno financeiro para ele.

> Dilma Vana Rousseff tomou posse como presidente do Brasil em 2011, chegando ao poder devido à forte influência de Lula da Silva em sua campanha eleitoral. Em seu discurso de posse, apontou como prioridade de governo a consolidação do SUS, bem como a qualidade dos serviços prestados aos usuários, mas entra em contradição quando deixa claro em seu plano de governo que iria estabelecer parcerias com o setor privado na área da saúde, acirrando assim o processo de privatizações e de focalização das políticas públicas. (BRAVO; MENEZES, 2010 p.23).

Durante o governo PT com os planos de privatização e terceirização surge as "contrarreforma na saúde que se expressa por meio dos modelos privatizantes de gestão voltados para as políticas sociais como as Organizações Sociais (OSs), as Organizações da Sociedade Civis de Interesse Privado (OSCIPs), as Fundações Estatais de Direito Privado (FEDPs), as Parcerias Público Privadas (PPPs) e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), intensificado a privatização dos serviços de saúde (SILVA et al., 2018)."

Em 2016 a atual Presidenta Dilma Rousseff sofreu um golpe político que ficou conhecido como o golpe jurídico- midiático- parlamentar, colocando o seu vice no cargo de Presidente. No dia 31 de agosto de 2016 o Temer assume como o novo Presidente do Brasil, o que seria a primeira vez do "Centrão" na política depois de mais de 10 anos de "Esquerda" no governo, portanto quando Temer chega ao poder percebemos diferenças ideológicas e a forma de conduzir o Brasil, principalmente no que tange às Políticas Sociais, que ganha espaço para o desmonte, e esse modelo de reformulação dos direitos se perpetua intensamente no governo do Bolsonaro.

Temer ficou conhecido por alguns como um governo ilegítimo, marcado por retrocessos diante das propostas que cresciam sobre a reformulação dos direitos trabalhistas, previdenciários e sociais, dificultando o acesso da sociedade civil às Políticas Públicas. O plano do seu governo ficou conhecido por ser uma intransigência do projeto liberal, voltado para o desmonte do Estado com as reformas relacionadas à privatização econômica e social.

Durante o Governo Temer que durou de 31 de agosto de 2016 a 1 de janeiro de 2019, ele teve a mídia ao seu lado o tempo todo, portanto usou desse meio para usar a recessão econômica que o Brasil sofria para elaborar uma concordância da parte do Estado em busca da estabilização econômica, atestando como o motivo dos cortes de gasto pelo Estado.

> A política econômica de Temer opera em duas frentes com a proposição do novo regime fiscal. A primeira é o desmonte do Estado na promoção de políticas sociais e a fragilização da posição dos trabalhadores, a partir do comprometimento do gasto social, das reformas da previdência social e trabalhista. Na segunda frente, desmantela a capacidade do Estado de induzir o crescimento e transformar o quadro econômico, limitando o gasto com investimento público e privatizando empresas estatais. (ROSSI; MELLO, 2017, p. 5)

Com a pressão do Estado para que apresse a mercantilização do SUS, sendo através do sucateamento das unidades de serviços ou pela revisão das políticas constitutivas do SUS, "como a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)[9] e de Saúde Mental, seja principalmente pela proposta dos planos de saúde acessíveis".

No final de 2015 a saúde já passava por uma crise, com isso ocorreu o fechamento de unidades, atrasos de cirurgia, cancelamento de consultas e assim por diante. Com o golpe a situação das Políticas se agravou, em decorrência de um novo projeto de sistema de saúde onde o Capital tem o poder e implementa uma ofensiva privatizante.

Durante seu Governo Temer propõem a Emenda Constitucional (EC) nº 95, de Dezembro de 2016 – que "Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências".(BRASIL, 2016) que nada mais é uma redução dos gastos com a saúde e educação, ocorrendo um grande impacto sobre a população mais pobre, ela "instituiu o congelamento dos gastos públicos destinados às políticas sociais por 20 anos, a contrarreforma trabalhista aprovada em novembro de 2017, e, tramitando ainda, a proposta de contrarreforma previdenciária – a tendência é de majoração de um estado de exceção, que se isenta das responsabilidades com o serviço público e os direitos sociais, em detrimento da manutenção de privilégios do grande capital.(Pereira,2018, p4), Logo com o atual Ministro Ricardo Barros, enfatizava uma nova estrutura da Política de Saúde que se dividiu em duas frentes: "a criação dos planos de saúde populares e a redução dos investimentos que pode ocasionar em prejuízos para o SUS.

