

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL

Gabriela Zanin

NASF, CAMPO DE INTERVENÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL:
possibilidades e desafios na efetivação da Política Nacional de Atenção Básica

Porto Alegre

2016

Gabriela Zanin

NASF, CAMPO DE INTERVENÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL:
possibilidades e desafios na efetivação da Política Nacional de Atenção Básica

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientador: Prof^a Dr^a Alzira Maria Baptista Lewgoy

Porto Alegre

2016

CIP - Catalogação na Publicação

Zanin, Gabriela

NASF, Campo de Intervenção do Serviço Social:
possibilidades e desafios na efetivação da Política
Nacional de Atenção Básica / Gabriela Zanin. -- 2016.
88 f.

Orientadora: Alzira Maria Baptista Lewgoy.

Trabalho de conclusão de curso (Graduação) --
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto
de Psicologia, Curso de Serviço Social, Porto Alegre,
BR-RS, 2016.

1. Sistema Único de Saúde. 2. Núcleo de Apoio à
Saúde da Família. 3. Serviço Social. 4. Integralidade.
I. Lewgoy, Alzira Maria Baptista, orient. II. Título.

Gabriela Zanin

NASF, CAMPO DE INTERVENÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL:
possibilidades e desafios na efetivação da Política Nacional de Atenção Básica

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientador: Prof^a Dr^a Alzira Maria Baptista Lewgoy

Aprovado em: _____ de _____ de 2016.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Dr^a Alzira Maria Baptista Lewgoy

Orientadora

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Prof^a Dr^a Miriam Thais Guterres Dias

Examinadora

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

À minha mãe Marlene Segalla Zanin, meu maior exemplo de mulher batalhadora e forte. Por todo amor, dedicação e incentivo à mim e a Jú. És a minha inspiração de vida, honestidade, alegria, coragem, luta e resistência!

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha mãe, Marlene Segalla Zanin, minha maior inspiração e quem sempre me incentivou aos estudos, a ser forte e a defender aquilo que eu acredito. Minha mãe é a minha primeira professora da “escola da vida”, quem me ensinou que vivemos em uma sociedade de classes, e que nós, classe trabalhadora, devemos lutar pelos nossos direitos e por um mundo mais justo!

Agradeço à minha irmã, Julieli Zanin, meu amor, minha melhor amiga, minha parceira e a pessoa mais generosa que eu conheço. Obrigada por todo cuidado comigo e por ser também minha inspiração. Nossa sintonia vai muito além “dessa vida”. Sempre fui amparada por duas mulheres guerreiras!

Agradeço ao meu pai, Aldérico Agostinho Zanin, por todo amor, carinho, zelo, cuidado e proteção de sempre, és um guerreiro e um amor na minha vida. Eu sou um pouquinho de cada um de vocês três e carrego comigo todo o amor que me dão! Essa conquista é para vocês, seres que eu tanto amo! Gratidão eterna!

Agradeço a todos meus familiares e, de forma muito carinhosa, à minha tia Eronita, por todo o amor, apoio, presença e parceria em períodos difíceis. Serei eternamente grata a ti!

Agradeço às minhas amigas de longa data e companheiras de vida, Vanessa, Bruna e Laura pela lealdade, cumplicidade, respeito e amor. Nesse “time”, estão presentes também Marina e Géssica, amigas que moram para sempre no meu coração. Tenho muita sorte de ter amigas tão lindas me acompanhando sempre, tenho orgulho de cada uma de vocês.

Agradeço às “membras” Andressa, Emylin e Maria Eduarda pela amizade leve e verdadeira que construímos ao longo desses anos, vocês são maravilhosas e eu as amo! Mesmo seguindo caminhos diferentes, eu sei que nossos laços vão além da faculdade, as quero para sempre na minha vida! Destaco aqui também Desirée e Pâmela, amigas que dividiram comigo todas as dores e prazeres dessa caminhada. Gostaria de mencionar as mulheres da turma de Serviço Social 2012 as quais, todas, sem exceção, muito me ensinaram. Mulheres com diferentes histórias de vida, mulheres lindas, mulheres guerreiras. Obrigada a todas por esses anos de convívio e aprendizado!

Agradeço, de forma bem especial, à professora Alzira Maria Baptista Lewgoy, um ser de luz, uma mulher incrível que me deu a honra de entrar na minha vida logo no primeiro semestre de faculdade e desde então tornou-se uma grande amiga. Pessoa que vou levar para sempre como referência de amor por tudo que faz, de coragem, de sensibilidade, de garra, de comprometimento. Obrigada, tu sabes do imenso sentimento que tenho por ti!

Agradeço a todo o corpo docente de Serviço Social da UFRGS. Fomos carregadas nos braços de “gigantes”, vocês todos/as maravilhosos/as!

Destaco aqui à nossa paraninfa Mailiz e às nossas homenageadas Dolores e Miriam, que por todo carinho que transmitem foram as nossas escolhidas. Um agradecimento especial à professora Miriam, por todo o apoio de sempre, por ser uma referência para mim e por ter aceitado compor a minha banca.

Agradeço à equipe do Projeto Intesossego, à qual me vinculei no período de 2012 a 2014. Foram dois anos maravilhosos, de aprendizados intensos. Obrigada a todos/as os colegas, professores/as e à comunidade Vila Sossego, cada um de vocês é inesquecível na minha vida!

Agradeço à equipe do NASF Cruzeiro, por todo aprendizado, atenção e autonomia, em especial ao meu supervisor de campo, o assistente social José Luiz Soares Mansur. Da mesma forma agradeço à equipe da USF Cruzeiro do Sul, pela paciência, acolhida e aprendizado que me proporcionaram durante meu Projeto de Intervenção de Estágio Curricular. Também destaco às residentes do NASF da época, Bruna e Janainny, por toda parceria e apoio que foram fundamentais na execução do meu Projeto de Intervenção. Esta monografia também é fruto do trabalho e dedicação de vocês!

Agradeço à equipe da Divisão de Saúde da Polícia Civil, local que me acolheu em estágio não-obrigatório, pelo aprendizado e carinho. Em especial, à minha supervisora assistente social Lisiane Maria Paganotto que foi referência de ética, sensibilidade e comprometimento profissional. Às minhas parceiras e agora amigas lindas, Jéssica e Bárbara, por toda a cumplicidade e partilha.

Agradeço à minha psicóloga Teresa, por todo profissionalismo, sensibilidade e carinho que dedicou a mim nesse tempo que me acompanha. Guardo por ti um enorme afeto!

Agradeço ao Marcelo que, com toda sua intensidade, me acompanhou nesse período, em momentos felizes e tristes. Você me ensinou muito, obrigada!

Gratidão e sigamos firmes na luta cotidiana em tempos tão difíceis!

“Que as nossas almas sigam irmanadas na utopia de um mundo cuja maior loucura seja a dignidade de todos os homens. Cujas alegrias de uns não estejam alicerçadas na desgraça de inúmeros outros. Cujas esperanças sobrevivam ao caos. Onde o pão nosso de cada dia esteja à mesa recheado de sonho e poesia”.

(Eduardo Galeano)

RESUMO

A presente monografia discute sobre o Núcleo de Apoio à Saúde da Família no contexto do SUS e da Atenção Básica, enfocando na inserção dos/as assistentes sociais nesse campo e na consolidação do princípio da integralidade. Objetiva-se problematizar a proposta do NASF considerando as contradições provenientes da ordem vigente nas quais o SUS e a política de Atenção Básica se materializam, e acerca de como os/as assistentes sociais vêm percebendo o NASF e realizando seu trabalho nessa esfera do SUS. Este trabalho foi alicerçado na análise crítica sobre as experiências vivenciadas no período de formação profissional da autora e mais especificamente por meio do Estágio Curricular em Serviço Social I, II e III, no NASF Cruzeiro, ancorando-se, também, no estudo de abordagem qualitativa, bibliográfica e documental (GIL, 2010). Essa pesquisa teve como fonte de dados e amostra os 14 artigos publicados nos Anais do Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais - CBAS (2010 a 2016) e do Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço social - ENPESS (2010 a 2014), cujo critério de seleção foram as produções publicadas nos anos subsequentes à criação do NASF, qual seja, em 2008. Além disso, como fonte documental, buscaram-se localizar as atas, pareceres, resoluções, entre outros, dos 26 CRESS de todo o Brasil, na identificação do posicionamento da categoria profissional frente ao NASF, e ao trabalho que os assistentes sociais vêm desenvolvendo nesse espaço sócio-ocupacional. A técnica utilizada foi a Análise de Conteúdo (MINAYO, 2007). Evidenciou-se na pesquisa que o/a assistente social no NASF vem vivenciando um contexto de precarização do trabalho, bem como, enfrentando desafios na efetivação do Projeto Ético-Político da profissão e na articulação e na defesa dos princípios do Movimento de Reforma Sanitária, na condição de trabalhador/a inserido/a no trabalho coletivo de Saúde. Contudo, o NASF também se manifesta como um campo de possibilidades de intervenção por meio da tecnologia de gestão denominada Apoio Matricial, constituindo-se um campo denso e rico. Conclui-se que ao contemplar as narrativas que envolveram a intervenção e a investigação no estágio curricular obrigatório, as mesmas contribuíram no adensamento das reflexões sobre o NASF e sobre o trabalho do assistente social nesse espaço, bem como, no processo de reflexão do processo formativo, ao fazer o caminho de volta, fortalecendo o compromisso político e ético que será expresso na devolução dos resultados da pesquisa junto ao CRESS e à categoria profissional.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Serviço Social. Integralidade.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Produções Científicas sobre o NASF nos Anais dos CBAS e ENPESS.....	66
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
CBAS	Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CRESS	Conselho Regional de Serviço Social
EGAS	Encontro Gaúcho de Assistentes Sociais
ENPESS	Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço social
ESF	Estratégia de Saúde da Família
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
SF	Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
USF	Unidade de Saúde da Família
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	A POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA NO CONTEXTO NEOLIBERAL	17
2.1	Trajetória histórica da política de saúde no Brasil	17
2.2	O Sistema Único de Saúde - SUS: história e mecanismos de organização	25
2.2.1	A integralidade enquanto princípio do SUS	29
2.3	A Política Nacional de Atenção Básica e a Estratégia de Saúde da Família	32
2.4	O/A Assistente Social na política de saúde	38
3	O NASF, CAMPO DE POSSIBILIDADES DE INTERVENÇÃO E DE CONTRADIÇÕES NA EFETIVAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA: faces da mesma moeda	43
3.1	O Apoio Matricial como referencial teórico-metodológico do NASF	43
3.2	Origem, implantação e consolidação do NASF no âmbito da ESF	48
3.3	O Serviço Social no NASF e o processo de formação no Estágio Curricular Obrigatório	52
3.3.1	A Pesquisa Bibliográfica e Documental	64
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS	76
	REFERÊNCIAS	80
	APÊNDICE A - Produções Científicas sobre o NASF nos Anais dos CBAS e ENPESS.....	87

1 INTRODUÇÃO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) em Serviço Social é produto da trajetória de formação profissional da acadêmica que se constituiu no tripé ensino, pesquisa e extensão e mais especificamente da experiência do Estágio Curricular Obrigatório em Serviço Social I, II e III da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), convergindo em torno da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), desenvolvido no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) o qual abrange a região Cruzeiro de Porto Alegre.

Avalia-se que essa trajetória acadêmica vem reforçar o quanto a formação profissional se dá em meio a um processo, ela não é imediatista, e não acontece por osmose. Pondera-se, ainda, que esta direção foi potencializada pelo enfoque de atuação no Sistema Único de Saúde (SUS) a partir da PNAB. A tendência à área da saúde se manifestou no início da graduação, como bolsista de iniciação científica através da participação na pesquisa intitulada “Desafios Interdisciplinares nos Processos de Formação e Trabalho em Saúde Urbana na Comunidade”. Essa investigação é produto do projeto de extensão, nomeado de “Integralidade e Intersetorialidade: trabalho multiprofissional numa microrregião da Unidade Básica Santa Cecília/HCPA”, ambos atuantes na comunidade Vila Sossego em uma parceria com um Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) – região centro e com a Unidade Básica de Saúde (UBS) Santa Cecília, vinculada ao Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

Na dimensão do ensino destacam-se as disciplinas Seguridade Social - Política de Saúde, Práticas Integradas em Saúde I e Pesquisa em Serviço Social I e II, que subsidiaram as intervenções no período de estágio curricular. A disciplina de Seguridade Social – Política de Saúde oportunizou o conhecimento e a análise crítica sobre a constituição histórica da política de Saúde no Brasil, a organização do SUS, o processo saúde-doença e o trabalho do assistente social nesse campo. É importante ressaltar que a disciplina Práticas Integradas em Saúde I foi uma experiência teórico-prática riquíssima, a qual possibilitou a aproximação e vivência no território adstrito da Unidade de Saúde da Família (USF) Divisa, bem como, subsidiou a análise das vivências posteriores nos territórios pertencentes às USFs que o NASF Cruzeiro matrícia. Aproximar-se do território é basilar para o processo de trabalho de equipe na ESF, entendendo que é a partir da territorialização que é possível reconhecer a dinâmica viva do processo saúde-doença (SANTOS; RIGOTTO, 2011).

Ainda, na dimensão do ensino foi possibilitada, na disciplina de Pesquisa em Serviço Social I e II, a elaboração de um projeto, coleta e análise dos dados por meio da investigação intitulada “Controle Social e Participação Social no SUS: uma aproximação ao distrito

Glória/Cruzeiro/Cristal de Porto Alegre – RS”, que foi executada no campo de Estágio Curricular do NASF Cruzeiro e que contribuiu para a apreensão da realidade do distrito, bem como das relações de poder e dinâmica de participação da comunidade, trabalhadores e gestão (ZANIN, 2014c). A busca pela efetivação desses espaços e pela participação popular são compromissos éticos-políticos da categoria, como expresso no Código de Ética do/a Assistente Social.

Ademais, no que se refere às disciplinas que contribuíram nos fundamentos do trabalho profissional, é essencial evidenciar aqui às disciplinas do curso de Serviço Social da UFRGS, as quais fundamentaram o posicionamento político da autora enquanto futura assistente social sob o norte do Projeto Ético-Político Profissional e que são imprescindíveis na formação acadêmica, independente do campo de atuação e da Política Social à qual o embasa. Nesse aspecto, é relevante citar as Oficinas em Serviço Social I, II, III e IV; Introdução a Serviço Social; Fundamentos Históricos, Teóricos e Metodológicos em Serviço Social I, II e III; Serviço Social e Política; Processos Institucionais; Ética em Serviço Social; Estratégias de Intervenção em Serviço Social I, II e III; Laboratório de Projetos em Serviço Social; Legislação e Direitos Especiais; Gestão e Controle Social I e II; Seguridade Social Políticas de Assistência e Previdência; Oficina para Análise e Avaliação de Políticas Sociais; e Movimentos Sociais e Políticas Sociais, além de disciplinas introdutórias que abarcam outras áreas sociais, mas embasam a análise da dinâmica da sociedade como Sociologia, Antropologia, Geografia Humana e Econômica e Introdução a Psicologia.

Em contrapartida, considerando que a autora integra a terceira turma a ingressar no curso de Serviço Social da referida Universidade e que, portanto, o curso ainda estava sendo implementado e sua grade curricular discutida pelos docentes, não se teve acesso, dentro do currículo obrigatório, a algumas disciplinas entendidas como fundamentais para a formação crítica, tais como Questão Social e Economia Política, as quais são importantes para o entendimento da Questão Social no período histórico atual e para o aprofundamento do método materialista-dialético-histórico que orienta hegemonicamente a profissão.

Ainda, e mais recentemente, foi relevante para o processo de construção dessa monografia, a participação da autora em atividades complementares quais sejam: as oficinas sobre a política de Saúde realizadas em maio de 2015 e maio de 2016, respectivamente nos 9º e 10º Encontro Gaúcho de Assistentes Sociais – EGAS/CRESS - 10º Região. Essas oficinas trouxeram à tona diversos questionamentos que contribuíram para pensar sobre experiência de Estágio Curricular Obrigatório, bem como, adensar os estudos acerca do tema NASF ao realizar a pesquisa bibliográfica e documental, nos períodos de elaboração dos TCC I e TCC

II. Então, problematizou-se o espaço o qual tanto o/a assistente social quanto outras profissões da saúde ocupam na AB atualmente, nesse caso, no NASF. Essas discussões coletivas da categoria deram mais sentido às problematizações advindas da proposta a qual foi sendo apropriada, inicialmente, no Estágio. Por conseguinte, é de destaque o interesse do CRESS 10ª região em proporcionar esses espaços de discussão acerca do NASF, tendo em vista a crescente inserção do profissional assistente social nesse recente espaço e as inquietações da categoria quanto a proposta.

Entende-se que, o trabalho do assistente social no NASF é um tema que precisa ser mais debatido e estudado por profissionais da área, já que traz consigo uma nova forma de atuação no âmbito do SUS: o apoio matricial. Para além disso, a problematização acerca da proposta NASF se relaciona com o fato de que, ao retirar profissionais do escopo de ofertas na AB e depois recolocá-los de forma reduzida nos NASF expressa a contradição a qual a política está inserida, representando uma de suas faces, sua precarização. Em contrapartida, ao mesmo tempo em que a inserção de outras categorias profissionais na AB por intermédio apenas do NASF limita o atendimento socioassistencial, esse espaço de trabalho também se manifesta como um campo de possibilidades de intervenção em outros aspectos que vão além do atendimento direto a população.

Conforme Kosik (1976), para a compreensão do real é preciso avançar para além da pseudoconcreticidade, do imediatismo, tendo em vista que a essência não se manifesta de forma imediata. Nessa perspectiva, para apreensão da realidade, serão utilizadas as categorias analíticas do método, dentre as quais se destacam a historicidade, na medida que a realidade nunca está pronta e acabada, estando em constante construção enquanto que a história é imprescindível na interpretação da atualidade; a totalidade para analisar a realidade como um todo, que é estruturado, dialético, sendo mais do que a união de todas as partes, mas o conjunto de todos os fatos, impedindo a desconexão e isolamento dos acontecimentos; e a contradição entendendo que todo fenômeno traz em si uma contradição que é a união dos contrários que estão intrinsecamente ligados em um movimento dialético de criação e destruição, projetando amadurecimento e superação (KOSIK, 1976). Assim, a historicidade possibilita compreender que toda construção social é histórica e está em constante transformação, sendo atravessada por contradições e estando posta em uma perspectiva de totalidade.

A análise sobre a ótica dialética proposta por Marx é basilar para os fundamentos teóricos e metodológicos do Serviço Social pois consiste em compreender a realidade através

do método materialista-dialético-histórico que integra a teoria social crítica. Essa é a base fundamental ao pensamento e análise das políticas sociais no âmbito do Serviço Social.

Esta monografia tem como uma de suas finalidades discutir o NASF na Estratégia de Saúde da Família (ESF), no que diz respeito à sua contribuição no firmamento do princípio da integralidade e a inserção do Serviço Social. A AB e a proposta NASF serão abordadas sob uma perspectiva crítica, entendendo o NASF através das suas contradições, mas também possibilidades, buscando superar visões messiânicas (que privilegiam as intenções individuais do/a profissional a partir de uma visão “heróica” e ingênua, acreditando que a transformação social ocorre de forma mágica) e fatalistas (traduzidas na naturalização da vida social e consequentemente em uma visão “perversa”) (IAMAMOTO, 2013).

As considerações apresentadas acima subsidiaram a formulação do referido problema: Como o NASF vem contribuindo com a consolidação do princípio da integralidade em seu trabalho junto as USF na ESF? Assim, objetiva-se nesse trabalho, analisar como o NASF vem consolidando o princípio da integralidade junto as Unidades de Saúde da Família (USF) através do apoio matricial a fim de contribuir com o debate da categoria profissional de assistentes sociais referente à sua efetividade. Esse objetivo se desdobra nos seguintes objetivos específicos: a) conhecer a forma como o NASF vem desenvolvendo/organizando o trabalho através da Estratégia de Saúde da Família; b) identificar os limites, os desafios e as possibilidades acerca do trabalho do NASF nas produções bibliográficas e documentais da área do Serviço Social; c) contribuir no adensamento das reflexões sobre o NASF no âmbito da profissão do Serviço Social.

O presente trabalho está dividido em três capítulos, sendo este o introdutório. No capítulo 2 apresenta-se uma síntese da trajetória histórica da Política de Saúde no Brasil a partir da década de 1930, tendo em vista que o Estado brasileiro inicia suas intervenções no setor saúde. Contextualiza-se o processo de origem e implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), no que se refere à sua história, contradições e à maneira que vem sendo operacionalizado, demarcando uma concepção de saúde como um direito do ser humano e um dever do Estado no provimento das condições, instituindo-se uma outra forma de organização dos serviços de saúde no país, desafio permanente em um contexto totalmente desfavorável para sua implementação plena. A integralidade será enfatizada enquanto princípio do SUS e também como categoria teórica deste trabalho, tendo em vista sua relevância e relação com a criação do SUS, da AB e do próprio NASF. Na medida em que o SUS é dividido em esferas de atuação, a discussão sobre a PNAB se faz necessária, porque ela é essencial e direciona a ESF. Nesse segmento, será contextualizada a proposta de Atenção Primária à Saúde (APS)

criada na esfera da Organização Mundial da Saúde (OMS), abordando as influências dos organismos internacionais nas políticas sociais do Brasil, em especial nas propostas incorporadas no país no âmbito da AB. Destaca-se, ainda, o trabalho do/a assistente social na política de saúde, de forma a refletir como esse profissional têm se inserido, ao longo dos anos, nessa esfera de atuação e quais suas diretrizes de atuação na área.

No terceiro capítulo, a discussão acerca do NASF será central, e nisso inclui-se a sua origem e o referencial teórico-metodológico que o fundamenta, o apoio matricial. Igualmente, será enfatizado o trabalho do Serviço Social no NASF, seguido pela descrição e análise do processo de formação profissional por meio do Estágio Curricular Obrigatório I, II e III, através dos processos de investigação e de intervenção, considerando que esta monografia se desenvolve através de uma experiência e de aproximações sucessivas à realidade. Serão levantadas, ainda, as informações obtidas através da pesquisa documental e bibliográfica, que se desenvolveu a partir da técnica de análise de conteúdo (MINAYO, 2007) e que teve como fontes de dados as produções científicas da área do Serviço Social, o CBAS de 2010 a 2016¹ e o ENPESS de 2010 a 2014. Concluindo esta monografia, serão apresentadas as considerações finais desse processo, porém, entendendo que não existem verdades absolutas, e que as reflexões e produções teóricas relativas ao tema precisam continuar.

¹ Foi possível inserir na pesquisa as produções do CBASS de 2016 em virtude de que os anais já estavam disponíveis no mês de setembro de 2016 (período em que o evento aconteceu), enquanto que o ENPESS 2016 só ocorrerá no mês de dezembro, data à qual esta monografia já estará concluída e entregue à banca examinadora.

2 A POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA NO CONTEXTO NEOLIBERAL

2.1 Trajetória histórica da política de saúde no Brasil

No Brasil, as relações capitalistas se desenvolveram de maneira bem distinta dos países europeus de capitalismo central (BEHRING; BOSCHETTI, 2008). O passado brasileiro, de colonização e escravismo, marca a formação social do Brasil de tal forma que as autoras Behring e Boschetti (2008) a classificam como “heteronomia”, revelando dependência e subordinação ao mercado mundial e, conseqüentemente, a ausência de autonomia. Em consequência desse passado tão presente nos dias atuais, a história brasileira revela uma conjuntura muito complexo para a luta em defesa de direitos de cidadania.