Com a criação da EC nº 95/2016 ocorre um congelamento dos recursos

[9] A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), embora tenha apresentado ampliação entre primeira e segunda versões (2006 e 2011), tem, em sua revisão de 2017, apresentado tensões no campo dos avanços conquistados e da consolidação do direito à saúde. (PITOMBEIRA, OLIVEIRA 2020)

investido nas Políticas Sociais, esse novo modelo do Presidente Temer não é somente, sobre o ajuste fiscal, mas também sobre a Seguridade Social garantido na CF 88 e como o governo infringe esses direitos. Dessa maneira o ajuste fiscal atinge o Tripé da Seguridade, pois não é só a Saúde e a Educação que está à mercê do governo, mas a Previdência Social[10] entra na contenção de gastos e se torna uma das principais contrarreformas do governo.

Durante os anos do governo PT ele projeta uma RSB flexibilizada com representantes no MS, Secretarias em vários âmbitos da saúde para a implementação do SUS possível e constitucional, e uma reconquista dos ideais do movimento sanitário mais maleável que o original. Contudo, no Governo Temer, o sucateamento do SUS cresce em grande proporção em consequência das medidas impostas pelo governo juntamente com os representantes da MS. A presente Política de Saúde de 2016 a 2019 foi marcada pelas seguintes particularidades "redução do tamanho do SUS e seu financiamento; a versão popular dos planos de saúde; a diminuição da regulação da Agência Nacional de Saúde (ANS); a revisão da PNAB e da política de saúde mental, sem a realização do debate com a sociedade e com o Conselho Nacional de Saúde (CNS)" .

As contrarreformas setoriais ocorrem por conta da política de redução de gastos. Revisões foram feitas em várias políticas e na PNAB o que foi proposto não teve participação da sociedade civil e da CNS, consequentemente essa reconfiguração que estabeleceu novas ações, ocasionando uma segmentação do acesso a AB, que deixa de ter uma cobertura universal, o desfinanciamento da ESF, gerando uma seletividade na conduta dos serviços e ações da saúde com uma restrição de acesso à assistência de saúde pública da população.

O risco do SUS voltar a ser uma ação preventiva com programas assistenciais pontuais é grande, pois o Governo Temer frisa a criação de um plano de saúde popular, focado em uma assistência à saúde privada mais barata sendo ofertada somente consultas e exames laboratoriais as famosas "clínicas populares". Nesse sentido, o Ministro Ricardo Barros publica a Portaria nº 1482 de Agosto de 2016, que institui um Grupo de Trabalho para discutir, projeto de Plano de Saúde

[10] Conhecida como a Reforma da Previdência Social, com a reformulação proposta pelo governo, em suma ocorre o aumento da exploração pelo Capital e a precarização das condições do trabalho, aumentando o exército reserva e acabando com a maioria dos direitos trabalhistas.

Acessível, que essa medida era essencial para desafogar e economizar os serviços da saúde pública.

A criação do Plano de Saúde Acessível beneficia principalmente as empresas privadas (O Capital/ mercado), pois esse plano seria voltado para os mais pobres e vulneráveis da população, modificando o SUS ideal a universalidade, equidade e a integralidade do mesmo.

Nesse sentido, a saúde, torna-se cada vez mais uma grande arena de interesses políticos e privados, assim o SUS se apresenta como espaço de luta, resistência e contradição, a ser disputado no cotidiano dos serviços, da política e da vida. (LIMA, SOUZA 2018)

Percebemos que mesmo com os avanços na saúde, ainda não há uma condição de melhoria na saúde da população, pois “não por acaso, os países pobres apresentam condições de saúde sempre piores quando comparadas aos que são ricos” , logo o impacto negativo é na sociedade vulnerável, exemplo disso é “ a partir de 2018, que sinalizam os retrocessos na saúde, a exemplo do risco de surto de sarampo e redução da sua cobertura vacinal, a ameaça da volta da poliomielite, enfatizando que “a redução de investimentos em saúde se faz sentir na atenção básica, afetando a oferta de serviços de promoção, prevenção e atenção”.

Mendes e o Carnut (2020) expõe: "A pergunta que não deixa de ser importante fazer: “por que existe esse movimento de constante piora na garantia dos direitos sociais e do acesso universal à saúde, ao longo de tantos anos? ” Nosso raciocínio deve ir além de simples constatações conjunturais”.

> Não se trata apenas de uma crise restrita ao trágico desdobramento do golpe institucional de 2016, acompanhado de uma blindagem da democracia aos interesses dos setores populares (DEMIER, 2017). Não se trata de uma crise limitada à ofensiva conservadora do governo Bolsonaro contra os direitos sociais e democráticos (ARCARY, 2019). Trata-se de reconhecer a dimensão da crise na saúde pública como parte integrante da crise do capitalismo em suas formas sociais determinantes: a crise da forma mercadoria, no que diz respeito à acumulação e à valorização do valor; a crise da forma política estatal, sobre as crescentes “modalidades privatizantes de gestão das políticas sociais” e dos ajustes fiscais permanentes; e da crise da forma jurídica consoante com a forma política estatal, evidenciando a crise da forma direito (PACHUKANIS, 2017; MASCARO, 2018), em particular, do direito à saúde. (MENDES, CARNUT; 2020, p.3)

Do ponto de vista analítico, há algum consenso de que Golpe de Estado, em termos conceituais, pode ser compreendido como a tomada inesperada do poder

governamental pela força e sem a participação do povo, resultando de uma manobra política de ajustar a forma jurídica burguesa ao processo/padrão de acumulação necessária para manutenção do poder das classes dominantes e sua recuperação em função da queda da taxa de lucro. (CARDOSO, 2014).

Nas últimas três décadas do SUS, percebe-se que o Estado não deixou de favorecer o incentivo à iniciativa privada, com isso o subfinanciamento do SUS é entendido melhor a partir das restrições do orçamento públicos e dos ajustes fiscais adotados pelos governos. Um processo crescente e contínuo de desfinanciamento, a partir de 2017, em decorrência de um ajuste fiscal que asfixia direitos fundamentais à saúde, evidenciando a intervenção da forma jurídica (regime político) do Estado, sob uma intervenção pública que busca cumprir o papel exigido pelo capital em crise. Para se ter uma ideia, o gasto público em ações e serviços públicos de saúde, em termos consolidados (União, estados, Distrito Federal e municípios), de aproximadamente R$ 3,60 por habitante/dia em 2017, equivalente a 4,0% do PIB, é metade da média de aplicação dos países com sistemas de saúde universal (Alemanha, Canadá, Espanha, França, Reino Unido e Suécia, principalmente), 8,0% (MENDES; CARNUT, 2020, p.28).

Em 2020 com a crise da Pandemia todos foram pegos de surpresa principalmente na Saúde, onde o caos foi instaurado devido à gravidade do coronavírus, com isso no Brasil e no mundo toda a atenção estava voltada para o COVID-19. No Brasil “para enfrentar esse cenário, o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente na atenção primária à saúde (APS), deveria ser uma política prioritária desenvolvida pelo governo federal,” entretanto percebemos que O Presidente atual, que estava no meio dessa crise, era o Jair Bolsonaro onde estava “ implantando a valorização de um “SUS operacional, marcado por arranjos institucionais frágeis para fortalecer o acesso universal, por um lado, por outro, por propiciar um espaço prioritário de crescimento do capital privado nesse nível de atenção, o que no quadro da crise sanitária deveria ser o lócus destacado de participação do SUS como política de Estado.(MENDES; MELO; CARNUT, 2022, p.14)”

Contudo, mesmo com a participação do Governo Federal, Municipal e Estadual houve um colapso com falta de equipamentos e insumos, sem levar em consideração o surgimento das novas variantes tendo uma crise sanitária como

nunca antes vista e sobrecarregando as APS.

Uma ampla parte da sociedade não tem observado as importantes alterações que o Governo Bolsonaro vem fazendo com a APS, é como foi mencionado anteriormente, o auge das modificações ocorrida e dos projetos, a proposta da Saúde a Portaria no 2.979/2019 MS, denominada, contraditoriamente, como Programa Previne Brasil, que estabelece o novo modelo de alocação dos recursos federais à APS e está em vigor há um ano".

Com a alocação dos recursos financeiros federais para as APS, se intensifica "Com o golpe institucional de 2016 e acrescido do governo neofascista Bolsonaro, mantém-se esse baixo nível de comprometimento do PIB com o SUS até 2019 e assiste-se a um processo crescente e contínuo de seu desfinanciamento por meio da EC-95 que congelou o gasto público. A perda de recursos para o SUS com a EC-95, desde 2018 até 2020, registra o valor de R$ 22,5 bilhões. Certamente, esse contexto fragiliza a possibilidade de dar sequência a uma APS construída ao longo da implementação do SUS" (CARNUT, 2022).

Observamos que são contínuos a desvalorização e os embates contra a universalidade do SUS no Governo do Bolsonaro, decorrente também da EC -95 e pela irresponsabilidade em 2021 para o enfrentamento da COVID 19, tornando o SUS "restrito a formas de acesso voltadas para aspectos gerenciais, isto é, somente às pessoas cadastradas pelo esforço das secretarias municipais de saúde". Todas essas medidas que estão sendo adotadas e projetadas no seu governo se alinha com a concepção de um projeto privatista das APS no SUS. Um termo utilizado pelo autor Carnut et al. no texto, o SUS operacional, que pode ser aplicado em época de políticas ultraliberal, que nada mais é a "intensificação do neoliberalismo por meio de uma espécie de ajuste fiscal permanente e de propagação de contrarreformas dos direitos sociais (MENDES; MELO; CARNUT, 2022, p.3). "

Não resta dúvida de que, após a implantação do novo modelo de financiamento da APS, em 2020, vem se conformando a lógica do "SUS operacional". Isto significa que são valorizados os atributos da "modernização" e racionalização das atividades estatais do SUS, associados aos interesses do mercado, reforçando uma atenção à saúde voltada aos privilégios e às carências – priorizando a população mais vulnerável – e, por conseguinte destituindo a universalidade do financiamento, de forma a se consolidar uma "organização de

saúde”, com práticas de reforço a instrumentos administrativos e gerenciais, distante do SUS que tem o direito à saúde como central e universal. (MENDES, MELO, CARNUT 2022 p 4-5)

3.1 Do NASF ao Previne Brasil

O NASF foi instituído em 2008 como Núcleo de Apoio à Saúde da Família, com a finalidade de aumentar e ampliar os cuidados aos usuários do território junto com a ESF. Ao longo de sua implementação ocorreram algumas modificações de 2008 até 2021.