Na medida em que as desigualdades sociais são marcas muito características de toda a história do Brasil, desde sua falsa “descoberta”:

[...] o “moderno” se constrói por meio do “arcaico”, recriando elementos de nossa herança histórica colonial e patrimonialista, ao atualizar marcas persistentes e, ao mesmo tempo, transformá-las, no contexto de mundialização do capital sob a hegemonia financeira. As marcas históricas persistentes, ao serem atualizadas, repõem-se, modificadas, ante as inéditas condições históricas presentes, ao mesmo tempo em que imprimem uma dinâmica própria aos processos contemporâneos. O novo surge pela mediação do passado, transformado e recriado em novas formas nos processos sociais do presente. (IAMAMOTO, 2015, p. 128).

Nesse sentido, entende-se a influência e a existência do passado no presente, em uma dinâmica de movimento espiral atravessada por avanços e retrocessos. Inicialmente, será feito um recorte da política de saúde a partir dos anos de 1930, onde o Estado passa a intervir de forma organizada na saúde da população. Para tanto, é preciso, em um primeiro momento, conceituar políticas sociais que conforme Fleury e Ouverney (2008) são ações que podem ser permanentes ou temporárias e que atuam na reprodução e transformação dos sistemas de proteção social.

As políticas sociais se desenvolvem por meio de planos, programas e projetos, e atuam na esfera da garantia de direitos por parte do Estado. Para sua efetivação, a política social compreende um conjunto de relações, processos, atividades e instrumentos que visam a promoção da seguridade social (FLEURY; OUVERNEY, 2008). Portanto, mediante a dinâmica da realidade, é preciso compreender que as políticas sociais são “processo e resultado de relações complexas e contraditórias” (BOSCHETTI, 2009, p. 5) estabelecidas entre o Estado e as classes sociais em cada contexto histórico.

Mesmo através da tradição marxista, enfoques distintos são dados às políticas sociais, como, por exemplo, abordagens que entendem às políticas sociais estritamente como funcionais à acumulação capitalista, tanto do ponto de vista econômico quanto político; econômico no sentido das políticas sociais assumirem a função de redução de custos da reprodução da força de trabalho, elevando a produtividade e mantendo elevados níveis de demanda e consumo; já o político entende que as políticas sociais são mecanismos de cooptação e legitimação do capitalismo, pois induzem os trabalhadores a aderirem ao sistema (BEHRING; BOSCHETTI, 2008).

As autoras Behring e Boschetti (2008) não negam essas abordagens porque de fato as políticas sociais assumem essas configurações, em contrapartida, revelam que são insuficientes e unilaterais ao passo que não investigam de maneira satisfatória as contradições inerentes aos processos sociais. Além disso, ressaltam que as políticas sociais podem ter destaque na agenda de lutas cotidianas da classe trabalhadora, pois muitas vezes conseguem garantir ganhos aos trabalhadores e ao mesmo tempo impõe limites aos ganhos do capital. Em suma, a luta por políticas sociais “[...] não é vista como um fim, mas como transição a um padrão de civilidade, que começa pela garantia de direitos no capitalismo, mas que não se esgota nele.” (CFESS, 2008, p. 18).

Ainda, sobre o caráter contraditório das políticas sociais e, em especial da saúde, elas também:

[...] favorecem ao capital, ao transferir para o Estado os custos da reprodução da força de trabalho, com a progressiva socialização desses custos. Assim, a reprodução da força de trabalho deixou de ser assunto da esfera privada, na qual inicialmente se situava. (FLEURY; OUVÉNEY, 2008, p. 48).

Ou seja, na sociedade capitalista, as políticas sociais representam uma estratégia de consenso, na qual não apenas se ameniza conflitos como também se aumenta a produtividade do trabalho uma vez que o Estado investe na sua reprodução (FLEURY; OUVÉNEY, 2008). Em suma, é preciso entender que embora o Estado reconheça alguns direitos por meio das políticas sociais, ele faz isso sem ameaçar, de forma alguma, os fundamentos do capitalismo (BEHRING; BOSCHETTI, 2008).

No que se refere às políticas sociais no Brasil, os anos que antecedem à década de 1930 são marcados por algumas medidas de proteção social frágeis e fragmentadas. Após a década de 1930, como fruto da pressão dos trabalhadores mas com fortes dificuldades de

implementação e efetivação, as primeiras intervenções do Estado na questão dos direitos são concretizadas (BEHRING; BOSCHETTI, 2008).

Em meio a essas circunstâncias, o desenvolvimento do setor da saúde no território brasileiro se dá em meio a um processo de transformações políticas, econômicas e sociais, e tem posição de destaque no âmbito da luta por direitos pois é o setor pioneiro nas mobilizações sociais. Com a emergência do trabalho assalariado, a saúde no Brasil vai ser desenvolvida pela intervenção estatal a partir do século XX, com ênfase para a década de 1930, onde são aprofundados alguns movimentos para a organização do setor saúde. No período que antecede os anos de 1930, a assistência médica era baseada estritamente na filantropia e na prática liberal (BRAVO, 2001), tendo acesso aos serviços de saúde somente aqueles que tinham condições de custeá-los ou então através das entidades filantrópicas, como as Santas Casas de Misericórdia.

Nesse contexto, a saúde se confundia com a previdência social tendo em vista que para se ter acesso aos serviços de saúde era preciso ser trabalhador/a formal. Consolidadas pela lei Elói Chaves, na década de 1920, são criadas as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPS) juntamente com a medicina previdenciária. Porém, as CAPS eram organizadas por empresas, de forma que nem todos os estabelecimentos tinham condições de custeá-las. Em um primeiro momento, apenas os trabalhadores das empresas ferroviárias tiveram acesso a esse direito, considerando o destaque dessa categoria para a economia do país. *A posteriori* outras categorias profissionais foram sendo abarcadas pela lei, porém, as CAPS abrangeram apenas os/as trabalhadores/as urbanos/as. Fruto dos debates sobre saúde que se iniciavam, a década de 1920 também foi marcada pela criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), em contrapartida, a política de saúde só ganhou um Ministério em 1953, no governo Getúlio Vargas.

É imprescindível compreender que, a partir da década de 1930, a sociedade brasileira passou por importantes alterações, dentre elas o processo de industrialização e o surgimento das políticas sociais que vem como resposta às reivindicações da classe trabalhadora. A conjuntura era de uma nova dinâmica econômica dominada pelo capital industrial, uma acelerada urbanização e, conseqüentemente, a ampliação da massa trabalhadora. Em meio a esse contexto, a organização da política de saúde vai se modificando, sendo dividida em dois subsetores: o de saúde pública e o de medicina previdenciária (BRAVO, 2001). A esfera da saúde pública é marcada por campanhas sanitárias convertidas em órgãos ou serviços, bem como a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) (PAIM, 2015). Já a medicina previdenciária desponta, como já mencionado, na década de 1930, com o surgimento dos

Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) que aos poucos vão se estendendo para um número mais significativo de trabalhadores/as urbanos (BRAVO, 2001), porém, sem uma cobertura verdadeiramente ampla e atuando por meio de ações curativas e individuais.

A próxima fase do setor saúde evidenciada por Bravo (2001) é o período ditatorial. Segundo a autora, o Estado utilizou na sua atuação, paradoxalmente, a repressão e a assistência, ampliando a política assistencial com a finalidade de aumentar o poder e o controle sobre a sociedade, além dessa estratégia servir como mecanismo de acumulação do capital. Assim, em 1977, foi criado o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) o qual absorveu o Instituto de Previdência e Assistência aos Servidores do Estado (IPASE) e que, juntamente com o Fundo de Apoio ao Trabalhador Rural (FUNRURAL) e a Legião Brasileira de Assistência (LBA), sucedeu o Instituto de Previdência Social (INPS) (PAIM, 2015). Nesse período, o INPS era “[...] o grande comprador de serviços privados de saúde e, dessa forma, estimulou um padrão de organização da prática médica orientada pelo lucro.” (ESCOREL, 2008, p. 391). A criação do INAMPS foi sinônimo da extensão da cobertura previdenciária, abrangendo quase que a totalidade da população. Atualmente, o INAMPS transformou-se em Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS). A associação da saúde ao trabalho vigora no Brasil até os anos de 1980 (MATOS, 2013).

Segundo Paim (2015), no período anterior à criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a política de saúde brasileira assemelhava-se muito com a medicina americana visto que havia uma multiplicidade de entidades e organizações, sendo elas públicas e privadas, tendo serviços de saúde que em muitos casos eram direcionados a mesma clientela, eram de baixa qualidade e deixavam milhares de pessoas desassistidas, formando um “não sistema” “autoritário, centralizado, corrupto e injusto.” (PAIM, 2015, p 24).

Através desse contexto, o modelo assistencial-privatista é basilar para o setor saúde. Nessa perspectiva liberal, o médico é a figura central e a saúde é entendida como meramente a ausência de doenças. Além disso, nesses moldes a assistência à saúde é comandada pelo setor privado, considerando que é permeada por interesses particulares mesmo quando desenvolvida no espaço público (MATOS, 2013). Em suma, o modelo assistencial-privatista caracteriza-se pela assistência médica ser curativa, individual, assistencialista e especializada, articulando-se com os interesses do capital.

Como estratégia de enfrentamento aos problemas que a política de saúde estava defrontando no Brasil, um movimento social, integrado por grupos de estudantes, pesquisadores e profissionais da saúde, se organizam na defesa da Reforma Sanitária, bem como, em prol da criação de um Sistema Unificado de Saúde. Esse movimento trouxe consigo

um novo enfoque para se pensar em saúde, o de caráter político, que considera a determinação social do processo saúde-doença e a crítica a visão positivista da sociedade (SCOREL, 2008).

Diante deste contexto, é importante compreender o papel fundamental das Universidades no Movimento de Reforma Sanitária, demonstrando o quanto a formação pode ser instrumento de transformação quando une conhecimento com a formação política, ou seja, teoria e realidade demonstram serem elementos indissociáveis. No final da década de 1960, formou-se o fundamento teórico e ideológico de um pensamento médico-social que é inserido nos departamentos de Medicina Preventiva (DMP) originados em todas as faculdades de Medicina através da Reforma Universitária de 1968. É, a partir desse período, que o pensamento sanitário se fortalece sob influência do marxismo (SCOREL, 2008).

Quanto à composição desse movimento pode-se citar a Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC), o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES) e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) (PAIM, 2015). Com base em Scorel (2008), o desenvolvimento da medicina social, seguida de sua hegemonia e a nova forma de se pensar saúde, é produto de incitações como o investimento da medicina social na formação de profissionais no campo da saúde coletiva, tendo como exemplo a criação das Residências em Medicina Preventiva Social.

O CEBES se torna um órgão de destaque na medida que propaga o pensamento sanitário através da revista Saúde em Debate (criada em 1976). Propõe debates na sociedade, com enfoque no âmbito acadêmico dos grandes centros urbanos, e se articula com outros movimentos sociais. Essa entidade consegue se expandir de tal forma que, durante os anos de Ditadura Militar coordenados por Ernesto Geisel, aglutinou:

[...] um conjunto de profissionais e estudantes da saúde cada vez mais descontentes com os rumos da assistência à saúde no país. Dessa forma, foi uma pedra fundamental, embora não a única, do movimento sanitário como movimento social organizado. (SCOREL, 2008, p. 408).

O Movimento da Reforma Sanitária expressa a resistência à Ditadura Militar através da defesa da democratização da saúde. Concomitantemente com o Movimento da Reforma Sanitária, é importante considerar que a sociedade brasileira passava por uma transformação em todos os aspectos, tendo em vista o processo de democratização política no sentido de esgotamento e superação dos árduos anos de Regime Militar. Nessa conjuntura macrossocial, a luta pela criação do SUS ocorre em um contexto de efervescência política e social. Sendo

assim, a saúde se torna pauta de um grande debate que percorreu toda a sociedade civil, assumindo sua “[...] dimensão política, estando estreitamente vinculada à democracia” (BRAVO, 2001, p. 8), tanto que o lema do movimento é “*Saúde e Democracia*” (ESCOREL, 2008, p. 408). Por conseguinte, as propostas que foram base desse debate proposto pelo Movimento de Reforma Sanitária foram:

[...] 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 visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde. (BRAVO, 2001, p. 9).

O momento histórico que consolida essas propostas acontece na 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) - CNS, evento no qual seu relatório final serviu como subsídio para a formulação das leis orgânicas de saúde que permitirão a criação do SUS, alimentando o debate da saúde enquanto um direito de cidadania. No momento da 8ª CNS, a proposta central era a criação do Sistema Único e Descentralizado de Saúde (SUDS), assim como a defesa de um conceito integral de saúde. Essas propostas apontadas na 8ª CNS é que irão compor em grande parte, onde se trata do direito à saúde na Constituição de 1988, o SUDS foi como um plano transitório para a chegada do SUS (ESCOREL, 2008).

A política de saúde é construída no decorrer da história da sociedade brasileira com o envolvimento de vários aspectos, sendo eles políticos, sociais, econômicos, institucionais, estratégicos, ideológicos, teóricos, técnicos, culturais, dentre outros (FLEURY; OUVÉRY, 2008), dessa forma, não se pode analisar essa política de forma unilateral. Ela precisa ser entendida em sua totalidade.

Na década de 80, onde a luta pelo direito à saúde se fortalece e se materializa na Constituição, obstáculos da conjuntura neoliberal repercutem no Brasil a partir de uma onda conservadora de reformas que ocorrem em diversos países, atingindo o plano político, econômico e social, trazendo consequências graves e retrocessos históricos que marcam o processo de luta por direitos (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008). Inspirado nas teses liberais, o “novo liberalismo” conhecido como neoliberalismo (CARCANHOLO; BARUCO, 2011), é uma doutrina que pressupõe que a liberdade de mercado e de comércio é garantidora da liberdade individual, cuja incumbência é criar condições que sejam favoráveis à acumulação lucrativa e aos direitos individuais à propriedade privada. A esse tipo de aparelho de Estado, Harvey (2008) denomina de Estado Neoliberal, o qual representa “[...] os

interesses dos detentores de propriedade privada, dos negócios, das corporações multinacionais e do capital financeiro.” (HARVEY, 2008, p. 8).

Internacionalmente, o surgimento do neoliberalismo acontece no final dos anos 60, início dos anos 70, em função de uma grave crise de acumulação, acompanhada de desemprego e inflação, que se espalhava por todo mundo gerando uma insatisfação que acabou apontando para a emergência da alternativa socialista (HARVEY, 2008). Então, os capitalistas precisavam rapidamente reagir, como resposta um projeto de neoliberalização vai se desenvolvendo, o qual pode ser interpretado, nas palavras de Harvey (2008, p. 13), “[...] como um projeto utópico de realizar um plano teórico de reorganização do capitalismo internacional ou como um projeto político de restabelecimento das condições da acumulação do capital e de restauração do poder das elites econômicas.”

O neoliberalismo vai se expandido geograficamente pelo mundo de forma desigual, em um processo complexo que abarca múltiplas determinações e que é influenciado coercivamente pelos Estados Unidos (HARVEY, 2008). Conforme o autor citado, o neoliberalismo abriu novas áreas de liberdade irrestrita do mercado voltadas para poderosos interesses corporativos, sendo o apoio às instituições financeiras e a plenitude do sistema financeiro preocupação central dos Estados Neoliberais. Além disso, Harvey (2008) explica que em função da liberalização do crédito e do mercado financeiro, os países em desenvolvimento foram incitados a se endividar com taxas benéficas aos bancos americanos e então, em forma de troca, os países endividados precisaram implementar reformas institucionais como os cortes nos recursos sociais, a flexibilização das leis trabalhistas e as privatizações, além de organizações internacionais exercendo uma profunda influência sobre assuntos globais, como por exemplo, o Banco Mundial. Por meio do neoliberalismo “[...] afirma-se que a privatização e a desregulação combinadas com a competição eliminam os entraves burocráticos, aumentam a eficiência e a produtividade, melhoram a qualidade e reduzem os custos.” (HARVEY, 2008, p. 38). Entretanto, na prática, o neoliberalismo não se manifesta na redução das despesas governamentais, e sim no redirecionamento delas (CARCANHOLO; BARUCO, 2011), em privilégio de uma classe social.

É importante entender que um projeto declaradamente voltado para a recuperação do poder de uma pequena elite não teria muita adesão popular, portanto, um esforço para que se construísse um consentimento político foi feito mediante a influência ideológica nos meios de comunicação e nas diversas instituições que integram a sociedade civil como universidades, escolas e igrejas (HARVEY, 2008). Contudo, o neoliberalismo se torna hegemônico não apenas no aspecto ideológico como também no aspecto das “[...] políticas econômicas e mais,

diante das transformações mundiais ocorridas no pós-1970, o neoliberalismo passa a ser entendido como suposta ‘vitória histórica do capitalismo’.” (CARCANHOLO; BARUCO, 2011, p. 14).

Na perspectiva neoliberal, o indivíduo é responsabilizado pelas suas ações e pelo seu bem-estar, ou seja:

[...] o sucesso e o fracasso individuais são interpretados em termos de virtudes empreendedoras ou de falhas pessoais (como não investir o suficiente em seu próprio capital humano por meio da educação) em vez de atribuídos a alguma propriedade sistêmica. (HARVEY, 2008, p. 38).

Nessa linha de pensamento, “A rede de seguridade social é reduzida ao mínimo indispensável em favor de um sistema que acentua a responsabilidade individual.” (HARVEY, 2008, p. 43). Para além da economia, a neoliberalização trouxe consigo a ideia de que: “O mercado funciona como um guia apropriado - uma ética - para todas as ações humanas.” (HARVEY, 2008, p. 89). Ou seja, no mundo neoliberal os valores de mercado ultrapassam as fronteiras do sistema financeiro e incidem sobre a vida e as relações sociais, promovendo sociedade de consumo, de individualização e de competição.

Frente a esse contexto desfavorável, não há dúvida que a promulgação da Constituição de 1988 tornou-se o grande marco na esfera dos direitos, e nisso inclui-se o direito à saúde, que, pela primeira vez, é reconhecido legalmente no Brasil. Todavia, em toda a história a política de saúde se dá em uma arena de disputa de interesses em que, na dinâmica de relações de poder, a saúde é fruto de processos decisórios. Nesse sentido, além de um respaldo legal acerca da saúde enquanto direito, é imprescindível a vontade política dos gestores a qual interfere diretamente no destino dos recursos públicos. Fleury e Ouverney (2008) atentam para o fato de que os interesses empresariais que emergem no campo da saúde têm um poderio econômico e político muito forte, e nisso, pode-se incluir empresas multinacionais de tecnologia e a própria indústria farmacêutica.

Por trás da disputa de interesses, encontra-se a disputa por modelos de sociedade distintos e antagônicos. Diferentes projetos de sociedade e de classe também carregam diferentes concepções sobre conceitos como cidadania, liberdade, cultura, educação e saúde. Essa é a raiz das diferentes concepções acerca de direito à saúde, as quais preconizam distintas formas de utilização e acesso aos serviços (FLEURY; OUVENEY, 2008). A luta pela saúde, enquanto um direito universal e não contributivo, é uma luta que ultrapassa as fronteiras do setor, pois na verdade expressa a busca por um projeto de sociedade mais justa e

igualitária. Como exemplo, tem-se o Movimento de Reforma Sanitária que ganha força justo em um momento de repressão, trazendo como contraponto valores democráticos que interagem com a conjuntura macrossocial. Esse processo de luta ideológica abarca questões mais amplas, que vão além da política de saúde, como modelos políticos, econômicos e de organização social, por isso “[...] ao definir uma política de saúde, estamos definindo um padrão civilizatório e um modelo de sociedade que desejamos construir.” (FLEURY; OUVRENEY, 2008, p. 53).

2.2 O Sistema Único de Saúde - SUS: história e mecanismos de organização

Em 1988, com a promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil, abriu-se portas para a criação e implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) que “[...] representou uma importante inflexão no padrão historicamente consolidado de organização dos serviços de saúde no país.” (ESCOREL et al., 2007, p. 164). Esta Constituição Federal é a sétima constituição do país, tendo em seu artigo 6º, pela primeira vez, os direitos sociais, entre eles a saúde da população, reconhecida legalmente enquanto direito social, universal e não contributivo, materializando-se através do SUS, pois foi:

[...] durante o processo constituinte, a grande pressão da sociedade civil e dos movimentos democráticos de esquerda logrou uma coalisão parlamentar suficientemente forte para introduzir um capítulo específico sobre a seguridade social. O conteúdo ideológico desse capítulo demonstra a preocupação com o bem-estar, a igualdade, e a justiça na sociedade, concretizados com o exercício dos direitos sociais. (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008, p. 437).

Posteriormente, em 1990, é elaborada a Lei Orgânica da Saúde (LOS) (Lei 8.080) que, no artigo 2º, prevê a saúde como “[...] um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” (BRASIL, 1990), sendo responsável pela regulação em todo Brasil das ações e serviços de saúde, regulamentada pelo Decreto nº 7.508/2011. Esse decreto refere-se à organização do SUS, bem como ao planejamento e assistência à saúde, além da articulação interfederativa. Em um país de vastas dimensões territoriais como o Brasil, considera-se as regiões de saúde, os diferentes espaços geográficos. Dessa forma, as práticas de saúde devem ser planejadas de acordo com as especificidades culturais, econômicas e sociais dos territórios.

O SUS se constitui como um sistema descentralizado de saúde, composto por todos os entes federativos (União, Estados e Municípios), que o organizam e integram as ações e

serviços nas regiões de saúde, definindo responsabilidades, metas e indicadores, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros e forma de controle de sua execução. Este sistema é integrado por ações e serviços públicos de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas das três esferas de governo, de administração direta e indireta e também fundações mantidas pelo poder público (SCOREL, 2008).

A partir do SUS, o conjunto de ações e serviços de saúde se articulam em níveis de complexidade objetivando a garantia da integralidade da assistência à saúde, denominado Rede de Atenção à Saúde (RAS). Nesse sentido, os serviços deverão ser executados e organizados de forma regionalizada e hierarquizada, nos chamados “níveis de complexidade”, sendo eles: alta complexidade, média complexidade e AB. O SUS engloba ainda: ações individuais e coletivas de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação; serviços prestados na esfera ambulatorial, hospitalar e nas unidades de apoio diagnóstico e terapêutico; intervenções ambientais; instituições públicas voltadas para fiscalização e controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, sangue e hemoderivados de equipamentos de saúde (SCOREL, 2008). Os serviços privados, desde a sua origem, têm a participação complementar na prestação de serviços, que se dá por meio de contratos e convênios.

O SUS é um sistema avançado e abarca princípios e diretrizes que norteiam sua efetivação que foram construídos na contramão das tendências hegemônicas de saúde, sendo eles: a universalidade no acesso, a igualdade na assistência à saúde, a integralidade da assistência, a participação da comunidade e a descentralização político-administrativa cuja diretriz inclui a hierarquização por níveis de atenção e a regionalização no sentido geográfico. No que se refere à descentralização, os processos decisórios que incidem sobre o SUS são desenvolvidos por meio de diferentes instâncias de negociação e decisão, as quais envolvem a participação dos entes federados gestores do sistema e de distintos segmentos de representação de interesses da sociedade, como membros dos Conselhos e das Comissões Intergestoras Bipartite e Tripartite.

É importante compreender que a criação do SUS não se deu de maneira imediata. Foi em um processo caracterizado por recuos e composições entre forças de pressão de distintas vertentes ideológicas (CORDEIRO, 2004). Ou seja, em que pese ao SUS ser um sistema de saúde avançado, criado e implementado por meio da Constituição, até os dias atuais, inúmeros desafios são postos aos que defendem a saúde enquanto direito social, universal e não-contributivo, como a luta contra a privatização e em prol da consolidação do SUS, e a defesa dos princípios da Reforma Sanitária em detrimento da lógica da medicina liberal.

A disputa política de projetos é cotidiana e permanente, revelando o antagonismo entre os defensores de um sistema público e do setor privado, embora sejam evidentes os avanços trazidos na Constituição de 1988 até porque:

[...] foram também inscritas no texto constitucional, produto de uma correlação de forças desfavorável, orientações que deram sustentação ao conservantismo no campo da política social. Exemplo disso é a contraditória convivência entre universalização e seletividade, bem como o suporte legal ao setor privado e a derrota das emendas de reforma agrária. (BEHRING; BOSCHETTI, 2008, p. 145).