O Núcleo de Ampliado à Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB) foi criado pelo Ministério da Saúde (MS) através da Portaria n° 154/2008 e reformulado pela Portaria n.º 2.436/2017. Trata-se de uma equipe multiprofissional e interdisciplinar que atua em conjunto com a equipe de Saúde da Família (EqSF) com intuito de auxiliar e aprimorar ações de saúde, potencializar ofertas de serviços e compartilhar práticas e saberes em saúde a fim de ampliar a resolutividade e o escopo de ofertas da Atenção Básica (AB). A seleção das áreas profissionais da saúde que compõem o Nasf-AB é definida pelos gestores municipais, seguindo os critérios de prioridades identificados a partir dos dados epidemiológicos e das necessidades locais e das equipes de saúde que serão apoiadas. (BRASIL, 2008; 2017)

A trajetória do atual Núcleo ampliado de saúde da família – Atenção Básica e extensa, por consequência das alterações, implementações e portarias que ocorreram ao longo desses anos. As autoras MATTOS; GUITIÉRREZ; CAMPOS (2022) menciona 4 fases do Nasf-AB (Diretrizes do apoio - 2008 a 2015; Universalização do NASF – 2012 a 2015; Ampliação do apoio – 2016 a 2018; O desmonte do NASF – 2019 a 2021).

No período de 2008 a 2011 temos o surgimento das diretrizes de apoio e da Portaria nº 154 do NASF, com a regulamentação e a implementação da estratégia e do esboço de como funcionaria:

> Com a criação do NASF, o MS conseguiu compor com os principais interesses que se colocavam: definiu valores de transferência aos municípios para a implementação e manutenção das equipes; possibilitou a ampliação do escopo das intervenções das Unidades Básicas de Saúde (UBS), a partir da cogestão e articulação da equipe multiprofissional com os profissionais da ESF; e permitiu a expansão do mercado de trabalho para 13 áreas profissionais consideradas da saúde (MATTOS; GUITIÉRREZ; CAMPOS, 2022 ,p. 6).

Para auxiliar esse processo, temos a criação do CAB 27 DIRETRIZES DO NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família e a PNAB 2006, que inclui mudanças importantes que vinha ocorrendo no SUS, logo ambas vêm para reforçar o caráter coletivo e educativo do NASF. Posteriormente a PNAB 2011 passa por uma revisão de melhoria, para um aperfeiçoamento da Atenção Primária e do NASF, contudo o fundamento serve para "fortalecer a APS [Atenção Primária à Saúde] no País, por meio do aumento do conhecimento das equipes que nela atuam, sejam das equipes de SF, dos NASF, ou da gestão em geral"

Nos próximos anos, entre 2012 a 2015, temos a universalização do NASF nos territórios brasileiros. Com essa universalização e o funcionamento do NASF o MS publica novas portarias[11], que se refere ao aumento dos valores transferidos para o NASF 2 em 50% e estabelece um valor fixo para a modalidade do NASF 3. Outra implementação é do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) um programa do MS que serve para monitoramento e incentivo da AB, observando a infraestrutura das UBS, profissionais da saúde e usuários, além de que os municípios que aderem a PMAQ-AB recebem um incentivo financeiro para as EqSF e Nasf-AB. "Neste ciclo, permitiu-se a adesão de todas as equipes da atenção básica e a realização, pela primeira vez, de processos avaliativos das equipes NASF em todo o território nacional"

Em 2014, após as novas definições de parâmetros do MS desenvolvidos para a qualificação do trabalho, é publicado o CAB 39 - NASF: NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA – VOLUME 1: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. Ambos os Cadernos de Atenção Básica mostram as diretrizes e o apoio, e "como fazer", sendo um material teórico que conversa com a prática, por sinal o CAB 39 foi lançado 5 anos após a implementação, permitindo um acúmulo de

[11] Portaria no 548, de 4 de abril de 2013 -Define o valor de financiamento do PAB variável e a Portaria no 562, de 04 de abril de 2013- Define o valor mensal do incentivo financeiro do 3o ciclo do PMAQ-AB

experiências para desenvolver ele.