O processo de construção da Constituição de 1988 traz consigo a inovação atrelada ao conservadorismo (BEHRING; BOSCHETTI, 2008), expressando assim sua contradição. Dessa forma, “[...] vive-se o paradoxo de cumprir com os preceitos do SUS, orientado pelos princípios democráticos, e atender os preceitos do mercado, da política econômica de recorte neoliberal.” (HOFFMAN, 2011, p. 132).

Os anos posteriores à promulgação da Constituição de 1988 são marcados pela incidência da doutrina neoliberal na conjuntura política, econômica e social do país. Logo, tendências se expressam no Brasil, marcando os anos de 1990 com políticas de abertura da economia e de ajuste estrutural, com ênfase para medidas de: estabilização da moeda; privatização de empresas estatais; adoção de reformas institucionais orientadas para a redução do tamanho do Estado, e impulsionando sua desresponsabilização; mudanças nas relações de trabalho, como o aumento do segmento informal, desemprego estrutural e fragilização do movimento sindical; e a desregulamentação dos mercados (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008). A consolidação do SUS foi, e ainda é, um desafio em diversos aspectos, pois, além de sua concepção original ser sinônimo de rompimento com o modelo assistencial-privatista hegemônico, sua origem se dá em um contexto totalmente desfavorável para sua implementação plena.

Dentre as polêmicas que incidiram na criação do SUS está a inserção do setor privado, que, por meio de inúmeras negociações, se torna complementar. A lógica da esfera privada reforça na sociedade valores que o projeto do SUS construído pelo Movimento de Reforma Sanitária busca superar. Dentre eles, o entendimento de que o direito à saúde é igual ao direito de consumir serviços médicos, procedimentos e medicamentos. A defesa do setor privado está ligada ao modelo assistencial-privatista o qual, dentre as suas características, está a de supervalorização do trabalho do médico prejudicando o reconhecimento das demais profissões da saúde as quais são fundamentais para o atendimento através da perspectiva integral. As ideias provenientes desse modelo médico-hegemônico predominam na sociedade,

haja vista a investida ideológica constante do capital. Consequentemente, essa lógica é a que orienta a formação dos profissionais da saúde, assim como, estão presentes no entendimento dos trabalhadores do SUS. Portanto, essa concepção de saúde, e os interesses de classe que ela representa, interferem constantemente na consolidação do SUS (FEUERWERKER, 2005).

Considerando essa realidade, verifica-se que existem contradições entre os princípios do SUS, bem como, tudo o que essa política representa para a sociedade brasileira e a forma com que os sujeitos políticos e os interesses econômicos vêm operando e influenciando sobre o sistema. “Em função de tudo isso, o SUS não é hegemônico. Na prática, é frágil e está em plena construção.” (FEUERWERKER, 2005, p. 502). Na realidade, embora o sistema de saúde acolha as reivindicações do Movimento de Reforma Sanitária principalmente através dos princípios do SUS, ainda não foram superadas algumas contradições como a demanda reprimida, a precariedade dos recursos, a burocratização e o enfoque curativo e individual (COSTA, 1998). Afinal, a estrutura dos serviços de saúde em sua forma tradicional fortalece o isolamento profissional, reproduzindo a fragmentação dos processos de trabalho de forma a manter intocável a hegemonia do poder da categoria médica (CASTRO; OLIVEIRA; CAMPOS, 2016).

Para Behring e Boschetti (2008, p. 161), diante da conjuntura neoliberal a saúde pública:

[...] padece da falta de recursos, o que se evidencia nas longas filas, na demora na prestação dos atendimentos, na falta de medicamentos e na redução de leitos. Há uma forte tendência de restringir a saúde pública universal em um pacote de “cesta básica” para a população pobre.

O Brasil é um dos maiores países em extensão territorial do mundo, e, como já visto, é construído e marcado por profundas desigualdades em uma conjuntura neoliberal. Para a consolidação do SUS, considerando sua descentralização político-administrativa, é preciso ter em mente que 90% dos municípios brasileiros são caracterizados como de pequeno e médio porte. Sobre esses fatores, Noronha, Lima e Machado (2008) apontam como as maiores dificuldades para que os entes federados cumpram suas responsabilidades para com o estabelecimento dos princípios e diretrizes do SUS. A superação dessas dificuldades implica no fortalecimento da gestão pública nas três esferas, bem como na sua articulação.

2.2.1 A integralidade enquanto princípio do SUS

O conceito ampliado de saúde abarca a importância de diversas profissões na intervenção sob o processo saúde-doença, entendendo que a saúde vai muito além da enfermidade e está diretamente atrelada a determinantes e condicionantes sociais, “[...] entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.” (BRASIL, 1990). Desse modo, como já expresso anteriormente, um dos grandes desafios atribuídos ao SUS é a superação do modelo assistencial biomédico pela construção de práticas de saúde desenvolvidas com base em uma visão abrangente do ser humano que seja comprometida com a defesa intransigente dos direitos sociais, afinal, “A maneira como se vive se ‘traduz’ em diferentes necessidades de saúde.” (CECÍLIO, 2006, p. 118).

A integralidade vem como uma diretriz básica do SUS, “[...] percebida como um conjunto de noções pertinentes a uma assistência ampliada, com articulação das ações dos profissionais.” (VIEGAS; PENNA, 2013, p. 134). No Brasil, como já mencionado, o termo “integralidade”, assim como os outros princípios e diretrizes do SUS, foi debatido na 8ª CNS (1986). Entretanto, é em meados dos anos 70 que se originam a Saúde Coletiva e o Movimento de Reforma Sanitária que, aliados à medicina preventiva, organizavam-se em um processo de crítica às formas tradicionais de se operacionalizar a saúde.

Conforme Raichelis, Nogueira e Mito (2007) há dois grandes pilares que sustentam a integralidade, sendo eles: a interdisciplinaridade e a intersetorialidade. A interdisciplinaridade é importante pois, por meio de equipes multidisciplinares, os diversos saberes e práticas provenientes das diferentes profissões de saúde se integram na busca pelo cumprimento de um mesmo objetivo profissional, construindo diversas possibilidades interventivas, constituindo assim, uma intervenção coletiva sobre a realidade. Isso posto, “[...] é necessário que o trabalho em equipe seja norteado por um processo assistencial comum e que os profissionais desenvolvam uma ação de interação entre si e com a comunidade.” (VIEGAS; PENNA, 2013, p. 135). Quanto à intersetorialidade, essa refere-se a articulação da política de saúde com outras políticas, como estratégia que certifique uma atuação interserira entre as distintos serviços cujas intervenções tenham repercussão nas condições de vida e saúde da população como, por exemplo, as políticas de habitação, assistência social, educação, entre outras.

Para Cecílio (2006), a integralidade precisa ser trabalhada sob diferentes enfoques para ser alcançada em sua plenitude. Em uma “integralidade focalizada”, essa diretriz deve ser consolidada por parte das equipes de saúde, no espaço concreto e singular dos serviços, sendo

definida pelo entendimento e esforço da equipe no espaço de micropolítica de saúde (CECÍLIO, 2006). Em uma segunda dimensão, o autor se refere à integralidade pensada na macropolítica, ou seja, uma “integralidade ampliada”, aonde está incluída tanto a articulação de cada serviço de saúde dos diferentes níveis quanto a articulação entre serviços de políticas distintas, consolidando-se num esforço intersetorial como um “*objetivo de rede*” (CECÍLIO, 2006, p. 122). Esse é um movimento dialético, onde cada instância de cuidado necessita da outra para sua efetivação. No entanto, é sempre importante ressaltar que a garantia da integralidade só é possível se a organização do processo de trabalho, da gestão e do planejamento forem repensadas e transformadas, bem como, se os profissionais forem preparados para essa perspectiva de atuação, preferencialmente, desde sua formação básica.

Em síntese, a integralidade perpassa todas as “etapas” do processo de operacionalização da política saúde. Vai desde a gestão, por meio da criação de mecanismos que permitam o desenvolvimento da integralidade, até o cotidiano das equipes, onde os trabalhadores de saúde têm a responsabilidade ética de atuar de forma compromissada com os usuários, atendendo suas demandas explícitas e implícitas.

No âmbito das equipes, a integralidade implica na sua integração, no reconhecimento da importância de cada profissional “[...] isto é, a complementaridade e a interdependência das ações para prestar uma assistência integral e resolutiva.” (VIEGAS; PENNA, 2013, p. 139).

Mattos (2006, p. 45) define que a integralidade não é apenas uma diretriz do SUS definida constitucionalmente, ela é:

[...] uma “bandeira de luta”, parte de uma “imagem-objetivo”, um enunciado de certas características do sistema de saúde, de suas instituições e de suas práticas que são consideradas por alguns (diria eu, por nós), desejáveis. Ela tenta falar de um conjunto de valores pelos quais vale lutar, pois se relacionam a um ideal de uma sociedade mais justa e mais solidária.

Ainda, para o autor, a integralidade, enquanto “imagem-objetivo” move alguns atores na arena política em prol de uma almejada configuração do sistema de saúde. Toda a imagem-objetivo e, nesse caso específico, a integralidade, parte de um pensamento crítico e procura indicar a direção que se quer imprimir para a transformação da realidade. Para Mattos (2006, p. 46), a imagem-objetivo “[...] traz consigo um grande número de possibilidades de realidades futuras, a serem criadas através de nossas lutas, que têm em comum a superação daqueles aspectos que se criticam na realidade atual.” Sendo assim, a perspectiva integral busca superar o histórico modelo assistencial biomédico a medida que defende uma

abordagem ampla, que responda à população de forma a considerar todas os fatores que incidem na criação da demanda em detrimento do reducionismo e da fragmentação, na recusa por “[...] aceitar um recorte do problema que o reduza a uma ou algumas de suas dimensões, desconsiderando as demais.” (MATTOS, 2006, p. 68).

A integralidade é uma diretriz do SUS ao passo que “As necessidades não se reduzem àquelas apreensíveis por uma única disciplina como a epidemiologia, ou como a clínica. Novamente, o princípio da integralidade implica superar reducionismos.” (MATTOS, 2006, p. 67). É sob essa lógica que o NASF é criado, na garantia de reinserção de diversas categorias profissionais na AB tendo em vista sua não inclusão na ESF.

Dessa forma, a integralidade é especificada pelo Ministério da Saúde como a principal diretriz que deve ser colocada em prática pelo NASF na forma de apoio, sendo o campo da USF fértil para o fomento da atenção integral (BRASIL, 2009). O MS concebe a integralidade em três sentidos: 1) na abordagem individual, considerando o contexto social, familiar e cultural do usuário, garantindo seu cuidado longitudinal; 2) nas práticas de saúde quando são integradas por ações de promoção, prevenção, reabilitação e cura; 3) e por último, na forma com que o sistema de saúde é organizado, para que essa organização possa garantir o acesso às redes de atenção em conformidade com as necessidades da população (BRASIL, 2009).

A perspectiva integral também inclui a construção de políticas voltadas para o enfrentamento de problemas de saúde e grupos específicos (BRASIL, 2009), como as políticas de saúde para mulheres, por exemplo. Cecílio (2006, p 117) contribui escrevendo que pensar “A integralidade da atenção nos obriga a enxergar como o ‘micro’ está no ‘macro’ e o ‘macro’ no ‘micro’, e que essa recursividade, mais do que uma formulação teórica, tem importantes implicações na organização de nossas práticas.” Ou seja, atuar na saúde sobre a perspectiva integral pressupõe um olhar para todas as dimensões que interferem nas condições de vida e saúde do usuário.

Em 2009, no primeiro Caderno de AB com o foco em definir as diretrizes de atuação do NASF, o MS definiu que a integralidade solicita para a sua materialização:

[...] políticas abrangentes e generosas, existência e organização de diferentes tipos de serviços articulados em rede para dar conta de diferentes necessidades, bem como práticas profissionais eficazes no sentido do aumento dos graus de autonomia dos usuários, da redução de danos, dos riscos e das vulnerabilidades, além do aumento da potência de vida. A agregação de profissões e ocupações propiciadas pelo NASF aumenta a possibilidade de resposta mais abrangente da atenção básica diante das demandas e necessidades dos usuários (BRASIL, 2009, p. 15).

Portanto, a adoção da integralidade requer a transformação profunda do modelo de atenção vigente até a atualidade em direção a consolidação do SUS. Ou seja, “A garantia da integralidade permanece como um importante nó crítico a ser equacionado” no SUS (ESCOREL et al., 2007, p. 174), mas também será através do entendimento da importância de todas as profissões de saúde na composição das equipes. Segundo Raichelis, Nogueira e Miotto (2007) sobre o/a assistente social ter um trabalho na construção da integralidade em saúde, é fundamental para contribuir na abordagem do indivíduo em sua totalidade, como fragmento de um contexto social, econômico, histórico e político e na organização de práticas de saúde que componham ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação, que esta equação possa ser questionada.

2.3 A Política Nacional de Atenção Básica e a Estratégia de Saúde da Família

Em 2006, a partir da Portaria nº 648 de 28 de março, foi aprovada a PNAB com a finalidade de estabelecer as diretrizes e normas para a organização da AB em todo território nacional. A AB é a esfera do SUS responsável em responder às demandas de saúde mais básicas da população. Os profissionais atuantes na AB prestam serviços de forma descentralizada e regionalizada, devendo promover ações de caráter preventivo e curativo a usuários do SUS e comunidades. A AB se constitui como um conjunto de ações de saúde que visam a promoção, a proteção, a prevenção, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde, objetivando desenvolver uma atenção integral às pessoas, com um olhar sobre os determinantes e condicionantes de saúde das comunidades (BRASIL, 2012).

Tendo como base o SUS, a PNAB engloba alguns princípios e diretrizes que embasam o trabalho dos profissionais da saúde. Trata-se de cinco princípios que estão brevemente explicitados a seguir:

- 1) Territorialidade: trata-se do planejamento descentralizado, regionalizado, pensando as ações de saúde com base nas particularidades do território adstrito da unidade de saúde;
- 2) Acesso universal aos serviços de saúde: acessibilidade e acolhimento nos serviços que são caracterizados como porta de entrada no sistema;
- 3) Relações de vínculo e responsabilização: diz respeito a continuidade das ações de saúde, a longitudinalidade do cuidado;
- 4) Integralidade em seus vários aspectos: refere-se ao atendimento sob uma perspectiva integral que considere os determinantes sociais, que tenha um olhar

interdisciplinar através das equipes profissionais e que articule o cuidado com toda a rede de atenção visando a intersectorialidade;

5) Participação social: é o princípio relativo a ampliação da autonomia dos usuários através do mecanismo institucional de controle social (BRASIL, 2012).

Em âmbito mundial, o que no Brasil equivale à AB, denomina-se Atenção Primária à Saúde, a qual representa “[...] um marco referencial para a organização dos serviços” (GIL, 2006, p. 1171) de saúde no país. O que ocorreu no caso específico do Brasil é que, ao longo da criação e desenvolvimento da AP, crescentemente foi utilizado o uso do conceito de AB como modelo para os serviços municipalizados (GIL, 2006), podendo sugerir que, no país, esse nível de atenção à saúde é desenvolvido de forma básica, ou seja, que dispunha de serviços e equipes “básicas”.

A Atenção Primária à Saúde é debatida oficialmente pela primeira vez em 1978, na conferência organizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em Alma-Ata, no Cazaquistão. Sendo a principal impulsionadora da Atenção Primária internacionalmente, Bárbara Starfield, médica pediatra e professora da Universidade Johns Hopkins, nos Estados Unidos refere que “A Declaração de Alma Ata, de 1978, codificou a ‘santidade’ da atenção primária à saúde como um princípio para todos os sistemas de saúde do mundo.” (STARFIELD, 2002, p. 33).

Conforme Starfield (2002), Atenção Primária é o nível de “entrada” ao sistema de serviços de saúde que vai oferecer atenção para a população no decorrer do tempo, sem uma direção focada na enfermidade e sim em todas as condições de saúde ou doença, com exceção das mais incomuns ou raras, formando base e determinando o trabalho de todas as outras esferas do sistema, diferenciando-se da atenção secundária, por consulta e de curta duração, e da terciária, que trata do manejo da enfermidade. Na Atenção Primária, os problemas mais comuns da comunidade são atendidos, oferecendo intervenções de cunho preventivo, de cura e reabilitação, atuando no contexto no qual a doença existe (STARFIELD, 2002). Ademais, segundo palavras da própria Starfield (2002, p. 177), a Atenção Primária é importante visto que “[...] todos os países estão enfrentando o imperativo de alterar seus sistemas de saúde para responder melhor a esses desafios sem acabar com suas economias devido a gastos com serviços de saúde.” Ou seja, desde a origem do modelo de Atenção Primária, é evidente a preocupação com o custo da política de saúde no mundo.

A Conferência de Alma Ata é produto da articulação da Assembleia Mundial de Saúde, que, no ano de 1977, determina que a meta social básica para os governos participantes deveria ser “A obtenção por parte de todos os cidadãos do mundo de um nível de

saúde no ano 2000 que lhes permitirá levar vida social e economicamente produtiva.” (STARFIELD, 2002, p. 30). Os princípios construídos a partir desse pensamento foram enunciados na Conferência de Alma Ata, a qual ocorreu em uma conjuntura mundial de “Guerra Fria” (RAICHELIS; RIBEIRO, 2012). A partir desse momento, a OMS passa a ser a maior defensora e difusora da Atenção Primária, ao mesmo tempo em que o Banco Mundial o maior financiador dessas propostas (MERHY; MALTA; SANTOS, 2004), influenciando diretamente as direções tomadas nas políticas de saúde em todo o mundo.

O Banco Mundial é uma entidade internacional que surge com o intuito de garantir a estabilidade social e econômico-financeira, o comércio internacional sem fronteiras e a expansão da economia norte-americana pelo mundo (RIZZOTTO, 2000). Já a OMS surge devendo orientar questões de saúde globais; ambas são agências especializadas da Organização das Nações Unidas (ONU), criada no período posterior à II Guerra Mundial. Compreendendo a influência que esses órgãos têm sobre as políticas sociais dos diversos países que os compõe existe a tendência de que:

[...] a lógica que permeia a estratégia dos cuidados primários é a racionalização dos recursos e a diminuição de gastos com procedimentos mais complexos e, portanto, mais caros [...] seguida da priorização da atenção aos mais pobres. (RAICHELIS; RIBEIRO, 2012, p. 60).

Para Gil (2006, p. 1172):

[...] as agências internacionais ligadas às Nações Unidas, voltadas às políticas sociais, vêm exercendo importante papel no sentido de viabilizar a consecução de políticas mais equânimes para os povos e entre eles, mediando conflitos de interesses entre financiamento e necessidades sociais dos países.

Sendo assim, a Atenção Primária possui duas faces contraditórias na medida que traz consigo bandeiras por mudanças como, por exemplo, a priorização da prevenção e promoção de saúde. Porém, concomitantemente, a defesa pela racionalização dos recursos públicos no que se refere às políticas sociais através de ideias propagadas pelas agências internacionais. O investimento na saúde na perspectiva da OMS, a qual, estrategicamente, defende o modelo de atenção primária aplicado em todo mundo, visa a redução do financiamento para a saúde prejudicando a construção de políticas amplas. Sobre esse aspecto, a atenção primária carrega um “[...] caráter racionalizador defendido por alguns atores das agências financeiras que preconizavam a redução do financiamento e gastos em saúde, em detrimento das reais necessidades de saúde das populações dos países periféricos.” (GIL, 2006, p. 1179). Embora a

intenção de muitos formuladores das políticas de saúde não tenha sido racionalizadora, a Atenção Primária foi implementada em meio a um contexto mundial que acarretou em sua expansão unida a propostas de contenção de recursos, tendo o ideário neoliberal atuado em detrimento da efetivação de seus princípios através da focalização, do baixo custo e do pacote básico e excludente (GIL, 2006).

A partir dessa lógica neoliberal que representa interesses econômicos do setor privado de saúde, como as empresas de produção de equipamentos e de alta tecnologia, os seguros privados e as clínicas especializadas, o Estado geralmente oferece os serviços de atenção básica e preventiva, deixando para o mercado a provisão dos serviços de média e alta complexidade como o diagnóstico especializado, os procedimentos cirúrgicos, o tratamento especializado de base tecnológica, entre outros (FLEURY; OUVÉNEY, 2008). Nessa concepção, a saúde, mercadologicamente, é vista como um produto a ser consumido e não como um direito, e o seu “[...] acesso é regulado pelo poder de compra individual.” (FLEURY; OUVÉNEY, 2008, p. 55). Então, ao mesmo tempo que os serviços de tecnologia de ponta e especializados são os mais caros e, conseqüentemente, pouco oferecidos pelo Estado, conforme Gil (2006), também se mostram insuficientes para a melhoria das condições de vida e saúde da população. O encarecimento aliado à ineficiência são argumentos em defesa do investimento prioritário na Atenção Primária à saúde.

No Brasil, o conceito de Atenção Primária foi sendo aplicado ao longo do tempo, assim como, vão surgindo os conceitos de AB e SF, os quais vão desenhando a forma de organização dos serviços municipais haja vista a descentralização do SUS (GIL, 2006). No que se refere à incorporação do referencial de Atenção Primária no Brasil, o autor explica que esse conceito foi utilizado na implantação de serviços no final de década de 70 e início da década de 80 trazendo aportes conceituais e práticos, contudo, com a chegada do SUS, por volta da década de 90, esse referencial vai sendo substituído pela concepção de AB juntamente com a introdução do Programa de Saúde da Família (PSF). É importante destacar que os anos de 1990 se caracterizam pela concepção de Estado Mínimo.

No contexto do Brasil, em sua pesquisa, Gil (2006) aponta que a Atenção Primária foi adotada como proposta minimalista voltada à focalização, da mesma forma que nos países chamados de “terceiro mundo”, a interpretação predominante acerca da Atenção Primária é de que essa refere-se a uma proposta específica para a população “pobre”. Por esse ângulo, destaca-se a existência de uma dimensão cultural relacionada à política por meio da compreensão das políticas sociais enquanto estratégias de hegemonia, o que significa que suas configurações se dão por intermédio de uma direção intelectual e moral unida aos projetos

societários que implicam diretamente na concepção e legitimidade de padrões de proteção social (BEHRING; BOSCHETTI, 2008). A focalização é um exemplo citado por Behring e Boschetti (2008), onde valores liberais são retomados na medida que existe a responsabilização individual pela condição de pobreza, justificando ideoculturalmente às políticas focalizadas.

Percebe-se que um conjunto de contradições perpassa a consolidação e operacionalização da AB no Brasil. Com o propósito de reorganizar essa esfera do SUS, em 1994, o MS lança o PSF. A implantação desse programa é considerada um marco pois, em que pese a concepção de cuidados primários de saúde, já havia sido utilizada previamente na formulação da política de saúde no Brasil, “Uma política específica, nacional, de atenção primária para todo o país nunca havia sido formulada, ainda que diversas experiências localizadas tenham sido implementadas de modo disperso.” (SCOREL et al., 2007, p. 164). Como o nome já diz, o PSF é um programa focado na unidade familiar e construído dentro da comunidade, haja vista a diretriz da territorialidade. No ano de 1999, o PSF deixa de ser um programa para ser compreendido enquanto uma estratégia estruturante da organização da AB, nesse momento surge a denominação de ESF. Em 1997, é criado o Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS), onde o desenvolvimento de suas principais ações junto a ESF se dá por meio do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

A ESF é operacionalizada por equipes de SF de caráter multiprofissional, formadas por médicos/as generalistas, enfermeiros/as, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários/as de saúde e ainda, em alguns casos, cirurgiões/ãs-dentistas, auxiliares em saúde bucal ou técnicos/as em saúde bucal, todos responsáveis pelo cuidado da população residente na área territorial adstrita, onde a USF constitui-se como a chamada “porta de entrada” ao sistema de saúde. Conforme a PNAB, cada equipe de SF atende no máximo 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000 pessoas (BRASIL, 2012) e deve conhecer:

[...] as famílias do seu território de abrangência, identificar os problemas de saúde e as situações de risco existentes na comunidade, elaborar um programa de atividades para enfrentar os determinantes do processo saúde/doença, desenvolver ações educativas e intersetoriais relacionadas com os problemas de saúde identificados e prestar assistência integral às famílias sob sua responsabilidade no âmbito da atenção básica. (SCOREL et al., 2007, p. 165).