No período de parte de 2016 a 2018 temos a Ampliação e Expansão do Apoio- a principal mudança aconteceu “No segundo semestre de 2017, foi publicada a última revisão da PNAB. Uma atualização acompanhada de muitas críticas, tanto em relação ao processo de construção sem a participação social como em relação às modificações aprovadas e seus possíveis impactos no enfraquecimento do SUS e na privatização da Atenção Básica (MATTOS; GUITIÉRREZ; CAMPOS, 2022) ”. As mudanças ocorridas na PNAB 2017 atinge principalmente o NASF, pois ocorre a ampliação das suas atividades para além da eSF, passando abranger a AB, portanto o NASF é rebatizado para Nasf-AB e o conceito de apoio é retirado e apresentado um novo conceito ampliado, por isso agora se torna Núcleo Ampliado de Saúde da Família - Atenção Básica.

Na última parte é de 2019 a 2021 é o período mais recente e mostra o impacto e o desmonte do NASF, ao longo desses períodos de conquistas, reivindicações e institucionalizações que foi tudo um resultado de usuários, trabalhadores e gestores, em busca da universalização e de uma qualidade da saúde para a materialização concreta do NASF. Contudo a partir de 2019 é marcado por várias reviravoltas e importantes transformações na saúde, uma delas é a pandemia da SARS- CoV 2 que provocou milhares de mortes e abalou o Sistema Único de Saúde.

Em 2019 o governo lança a PORTARIA Nº 2.979, DE 12 DE NOVEMBRO DE 2019 - “Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017”. Além da PORTARIA Nº 3.222, DE 10 DE DEZEMBRO DE 2019 – “Dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil”.

> O novo modelo de alocação dos recursos federais à APS representa um passo importante em direção ao reforço de um “SUS operacional”. Trata-se de focar o financiamento da APS na adoção de instrumentos de gestão no interior da administração pública direta, focalizando o acesso a aspectos de “cadastramento” dos mais pobres, principalmente, apoiado na lógica do desempenho e afastando-se por completo de toda lógica da atenção primária à saúde original e da universalidade do sistema (MENDES, MELO, CARNUT, 2022, p.3).

Essa profunda mudança orçamentária na Política de Atenção Básica instituída pelo MS, foi de forma súbita, pois não houve uma prévia discussão sobre essa Portaria no Conselho Nacional de Saúde (CNS) e nem participação de quem está inserido na saúde.

Isso afeta diretamente na “extinção do financiamento diretamente relacionado aos NASF representa uma importante mudança na condução do financiamento, no sentido de não haver mais incentivo à implementação de ações multiprofissionais, típicas do modelo universal e integral do SUS. Mais tarde em 2020, a Nota Técnica no 03/2020, da SAPS, evidencia que o Ministério da Saúde de fato extinguiu o repasse diretamente relacionado à implantação e ao custeio dos NASF, inclusive prejudicando pleitos de habilitação municipais que aguardavam análise e aprovação. (MENDES, MELO, CARNUT, 2022, p.5)

> Sobre os incentivos às ações estratégicas, o programa não inclui o NASF, o que na prática extingue o financiamento discricionário. Além disso, revoga diversas normativas, entre elas a Seção II da Portaria de Consolidação n o2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que definia parâmetros de vinculação do NASF, como as cargas horárias dos profissionais e das equipes, e os números mínimo e máximo de equipes vinculadas. (MATTOS; GUITIÉRREZ; CAMPOS, 2022, p.9)

Com a desestimulação por parte do MS, o financiamento do Previne Brasil funciona da seguinte maneira: os repasses são feitos para o nº de eSF e Nasf-AB credenciadas, juntamente com o nº de cadastros nas SF ou na AP e também pelo desempenho das equipes e incentivo para ações estratégicas. Em síntese não existe mais um valor fixo para ser passado regularmente para os municípios, os “pagamentos por desempenho são aferidos a partir de indicadores definidos em portaria específica, e para os anos de 2021 e 2022 serão monitoradas, entre outras, as ações multiprofissionais no âmbito da APS”. Por consequência não há mais repasse diretamente para o Nasf- AB, pois a lógica do apoio matricial e suas estratégias deixam de existir, sendo que a manutenção da equipe fica a cargo do gestor local.

A PORTARIA Nº 99, DE 7 DE FEVEREIRO DE 2020 – “Redefine registro das Equipes de Atenção Primária e Saúde Mental no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) ” (BRASIL,2020), mostrando a severas modificações que o Nasf- AB, essas redefinições ocorrem com todas as equipes na

atenção primária no SCNES. Antes o NASF era dividido em três modalidades: NASF 1, NASF 2, NASF 3, e através dessa normativa o código e o nome são redefinidos para que ele consiga se cadastrar no CNES. A junção ocorre com as três modalidades e passa a se chamar de Equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Primária (eNASF – AP) com o código 72.