De forma isolada, a ESF é uma proposta insuficiente para superar todos os desafios de consolidação do SUS. Sozinhas, as equipes de SF não têm condições de desenvolver o protagonismo das práticas de saúde e executar o conjunto de ações das quais foram

encarregadas, pois as necessidades de saúde da população brasileira são complexas, exigem estratégias variadas e dependem de vários fatores. Logo, a efetividade da AB exige uma gama de transformações estruturais, organizacionais e culturais, que envolvem, de maneira geral, a gestão, os processos de trabalho e todas as dimensões que conformam a vida dos usuários e a dinâmica dos territórios de intervenção. É, em meio a esse dilema, que os NASF são inaugurados. Afinal, é inegável que é desmoderado todo o encargo da consolidação da AB ser deixado sob responsabilidade das equipes de SF, as quais se constituem com uma composição mínima que, na opinião da autora desta monografia, não atende ao princípio da integralidade e, ainda, é centrada no modelo médico hegemônico.

É preciso compreender que a ESF e a PNAB são implementadas em meio a uma conjuntura de políticas de redução do papel do Estado, baseadas em fundamentos de focalização e privatização, na contramão do Projeto de Reforma Sanitária e em meio a um campo de disputas de interesses (HOFFMAN, 2011). Por outro lado, é inegável a importância de ações de prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, aspectos que constituem a proposta de AB hoje no Brasil. Conforme o discurso do MS, a forma com que a AB é organizada integra uma estratégia de construção de um novo modelo de saúde no país, o qual visa romper com o modelo de saúde tradicional, que prioriza o atendimento individual, especializado e hospitalar. Portanto, é preciso compreender a ESF e a:

[...] sua capacidade de impulsionar o atendimento à saúde na perspectiva integral do SUS e não simplesmente configurar-se numa estratégia da política econômica de recorte neoliberal a serviço do mercado, com racionalidade da oferta. (HOFFMAN, 2011, p. 18).

Mesmo com o contexto neoliberal desfavorável para as políticas sociais, Escorel et al. (2007) revela que a implementação da ESF traz avanços que ainda estão sendo incorporados nas equipes e nas diferentes instâncias de gestão pela orientação de novas práticas profissionais e pelas novas responsabilidades que extrapolam a forma tradicional de resposta as demandas de saúde, devendo passar a planejar as intervenções de forma articulada com outros atores, lideranças e a comunidade em prol da transformação da realidade social local (HOFFMAN, 2011). O nascimento da ESF não é apenas uma readaptação de um modelo de Atenção Primária internacional, sua construção, de alguma forma, contrapõe ao modelo hegemônico de assistência à saúde que é tecnicista, hospitalocêntrico e medicalocêntrico, dado que expressa os princípios e diretrizes do Movimento de Reforma Sanitária.

2.4 O/A Assistente Social na política de saúde

O Serviço Social é uma profissão interventiva inserida na luta pela defesa dos direitos que, após um processo de Renovação Crítica, a partir de uma perspectiva histórico-crítica, também é luta contra o capital (IAMAMOTO, 2009). Além disso, o Serviço Social é uma profissão que é organicamente ligada às configurações estruturais e conjunturais da questão social, a qual é indissociável da sociedade capitalista e suas expressões reúnem múltiplas desigualdades (IAMAMOTO, 2009). O trabalho dos/as assistentes sociais tem como diretriz um projeto profissional que obtém materialidade mediante a Lei de Regulamentação da Profissão (1993), o Código de Ética do/a assistente social (1993) e as Diretrizes Curriculares (1996).

Tendo como base legal a Resolução nº 218 de 1997 do Conselho Nacional de Saúde, o assistente social é reconhecido enquanto profissional de tal área. Esse reconhecimento se dá em função dos avanços na concepção de saúde através do SUS, a qual almeja à integralidade da atenção. Como trabalhador/a assalariado/a que é, o/a assistente social que atua na política de saúde é submetido/a a determinações que são inerentes ao trabalho em uma sociedade capitalista, afinal, o trabalho jamais se desenvolve de forma descolada do contexto histórico, político, econômico e social (COSTA, 1998). Quando se trata do setor saúde, embora se saiba que a lógica fragmentada ainda existe de maneira muito intensa e até hegemônica, é importante ter a compreensão de que o/assistente social se insere no trabalho coletivo de saúde, ou seja, compõe sempre uma equipe que desenvolve operações coletivas responsáveis por movimentar os serviços.

A saúde é historicamente o maior campo de trabalho do Serviço Social. A profissão surge nesse setor em meados de 1950, exercendo sua atuação através do modelo médico clínico, sendo denominada de “Serviço Social Médico” (MATOS, 2013), sob a luz do positivismo. À medida que transformações societárias aconteceram e que a política de saúde, como já exposto anteriormente, também foi se desenvolvendo e mudando, o Serviço Social, em um movimento que inicia nos anos de 1970, também passa por um processo de transformação, o da Reconceituação, e adota a teoria social crítica na sua fundamentação. Conforme Iamamoto (2013, p. 42), a ruptura do Serviço Social com a herança conservadora “[...] não se reduz a um movimento ‘interno’ da profissão. Faz parte de um movimento social mais geral, determinado pelo confronto e correlação de forças entre classes fundamentais da sociedade.” Em meio a essas transformações e excitação política é que a resistência à Ditadura Militar e luta pela democracia se fortalecem. Assim, fica evidente a interface entre o

Movimento de Reforma Sanitária e o Projeto Ético-Político do Serviço Social, principalmente no que diz respeito aos seus “[...] grandes eixos: principais aportes e referências teóricas, formação profissional e princípios. Os dois projetos são construídos no processo de redemocratização da sociedade brasileira e se consolidam na década de 1980.” (CFESS, 2008, p. 26).

Em que pese a relevância da presença do/a assistente social, nos serviços do SUS, esse profissional é historicamente questionado quanto à sua competência para atuar no trabalho coletivo em saúde (MATOS, 2013). Isso ocorre pela preeminência em toda sociedade do modelo assistencial-privatista, onde culturalmente o médico é considerado a figura principal e a saúde é vista meramente como a ausência da enfermidade.

Além disso, Costa (1998) afirma que por consequência desse modelo hegemônico de priorizar o atendimento clínico, curativista e individual, o assistente social esteve sempre ocupando o posto de “apoio” aos tratamentos médicos. Entretanto, após a implantação do SUS e a adoção de seus princípios pautados na produção social da saúde, foi gerada uma rearticulação dos discursos e práticas profissionais tradicionais na área (RAICHELIS; NOGUEIRA; MIOTO, 2007). Através desse atual paradigma do SUS, o Serviço Social adquire um novo espaço e é mais aceito e valorizado no âmbito da discussão interdisciplinar das equipes de saúde. Esse fator dá visibilidade à profissão, porém, mesmo em meio a tantos avanços no que se entende por saúde, ainda acontecem situações onde as atribuições do/a assistente social são confundidas ou desconhecidas pelos outros profissionais. Isso ocorre em decorrência da história da categoria, onde, em seu passado desempenhava seu trabalho com base na filantropia e no assistencialismo.

Ainda, nos dias atuais, requisições de diferentes naturezas ideológicas vêm sendo postas aos/às assistentes sociais, como o:

[...] projeto privatista vem requisitando ao assistente social, entre outras demandas, a seleção socioeconômica dos usuários, atuação psicossocial por meio de aconselhamento, ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde, assistencialismo por meio da ideologia do favor e predomínio de práticas individuais. Entretanto, o projeto da reforma sanitária vem apresentando como demandas que o assistente social trabalhe as seguintes questões: democratização do acesso as unidades e aos serviços de saúde; estratégias de aproximação das unidades de saúde com a realidade; trabalho interdisciplinar; ênfase nas abordagens grupais; acesso democrático às informações e estímulo à participação popular. (CFESS, 2008, p. 26).

Dessa forma, um dos desafios que é posto aos/as assistentes sociais é a reafirmação constante da sua identidade profissional, que deve ter em seu alicerce o Projeto Ético-Político,

onde a liberdade é o valor central e o compromisso é com a emancipação humana e a plena expansão dos indivíduos sociais. Para tanto, esse projeto sugere o desenvolvimento de uma nova ordem societária, sem exploração de classe, gênero, orientação sexual e etnia (CFESS, 2012).

Em contrapartida, sabe-se que muitas vezes os/as assistentes sociais se distanciam desses valores, reproduzindo, em suas intervenções cotidianas o conservadorismo, afinal, no debate atual da categoria existem tendências restauradoras que atualizam a herança conservadora do Serviço Social e contestam a perspectiva crítica (IAMAMOTO, 2013). Portanto, “A categoria não é homogênea: ela reflete, em si mesma, as polarizações presentes na sociedade.” (IAMAMOTO, 2013, p. 104). Então, é imprescindível que os/as assistentes sociais se organizem no sentido de discutir coletivamente e criticamente sobre a atual conjuntura da saúde, as contradições que a perpassam e o papel do Serviço Social no SUS, buscando superar sua tendência ao pensamento e práticas conservadoras.

Atualmente, na dinâmica de operacionalização do SUS uma gama heterogênea de demandas que emergem aos/as assistentes sociais, as quais são derivadas das contradições do sistema e da natureza e da forma como o trabalho em saúde tem sido organizado. Costa (1998) elenca campos de atividades que são requeridas aos/as assistentes sociais, dentre elas estão: ações de caráter emergencial assistencial; educação, informação e comunicação em saúde; planejamento e assessoria; e mobilização e participação social. Segundo a autora, as intervenções dos/as assistentes sociais são tão diversas que envolvem desde o apoio pedagógico e técnico-político com atividades voltadas aos trabalhadores, grupos, lideranças comunitárias através de oficinas, cursos e seminários visando a consolidação permanente do SUS; até o levantamento de dados para caracterização de condições socioeconômicas e sanitárias dos usuários a fim de conhecer os determinantes sociais que interferem no processo saúde-doença; bem como a mobilização comunitária para organização dos Conselhos de Controle Social.

Além disso, Costa (1998) destaca que o/a assistente social na saúde cumpre um papel de facilitador do fluxo de informações e comunicação entre o serviço e a família e/ou o usuário, além de ser o profissional que fica responsável pela sensibilização e mobilização dos usuários quanto à saúde e ao engajamento desse profissional nas práticas multidisciplinares e interdisciplinares, tendo como instrumentos básicos a linguagem e o conhecimento. Nessa relação, cabe ainda incluir o papel de articulador do/a assistente social com a rede de proteção, entendendo a relevância da intersetorialidade, além da aproximação com o território, em que os/as assistentes sociais em muitos casos são os/as profissionais que mais

conhecem a realidade das famílias e/ou usuários através das visitas domiciliares. No SUS atual, muitas vezes os/as assistentes sociais são requisitados/as a operar justamente onde o sistema possui falhas, conforme Costa (1998), buscando estabelecer o elo que foi “perdido” pela burocratização das ações. Dessa forma, “[...] é nas lacunas geradas pela não implantação efetiva do SUS que o profissional de Serviço Social vem sendo demandado a intervir.” (MATOS, 2013, p. 64).

Em meio a essa gama de demandas e funções dirigidas aos/às assistentes sociais, pode-se já perceber o quão importante é essa profissão para a política saúde na perspectiva do SUS. Um dos grandes problemas enfrentados pelos/as assistentes sociais é que essas atividades não podem ser mensuradas quantitativamente, o que, muitas vezes implica na desvalorização desse profissional tendo em vista a lógica gerencial que perpassa o SUS onde a quantidade opera em detrimento da qualidade. Em meio a essa realidade, sistemas informatizados são impostos aos trabalhadores para que sejam preenchidos com números que mensurem seu trabalho. Tanto na política de saúde, quando em campos sócio-ocupacionais de outras naturezas, os/as assistentes sociais intervêm em situações concretas muito complexas, com múltiplas expressões, onde um atendimento não é apenas pontual, mas contínuo, que exige tempo e dedicação profissional. Não há como contabilizar um trabalho dessa espécie.

Raichelis, Nogueira e Miotto (2007) enfatizam que a relevância do Serviço Social no SUS corresponde, essencialmente, à construção dos princípios da integralidade e da participação social, sendo que a construção desses princípios pelo Serviço Social está associada a:

[...] três processos básicos, dialeticamente articulados, a saber: os processos político-organizativos, os processos de planejamento e gestão e os processos sócio-assistenciais. A integração entre esses três processos é que permite estabelecer o trânsito tanto entre os diferentes níveis de atenção em saúde, quanto entre as necessidades individuais e coletivas, à medida que as ações profissionais estão, direta ou indiretamente, presentes em todos os níveis de atenção e de gestão. (RAICHELIS; NOGUEIRA; MIOTTO, 2007, p. 10).

Independente do espaço que o/a assistente social ocupe, seja na gestão, no serviço ou no NASF, é imperativo que esse/a profissional, diante da realidade de perversa desigualdade social e desinformação, atue objetivando a promoção da cidadania, a construção, o fortalecimento de redes setoriais e intersetoriais e a participação social, para que assim, o Serviço Social seja uma categoria que atue na consolidação efetiva do SUS.

Conforme o CFESS (2008), pensar e executar uma atuação competente e crítica do Serviço Social na política de saúde engloba os seguintes preceitos: articulação com o

movimento dos trabalhadores e usuários em prol da efetivação do SUS; conhecimento das reais condições de vida e trabalho dos usuários, além dos determinantes sociais que implicam no processo saúde-doença; a busca pela facilidade do acesso dos usuários aos serviços de saúde e a rede de serviços e direitos sociais, não se submetendo aos rearranjos propostos pelos governos que descaracterizam a proposta original do SUS; procura pela necessária atuação em equipe considerando a interdisciplinaridade; estímulo a intersetorialidade visando superar a fragmentação dos serviços e do atendimento às demandas sociais; busca pela construção conjunta com outros trabalhadores de espaços que garantam a participação popular e dos trabalhadores nos processos de tomada de decisão; elaboração e participação em projetos de educação permanente, buscando assessoria técnica e sistematização do trabalho desenvolvido, bem como a realização de investigações a respeito de temas relacionados à saúde; assessoria aos movimentos sociais e/ou conselhos para potencializar a participação contribuindo no processo de democratização das políticas sociais.

Contudo, o próprio CFESS (2008) explicita que a defesa desses preceitos e, de uma forma ampla, desse projeto democrático para a saúde, não deve ser exclusiva do/a assistente social e nem de qualquer outra categoria profissional. A transformação social só é possível se partir de um processo coletivo, que incorpore, além de todos os trabalhadores da saúde, toda a sociedade. É importante ter ciência de que a atuação do/a assistente social no campo da saúde não tem sentido e nem se desenvolve de forma isolada, pois, como já referenciado, opera junto ao coletivo do trabalho em saúde.

3 O NASF, CAMPO DE POSSIBILIDADES DE INTERVENÇÃO E DE CONTRADIÇÕES NA EFETIVAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA: faces da mesma moeda

3.1 O Apoio Matricial como referencial teórico-metodológico do NASF

Como já discutido no capítulo anterior, a saúde no Brasil se constituiu historicamente a partir de uma cultura dominante onde as equipes multiprofissionais são estruturadas em relações de poder desmoderadamente assimétricas, que fazem do saber profissional uma espécie de propriedade privada e que acabam por estabelecer entre os trabalhadores uma relação de exclusão mútua de responsabilidades, endurecendo as fronteiras das diferentes áreas do conhecimento (CUNHA; CAMPOS, 2011), tornando o trabalho em saúde, que era para ser coletivo e integrado, fragmentado e sem diálogo. Portanto, “A cultura e a subjetividade das equipes de trabalhadores seriam produto de múltiplas determinações.” (CAMPOS, 1999, p. 395). Sobre esse aspecto, uma estrutura de poder cujo sistema seja verticalizado e centralizado condiciona posturas, estimulando o descompromisso e a alienação entre a maior parte dos trabalhadores (CAMPOS, 1999).

Diante dessa realidade e como crítica à racionalidade hegemônica, Gastão Wagner de Sousa Campos² cria a concepção teórica Paideia a qual sugere um método que favoreça a democratização da gestão nas organizações, articulando saberes e práticas e recomendando a reforma organizacional do sistema de saúde visando a cogestão³ (OLIVEIRA; CAMPOS, 2015). É através dessa concepção que nasce a proposta do Método da Roda o qual “[...] sugere substituir a dominação institucional e as estratégias de controle por relações de apoio entre os vários agentes e usuários, mediante a construção de relações comunicativas.” (OLIVEIRA; CAMPOS, 2015, p. 230).

O Método Paideia tem sido aprofundado e propagado em distintas áreas de formação desde a sua criação, mas quanto à sua aplicação metodológica, tem alcançado maior reconhecimento a partir do momento que passa a ser empregado enquanto diretriz do SUS (OLIVEIRA; CAMPOS, 2015), sendo denominado de Apoio Matricial. A aplicação e experiências pioneiras provenientes desse método iniciaram na abertura da década de 90, por

² Médico sanitário e professor titular da Unicamp.

³ A cogestão é o compartilhamento do exercício de um programa, serviço, sistema ou política social, necessário pois a gestão é atravessada por sujeitos e interesses diferentes. Para exercer o governo de forma compartilhada é imperativo a “[...] coparticipação em todas as etapas do processo de gestão: definição de objetivos e de diretrizes, diagnóstico, interpretação de informações, tomada de decisão e avaliação de resultados.” (CUNHA; CAMPOS, 2011, p. 966).

intermédio de um grupo de profissionais e estudiosos atuantes na política de saúde da cidade de Campinas, em São Paulo.

O apoio matricial inicia na Saúde Mental e AB de Campinas como uma experiência pioneira, ampliando-se para áreas como a Reabilitação Física, Traumatologia e Dermatologia, tendo o suporte do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. Entre os anos de 2001 e 2004, o apoio matricial foi adotado como estratégia da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, na oferta de cursos de formação para profissionais e gestores (CASTRO; OLIVEIRA; CAMPOS, 2016). Mais tarde, essa metodologia é utilizada também pelos sistemas de saúde das cidades de Belo Horizonte, em Minas Gerais, e Rosário, na Argentina, além de ser incorporado em alguns programas do Ministério da Saúde como o Humaniza-SUS e Saúde Mental (CUNHA; CAMPOS, 2011). “Apesar disso, é somente com a criação do NASF que o Ministério da Saúde possibilita o financiamento que estimula a utilização da metodologia de Apoio Matricial” (CASTRO, OLIVEIRA; CAMPOS, 2016, p. 1626), na AB.

A construção do Apoio Matricial se produziu por influência de um referencial epistemológico e político, fundamentando-se na concepção ampliada de saúde e em práticas democráticas de saúde (OLIVEIRA; CAMPOS, 2015). A partir de Cunha e Campos (2011), o apoio matricial foi pensado com o objetivo de tanto assegurar a retaguarda especializada quanto o suporte técnico-pedagógico às equipes⁴ e profissionais responsáveis pelo cuidado de saúde, tratando-se de uma metodologia de trabalho complementar àquela pensada para os sistemas hierarquizados. Em outras palavras, o desenvolvimento do apoio matricial faz uma combinação entre referência, que seria um trabalho mais polivalente, com a oferta horizontal de serviços, integrada pelo trabalho mais especializado, permitindo valorizar todas as profissões e buscando a superação de uma postura burocratizada (CAMPOS, 1999).

As atividades de apoio matricial podem ser desde atendimento conjunto entre profissionais, participação em discussão de projetos terapêuticos, debates acerca de temas pertinentes, análise de estratégias para enfrentar demandas reprimidas, análise de encaminhamentos, além da disponibilidade de contato telefônico para urgências (CUNHA; CAMPOS, 2011). Para tanto, é necessário que se estabeleça uma espécie de pactuação entre as equipes de referência e as de apoio, sendo recomendadas duas maneiras para que esse contato se estabeleça, sendo elas: combinação de encontros periódicos e regulares que se

⁴ Segundo Cunha e Campos (2011), a Equipe e os Profissionais de Referência têm a responsabilidade pela coordenação e condução dos casos. “O termo ‘responsabilidade pela coordenação e condução’ refere-se à tarefa de encarregar-se da atenção ao longo do tempo, ou seja, de maneira longitudinal.” (CUNHA; CAMPOS, 2011, p. 964).

discutam casos e o suporte dado aos casos eventuais e urgentes (CASTRO; OLIVEIRA; CAMPOS, 2016).

Na esfera do NASF, o apoio matricial é uma estratégia de organização do trabalho em saúde que se dá por intermédio da integração de equipes de SF (com perfil generalista) que estão inseridas em um território e, portanto, estão envolvidas na atenção a essa respectiva realidade, com as equipes compostas por profissionais advindos de outros núcleos de conhecimento (do NASF), as quais são corresponsáveis pelo cuidado ao território pois servem de “apoio” à equipe de SF (BRASIL, 2014).

Através do apoio matricial existem duas dimensões de atuação para o NASF: a clínico-assistencial e a técnico-pedagógica. A dimensão clínico-assistencial refere-se à ação clínica direta com os usuários, já a dimensão técnico-pedagógica se dá por meio do apoio educativo para as equipes de referência. Ambas possuem intervenções diretas do NASF frente a usuários e famílias, e podem ser realizadas, desde que sempre sob encaminhamento das equipes de SF, sendo imprescindível, “[...] discussões e negociação a priori entre os profissionais responsáveis pelo caso. Tal atendimento direto e individualizado pelo NASF ocorrerá apenas em situações extremamente necessárias.” (BRASIL, 2009, p. 8).

O conceito de apoio matricial tem uma intensa ligação ao conceito de educação permanente, na medida em que profissionais do NASF compartilham seus conhecimentos específicos com a equipe de SF, fazendo deles “Conhecimentos de todos.” (BRASIL, 2009, p. 12). Entretanto, é preciso compreender o que é “[...] conhecimento nuclear do especialista e do que é conhecimento comum e compartilhável entre a equipe de SF e o referido especialista.” (BRASIL, 2009, p. 12), distinguindo o que é prática do núcleo e o que é prática do campo de saberes profissionais da saúde como um todo. No apoio matricial, “Um especialista com determinado núcleo, apoia especialistas com outro núcleo de formação, objetivando a ampliação da eficácia de sua atuação.” (CUNHA; CAMPOS, 2011, p. 964), tendo em vista que o núcleo é:

[...] constituído por aquele conjunto de conhecimentos e de atribuições (tarefas) específicos e característicos de cada profissão ou especialidade. Ajudam a construir sua identidade e especificidade. Já o Campo tem uma conceituação situacional e indica aquele conjunto eventual de conhecimentos e tarefas que uma profissão ou especialidade deverá se apropriar para lograr eficácia e eficiência. O Núcleo é composto de um conjunto estruturado de conhecimento e papéis, e constituem as disciplinas. O Campo representará uma abertura dessa identidade cristalizada ao mundo da interdisciplinaridade e da interprofissionalidade. (CUNHA; CAMPOS, 2011, p. 967).

É imprescindível que se possa identificar o NASF como um coletivo de profissionais que oferta apoio na AB, mas que, ao mesmo tempo, possui as singularidades de cada profissional, respeitando e potencializando esses saberes individuais (BRASIL, 2014). Por meio de um conceito ampliado de saúde, todas as profissões são importantes, com ênfase no NASF, uma equipe que vem para ampliar a resolutividade da AB, assim observa-se que:

[...] quanto maior o leque de especialidades dialogando com as Equipes de Referência na Atenção Básica por meio do Apoio Matricial, mais variada tem sido a troca de saberes, ampliando a possibilidade de essas equipes oferecerem um cuidado pautado nas premissas da Clínica Ampliada e da integralidade. (CASTRO; OLIVEIRA; CAMPOS, 2016, p. 1629).

Junto às diretrizes do NASF estão presentes as atribuições comuns a todos os membros da equipe, que constituem-se em: a) identificar, conjuntamente com as equipes de SF e a comunidade, as ações e práticas a serem adotadas em cada área coberta pela USF, bem como o público prioritário visando em cada uma dessas ações, atuar de maneira integrada e planejada; b) acolher os usuários humanizando a atenção; c) desenvolver ações que integrem outras políticas sociais objetivando a intersetorialidade; d) promover a gestão integrada e a participação dos usuários por meio dos mecanismos de Controle Social; e) construir estratégias de divulgação das atividades do NASF; f) avaliar, em conjunto com as ESF e com os Conselhos de Saúde, as ações desenvolvidas e seu impacto no território; g) elaborar e divulgar materiais informativos; e, por último, h) elaborar projetos terapêuticos através de discussões periódicas com as equipes de SF (BRASIL, 2009).

Percebe-se por meio das atribuições comuns aos profissionais do NASF, o quão desafiador é esse trabalho. Além da equipe do NASF ter que atender as exigências de territórios e equipes de referência distintas tendo em vista as diferentes USF que matricia, ela deve também ser um ‘dispositivo de mudança’ haja vista seu compromisso em articular/construir a intersetorialidade e o Controle Social, tudo isso em conjunto com diversos segmentos que atuam dentro e fora da AB. As atribuições destinadas a todos os membros do NASF evidenciam seu caráter de trabalho coletivo e em conjunto com as ESF.

Dessa forma entende-se que os profissionais das equipes de AB e NASF se "[...] encontram diante de uma aposta que pressupõe a conformação de uma relação de trabalho mais colaborativa, que tradicionalmente não está colocada na organização dos serviços de saúde." (BRASIL, 2014, p. 35). Desses profissionais, é previsto um alto grau de articulação, almejando um trabalho interdisciplinar que contemple as diretrizes do NASF e da AB (BRASIL, 2014). Ou seja, esse trabalho integrado entre NASF e ESF, entendendo o NASF

enquanto um trabalho complementar ao da ESF, deve buscar a integralidade, a promoção de saúde, a educação permanente em saúde, a ação interdisciplinar e intersetorial, o desenvolvimento da noção de território, a participação social, a humanização, a educação popular, a resolutividade, a qualidade do cuidado e o acompanhamento e monitoramento em seus diferentes aspectos (BRASIL, 2009).

Frente a esse trabalho desafiante de Apoio Matricial, e, no caso específico desta monografia, desenvolvido no campo do NASF, evidencia-se a importância de experiência prévia com Apoio Matricial ou Saúde Coletiva para atuação através dessa metodologia de trabalho já que “A formação acadêmica das profissões de saúde é pouco articulada aos princípios do SUS, sendo muitas vezes insuficiente para os profissionais atuarem como apoiadores.” (CASTRO; OLIVEIRA; CAMPOS, 2016, p. 1630). Quer dizer que, para o exercício profissional através do Apoio Matricial, presume-se que o profissional tenha “algo a mais” no que se refere às competências teórico-práticas. A falta de experiência dos trabalhadores da saúde com apoio matricial pode gerar prejuízos, dentre eles a não adesão à metodologia; a resistência dos profissionais para organização da agenda e utilização dos instrumentos de matriciamento; e conflitos entre os próprios trabalhadores e com os gestores locais (CASTRO; OLIVEIRA; CAMPOS, 2016). Ou seja, o trabalho no NASF exige dos profissionais o desenvolvimento de competências e habilidades que possibilitem a realização do apoio matricial para com as equipes de referência face às dificuldades vividas no processo de implantação desse novo modelo de cuidado (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010). Então, a “Flexibilidade, pró-atividade, resiliência, respeito, vínculo e comprometimento são atitudes fundamentais aos profissionais do NASF.” (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010, p. 95).

É importante considerar que, como as relações entre grupos, categorias profissionais, gestores e usuários tem, intrinsecamente, uma dimensão política, nesse sentido, o apoio matricial tem ligação, fundamentalmente, com o tema da democracia organizacional e cogestão (CUNHA; CAMPOS, 2011). Sendo assim, há, na proposta de apoio matricial apresentada por Gastão, a sugestão de valores democráticos que visem enfrentar a tendência à histórica fragmentação, “[...] dado o seu compromisso com a mudança nas relações de poder na organização, em busca da democracia organizacional e a valorização dos trabalhadores, de forma equilibrada com a eficácia clínica.” (CUNHA; CAMPOS, 2011, p. 969).

Contudo, não se pode desconsiderar o contexto o qual o apoio matricial foi implantado no país. Como já referenciado, o SUS é operacionalizado em uma conjuntura de redução do papel do Estado através do fortalecimento do terceiro setor e incentivo a privatização, precarização das condições de trabalho, subfinanciamento da seguridade social, de uma forma

mais geral, em um contexto de contrarreforma. Isso posto, é preciso entender que o NASF é uma das experiências de aplicação do apoio matricial, sendo esse conceito muito mais amplo. O apoio matricial é utilizado em meio a problemas estruturais, como:

[...] a escassez de serviços especializados, que induzem sua utilização equivocada de forma substitutiva (por exemplo, o apoio de um fisioterapeuta a uma equipe de saúde da família não substitui um centro de reabilitação), empobrecendo o atendimento e dificultando a compreensão da sua função. (CUNHA; CAMPOS, 2011, p. 968).

Pode-se concluir que o apoio matricial, por si só, não consegue atender a todas as demandas e suprir todas as dificuldades do sistema, afinal, os níveis de complexidade e os serviços de saúde são dependentes uns dos outros, necessitando um trabalho setorial integrado. Dessa forma, não se pode encarar uma proposta de maneira idealista e descolada da totalidade concreta, no caso do Apoio Matricial, existe o perigo de contribuir para com “A banalização dos conceitos ‘Apoio’ e ‘Apoiador’ que, se não estiverem acompanhados de mudanças nas relações de poder, tornam-se vazios e não cumprem o objetivo pretendido pelo autor em sua formulação.” (OLIVEIRA; CAMPOS, 2015, p. 230). E, para além de mudanças nas relações de poder, é preciso reiterar que são necessárias mudanças no sentido de efetivação do SUS e, concomitantemente, transformações da sociedade como um todo. Somando a isso, é imprescindível que os profissionais inseridos no NASF se disponham a realizar um trabalho mais compartilhado (PATROCÍNIO; MACHADO; FAUSTO, 2015).

3.2 Origem, implantação e consolidação do NASF no âmbito da ESF

O NASF tem sua origem através de debates que iniciaram na esfera do Ministério da Saúde a partir do ano de 2003. Essas discussões foram desenvolvidas nas reuniões da Comissão Intergestores Tripartite e no Conselho Nacional de Saúde até 2008, quando a proposta foi publicizada oficialmente. O cerne da criação do NASF é a constituição de equipes integradas por profissionais relevantes à AB e que até então não estavam presentes na ESF, promovendo assim a diversificação de profissionais na política (PATROCÍNIO; MACHADO; FAUSTO, 2015).

Conforme o Ministério da Saúde, o NASF é criado com o objetivo de ampliar a resposta aos problemas de saúde da população através da AB, bem como, buscar o avanço na definição de formatos organizativos e de dinâmicas de funcionamento mais efetivas (BRASIL, 2014). O NASF é uma equipe multiprofissional, um núcleo de profissionais de

distintas profissões ou especialidades que deverão atuar em conjunto com os profissionais das equipes básicas de SF e/ou das equipes de AB para populações específicas (como os Consultórios na Rua e equipes ribeirinhas e/ou fluviais). Essa atuação deverá ocorrer de maneira integrada, na forma de apoio, compartilhando práticas e saberes de saúde com as equipes de referência apoiadas, procurando auxiliar na resolução de problemas clínicos e sanitários dos territórios pertencentes às áreas de atuação das equipes de SF e assim contribuindo com a ampliação e aperfeiçoamento da atenção e da gestão da saúde na AB.

O comprometimento do NASF é de, além da responsabilidade pelo apoio a determinado número de equipes de SF, almejar a promoção de mudanças na atitude e atuação dos profissionais da SF, o que inclui a atuação por meio de ações intersetoriais e interdisciplinares, promoção, prevenção, reabilitação, da saúde, humanização de serviços, educação permanente, promoção da integralidade e da organização territorial (BRASIL, 2009, 2014). Além do mais, é dever o NASF buscar contribuir para com a integralidade do cuidado a população. Segundo a PNAB (2012, p. 70), os NASF 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.

Dentre as variadas possibilidades de composição de um NASF constam: assistente social; profissional de Educação Física; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; profissional arte educador; nutricionista; psicólogo; terapeuta ocupacional; médico ginecologista e/ou obstetra; médico homeopata; médico pediatra; médico veterinário; médico psiquiatra; médico geriatra; médico internista (clínica médica); médico do trabalho; médico acupunturista; e profissional sanitaria (BRASIL, 2014). Sendo assim, juntamente com os NASF surge a possibilidade de inserção de outras categorias profissionais para além de médico/as, enfermeiros/as, técnicos/as de enfermagem, ACS, cirurgião-dentista e auxiliar de saúde bucal. Embora seja aberto o espaço para a inserção de categorias profissionais na AB, é importante saber que a definição das profissões que integram o NASF fica sob critério dos gestores. É recomendado pelo Ministério da Saúde que a escolha das áreas profissionais que irão integrar cada NASF seja realizada através:

[...] de uma leitura da realidade local e do território, considerando a situação epidemiológica e social, as necessidades de apoio apresentadas pelas equipes de AB, as características da rede de atenção local/regional e as demandas e necessidades de saúde dos usuários. (BRASIL, 2014, p. 25).

O processo de implantação de um NASF em um município inicia com a elaboração de um projeto que traga informações quanto ao território e as necessidades identificadas pelas equipes de SF, pela população e pela gestão (BRASIL, 2014). A partir dessa análise é que serão definidas quais categorias profissionais irão compor o NASF, isso significa que não necessariamente o NASF terá um/a assistente social, por exemplo.

Em termos de legislação, a proposta NASF se materializa, em um primeiro momento, mediante a Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Após um ano, em 2009, é publicado o Caderno de Atenção Básica nº 27 o qual contém as diretrizes do NASF que possibilitam o direcionamento mais objetivo dos gestores e trabalhadores da AB. Posteriormente, surge a necessidade de elaboração de novas regulamentações, a fim de que qualquer município brasileiro pudesse ser contemplado. Então, originam-se as portarias vigentes nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que aprova a PNAB, e a nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012, que redefine as modalidades de NASF 1 e 2, além de criar a modalidade 3 (BRASIL, 2014).

Com base na portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012, o NASF pode ser implantado na forma de três modalidades distintas, que são definidas de acordo com a densidade populacional: NASF 1, o qual irá matriciar entre 5 a 9 equipes de SF, atuando no mínimo com 200 horas semanais⁵; NASF 2, o qual irá matriciar entre 3 a 4 equipes de SF, atuando no mínimo SF da família, atuando no mínimo 80 horas semanais (BRASIL, 2014).

Como se percebe, o NASF foi criado em 2008, mas as legislações que o concretizam foram sendo criadas em períodos posteriores. Tanto Sampaio et al. (2012) quanto Michels et al. (2014) atentam para a complexidade no processo de consolidação do NASF percebida através das portarias que regulamentam a proposta e embasam suas diretrizes. Segundo Michels et al. (2014), as normas referentes ao NASF foram aprimoradas através de legislações específicas da mesma forma que suas alterações foram realizadas em etapas, o que pode gerar a inviabilização ágil e efetiva dos NASF. Já Sampaio et al. (2012) evidenciam a imprecisão dos documentos ministeriais, os quais deixam lacunas que acabaram permitindo que cada município construísse seu(s) NASF de acordo com sua compreensão sobre apoio matricial, acarretando na flexibilidade da operacionalização dos NASF.

Em Porto Alegre, com base na experiência de estágio obrigatório, sabe-se que os NASF existentes desenvolviam suas intervenções de maneiras distintas. Alguns enfatizando abordagens clínico-assistenciais junto a população para suprir lacunas de atendimentos

⁵ As cargas horárias semanais de cada modalidade de NASF se referem a soma das cargas horárias semanais de cada profissional que compõe o NASF, sendo que a carga horária semanal mínima permitida por profissional é de 20 horas e a máxima de 40 horas, em todas as modalidades.

individuais na AB e outros visando desenvolver trabalhos por intermédio da dimensão técnico-pedagógica. Esse é um retrato de todo o Brasil, em que o NASF se desenvolve de maneira muito heterogênea, o que, segundo Sampaio et al. (2012) se dá em função da lacuna temporal entre a publicação da portaria de criação e as diretrizes de atuação do NASF, fato que acabou permitindo o desenvolvimento de diversos modelos de NASF resultantes do entendimento de cada gestão municipal e/ou distrital, dando espaço para tendências políticas locais.

Essa questão demonstra a falta de direcionamento político, a qual acaba por permitir diversas interpretações acerca da proposta e assim viabiliza que diferenciados modelos de NASF sejam implementados em todo país (SAMPAIO et al., 2012). Conforme Patrocínio, Machado e Fausto (2015), a expansão do NASF foi bem expressiva em todo Brasil, porém se dividiu de forma desigual pelo território nacional. É também importante considerar que o processo de implementação do NASF varia em todo país muito por decorrência da descentralização da política do SUS e da AB e também de acordo com as diversas condições de gestão dos sistemas locais.

As opiniões entre os teóricos da área da saúde sobre NASF se diferem em alguns aspectos. Enquanto Sampaio et al. (2012) afirmam que a implantação do NASF, em função das lacunas existentes nas normatizações ministeriais, acaba reforçando lógicas tradicionais e contrárias ao modelo de saúde defendido pela proposta SUS e indica a necessidade de ampliação das investigações sobre como o NASF vem sendo implantado em todo território nacional. Volponi, Garanhan e Carvalho (2015) defendem o NASF enquanto um dispositivo de mudanças que tem potencialidade criadora de novas práticas em saúde. Relacionando-se mais com o posicionamento dessas últimas autoras, Nascimento e Oliveira (2010) acreditam que o principal desafio do NASF diz respeito a uma mudança na cultura organizacional do SUS. Da mesma forma, Santos e Lanza (2014) entendem que o NASF, por meio do apoio matricial, é uma estratégia para a superação de lógicas tradicionais, fragmentadas.

Como se pode perceber, existem autores/as que evidenciam as fragilidades do processo de criação e consolidação do NASF. Há também autores/as que acreditam que o NASF se mostra como uma possibilidade de transformação, pois tem como potencialidade a capacidade de criação de novas formas de intervenção, interrogando os processos de trabalho e as produções do cotidiano e assim instituindo novos arranjos institucionais, os quais podem ser facilitadores de novos processos de comunicação e coordenação no âmbito da saúde. Entretanto, tais expectativas colocadas ao NASF trazem consigo novas exigências para o trabalho coletivo em saúde, e, conseqüentemente, para os trabalhadores, os quais muitas vezes

não são preparados em sua formação para exercer suas profissões de uma forma não seja a tradicional (VOLPONI; GARANHANI; CARVALHO, 2015, p. 222).

Percebe-se que é inegável que a proposta NASF é muito significativa para a ESF, pois traz consigo a mudança na lógica de se pensar a Saúde Pública através do apoio matricial. Entretanto, não se pode ignorar que a criação da proposta NASF se dá em um contexto de sucateamento da PNAB e, como já visto falhas nas legislações. É preciso pensar que, muitas vezes, o trabalho do NASF é meramente compreendido através da lógica clínica, significando que há insuficiência de profissionais nas equipes de SF que são porta de entrada na AB. É necessário se questionar se essas equipes que trabalham na chamada “ponta” possuem condições e recursos suficientes para atender à complexidade das demandas que surgem de um território e de uma população adstrita. E, para além disso, questionar se o NASF, enquanto equipe multiprofissional que exerce seu trabalho através do apoio matricial, consegue ser realmente efetivo no que se propõe, ou seja, se atua como facilitador do trabalho da equipe de SF. Em contrapartida, ao mesmo tempo em que a inserção restrita de categorias profissionais da saúde na AB no NASF limita o trabalho, o NASF também se manifesta como um campo de potência de intervenção em outros aspectos que não o atendimento assistencial direto a população, como será exposto a seguir na discussão sobre o Serviço Social e o estágio curricular obrigatório realizado pela autora no NASF Cruzeiro.

3.3 O Serviço Social no NASF e o processo de formação no Estágio Curricular Obrigatório

O processo de aprendizagem que se desenvolve a partir do Estágio Curricular é parte fundamental e integra a totalidade da formação profissional. A experiência acadêmica de estágio supervisionado, segundo as Diretrizes Gerais para o curso de Serviço Social “[...] constitui-se como momento privilegiado de aprendizado teórico-prático do trabalho profissional.” (ABEPSS, 1996, documento on-line). Conforme Lewgoy (2010), o processo de estágio está organicamente ligado ao Projeto Ético-político da profissão, e ocorre diante da necessidade de romper com ações fragmentadas do cotidiano, abrindo espaço para o sujeito em formação profissional elaborar um pensamento que siga movimentos lógico-dialéticos ao que se refere à compreensão da realidade e intervenção, com vistas a transformá-la. Esse é o Serviço Social, uma profissão essencialmente interventiva, e não é possível uma formação de qualidade, que forme profissionais críticos e competentes, sem essa experiência acadêmica. Dessa forma, no processo de formação, o Estágio Curricular é um período excepcional para

apreensão das dimensões ético-política, teórico-metodológica e para o balizamento da dimensão técnico-operativa, pois desafia o/a aluno/a a problematizar sobre a realidade com base no conhecimento, dando vida e sentido aos conteúdos vistos em sala de aula (LEWGOY, 2010).

Como já descrito anteriormente, a inserção no NASF Cruzeiro, um campo de formação e trabalho que presume a atuação por meio do “referencial teórico-metodológico Apoio Matricial”, se deu mediante o Estágio Curricular em Serviço Social I, II e III (ZANIN, 2014a, 2014b, 2015). É importante reiterar que ser apoiador matricial implica que se tenha “algo a mais” a oferecer, no que inclui competências teórico-práticas fundamentadas em uma formação articulada aos princípios do SUS, e, também, preferencialmente, experiências anteriores ao NASF.

Durante o processo de estágio curricular e contexto do NASF despontou o seguinte questionamento sobre a experiência: Como atuar por meio do Apoio Matricial na condição de estagiária? Essa indagação está vinculada por ser a autora a primeira estagiária de Serviço Social em NASF de Porto Alegre, portanto, não havia um projeto de estágio que tivesse antecedido e que pudesse servir como base para a acadêmica; também, não havia (e ainda não há) parâmetros para atuação do assistente social no NASF e/ou através do Apoio Matricial formulado pelo conjunto CFESS/CRESS. Aliado a esses fatores existiu o inicial desconhecimento a respeito do Apoio Matricial.

No período de estágio percebeu-se também que o NASF constitui-se como um desafio para todos, tanto gestão, quanto trabalhadores e acadêmicos. Então, no decorrer do processo, percebeu-se a necessidade de buscar na literatura existente alguns temas e conceitos para serem estudados, constituindo-se parte integrante do inventário para o estudo e análise sócio institucional, tais como: Apoio Matricial, Campo e Núcleo, Serviço Social na Saúde, NASF, PNB, entre outros, bem como buscar em outras áreas, com ênfase para a Saúde Coletiva, subsídios para o entendimento da proposta NASF.

O exercício profissional do Serviço Social na AB se restringe à atuação nos NASF. Essa atuação, por sua vez, exige que os assistentes sociais estejam dispostos a trabalhar de forma integrada com as outras profissões, pensando coletivamente intervenções, de forma que a área de Serviço Social possa contribuir com a equipe a partir de seus saberes específicos e, ao mesmo tempo, podendo adquirir novos conhecimentos com as outras áreas de saber. Lembrando, o trabalho no NASF é o que Campos (2000, p. 220) denomina de campo e núcleo, “O núcleo demarcaria a identidade de uma área de saber e da prática profissional; e o campo, um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina e profissão buscariam em outras

apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas.” Sendo assim, são dois âmbitos de saber que o assistente social deve dispor, o do campo que se refere à saúde como um todo e aos saberes compartilhados entre os diferentes profissionais da equipe do NASF; e o do núcleo, que é nada mais que os conhecimentos específicos do Serviço Social, os quais constituem sua identidade profissional e o particularizam.

Tanto o núcleo quanto o campo seriam, pois, mutantes e se interinfluenciariam, não sendo possível detectar-se limites precisos entre um e outro. Contudo, no núcleo haveria uma aglutinação de saberes e práticas, compondo uma certa identidade profissional e disciplinar. (CAMPOS, 2000, p. 221).

O Serviço Social no NASF Cruzeiro iniciou com sua criação, a partir da inserção do assistente social na equipe, que atualmente é também o coordenador. Em concordância com o que foi ilustrado anteriormente, a implantação do NASF Cruzeiro se deu, em 2011, após um Projeto de Credenciamento do mesmo, que foi elaborado por quatro profissionais de saúde que já atuavam na AB e que hoje trabalham no próprio campo. Em um primeiro momento, esse referido NASF abarcava também a região Cristal.

O NASF Cruzeiro/Cristal foi o primeiro NASF de Porto Alegre, encaixando-se na modalidade 1 definida pelo Ministério da Saúde. Assim sendo, essa equipe de matriciadores, com base na portaria que institui as modalidades de NASF, articulou-se para haver a redução das equipes de referência. Em 2014, após reuniões com a Gerência Distrital Glória/Cruzeiro/Cristal, o NASF Cruzeiro/Cristal reduziu oficialmente o número das equipes de referência que de 10 USF e 16 equipes passaram a ser 5 USF, totalizando 9 equipes de SF, as quais abarcam apenas as USF da região Cruzeiro. Esse ganho foi produto do posicionamento político e articulação da equipe do NASF frente a gestão, se tornando uma conquista histórica. Considerando que, para que seu trabalho se efetive, a equipe do NASF precisa conhecer, apropriar-se e acompanhar a dinâmica das equipes de referência e dos diferentes espaços territoriais, o que, com os padrões previstos na legislação vigente já é desafiador, o matriciamento de 10 USF e 16 equipes de SF acabava sendo ainda mais limitado pela diversidade dos 10 territórios, impossibilitando que o NASF tivesse condições de dar a atenção necessária a todas as equipes.

Atualmente, após a saída de duas profissionais das áreas de Ginecologia e Psicologia, a equipe do NASF Cruzeiro é constituída por um assistente social e coordenador da equipe que exerce 40 horas semanais, uma nutricionista que exerce 30 horas, uma médica psiquiatra e duas fisioterapeutas, ambas exercendo 20 horas semanais. Com essa composição atual o

respectivo NASF totaliza 130 horas (somando a carga horária de todos os profissionais), não cumprindo o padrão estabelecido na portaria⁶ de nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012, que define as modalidades de NASF. Então percebe-se um distanciamento daquilo que é instituído com aquilo que está posto, ou seja, a distância entre o que a legislação prevê e a forma como a realidade se materializa.