Os autores MATTOS; GUITIÉRREZ; CAMPOS (2022), expõe no seu texto o reflexo dessa política implementada no Brasil, e o crescimento e a quantidade dos eNASFs ao longo dos anos:

Tabela 1. Os períodos histórico-normativos e as eNASF.

Períodos	Ano	eNASF
1º) Movimentos antecedentes	2003 - 2007	
2º) Diretrizes do apoio	2008	464
	2009	1.058
	2010	1.415
	2011	1.661
3º) Universalização do NASF	2012	2.046
	2013	3.123
	2014	4.110
	2015	4.559
4º) Ampliação do apoio	2016	4.672
	2017	5.266
	2018	5.797
5º) O desmonte do NASF?	2019	5.886
	2020	5.592
	2021	5.525

Fonte: Autores, com base no SCNES, acessado em 20/1/2022.

Fonte: MATTOS; GUITIÉRREZ; CAMPOS, 2022 p. 9

Na tabela 2 do artigo de MATTOS; GUITIÉRREZ; CAMPOS (2022), e uma representação numérica do declínio e descredenciamento da eNASF- AP, levando em consideração também os dois anos de vigência do Previne Brasil. “Importante ressaltar que a tabela 2, além da vigência do novo modelo de financiamento, reflete, a partir do mês de março de 2020, os efeitos da pandemia de COVID-19. Mensurar a influência da pandemia e das questões econômicas, tal cenário envolve, como a diminuição de investimentos e a necessidade de realocação de recursos financeiros para outros setores, produz um cenário de análise diferenciando de outros períodos (MATTOS; GUITIÉRREZ; CAMPOS, 2022).

Tabela 2. Equipes NASF cadastradas durante os anos de 2020 e 2021.

	NASF1	NASF2	NASF3	NASF -AP	Total
Jan/2020	3.526	1.077	1.275		5.904
Fev/2020	3.526	1.073	1.267		5.866
Mar/2020	3.516	1.067	1.258		5.841
Abr/2020	3.507	1.065	1.246		5.818
Mai/2020	1.103	392	488	3.724	5.707
Jun/2020	632	234	262	4.536	5.664
Jul/2020	401	166	173	4.912	5.652
Ago/2020	153	47	45	5.366	5.611
Set/2020	138	37	36	5.412	5.623
Out/2020	135	33	30	5.425	5.623
Nov/2020	128	30	25	5.435	5.618
Dez/2020	124	28	23	5.417	5.592
Jan/2021	120	26	20	5.387	5.553
Fev/2021	117	24	18	5.360	5.519
Mar/2021	117	24	18	5.348	5.507
Abr/2021	116	24	18	5.313	5.471
Mai/2021	115	24	18	5.335	5.492
Jun/2021	115	24	18	5.316	5.473
Jul/2021	114	23	13	5.317	5.467
Ago/2021	111	23	13	5.336	5.483
Set/2021	111	23	13	5.329	5.476
Out/2021	109	23	13	5.396	5.541
Nov/2021	109	22	13	5.394	5.538
Dez/2021	109	22	13	5.381	5.525

Fonte: Autores, com base no SCNES, acessado em 20/1/2022.

Fonte: MATTOS; GUITIÉRREZ; CAMPOS, 2022 p. 10

Percebemos que no início a construção e o fortalecimento da organização multiprofissional, foram desenvolvidos e se concretizaram com a ampliação do NASF, por conta das novas configurações dos eNASF – AP, que põe fim ao modelo de equipes multiprofissionais, já que o gestor tem a liberdade para organizar e definir as composições das equipes.

E com a implementação do Programa Previne Brasil nos seus primeiros anos, mostrou o desmonte do NASF, que tem um significado de retrocesso gigante, pois com as diminuições que vem ocorrendo das equipes de acordo com as tabelas 1 e 2, afeta a diminuição de profissionais, e atrelado a isso, a capacidade de uma resposta do SUS para sua implementação da universalidade e integralidade.

Na parte do Serviço Social, o CFESS solta uma nota no dia 28 de Fevereiro de 2020 que informa que O CFESS se posiciona contrário à extinção do NASF, pois significará o fim do trabalho das equipes multiprofissionais, em que se incluem assistentes sociais, que atuam de forma integrada com as equipes de Saúde da Família e de Atenção Básica na realização de ações educativas, discussões de casos e construção conjunta de projetos e propostas de trabalho, com o objetivo de ampliar e fortalecer as ações de prevenção e promoção da saúde (CFESS,2020).

Sendo assim, compreendemos que o NASF constitui um importante espaço de trabalho profissional de assistentes sociais e que contribui para o fortalecimento

da política de atenção básica/primária em saúde que defendemos, ou seja, ordenadora do cuidado e base do sistema de saúde, pautada nas necessidades de saúde da população, na determinação social do processo saúde-doença e na participação social. (CFESS, 2020)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao analisar e discutir a trajetória de todo o processo do Sistema Único de Saúde – Atenção Primária e o NASF no Brasil, percebemos um envolvimento com o social, com a classe trabalhadora e os movimentos sociais, trazendo o impacto das expressões da questão social na saúde. A saúde e cheia de avanços e retrocesso na sua história é o impacto disso na sociedade a quem dela precisa são visíveis.