Hoje, a região Cruzeiro é a área de abrangência do NASF. Os bairros Santa Tereza e Medianeira compõem a referida área territorial, a qual ocupa uma área total de 6,82 km², com uma população equivalente a 65.408 habitantes que representa 4,64% da população do município, sendo que sua densidade demográfica é de 9.590,62 habitantes por km², segundo dados do *site* ObservaPOA da Prefeitura de Porto Alegre (2010). Então, há que se considerar que a Cruzeiro é uma região com dimensões geográficas relativamente pequenas para o número de pessoas que a habitam, além da heterogeneidade do território. Cada parte desse espaço territorial possui as suas características, particularidades, dinâmicas e sua própria USF. Da mesma forma que as partes do todo são muito distintas, as equipes de SF também, fazendo com que o trabalho do NASF se torne ainda mais complexo e denso.

O Distrito de Saúde Glória-Cruzeiro-Cristal de Porto Alegre é o distrito docente assistencial da UFRGS (DIAS et al., 2013), assim sendo, “A aproximação com a realidade dos sistemas locorregionais de saúde é estratégia predominante das políticas de educação e de saúde contemporâneas para produzir mudanças na formação das profissões.” (FERLA et al., 2013). Em virtude disso, o NASF Cruzeiro foi um espaço constante de inserção de graduandos e residentes, demonstrando a sua interface com a formação. Percebe-se que esses sujeitos em processo de formação contribuem com as equipes (tanto do NASF quanto das unidades de saúde) promovendo problematizações e sugerindo estratégias de enfrentamento às dificuldades. O NASF é um campo privilegiado de formação no SUS entendendo que a equipe está diariamente se deslocando entre diferentes espaços e então se tem a oportunidade

⁶ Segundo o artigo 3º da portaria de nº 3;124 de 2012, os NASF podem ser organizados nas modalidades NASF 1, NASF 2 e NASF 3, através dos seguintes parâmetros:

1 - A modalidade NASF 1 deverá ter uma equipe formada por profissionais que acumulem 200 horas semanais, onde nenhum profissional poderá cumprir menos do que 20 horas semanais e nenhuma área profissional poderá exceder 80 horas semanais. Além disso, cada NASF 1 deverá estar vinculado no máximo 9 equipes de saúde da família e no mínimo 5;

2 - A modalidade NASF 2 deverá ter uma equipe formada por profissionais onde a soma das suas cargas horárias semanais deve acumular no mínimo 120 horas semanais e nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que 20 horas ao mesmo tempo que cada profissão deve ter no máximo 40 horas de carga horária semanal, ademais, cada NASF 2 deverá estar vinculado a no mínimo 3 e a no máximo, 4 equipes saúde da família

3 - A modalidade NASF 3 deverá ter uma equipe formada por profissionais que a soma das suas cargas horárias semanais deve acumular no mínimo 80 horas semanais e nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que 20 horas, além do mais cada profissão considerada isoladamente, deve ter no máximo 40 horas de carga horária semanal (BRASIL, 2012).

de conhecer o funcionamento de diferentes Unidades de Saúde e a dinâmica viva dos territórios, ou seja, uma experiência que pode proporcionar a aproximação da realidade.

Tendo em vista a dinâmica de trabalho do NASF, todas as ações são pensadas coletivamente nas reuniões semanais. Mesmo aquelas atividades que apenas um profissional desenvolve, também são compartilhadas e debatidas em grupo. Por conseguinte, existe uma procura por parte da equipe, pelo trabalho interdisciplinar por ser a interdisciplinaridade um dos pilares da integralidade, e por se constituir uma categoria de ação que abrange a integração de diferentes saberes em um intercâmbio teórico e metodológico (PAVIANI, 2008), cujas trocas e articulações profundas são empregadas na sua complexa construção (MENDES; LEWGOY; SILVEIRA, 2008) entre profissionais de áreas distintas em benefício de um mesmo objetivo profissional. Portanto, assim como em outras instâncias do SUS, o assistente social no NASF está inserido no trabalho coletivo em saúde pois, como se sabe, o trabalho qualificado pautado em uma perspectiva integral não se desenvolve isoladamente.

Nessa perspectiva, destaca-se o trabalho interprofissional o qual se desenvolve a partir de uma força de trabalho colaborativa “[...] preparada para a prática, incluindo o trabalho clínico e o não clínico, capaz de prestar serviços resolutivos nos diferentes espaços de cuidado em saúde” (TOASSI; LEWGOY, 2016, p. 8), experiência vivida pela autora/estagiária na disciplina de Práticas Integradas em Saúde I, mencionada na introdução deste trabalho, a qual foi subsídio para o entendimento com maior profundidade tendo em vista a participação na equipe do NASF.

O NASF Cruzeiro articula e acompanha às equipes de SF nas reuniões, sendo esses espaços estratégicos, pois neles se estabelecem relações/vínculos. Os casos mais complexos são discutidos e se levam informações para as equipes de SF, referendando o que é previsto nos Cadernos de Atenção Básica de 2009 e 2014. As reuniões de equipe são espaços coletivos que acontecem semanalmente em todos os serviços de AB (inclusive no NASF) e objetivam o planejamento, a organização e a avaliação do trabalho desenvolvido no serviço, tomada de decisão e educação permanente. Entende-se que este espaço é:

[...] essencialmente político, pois diferentes interesses estão em confronto. Saber reconhecê-los e como se relacionar com eles requer uma competência teórica e política, de modo que a reunião possa alcançar o objetivo de tomar uma decisão que envolva todos os seus participantes. (SOUSA, 2008, p. 127).

Para além das reuniões de equipe, a autora/estagiária acompanhou muitas visitas às USF com o objetivo de tratar de assuntos específicos, momentos em que o NASF realizava

consultas conjuntas com os trabalhadores da USF; visitas domiciliares; reuniões com serviços da rede do território; e atividades pedagógicas como grupos de nutrição e salas de espera sobre violência. No apoio matricial a forma básica de contato entre as equipes de referência e os apoiadores foi mediante:

[...] a combinação de encontros periódicos e regulares – a cada semana, quinzena ou mais espaçados – entre equipe de referência e apoiador matricial. Nesses encontros, objetiva-se discutir casos ou problemas de saúde selecionados pela equipe de referência e procura-se elaborar projetos terapêuticos e acordar linhas de intervenção para os vários profissionais envolvidos. Recomenda-se reservar algum tempo para diálogo sobre temas clínicos, de saúde coletiva ou de gestão do sistema. (CAMPOS; DOMITTI, 2007, p. 401).

Considerando a dimensão técnico-pedagógica que orienta o NASF, constatou-se na análise sócio institucional a preocupação e iniciativas em prol da educação em saúde, direcionada às equipes de SF. É dentro desse eixo que o Projeto de Intervenção de Estágio Curricular Obrigatório foi desenvolvido, com a seguinte proposta: uma USF matriciada foi escolhida criteriosamente e, após aproximações sucessivas da estagiária com a equipe de SF, foram construídos encontros conjuntamente com os trabalhadores, no formato de Oficinas. Nessas aproximações objetivou-se a identificação de demandas para o desenvolvimento do projeto, quais sejam: a identificação de posturas preconceituosas por parte de alguns trabalhadores em relação a população, situações que, naquele período eram bastante corriqueiras nos momentos das discussões de casos entre a equipe. E nesse sentido, Fernandes (2012) se remete à empatia que o profissional precisa ter ao acolher o usuário e escutar o que o mesmo está dizendo, ao identificar a demanda (ou as demandas) apresentada por esse sujeito. Para tanto, foi imprescindível “despir-se de preconceitos”, bem como, o de poder qualificar a escuta aos usuários.

O formato “oficina” foi utilizado como metodologia que se desenvolve de forma a fazer o grupo em questão “Sentir, pensar e agir.” (AFONSO, 2006, p. 288). É importante que exista um planejamento prévio para a qualificação da condução das oficinas, mas ele está sujeito a alterações conforme a necessidade dos participantes, sendo assim esse planejamento é flexível e construído à medida que as oficinas vão sendo realizadas (AFONSO, 2006). Em suma, pode-se compreender que o planejamento não é algo estático, é um processo flexível, que está constantemente sujeito a mudanças. Portanto, houve um planejamento anterior a cada encontro realizado em parceria da autora/estagiária, do assistente social supervisor de campo e de duas residentes das áreas de Fisioterapia e Psicologia. Nesse planejamento, foram pensados temas e dinâmicas, dentre as temáticas abordadas pode-se destacar: o Trabalho em Equipe, o

SUS, a Atenção Básica, a Saúde Mental, o Trabalho e sua Precarização e Violência. Os temas foram propostos de acordo com as necessidades advindas da equipe, porém, conforme já mencionado, não foram desenvolvidos de maneira imaleável, sendo o cronograma alterado por diversas vezes, de acordo com o desenvolvimento de cada encontro. Como produto final pode-se destacar a continuidade das oficinas para além do Projeto de Estágio da autora/estagiária, bem como o despertar do interesse da equipe de SF em discutir sobre suas condições de trabalho, as quais, conforme será explicitado abaixo, são geradoras de sofrimento dos trabalhadores.

As oficinas aconteceram no momento de reunião de equipe da Unidade a partir do entendimento de que no trabalho cotidiano

[...] se revela como um ambiente propício para o desenvolvimento de conhecimentos e aquisição de habilidades. A educação permanente pressupõe a aprendizagem no próprio local de trabalho, a troca de saberes, o trabalho coletivo, o respeito pelas diferenças e a efetivação de mudanças. (FERNANDES, 2007, p. 208).

Afinal, a “Prática é ato, movimento, e como tal necessita ser pensada, analisada, avaliada.” (VASCONCELOS, 1997, p. 139). A proposta do NASF vai ao encontro desse entendimento, considerando a esfera técnico-pedagógica em que o matriciamento se inclui, se desenvolvendo através do compartilhamento de informações e conhecimentos necessários ao trabalho na AB, assim como a troca de experiências.

No desenvolvimento do Projeto de Estágio também foram encontradas dificuldades, sendo a principal referente a adesão da equipe de SF à proposta, ou seja, em muitos momentos a equipe demonstrou-se desmotivada a ponto dos trabalhadores pouco participarem da atividade. Entende-se que isso ocorreu, na época, devido ao fato que:

[...] os profissionais vinculam a realização de uma prática de qualidade e articulada aos interesses dos que demandam seus serviços a um espaço de trabalho ideal, a uma instituição ideal, com recursos suficientes, sem contradições, com usuários perfeitos, críticos, sem problemas, com equipes preparadas, facilmente articuláveis... Assim, na falta desse “mundo maravilhoso, perfeito”, podemos afirmar que os diferentes profissionais, isolados no interior das nossas complexas e contraditórias instituições, estão visualizando e lidando com seu objeto de ação como se fosse um obstáculo, ao considera-lo como estorvo, impedimento ou transtorno. (VASCONCELOS, 1997, p. 141).

Em uma leitura atual, também entende-se que essas dificuldades se deram pela precarização do SUS, onde se inclui a imensa demanda aliada a falta de trabalhadores em função das equipes serem mínimas e a falta de tempo hábil para planejamento de ações de

cunho preventivo; o escasso investimento na saúde que acarreta na falta de recursos básicos tais como medicamentos, materiais para curativo e água própria para consumo; o distanciamento e as cobranças da gestão pela quantidade em detrimento da qualidade do serviço prestado; a insegurança ocasionada pela violência do território; e o sentimento de impotência dos trabalhadores diante do estranhamento quanto ao seu ofício em meio a tantos “problemas” e contradições do setor saúde, e, conseqüentemente, da sociedade em geral. Esses aspectos, nos momentos de avaliação das oficinas, foram verbalizados pelos trabalhadores que, concomitantemente, demonstraram desinteresse pela atividade, contudo, ao mesmo tempo, com a necessidade de falar sobre esse sofrimento. Por esse motivo, muitas vezes a oficina cumpriu esse papel, se tornando um espaço de “desabafo”, mas precisou tomar distância para perceber o quanto esta atividade, neste momento, foi potencializadora para balizar a dimensão ético-política e a dimensão técnico-operativa, utilizando-se da categoria da mediação⁷, ou seja:

[...] para ultrapassar o plano da imediaticidade (aparência), em busca da essência, tem que construir intelectivamente mediações, para reconstruir o próprio movimento do objeto. E, para melhor compreender este dinâmico e movente processo de apreensão pela razão do modo de ser de um complexo na totalidade, necessário se faz compreender a tríade singular-universal-particular. (PONTES, 1987, p. 9).

A precarização do trabalho, nas palavras de Alves (2013, p. 236), corresponde a “[...] um traço estrutural do modo de produção capitalista, possuindo, entretanto, formas de ser no plano da efetividade histórica”, ou seja, a precarização do trabalho é uma contradição basilar do capitalismo e se modifica paralelamente às transformações históricas. De encontro a isso, a Reforma do Estado ou Contra-Reforma é uma estratégia sustentada pelo modelo gerencial, o qual se introduz até mesmo no setor público, cujas características são referentes a “[...] descentralização, a eficiência, o controle dos resultados, a redução dos custos e a produtividade.” (BRAVO, 2001, p. 13), quer dizer, no “[...] aumento, em intensidade e amplitude, da carga ideológica e pressão pelo cumprimento de metas e resultados.” (ALVES, 2013, p. 239). A partir desse modelo, Alves (2013) explica que a precarização do trabalho se mostra também enquanto precarização existencial.

A nova morfologia do capitalismo globalizado surge constituindo um processo de submissão do trabalhador o qual se caracteriza por “[...] dinâmicas psicossociais que implicam a dessubjetivação de classe, ‘captura’ da subjetividade do trabalhador assalariado e redução

⁷ Dentre as categorias do método, a mediação é a categoria central para a articulação entre as partes de uma totalidade (PONTES, 1987).

do trabalho vivo a força de trabalho como mercadoria.” (ALVES, 2011, p. 10). A ideologia individualista carregada pela investida neoliberal descoletiviza as relações de trabalho e corrói espaços públicos enquanto campos de formação da consciência de classe, sendo disseminada cotidianamente mediante a instrumentos que influenciam na cultura da população (ALVES, 2011). Essa compreensão explica o sentido das posturas antiéticas de muitos trabalhadores da saúde e contribui para a elaboração de estratégias no sentido de despertar um desejo de mudança que pode vir a ser efetivado através da Educação Permanente firmando-se em princípios éticos e políticos (FERNANDES, 2007).

Assim sendo, para além de precarização do trabalho, a precarização é, igualmente, do “homem que trabalha”, considerando o contexto histórico do capitalismo denominado por Alves (2011, 2013) de “manipulatório”. Entendendo o trabalho e a sua centralidade na vida humana, “[...] torna-se essencial interrogar-se sobre que trabalho é esse que provoca o adoecimento e que configurações adquire esse trabalho que tem na sua natureza a apropriação da saúde.” (WÜNSCH; MENDES, 2011, p. 165). Isso significa que é imprescindível a compreensão de como o trabalho se configura na realidade atual bem como, que exigências recaem sobre o trabalhador, tais quais o ritmo intensificado, a complexificação dos sistemas, as formas de prescrição do trabalho e a precarização objetiva e subjetiva (WUNSCH; MENDES, 2011).

Dessa forma, em meio às dificuldades e contradições, a proposta do Projeto de Intervenção, referente a utilização da reunião de equipe como um espaço mais propositivo, de aprendizagem significativa através da perspectiva da Educação Permanente, foi estratégica para que os trabalhadores possam ser mais propositivos e reflexivos no que se refere as questões e contradições identificadas por e com eles, afinal, “A vida cotidiana não se mostra meramente como o espaço por excelência da vida alienada, mas, ao contrário, como um campo de disputa entre a alienação e a desalienação.” (ANTUNES; ALVES, 2004, p. 350).

Dentre as potencialidades de intervenção do NASF, observou-se que muitas das estratégias que o trabalho de apoiador matricial oportuniza se dão no âmbito do controle social, que se constitui enquanto um sistema de canais institucionais de participação social na gestão governamental e nos processos decisórios (ASSIS; VILLA, 2003); da intersectorialidade, entendida como perspectiva que atua em direção ao compartilhamento de responsabilidades e organização das atribuições necessárias à realização de tarefas comuns que necessitam do igual compromisso entre os sujeitos sociais das diferentes políticas públicas envolvidas (BIDARRA, 2009); e, para além disso, o NASF pode atuar como um mecanismo para gerir os processos de trabalho. Essas três esferas de atuação, possivelmente,

em meio ao cotidiano intenso de uma unidade de saúde integrada por uma equipe mínima, seriam mais difíceis de serem executadas considerando que vão além do atendimento assistencial.

Contudo, em que pese exista um movimento da equipe do NASF para a atuação interdisciplinar, algumas atividades são centralizadas no assistente social tais como as que envolvem o controle social e a intersetorialidade. A centralidade do assistente social para determinadas atividades se dá pelo fato de que, conforme já exposto anteriormente, esse trabalhador desempenha a conduta de facilitador da fluidez de informações e comunicação entre equipe de saúde e usuário, bem como é o profissional que assume o compromisso de mobilizar a população para a participação social (COSTA, 1998), mesmo não sendo suas atribuições privativas. Esse engajamento ocorre pelo fato da forte dimensão política da sua formação, a qual tem como diretriz a socialização da participação e da informação rumo a ampliação e consolidação da cidadania. Cabe ainda incluir o papel de articulador do/a assistente social com a rede de proteção, entendendo a relevância da intersetorialidade, além da aproximação com o território, em que os/as assistentes sociais em muitos casos são os/as profissionais que mais conhecem a realidade das famílias e/ou usuários através das visitas domiciliares.

O/a assistente social no NASF direciona sua atenção para determinantes e condicionantes sociais do processo saúde-doença e, em conjunto com os outros profissionais apoiadores e das USF, discute a realidade dos territórios, buscando estratégias de enfrentamento; realiza visitas domiciliares principalmente junto com os ACS; pensa, desenvolve e compartilha intervenções e procedimentos para qualificar as ações de saúde e que visem a participação da comunidade; discute casos nas reuniões de equipe e reuniões de REDE.

O NASF Cruzeiro, teve desempenho fundamental na articulação das reuniões de Rede, e nisso estão incluídas as denominadas de Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente e a Rede de Seguridade Social. Esses espaços foram constituídos para que esses profissionais possam trazer os casos mais complexos e então para que seja possível articular os serviços e assim desenvolver intervenções conjuntas, compartilhadas. De forma geral, nesses espaços o principal ofício do NASF é articular os fluxos dos casos com as suas USF de referência, observando de que USF é o espaço territorial de abrangência para posterior contato com a mesma. Com base no Caderno de Diretrizes do NASF nº 27, nas estratégias metodológicas para o Serviço Social está a criação de espaços coletivos de discussões e planejamento que visa a constituição da rede a qual “[...] compreende a identificação e a análise das relações da

rede social do usuário, para discussão do caso com os membros da rede, ajuste de corresponsabilidade nas ações e enfrentamento da vulnerabilidade social.” (BRASIL, 2009, p. 103). Nesse aspecto, a autora/estagiária pode participar da organização da comunicação dos serviços via e-mail para compartilhamento dos casos, bem como de uma avaliação de final de ano para reorganização da forma de operacionalização da Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente.

No que se refere ao Controle Social, o NASF Cruzeiro, e, como já exposto, em especial o assistente social, atua muito no que diz respeito à operacionalização dos Conselhos Locais e do Conselho Distrital de Saúde conforme expresso no Caderno de Diretrizes do NASF (BRASIL, 2009). O assistente social juntamente com a autora/estagiária, foram participantes de diversas reuniões estratégicas para a construção de Conselhos Locais, no que se inclui o contato na tentativa de mobilização dos trabalhadores e da comunidade, bem como o mapeamento e monitoramento dos Conselhos Locais que já estavam instituídos na época com vistas ao seu fortalecimento. Os espaços participativos de Controle Social se instituem hoje na sociedade como um direito adquirido da população. Através desses mecanismos de participação os usuários do SUS têm a possibilidade de acompanhar, avaliar, reivindicar, apontar prioridades a serem executadas nas diferentes instâncias de atuação da saúde e até contribuir com os trabalhadores e a gestão na construção coletiva de estratégias para a melhoria dos serviços de saúde.

Como produto da vivência no campo junto ao sistema de Controle Social do distrito Glória/Cruzeiro/Cristal, a estagiária construiu, na disciplina denominada de Pesquisa em Serviço Social I e II, a investigação intitulada de “*Controle Social e Participação Social no SUS: uma aproximação ao distrito Glória/Cruzeiro/Cristal de Porto Alegre – RS*” a partir de onde pôde-se perceber que nesse território esses são espaços com um potencial que muitas vezes é desperdiçado pela falta de vontade política da gestão e/ou não participação da comunidade. Essa desmobilização da população torna os Conselhos espaços de protagonismo dos trabalhadores da saúde, e não dos usuários do SUS, pois:

[...] a forma de organização e funcionamento dos CS, hierarquizada e burocratizada, tem distanciado os conselheiros das discussões sobre as necessidades de saúde, que deveriam ser o foco principal, para a construção de Projeto de Saúde voltados para os interesses das coletividades. (SHIMIZU et al., 2013, p. 2282).

Grande parte das demandas que chegam até o NASF Cruzeiro são no âmbito da Saúde Mental, onde a psiquiatra é muito requisitada para consultas conjuntas, encaminhamentos e

orientações na área. Esses atendimentos ocorrem, em sua maior parte, através da lógica clínica, entretanto, obviamente a estrutura do NASF não comporta o atendimento a toda demanda. Existem serviços especializados que atendem essa área na região mas que também a capacidade de atendimento é restrita em função do déficit de profissionais e consequentemente vagas para novos pacientes. Essa questão demonstra que muitas vezes a função do NASF é precipitadamente restrita à lógica clínica, onde os profissionais, individualmente, acabam se responsabilizando pelas demandas mais complexas e urgentes da sua área, não obstante, sabe-se que “As ações desenvolvidas pelo NASF visam imprimir mais qualidade ao serviço prestado e não apenas suprir a demanda assistencial no seu aspecto meramente numérico.” (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010, p. 94). Contudo, entende-se que isso é consequência de uma dificuldade do sistema, onde existem carências concretas no atendimento especializado.

Na dinâmica dos serviços de saúde da região Cruzeiro, com ênfase para o NASF Cruzeiro, o trabalho se desenvolve em um contexto de sucateamento. Os trabalhadores da saúde executam suas funções em meio à insuficiência de equipamentos e profissionais e, no caso de muitos trabalhadores, precário vínculo empregatício⁸. Mais especificamente referente ao NASF, a precarização do trabalho se explicita, por exemplo, na falta de uma condução para a equipe, já que seu trabalho se resume em deslocamento por toda a região Cruzeiro. Em consequência disso, os trabalhadores do NASF acabam utilizando o próprio carro, sem ressarcimento de gastos com gasolina e/ou manutenção. Algumas vezes recebem passagens para transporte público, porém, essas foram distribuídas em número muito escasso. Essa limitação que o NASF Cruzeiro sofre se contrapõe as diretrizes propostas e publicadas no Cadernos de Atenção Básica – Núcleo de Apoio à Saúde da Família, o qual, na definição de infraestrutura, logística e diretrizes, prescreve “[...] condições para o deslocamento dos profissionais do NASF entre as UBS cobertas e para a realização de visitas domiciliares por meio de transporte oficial, ajuda de custo ou vale-transporte, sempre que necessário.” (BRASIL, 2014, p. 35).

Retomando as atribuições comuns a todos os integrantes da equipe além das diretrizes do NASF em relação a experiência da autora/estagiária, é possível considerar que o contato com as equipes de SF e a população é bastante prejudicado pela falta de condições de

⁸ Em Porto Alegre inúmeros trabalhadores são contratados por meio do Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família (IMESF), como grande parte dos trabalhadores matriciados pelo NASF Cruzeiro. A atuação do IMESF se dá de diversas formas, desde a contratação de servidores até questões orçamentárias. Ele integra a chamada administração indireta do município, e é legitimado legalmente através da lei nº 11.062, de 6 de abril de 2011, que autoriza o executivo municipal a instituir o IMESF. Esse Instituto é considerado uma fundação pública de direito privado, com personalidade jurídica de direito privado e sem fins lucrativos.

transporte do NASF. Essa dificuldade ocorre geralmente com as USF mais distantes, as quais acabam ficando, até certo ponto, desassistidas. Tal qual referenciada, a intersectorialidade se configura como um ponto positivo do NASF Cruzeiro e, mesmo enfrentando algumas dificuldades, a rede do território é organizada, e vai além do setor saúde. Assim como a intersectorialidade, a promoção da participação social por meio do controle social se mostra como uma potência do NASF; ademais, existem ações periódicas do NASF no sentido de avaliar e divulgar seu trabalho junto às equipes de SF.

Reiterando, a proposta NASF é muito significativa para a ESF pois traz na sua essência a mudança na lógica de se pensar a Saúde Pública, além de reinserir na AB diversas categorias profissionais. Aos apoiadores matriciais do NASF muitas exigências e necessidades são colocadas, eles devem ser criativos e propositivos no planejamento de atividades, técnicas e dinâmicas que possam de alguma forma subsidiar e envolver às equipes de SF e politizados para que consigam amparar pedagogicamente as USF dentro dos princípios da Reforma Sanitária, em direção a princípios éticos e políticos emancipatórios. Frente a esses desafios, alguns profissionais têm mais facilidade em se adaptar à proposta, outros ainda precisam permitir-se dialogar com as diferenças e entender melhor suas incumbências. Também, é preciso reconhecer que tantas atribuições desafiadoras são colocadas sobre o NASF, ao mesmo tempo que não existem condições concretas para efetivá-las.

No próximo item, os resultados obtidos pela pesquisa serão apresentados, subsidiando o debate acerca de como o NASF vem se materializando na AB, reflexões que me foram ricas e densas durante a elaboração do TCC, momento impar no qual se pode fazer a “viagem de volta”.

3.3.1 A Pesquisa Bibliográfica e Documental

Esta investigação ocorreu como parte constitutiva do estudo e ampliação do que foi vivenciado e apreendido no Estágio Curricular visando adensar a discussão no TCC acerca de como o NASF vem se desenvolvendo em todo o país, sob a perspectiva da categoria das assistentes sociais. A pesquisa foi desenvolvida através do método qualitativo, que é a metodologia voltada ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem artefatos e a si mesmos, como se sentem e pensam (MINAYO, 2007). Essa investigação configurou-se como bibliográfica e documental (GIL, 2010). As

fontes de dados para coleta da pesquisa bibliográfica foram as produções científicas publicadas nos Anais dos principais eventos do Serviço Social, o CBAS de 2010 a 2016⁹, respectivamente o 13º e 14º CBAS; e o ENPESS de 2010 a 2014, respectivamente o XIIº, XIIIº, XIVº, e XVº. Em relação aos documentos, buscou-se através das entidades representativas da categoria profissional, o CFESS e os CRESS, coletar dados que fornecessem o registro da discussão sobre o NASF e o trabalho do assistente social neste espaço, tendo em vista a polêmica instaurada por algumas entidades instigadas em alguns eventos da categoria.

O projeto foi aprovado no Comitê de Pesquisa do Instituto de Psicologia da UFRGS, não precisando ser examinado pelo Comitê de Ética, tendo em vista a utilização de fontes secundárias, qual seja produções e documentos já publicadas nos Anais dos Eventos e publicados no *site* das entidades representativas da profissão. Contudo, a implicação ética está vinculada ao compromisso da devolução da pesquisa, além desta monografia, por meio de pactuação junto ao CRESS 10ª região para que os resultados sejam debatidos entre a categoria e contribuam para com o adensamento das reflexões. Além disso, estima-se a publicação de um artigo científico em periódico da área.

Concomitante à coleta de dados nos Anais dos CBAS e dos ENPESS, buscou-se também coletar os dados junto aos CRESS e CFESS, através da comunicação via *e-mail* e por carta, via correio. Para melhor compreensão do ciclo investigativo (MINAYO, 2007), será apresentada a análise das produções bibliográficas e após a análise documental.

A análise se deu por meio da técnica tratamento de dados denominada Análise de Conteúdo (MINAYO, 2007), e dentre as modalidades de Análise de Conteúdo, a Análise Temática. Segundo a autora, essa modalidade é a mais apropriada para o campo da saúde, consistindo em “[...] descobrir os núcleos de sentido que compõe uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico analisado.” (MINAYO, 2007, p. 316).

Essa técnica de tratamento de dados foi utilizada neste estudo que, operacionalmente desdobrou-se nas seguintes etapas: a) pré-análise, que se iniciou com a “leitura flutuante”, momento inicial onde a autora teve contato direto e intenso com o material. Foi retomado os objetivos iniciais e explorado o material, buscando o equivalente à operação classificatória,

⁹ Foi possível inserir na pesquisa as produções do CBASS de 2016 em virtude de que os anais já estavam disponíveis no mês setembro de 2016 (período em que o evento aconteceu), enquanto que o ENPESS 2016 só ocorrerá no mês de dezembro, data na qual esta monografia já estará concluída e entregue à banca examinadora.

que almeja o alcance do núcleo de compreensão do texto, buscando encontrar categorias¹⁰ em um processo de categorização¹¹. O tratamento dos resultados obtidos e a interpretação permitiram as inferências e interpretações que serão inter-relacionadas com o quadro teórico desenhado inicialmente (MINAYO, 2007).

Assim, com base na Análise Temática explicitada por Minayo (2007), o primeiro momento da coleta se deu na procura pelas produções científicas dos CBAS e dos ENPESS, tendo como critério os eventos realizados nos anos posteriores a 2008, em razão da criação do NASF. As palavras-chave estabelecidas foram: NASF, NASF e Serviço Social, NASF e matriciamento. Após a leitura flutuante e retomada dos objetivos, iniciou-se a exploração do material, onde a pesquisadora ao analisar os artigos contextualizou-os, identificando a localidade, a natureza do estudo, bem como a decodificação das categorias, elegendo as categorias centrais.

Foram encontrados um total de quatorze artigos identificados com as palavras chave nas produções científicas integrantes dos Anais dos ENPESS e dos CBAS (APÊNDICE A), que versam sobre o tema em pauta, conforme o Quadro nº 1 a seguir.

Quadro 1 - Produções Científicas sobre o NASF nos Anais dos CBAS e ENPESS

Nº	Evento	Ano	UF	Título	Autores/as
1	XII ENPESS	2012	PB	SERVIÇO SOCIAL NOS NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA: reflexos da contrarreforma do estado	FIGUEIREDO, Maria C.
2	XIII ENPESS	2014	RS	A INTERSETORIALIDADE E A INTERDISCIPLINARIDADE COMO EIXOS NORTEADORES DOS PROCESSOS DE TRABALHO NO NASF	BOLZAN, Liana de Menezes; HOFF, Luiza R.; GALVÃO, Aline A. Y. A
3	XIII ENPESS	2014	SC	O SERVIÇO SOCIAL NO NASF: elementos para pensar a intervenção profissional	NEITSCH, Laura; PRÁ, Keli R. dal.
4	XIII ENPESS	2014	PR	O MATRICIAMENTO NO CONTEXTO DOS NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA: considerações sobre o trabalho do Assistente Social	SANTOS, Eliezer R. dos; LANZA, Liria M. B.
5	XIII ENPESS	2014	PB	OS NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF) NA CIDADE DE CAMPINA GRANDE/PB	XAVIER, Alexandra B.; VASCONCELOS, Kathleen E. L.; SILVEIRA, Sandra A. S.
6	XIII ENPESS	2014	RS	NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF)	MACHADO, Daiana A. H.;

¹⁰ Falas ou expressões significativas que irão organizar o conteúdo (MINAYO, 2007).

¹¹ A categorização é a redução do texto à palavras e/ou expressões que tenham um significado (MINAYO, 2007).

				E CONTROLE SOCIAL	CHARQUEIRO, Leslie T.; ARSEGO, Livia R.
7	14° CBAS	2013	RJ	O NASF NO MUNICÍPIO DE SILVA JARDIM/RJ: REFLEXÕES SOBRE OS DESAFIOS PARA O SERVIÇO SOCIAL	SANTIAGO, Ana C. X. dos S.; MORAES, Livia R. F. de.
8	14° CBAS	2013	RJ	O SERVIÇO SOCIAL NO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA DA AP 5.1 NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO: contribuições e perspectivas	MENDES, Adriana do C. et al.
9	15° CBAS	2016	PB	O APOIO MATRICIAL E EQUIPES DE REFERÊNCIA: análise das particularidades dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) de Campina Grande/PB e de João Pessoa/PB	XAVIER, Alexandra B. et al.
10	15° CBAS	2016	PR	A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA EM UBIATÁ/PR	BACKSCHAT, Tânia M. da S.; ANDRADE, Edneia P. de.
11	15° CBAS	2016	PI	O NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF) E AS ESTRATÉGIAS DE CUIDADO FRENTE OS USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS	SOUSA, Rafaella S.; ROCHA, Camila M. C.
12	15° CBAS	2016	SC	PRAXIS INFORMACIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL: Proposta de estudo de cartografia no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) de Palhoça SC	MENDES, Elenice M.
13	15° CBAS	2016	CE	A INTERFACE ENTRE O NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA E A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: Percepção das Relações no Contexto da Atenção Básica	SOUSA, Eriene A. de et al.
14	15° CBAS	2016	PB	CONCEPÇÕES E PRÁTICAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE: uma análise a partir das equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) nos municípios de Campina Grande/PB e de João Pessoa/PB	SILVA, Camila R. L. et al.

Fonte: Elaborado pela autora

Dessas quatorze produções, constata-se que seis (6) são do 15° CBAS (2016); cinco (5) do XIV ENPESS (2014); duas (2) do 14° CBAS (2013); e uma (1) do XIII ENPESS (2012), demonstrando que, por se tratar de uma proposta relativamente nova no âmbito da saúde, na esfera da categoria de assistentes sociais os estudos acerca de NASF são poucos, mas vêm aumentando a cada ano/evento. Verifica-se ainda que a produção sobre o tema é maior nos eventos do CBAS do que no ENPESS, tendo em vista a análise do mesmo número de eventos do CBAS e do ENPESS.

Evidencia-se também que no 13º CBAS e o XIIº ENPESS, ambos ocorridos em 2010, e por isso não aparecem no Quadro 1, não tiveram nenhum artigo que discutisse sobre o NASF, atestando que, os/as assistentes sociais não se apropriaram a respeito do campo de imediato, mesmo depois de dois anos de criação do NASF.

É demonstrado no Quadro 1 que o estado da Paraíba se destaca com quatro (4) produções a respeito do NASF, já os estados da região Sul¹² do Brasil e do Rio de Janeiro possuem duas (2) produções cada um, enquanto que os estados do Ceará e do Piauí possuem uma (1). Em contrapartida, é importante evidenciar que em três (3) casos alguns/as autores/as se repetem, podendo sugerir que no âmbito do Serviço Social, muitas vezes, não há renovação de pesquisadores/as nos eventos da categoria, mas também que há uma continuidade dos estudos sobre a temática pelos autores.

Destaca-se que dessas produções científicas, cinco (5) foram apresentadas como pesquisas qualitativas com utilização de entrevistas, quatro (4) não tiveram a natureza do estudo especificada, três (3) foram identificadas como relatos de experiência e duas (2) como pesquisas documentais, expressando que os/as assistentes sociais estão indo a campo em suas pesquisas. Entretanto, existem inadequações nas construções dos artigos encaminhados aos eventos do Serviço Social. Nos artigos lidos, constatou-se que muitas vezes não é especificado a caracterização de seus estudos, no qual a autora faz uma sugestão de indicação, estipular padrões para a elaboração das produções que compõe os Anais nos CBAS e nos ENPESS.

Dentre os quatorze (14) artigos, em relação ao título, sete (7), abordam os termos “Serviço Social” ou “assistente social”. Entretanto, todos, embora não tragam esse enunciado no título, em algum momento, abordaram aspectos da inserção do/a assistente social nesse espaço, tendo em vista que ambos os eventos consultados são específicos da área. Entre as outras palavras-chave encontradas nos títulos dos artigos, duas (2) referem-se à tecnologia de gestão Apoio Matricial, aparecendo também a relação do NASF com o Controle Social, com a Intersetorialidade e a Interdisciplinaridade, com a Promoção de Saúde e com as Substância Psicoativas. Em nenhum título das produções foi encontrada a categoria Integralidade. Contudo, conforme será demonstrado posteriormente, essa categoria foi apresentada significativamente nas discussões dos artigos.

Após a leitura do material, bem como mediante a identificação e organização das unidades de registro, as informações coletadas foram categorizadas em consonância com os

¹² Composta pelos estados do Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Paraná.

objetivos da pesquisa, evidenciando-se cinco (5) grandes categorias, sendo elas: 1) organização/desenvolvimento; 2) limites impostos ao trabalho no NASF; 3) possibilidades; 4) desafios; e 5) a consolidação da integralidade no trabalho do NASF, que serão explicitadas a seguir de forma descritiva e analítica.

Destaca-se em quatro artigos como as equipes se organizam e desenvolvem o trabalho através da reunião de equipe, que é entendida como um espaço significativo para o matriciamento; visitas às USF de acordo com as demandas advindas, portanto, não acontecendo com a mesma frequência em todas as Unidades, também são um momento de relação entre a equipe de matriciamento e a de SF. Esse contato é preestabelecido e geralmente é organizado através da agenda da equipe do NASF e do contrato de relações de trabalho entre os profissionais de referência e matriciadores. Vale evidenciar que foi identificado em um dos artigos que os/as ACS são importantes parceiros/as do NASF na organização e elaboração de estratégias de alcance à população. Evidencia-se, também, que o desenvolvimento do trabalho do NASF vem ocorrendo por meio de ferramentas/instrumentos de trabalho, dentre eles: consultas conjuntas, visitas domiciliares, cartografia em saúde e discussões de caso, além de instrumentos referentes à dimensão técnico-pedagógica como ações coletivas e educativas que envolvem oficinas e grupos com populações específicas. E na contramão daquilo que é previsto na portaria, bem como do que o conceito de Apoio Matricial preconiza, foi identificado que em alguns NASF os atendimentos ambulatoriais e especializados possuem supremacia o que ocorre, em muitos casos, por consequência da demanda reprimida no sistema de saúde. Apesar disso, dois artigos relataram que os respectivos NASF foco de suas investigações, atuam em consonância com as diretrizes estabelecidas pelo MS.

Também identifica-se em dois artigos que o NASF é criado em um referido município brasileiro como forma de substituição a um apoio institucional já existente. Sobre esse aspecto, Oliveira e Campos (2015, p. 235) explicam que:

[...] o Apoio Institucional caracteriza-se por uma metodologia que busca reformular os tradicionais mecanismos de gestão mediante a realização de cogestão. Pressupõe postura interativa, tanto, analítica quanto operacional, que complementaria e transformaria a forma de se desempenhar as funções gerenciais como a de coordenação, planejamento e direção – Apoio para viabilizar o governo e a gestão no modelo de cogestão.

O Apoio Matricial é relativo à clínica e o Apoio Institucional à gestão (OLIVEIRA; CAMPOS, 2015), dessa forma, esses conceitos não se configuram enquanto sinônimos mas, por sua vez, são frequentemente confundidos pelos gestores.

A capacitação para matriciadores, evidenciado em um (1) artigo, foi uma das necessidades percebidas para o trabalho do NASF já que, como discutido anteriormente, são necessárias competências suplementares para o trabalho sob a perspectiva do Apoio Matricial, tendo em vista que o apoiador matricial em grande parte do tempo irá atuar através do campo ao invés do seu núcleo de saber específico. Em que pese seja fundamental para a atuação na perspectiva integral, a intersectorialidade foi apontada apenas em um artigo e uma vez como uma estratégia utilizada por um NASF.

No que se relaciona à categoria "dos limites impostos ao trabalho no NASF", foram identificadas as subcategorias: a) condições de trabalho, no qual existe a proeminência em relação ao frágil vínculo empregatício, manifestado em cinco artigos, demonstrando que os trabalhadores dos NASF muitas vezes sofrem com a precarização e instabilidade da situação trabalhista através da terceirização, além da rotatividade que prejudica veemente o planejamento e o vínculo da equipe de matriciadores; b) os problemas estruturais, como a falta de equipamentos, insumos e estrutura física adequada; a falta de condições para deslocamento, onde o NASF não possui carro próprio conforme previsto na legislação, bem como os trabalhadores não são ressarcidos pelo transporte, sendo obrigados, para a execução de seu trabalho, custearem a própria movimentação entre as Unidades de Saúde. Ainda sobre os limites, a demanda elevada é evidenciada em quatro artigos, manifestada pelo número excessivo de equipes de referência vinculadas a cada NASF. Também foi encontrado em dois artigos a dificuldade de desenvolvimento do trabalho, advinda da polivalência que os profissionais adquirem, em que muitas vezes acabam por executar ações que não estão dentre as suas atribuições enquanto matriciadores. E por fim, referente às condições de trabalho, está a desvalorização profissional, onde em dois artigos os/as pesquisadores/as frisaram as baixas remunerações dos trabalhadores do NASF, aspecto que está intimamente ligado com a fragilidade dos vínculos trabalhistas.

Como outra limitação do trabalho do NASF está o entendimento acerca do Apoio Matricial. Cinco artigos explicitam desde a dificuldade para efetivar esse referencial teórico-metodológico até o distanciamento da prática daquilo que é previsto. A efetivação do Apoio Matricial também encontra dificuldades na relação com as equipes de SF, em dois artigos há evidências de que existem equipes de NASF que possuem dificuldades de interação com as suas equipes de referência. Os escassos cursos de formação para apoiadores, bem como, a

formação profissional que não é voltada para o trabalho interdisciplinar e, portanto, para o trabalho de apoiador matricial, é demarcada por dois artigos. Nesse sentido, é existente a dificuldade para o trabalho interdisciplinar, verificada em duas produções.

A conjuntura macrossocial de contrarreforma do Estado e, em consequência, de precarização do SUS, é marcada em dois artigos como fator limitante do trabalho no NASF, do mesmo modo que em toda política de saúde. A carência de assistentes sociais em NASF assim como na AB em geral é demonstrada em três produções, revelando a necessidade de ampliação na inserção desses profissionais nessa esfera do SUS. Outro fator referente à categoria e às limitações do trabalho no NASF é que, conforme explicitado em um artigo, muitas vezes os assistentes sociais não dedicam seu trabalho para a superação do modelo médico-hegemônico com vistas ao conceito ampliado de saúde. Há, também, problemas de gestão identificados em dois artigos, como a falta de investidas da gestão para a transformação do modelo de saúde e a falsa cobertura territorial por parte dos NASF. A falta de posicionamento e enfrentamento político por parte dos trabalhadores é outro limite bem importante evidenciado nas produções o qual abarca a falta de uma postura crítica, bem como sua desmobilização na luta por direitos e políticas sociais e igualmente o não comprometimento com os princípios da Reforma Sanitária. Ainda sobre os limites, dois artigos revelaram que o trabalho no NASF acaba por acarretar vínculos muito frágeis com a população, além da ausência da articulação intersetorial ser citada em um artigo.

Contudo, o NASF não se caracteriza apenas enquanto espaço de limites e contradições, é também um campo rico de possibilidades de intervenção, considerando o espaço privilegiado que ocupa na ESF, além do Apoio Matricial se estabelecer como um novo arranjo organizacional de trabalho interdisciplinar na esfera do SUS. A terceira categoria "possibilidades do trabalho no NASF" reúne as seguintes subcategorias: a) qualificação e avanço na ESF, onde o NASF é entendido em seis produções enquanto um dispositivo de ampliação, qualificação, potencialização e fortalecimento da AB, constituindo-se enquanto uma importante estratégia de intervenção no território; b) a superação de práticas tradicionais na saúde, onde o NASF é percebido como uma proposta que almeja romper com a concepção de saúde hegemônica, caracterizada pelo modelo hospitalocêntrico, que é originado através de uma visão fragmentada do ser humano; c) espaço de acesso aos direitos por parte da população, por intermédio do entendimento que o NASF contribui para expansão de atividades e informações que visam o acesso e garantia de direitos, cidadania e minimização das desigualdades; d) a interdisciplinaridade, entendendo que a proposta NASF preconiza o trabalho articulado com vistas a troca de saberes e intervenções mais qualificadas; e) a

intersetorialidade no qual o NASF é evidenciado como dispositivo que contribui para a construção de articulações entre políticas setoriais e intersetoriais; f) a educação permanente trazida como diretriz efetivada pelo NASF; g) fortalecimento de vínculos, em que o NASF é considerado um importante mecanismo que visa aprofundar a integração entre equipes de SF e comunidades; e por fim, h) o controle social, já que o NASF é compreendido como principal equipe que promove espaços de participação junto à população. Na área do Serviço Social, é colocada como potência a inserção do/a assistente social na ESF por intermédio do NASF, expandindo o espaço sócio-ocupacional da categoria na saúde, assim fundando-se como um campo denso, rico, privilegiado e profícuo a esses profissionais, onde sua presença contribui positivamente no que se refere a garantia de acesso aos direitos à população.

Na quarta categoria "desafios do trabalho no NASF", foram evidenciados através das decorrentes subcategorias: a) consolidação do conceito de saúde ampliado por meio da sua disseminação; b) redefinição do modelo atual de atenção priorizando as reais necessidades da população, c) mudanças nos processos de trabalho; d) superação da atenção fragmentada; e) a construção da horizontalidade nas ações de atenção à saúde; f) a intersetorialidade é um desafio do NASF cuja agenda deve contemplar o progresso de ações de cunho intersetorial; g) a realidade dos territórios que se coloca como desafiadora na medida que se expressa mediante a diversos quadros de adoecimento físico e mental; h) a territorialidade que se manifesta a partir da necessidade de identificação das prioridades no território para o planejamento das ações; i) a necessidade de ampliação das discussões acerca do Apoio Matricial; j) a conjuntura macrossocial que, por meio do neoliberalismo, impõe desafios complexos na garantia de uma saúde pública, gratuita, universal e de qualidade; l) as precárias condições de trabalho das equipes, no qual os trabalhadores, mesmo sob penosas circunstâncias, precisam atuar na defesa da saúde em sua plenitude; m) a efetivação do controle social; n) a consolidação da educação permanente; o) a superação do conservadorismo, ao passo que ainda existem preconceitos e senso comum no cotidiano das equipes; p) e a integralidade. Na esfera do Serviço Social, o desafio mencionado é a consolidação do Projeto Ético-Político da profissão o qual é ligado estreitamente a um processo de construção de uma nova sociedade e, conseqüentemente, a um projeto de saúde democrático.

Como fatores impactantes na consolidação da integralidade na perspectiva do NASF, foram identificadas as referidas subcategorias que dão materialidade aos desafios: a inserção do Serviço Social, haja vista sua importância para a atenção integral bem como a vinculação da profissão aos princípios da Reforma Sanitária que visam a ruptura com o modelo médico-

hegemônico; a interdisciplinaridade e a intersetorialidade, as quais se configuram enquanto sustentações da integralidade (RAICHELIS; NOGUEIRA; MIOTO, 2007); a própria criação do NASF, já que surge como forma de reinserção na ESF de categorias profissionais até então excluídas, as quais vão além da categoria médica e contribuem para o entendimento do ser humano através de perspectiva integral; e por último, a contrarreforma do Estado uma vez que o sucateamento da AB produz a ruptura com a concepção de integralidade.

A coleta de dados junto ao CFESS e aos 26 CRESS do país, foi por contato via *e-mail*¹³. Nessa fase, os CRESS foram indagados sobre a existência de documento oficial que constasse o posicionamento dos mesmos em relação ao trabalho desenvolvido pelo NASF e/ou de como tem se desenvolvido o trabalho do/a assistente social nesse campo. Contudo, em virtude das poucas devoluções via *e-mail*, a coleta se estendeu, tendo em vista investir em outra estratégia, a da consulta aos CRESS através da entrega¹⁴ de um documento impresso (carta) no XV CBAS¹⁵. Essa carta solicitava esclarecimentos aos representantes da entidade de cada regional do Brasil, as quais totalizam 26 regionais de CRESS¹⁶, sobre o trabalho desenvolvido pelo NASF e as discussões sobre este tema junto a categoria.