A partir do seu marco legal na Constituição Federal de 1988, identificamos uma constante disputa por conta do neoliberalismo que rege no capitalismo, uma distância entre o SUS Constitucional para o SUS Real, que persistem o subfinanciamento da política, a mercantilização da saúde, mostrando uma tentativa de governos (no atendimento aos interesses do capital) em focalizar a política de saúde, destituindo seu caráter universal e integral previstos nas leis.

A criação do NASF na Atenção Primária nasce com o intuito de melhorar a qualidade de vida e do acesso a saúde no território das ESF, e durante a produção textual identificamos um crescimento do NASF e do seu papel para a Atenção Básica, para a manutenção e ampliação da saúde onde a PNAB reforça a função desse núcleo de especialistas, destacando o modo de atuação integrado, interdisciplinar e horizontal junto aos profissionais das equipes de Saúde da Família (eSF) e de Atenção Básica (eAB), a fim de dar suporte (clínico, sanitário e pedagógico), garantindo a longitudinalidade do cuidado e a prestação de serviços diretos à população (BRASIL, 2017).

Na saúde a figura importante deve ser para o usuário e a sua atenção destinada a ele. Com a inserção do Assistente Social no NASF tem como finalidade levar entendimento aos usuários, sendo de suma importância do profissional do Serviço Social as discussões de relações e questão social para as equipes de saúde da família no trabalho em rede do território.

No texto temos um marco que impactou na aceleração do desmonte do SUS, o golpe político que a Presidenta Dilma sofreu em 2016 colocando seu vice Temer na presidência. A forma de conduzir o Brasil e as ideologias era bem distinta, tornando um governo liberal, pensando no Capital e seus lucros, atacando os direitos políticos e a CF88. O ajuste fiscal proposto através da Emenda Constitucional nº95 foi o ápice de investidas nas Políticas Sociais do Brasil.

No governo do Bolsonaro o estilo de política liberal continuo, com isso o desmonte que ocorreu do NASF e a sua possível extinção tem relação direta com a instituição do Programa Previne Brasil - Portaria nº 2.979, de 12/11/2019, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária em Saúde no âmbito do SUS, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28/9/2017. Nesse novo modelo, verifica-se a ausência de medidas de valorização e estímulo à implantação dos referidos núcleos nos municípios. Na Nota Técnica nº3/2020-DESF/SAPS/MS, fica nítido que a composição das equipes multiprofissionais deixa de estar vinculada à tipologia NASF-AB e, a partir de janeiro 2020, não será realizado o credenciamento de NASF-AB, em que pese a afirmação de que os/as gestores/as municipais têm autonomia na aplicação dos incentivos de custeio do financiamento da atenção primária, podendo aplicá-los no custeio de equipes multiprofissionais no formato mais apropriado às necessidades locais (CFESS,2020).

Por fim, com a reflexão feita nesse texto fica o desafio para o Assistente Social, para sociedade, e profissionais da saúde uma importância do fortalecimento do SUS em todos os seus níveis de atenção. A necessidade de termos das ideias da RBS e principalmente do SUS que está inscrito na Constituição Federal 1988, para a realização de uma política de saúde verdadeiramente universal, com os princípios de universalidade, equidade, integralidade e participação popular, sem atravessamentos dos interesses privados e comprometidos com os ideais de uma sociedade justa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Disponível em: https://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Legislacoes/Portaria_Consolidacao_6_28_SETEMBRO_2017.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Cadernos de Atenção Básica, n. 27)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família – volume 1: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. (Cadernos de Atenção Básica, n. 39)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. PNAB- Política Nacional de Atenção Básica. Brasília/ DF: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde)

BRASIL. Nota Técnica nº 3/2020 – DESF/SAPS/MS. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/previne-brasil/materiais-de-apoio/legislacao-especifica/programa-previne-brasil/2020/nt_nasf-ab_previne_brasil.pdf/view

BRASIL. Portaria nº 2979 de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do SUS. Disponível em: https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-2276521800.

BRASIL. Portaria nº 154 de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html

BRAVO, M. I. S. Serviço Social e reforma sanitária: lutas sociais e práticas profissionais. Rio de Janeiro: Cortez, 1996

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, A. E. et al. (Org.). Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. São Paulo: Cortez, 2009, p. 1- 24.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro. Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate. In: MOTA, A. E. et al. (Org.). Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. São Paulo: Cortez, 2009, p. 1-22.

CFESS, Conselho Federal do Serviço Social. CFESS se posiciona contra a extinção do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF). 2020. Disponível em: http://www.cfess.org.br/visualizar/noticia/cod/1669

CFESS, Conselho Federal de Serviço Social. Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde. Brasília: CFESS, 2010. (Série Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais, n. 2).

CORREA, Maria Valéria Costa. Controle Social na Saúde. In: MOTA, A. E. et al. (Org.). Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. São Paulo: Cortez, 2009, p. 1 - 29.

DANTAS, A.V. Saúde, luta de classes e o 'fantasma' da Reforma Sanitária Brasileira: apontamentos para sua história e crítica. Saúde debate. Rio de janeiro, v. 42, n. especial 3, p. 145-157, novembro 2018
https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/01/NT-NASF-AB-e-Previne-Brasil-1.pdf.

IAMAMOTO, Marilda Villela. 80 anos do Serviço Social no Brasil: a certeza na frente, a história na mão. Revista Serviço Social e sociedade. São Paulo, 2017, n. 128, p.13- 38

JÚNIOR, Rogério Moreira Campos. Proposta de intervenção na atuação do núcleo de apoio à saúde da família do município de ponte nova/mg. 2014. p. 1 - 23, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte/MG, 2014

MARTINI, Débora. DAL PRÁ, Keli Regina. A inserção do assistente social na atenção primária à saúde. Argum. Vitória, v. 10, n. 1, p. 118-132, jan. /abr. 2018

MATTOS, M.P. et al. Construção do Referencial Histórico- Normativo do Núcleo Ampliado de Saúde da Família. Ciência & Saúde Coletiva, 2022; v.27 (9): 3503-3516

MENDES Á, CARNUT L, GUERRA LDS. Reflexões acerca do financiamento federal da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. Saúde Debate 2018; v.42: 224-243.

MENDES, Á.et al. Análise crítica sobre a implantação do novo modelo de alocação dos recursos federais para atenção primária à saúde: operacionalismo e improvisos. Cad. Saúde Pública 2022; v.38(2) :1 -14

MORENO, R.V. WANDERLEY, M.B. O trabalho do assistente social na política de saúde: desvendar de seu exercício profissional. XVI- Encontro Nacional de Pesquisadoras/es em Serviço Social: 2018. Vitória/ ES

OLIVEIRA, J.R.M. NASF e serviço social: as potências e os limites no trabalho multiprofissional em saúde. XVI- Encontro Nacional de Pesquisadoras/es em Serviço Social: 2018. Vitória/ ES

PAIM, Jairnilson Silva. Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: edUFBa; Rio de Janeiro: FioCrUz, 2008.

PAULINO, K.C. et al. Reflexões sobre o novo financiamento da atenção básica e as práticas multiprofissionais. Brazilian Journal of Development, Curitiba, v.7, n.1, p.5362-5372 jan. 2021

PEREIRA, Ellen Caroline. Processo de trabalho da atenção primária em saúde em Florianópolis/SC: um contexto de contrarreformas. XVI- Encontro Nacional de Pesquisadoras/es em Serviço Social: 2018. Vitória/ ES.

PORTELA, B.P; LIMA, M.S; MOURA, R.L.S. O NASF e o serviço social: contribuições do trabalho profissional. ANAIS –21ª SEMOC. Salvador, 22 a 26 de outubro de 2018, p 703- 714.

SANTOS, Eliezer Rodrigues. LANZA Líria Maria Bettiol. O Matriciamento no NASF: interpretações sobre o trabalho do Assistente Social. Argumentum, Vitória (ES), v. 6, n.2, p. 233-246, jul. /dez. 2014

SILVA, M.J.S. et al. A resistência dos intelectuais coletivos do serviço social no processo de contrareforma da política de saúde brasileira. XVI- Encontro Nacional de Pesquisadoras/es em Serviço Social: 2018. Vitória/ ES.

SOUZA, R.O; LIMA, M.N.S.C. A saúde no brasil em tempos temerosos. XVI- Encontro Nacional de Pesquisadoras/es em Serviço Social: 2018. Vitória/ ES.

SOUZA, S. M. S. & Ávila, H. D. Atuação do serviço social no núcleo de apoio à saúde da família – NASF, 2019. Revista Revise, vol. 3, Dossiê Gestão em Saúde, p.94-106.

TEIXEIRA, S.F; MENDONÇA, M.H. Reformas Sanitárias na Itália e no Brasil. In: Reforma Sanitária: em busca de uma teoria. TEIXEIRA, S.F. et al. São Paulo: Cortez, 1989, p.193 – 227

TORRES, J.P. et al. A saúde pública na esfera neoliberal e as implicações para o assistente social. XVI- Encontro Nacional de Pesquisadoras/es em Serviço Social: 2018. Vitória/ ES

VAZ, Lucyana Galindo Arcoverde. NASF, importância na Política Nacional de Atenção básica e análise de sua implantação. Fundação Oswaldo Cruz- Centro de Pesquisas AGGEU Magalhães. Recife: 2009.