Esse processo de coleta resultou na devolução de doze (12) respostas dos CRESS, aproximadamente 46%. Desses doze, três (3) encaminharam material, e os nove restantes, responderam que não há nenhum documento do conselho referente a discussão sobre a inserção dos/as assistentes sociais no NASF.

O CRESS 16ª Região/AL enviou um ofício alegando que seu cadastro das áreas de atuação dos profissionais encontra-se em situação desatualizada, bem como que no ano de 2014 a entidade mobilizou-se para levantamento, o que foi inviabilizado pela falta de retorno da Secretaria de Saúde do estado. Além disso, o referido CRESS explicita nesse documento que em muitos NASF não são incluídos/as assistentes/as sociais/as.

Já o CRESS 6ª Região/MG enviou uma revista da entidade na qual, no segmento da Comissão de Saúde e Serviço Social, há um item que descreve limites e um desafio para a execução do trabalho dos/as assistentes sociais no NASF. Como limites na atuação do Serviço Social no NASF, a visão do/a assistente social na AB enquanto uma “extensão da assistência social” e também a postura, muitas vezes adotada pela categoria, de culpabilização dos usuários e adequação a procedimentos, fortalecendo o contato verticalizado e autoritário entre

¹³ Os *e-mails* dos CRESS estão disponíveis nos *sites* das entidades.

¹⁴ A entrega foi realizada pela Prof^a orientadora deste trabalho, Prof^a Dr^a Alzira M. B. Lewgoy que esteve presente no evento.

¹⁵ O CBAS desse ano, 2016, foi realizado em Olinda/PE nos dias 5 a 9 de setembro.

¹⁶ Fonte: CFESS, agosto de 2016.

profissionais e usuários. O desafio colocado aos/às assistentes sociais no NASF diz respeito à coletivização das demandas segundo as quais são tratadas de forma individualizada e psicologizada, voltando-se para acolhimentos individuais e mera responsabilização dos usuários, sem uma leitura crítica da realidade.

O CRESS 9ª Região/SP embora não encaminhando nada específico sobre sua área de abrangência, enviou diversos arquivos acerca do tema, como produções científicas publicadas nos ANAIS de eventos e as legislações vigentes, materiais já encontrados pela autora. Foram inseridos nesse processo de coleta de dados, duas apresentações do Seminário Nacional de Serviço Social na Saúde, promovido pelo CFESS, que ocorreu em Olinda/PE no ano de 2009. Em relação a esse evento, foi encontrado na página virtual do CFESS as apresentações pertencentes à plenária 2 de título “O Serviço Social e as contradições da Estratégia da Saúde da Família e do NASF”¹⁷ das assistentes sociais Sâmbara Paula Ribeiro, representando o CFESS (RIBEIRO, 2009) e Vera Maria Ribeiro Nogueira, representando a UFSC (NOGUEIRA, 2009). Percebeu-se que é parte do processo de mobilização da categoria essa discussão, no entanto, também se ilustra a escassez de materiais publicados.

Na apresentação realizada pela assistente social Sâmbara Ribeiro, na categoria organização e desenvolvimento, o/a assistente social deve coordenar os trabalhos de caráter social; estimular e acompanhar o desenvolvimento de trabalhos de caráter comunitário; discutir e refletir com as ESF a realidade social e as formas de organização dos territórios, desenvolvendo estratégias de enfrentamento; atender as famílias de forma integral, em conjunto com as ESF, estimulando a reflexão sobre o conhecimento dessas famílias, como espaços de desenvolvimento individual e grupal, sua dinâmica.

Nesses mesmos materiais limites são colocados, como relativos à conjuntura macrossocial de redução de custos; à desqualificação da ESF e do NASF, envolvendo o elevado número de equipes de SF vinculadas a cada equipe de matriciamento; a precariedade na composição das equipes do NASF visto que os profissionais são indicados pelos gestores municipais e a inserção da categoria na ESF sem predominância da qualidade, visto que os/as assistentes sociais deveriam compor, além do NASF, a equipe básica; a precariedade das condições de trabalho no NASF (estrutura e vínculos trabalhistas); a falta de planejamento estratégico; a ausência de dados precisos sobre o contingente de assistentes sociais inseridos no NASF; a sustentação, por parte do NASF, da segmentação das ações incluindo o Serviço Social, que, embora seja uma profissão, é considerado uma “área de atuação” pelo MS,

¹⁷ Disponível em: <<http://www.cfess.org.br/visualizar/noticia/cod/233>>.

demonstrando a desqualificação do “social” na Saúde; e a contradição na relação dos NASF com as USF haja vista que a equipe de matriciadores deve acompanhar as equipes de SF sem a vivência da mesma, em um caráter de supervisão.

Quanto aos desafios postos, foram evidenciadas as múltiplas expressões da questão social; a conjuntura macrossocial no que se refere à redução das políticas sociais oriunda do avanço neoliberal; a diversidade e vastidão das demandas; a construção de dispositivos de monitoramento e avaliação; o adensamento das mediações entre o projeto profissional e o projeto de Reforma Sanitária no contexto NASF; e a ampliação do debate acerca da ESF e do NASF dentro da categoria e também em articulação com outros movimentos organizados.

Na categoria possibilidades inserem-se as seguintes subcategorias: quanto a inserção do Serviço Social é destacado o exercício profissional na perspectiva do projeto ético-político, o papel que a categoria desempenha nas ações interdisciplinares, no NASF se constituir enquanto um espaço sócio ocupacional pleno em diversidade e em processo de consolidação; no apoio matricial enquanto dispositivo que promove a articulação da AB com outros níveis de atenção; e a materialização dos princípios do SUS. A categoria integralidade é explicitada quanto às contribuições dos/as assistentes sociais para sua consolidação.

Há de se considerar que, a coleta de materiais dos CRESS tinha o intuito de compreender como o trabalho do Serviço Social no campo do NASF tem sido visto e/ou enfrentado em cada região do país. A carência de materiais coletados na pesquisa, e, em especial, na fase de coleta de documentos do conjunto CFESS/CRESS, sugere que, apesar de completados 8 anos de criação do NASF, a categoria ainda precisa amadurecer o debate frente a proposta. Mesmo que os representantes desta entidade já tendo se posicionado politicamente no Seminário Nacional de Serviço Social na Saúde, em 2009, é preciso que o conjunto CFESS/CRESS direcione com maior veemência a atuação dos/as assistentes sociais no campo, como por exemplo, inserindo a discussão relativa ao Apoio Matricial nos Parâmetros de Atuação de Assistentes Sociais na Saúde. Em síntese, com base principalmente nos limites apresentados nessa pesquisa, se evidencia a urgência de estudos aprofundados sobre o Serviço Social no NASF, avançando no debate propositivo da categoria.

Quanto ao CRESS 10ª região, reitera-se que, embora essa entidade não tenha enviado nenhum material à autora, sabe-se a existência de discussões sobre NASF nessa esfera. Nesse CRESS os/as assistentes sociais que atuam na política de Saúde se organizam por meio do Grupo Temático – GT Saúde, responsável pela organização das Oficinas de Saúde nos EGAS, onde, conforme já explicitado, nos anos de 2015 e 2016 foram importantes no fomento dos questionamentos da autora acerca do NASF.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em razão de que a realidade está constantemente transformando-se, o percurso de formação profissional contribuiu para a transformação pessoal da autora, onde pode-se considerar que sua relação com o mundo foi redefinida ao apreender a profissão inserida na dinâmica da sociedade de classes e suas determinações. Esse foi um processo intenso de caráter crucial para a acadêmica. Nessa perspectiva, imaginar que se possa ter um tipo de valores na vida privada e outros, distintos, na vida profissional, além de ser um equívoco teórico, é prático, considerando que é ontologicamente inviável (MATOS, 2013).

Ao longo desta monografia, procurou-se a reflexão através da realidade sócio-histórica da política de AB de forma a apontar algumas das suas contradições, produto das múltiplas expressões da questão social, inerentes ao sistema capitalista. Contradições essas que se manifestam em todas as esferas da vida nessa sociedade, não sendo distinto na dinâmica de criação e operacionalização dos NASF.

A imersão na realidade distrital da AB por meio do Estágio Curricular I, II e III foi fundamental tendo em vista que através do cotidiano pode-se entender como o SUS se materializa, quais as relações de poder perpassam a operacionalização da política na instância municipal incidindo sobre o trabalho e as decisões institucionais, conhecer o território vivido e suas potencialidades e precariedades, perceber as diferentes formas de organização das equipes, identificar os mecanismos de resistência e defesa dos trabalhadores e usuários, visualizar e vivenciar a precarização dos setores, entre outros aspectos.

Esta monografia buscou responder algumas indagações da autora referentes a efetividade do NASF àquilo que o mesmo se propõe, utilizando a integralidade enquanto categoria teórica haja vista sua relação basilar com os núcleos de matriciamento da SF. E vinculada a essa mesma questão, conhecer como o trabalho no NASF vem sendo desenvolvido em todo país, discernindo os seus limites, desafios e possibilidades em um recorte feito a partir do Serviço Social. Esse recorte foi necessário em função do tempo hábil para elaboração deste trabalho pois, para uma análise mais completa de como o NASF vem sendo constituído, se faz necessária a busca em produções científicas advindas de outras áreas de conhecimento, afinal, os apoiadores matriciais dessa proposta integram equipes interdisciplinares.

A partir da pesquisa realizada neste trabalho pode-se perceber que o assistente social inserido no campo de atuação profissional em questão vivencia um contexto de precarização, onde as condições de trabalho se confirmaram como subcategoria prevalente dentro dos

limites impostos ao trabalho no NASF. Condições de trabalho desenhadas pela fragilidade dos vínculos empregatícios, estrutura precária, baixos salários e ainda as demandas das unidades de saúde que se somam no NASF.

Entende-se que as políticas sociais não são suficientes para a transformação social almejada, entretanto, são instrumentos importantes de acesso parcial aos direitos da classe trabalhadora, podendo contribuir para a melhora das suas condições de vida. A Constituição de 1988, juntamente com o SUS, dentro dos limites de uma sociedade organizada por meio do modo de produção capitalista, ocupam um espaço privilegiado na história do país, que vem desde o reconhecimento de direitos básicos até uma visão ampla da saúde e seus determinantes sociais. Ao mesmo tempo, há de se levar em consideração que o projeto de sociedade em vigor direciona os rumos a serem tomados, basta ver a criação de mecanismos de redução do financiamento das políticas brasileiras, como por meio da influência de organismos internacionais conforme discutido no corpo deste trabalho, ou como por mediação da atual PEC 55¹⁸ que institui um novo regime fiscal racionalizador. Esses fatores demonstram que, mesmo em meio a históricos avanços constitucionais, as disputas por projetos de sociedade não se amenizam, ainda mais vivendo em um país de uma elite tão conservadora como a do Brasil.

Atualmente, diante da conjuntura política do país de *impeachment* da presidenta Dilma seguida do governo ilegítimo de Michel Temer, gestores que compõe o MS se articulam para revisão da PNAB. Segundo a Fundação Oswaldo Cruz¹⁹, o MS, de maneira antidemocrática, promoveu o VII Fórum Nacional de Gestão da Atenção Básica objetivando aprovar propostas para a PNAB como a de flexibilização da composição das equipes mínimas de ESF; diferenciação dos regimes de trabalho, carga horária e vínculo trabalhista; unificação dos cargos de ACS e Agente Comunitário de Endemias; e versatilidade na quantidade de pessoas cobertas pela ESF, que pode passar a ser pela necessidade sanitária do território. Essa revisão expressa a potencialização da focalização da AB e o aprofundamento da flexibilização do trabalho, na contramão da conquista histórica de um sistema de saúde universal e de qualidade. No contexto histórico, marcado por um golpe de Estado pseudolegal, sustentado pelo poder Judiciário, vive-se o desmonte do SUS e de direitos sociais arduamente

¹⁸ A PEC 55 é a antiga PEC 241, a qual irá instituir um Novo Regime Fiscal no âmbito dos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social da União que irá vigorar por 20 exercícios financeiros (20 anos), limitando as despesas com as Políticas de Saúde, Educação, Assistência Social e Previdência. Fonte: <<https://www12.senado.leg.br/ecidadania/visualizacaomateria?id=127337>>. Essa PEC já foi aprovada pela Câmara dos Deputados e está prestes a ser votada no Senado ainda neste ano de 2016.

¹⁹ Fonte: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/quinada-biomedica>>.

conquistados na história brasileira, demonstrando que o período atual é totalmente desfavorável para as políticas sociais.

Desde sua criação, o SUS sobrevive em um processo contínuo de avanços e retrocessos. O NASF também é resultante disso. A proposta do NASF foi criada em 2008, em um contexto de precarização e contenção de despesas, onde a saúde enquanto direito social e universal é ameaçada. As estratégias neoliberais de sucateamento e privatização da saúde incidem diretamente sobre a ESF e o NASF na diminuição do quadro técnico, na inexistência de meio de transporte para a atuação efetiva do NASF, na incidência do IMESF em Porto Alegre, nas formas de gestão antidemocráticas, evidenciando a distância entre os princípios legais à garantia de fato.

Embora a criação do NASF tenha sido efetuada em prol da perspectiva integral na AB, existem muitas dificuldades para sua efetivação. Dificuldades de ordem conjuntural e dificuldades mais específicas de cada equipe. É importante considerar que o NASF foi criado em um cenário de disputa teórico-política de modelo de saúde (modelo assistencial privatista e modelo da Reforma Sanitária), e o seu desenvolvimento em todo o Brasil tem acontecido de maneira bem heterogênea, porém sob o mesmo “pano de fundo”: racionalização do financiamento público. Dessa forma, a relevância desse estudo é também relacionada à contribuição no adensamento das reflexões sobre o NASF no âmbito da profissão, constata-se a necessidade dos/as assistentes sociais estarem sempre atentos/as às mudanças presentes e em curso.

Mediante à ordem vigente, o/a assistente social, como trabalhador assalariado, é requerido pelas necessidades do desenvolvimento do capitalismo e as suas conseqüentes contradições, contexto que exige aos trabalhadores assistentes sociais a intervenção através da reprodução das relações produtivas do capital. Inseridos nessa contradição, encontram-se o conjunto de trabalhadores da esfera pública que, atravessados pelas expressões da questão social, e ainda, pela especificidade de serem trabalhadores na representação do Estado, são responsabilizados pelo efetivação dos serviços públicos. Toda essa dinâmica, requer que os assistentes sociais mantenham um olhar aprofundado para a conjuntura macrossocial, tarefa árdua diante de que é na perspectiva neoliberal que se vive e o condicionamento a legitimá-la é predominante. Atualmente, a categoria dos/as assistentes sociais atua defronte a essa sociedade, que se materializa desumanizando as relações sociais e banalizando os direitos humanos. Ser um/a assistente social competente na atualidade.

[...] não é uma tarefa fácil. Construimos um projeto de profissão que vai à contracorrente do projeto societário hegemônico. Assim, os assistentes sociais que se pautam no citado projeto profissional se deparam com um caldo cultural contrário: no trabalho, na família, na sociedade... A tarefa dos descontentes é árdua, mas é plena quando acreditamos naquilo que propomos e fazemos. Com capacidade intelectual, agir ético e permanente leitura da realidade podemos, no coletivo da categoria profissional, construir pequenos inícios de caminhadas concretas. Mas temos que acreditar nisso, pois não basta aderir aos princípios do projeto: é necessário internalizá-los [...] (MATOS, 2013, p. 98).

Embora existam posições conservadoras no âmbito da categoria, o Serviço Social é, hegemonicamente, uma profissão inserida na luta da classe trabalhadora, e a categoria precisa manter esse posicionamento fortalecido em meio a onda neoconservadora que vem ganhando ainda mais força em todo o mundo. Então, através do entendimento da autora, um dos grandes desafios postos à categoria na atualidade é a reafirmação constante do Projeto Ético-Político, no reconhecimento da liberdade como valor ético central, na defesa intransigente dos direitos humanos, na ampliação e consolidação da cidadania, no aprofundamento da democracia e da justiça social, reiterando sempre a opção por um projeto de profissão ligado ao processo de construção de uma nova sociedade, livre de dominação e exploração de classe, etnia e gênero (CFESS, 2012).

Entretanto, embora exista a direção do compromisso dos/as assistentes sociais com sua classe, sabe-se que para a transformação da sociedade é imprescindível o movimento da classe trabalhadora em sua amplitude, extrapolando os limites da profissão, porém, tendo os/as assistentes sociais inseridos nessa luta enquanto trabalhadores/as assalariados/as que são. Para a ocorrência de transformações estruturais na sociedade é preciso intervir sobre o cerne da questão social que se expressa a partir da apropriação privada de poucos daquilo que foi produzido socialmente por muitos, gerando a contradição básica da sociedade capitalista: capital x trabalho. Nessa linha de pensamento, é importante reafirmar que a verdadeira transformação só ocorrerá com a articulação de todo o conglomerado integrante da classe trabalhadora, mediante à unidade e a mobilização, e, para tal fim, é imperativo que se ultrapasse as “fronteiras” do “mundo acadêmico”, investindo em um trabalho de base junto a classe trabalhadora.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO E PESQUISA EM SERVIÇO SOCIAL - ABEPSS. **Proposta de Diretrizes Gerais para o Curso de Serviço Social**. Rio de Janeiro: ABEPSS, 1996. Disponível em:

<http://www.abepss.org.br/uploads/textos/documento_201603311138166377210.pdf>.

Acesso em: 19 de out. de 2016

AFONSO, Maria Lúcia M. (Org.). **Oficinas em dinâmicas de grupo na área da Saúde**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

ALVES, Giovanni. Crise estrutural do capital, maquinofatura e precarização do trabalho – a questão social no século XXI. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 12, n. 2, p. 235-248, jul./dez. 2013. Disponível em:

<<http://www.cressrn.org.br/files/arquivos/0yhV7c6D20i1136S8BhH.pdf>>. Acesso em: 2 nov. 2016.

_____. Trabalho, subjetividade e capitalismo manipulatório - O novo metabolismo social do trabalho e a precarização do homem que trabalha. **Estudos do Trabalho**, São Paulo, v. 8, p. 1-31, 2011. Disponível em:

<http://www.estudosdotrabalho.org/4_8%20Artigo%20ALVES.pdf>. Acesso em: 2 nov. 2016.

ANTUNES, Ricardo; ALVES, Giovanni. As mutações no mundo no trabalho na era da mundialização do capital. **Educ. Soc.**, Campinas, v. 25, n. 87, p. 335-351, maio/ago. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/es/v25n87/21460.pdf>>. Acesso em: 2 de novembro de 2016.

ASSIS, Marluce Maria Araújo; VILLA, Tereza Cristina Scatena. O controle social e a democratização da informação: um processo em construção. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 11, n. 3, p. 376-382, 2003.

BEHRING, Elaine R.; BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social: fundamentos e história**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

BIDARRA, Zelimar Soares. Pactuar a intersectorialidade e tamar as redes para consolidar o sistema de garantia de direitos. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 99, p. 483-497, jul/set. 2009.

BOSCHETTI, Elaine. Avaliação de políticas, programas e projetos sociais. In: **Serviço Social: direitos e competências profissionais**. Brasília, DF: CFESS/ABEPSS, 2009. p. 575-592.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**, 1988. Brasília, DF: Senado, 1988. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm>. Acesso em: 2 nov. 2016.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 19 setembro 1990.

_____. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica: Diretrizes NASF**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. n. 27.

_____. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 28 junho 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica - PNAB**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica: Núcleo de Apoio à Saúde da Família: ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. v. 1, n. 39.

BRAVO, Maria I. S. **A política de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: UERJ/DEPEXT/NAPE, 2001.

CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 393-403, 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/csc/v4n2/7121.pdf>>. Acesso em: 18 out. 2016.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 2, p. 219-230, 2000.

CAMPOS, Núbia. O surgimento do NASF e a atuação do Serviço Social. In: SIMPÓSIO MINEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS, 3., 2013, Belo Horizonte. **Anais...** Belo Horizonte: CRESS, 2013.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/csp/v23n2/16.pdf>>. Acesso em: 18 out. 2016.

CARCANHOLO, Marcelo D.; BARUCO, Grasiela C. da C. A estratégia neoliberal de desenvolvimento capitalista: caráter e contradições. **Praia Vermelha**, Rio de Janeiro, v. 21 n. 1, p. 9-23, jul./dez. 2011.

CASTRO, C. P.; OLIVEIRA; M. M; CAMPOS, G.W.S. Apoio Matricial como articulador das relações interprofissionais entre serviços especializados e atenção primária à saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 455-481, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v26n2/0103-7331-physis-26-02-00455.pdf>>. Acesso em: 18 out. 2016.

CECÍLIO, Luiz C. de O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (Org.). **Os sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 8. ed. Rio de Janeiro: UERJ, 2006. cap. 4.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL – CFESS. **Parâmetros para a atuação de assistentes sociais na saúde**. Brasília, DF: CFESS, 2008.

_____. **Código de Ética do/a Assistente Social**. 10. ed. Brasília, DF: CFESS, 2012.

CORDEIRO, Hésio. O Instituto de Medicina Social e a luta pela Reforma Sanitária: contribuição à história do SUS. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 343-362, 2004.

COSTA, Maria D. H. **O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos(as) assistentes sociais**. 1998. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 1998.

CUNHA, Gustavo T.; CAMPOS, Gastão W. de S. Apoio Matricial e Atenção Primária em saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 961-970, 2011.

DIAS, Míriam T. G. et al. Comitê gestor dos distritos docente-assistenciais Glória/Cruzeiro/Cristal e Centro. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Porto Alegre, v. 2, p. 15-17, 2013. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/83519/000906172.pdf?sequence=1#page=13>>. Acesso em: 2 nov. 2016.

ESCOREL, Sarah. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: GIOVANELLA, Lígia et al. (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 385-434.

ESCOREL, Sarah et al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 21, n. 2-3, p. 164-176, mar. 2007.

FERLA, Alcindo et al. Apresentação. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Porto Alegre, v. 2, p. 15-17, 2013. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/83519/000906172.pdf?sequence=1#page=13>>. Acesso em: 2 nov. 2016.

FERNANDES, Rosa M. C. Educação permanente: um desafio para o Serviço Social. **Revista Textos & Contextos**, Porto Alegre v. 6 n. 1 p. 207-218. jan./jun. 2007.

_____. Educação Permanente nas situações de trabalho de assistentes sociais. **Revista Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 10 n. 3, p. 481-505, nov. 2012.

FEUERWERKER, Laura. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 18, p. 489-506, set./dez. 2005.

- FLEURY, Sonia; OUVÉNEY, Assis Mafort. Política de Saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, Lígia et al. (Org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 23-63.
- GIL, Célia R. R. Atenção Primária, Atenção Básica e Saúde da Família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22, v. 6, p. 1171-1181, jun. 2006.
- GIL, Antônio C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas 2010.
- HARVEY, David. **O Neoliberalismo: história e implicações**. São Paulo: Edições Loyola, 2008.
- HOFFMAN, Edla. **A integralidade e o trabalho do assistente social: limites e possibilidades na estratégia Saúde da Família**. 2011. 170 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.
- IAMAMOTO, Marilda. O Serviço Social na cena contemporânea. In: **Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais**. Brasília, DF: CFESS/ABEPSS, 2009.
- _____. **Renovação e conservadorismo no Serviço Social: ensaios críticos**. 12 ed. São Paulo: Cortez, 2013.
- _____. **Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social**. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2015.
- KOSIK, Karel. **Dialética do concreto**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976.
- LEWGOY, Alzira. **Supervisão de Estágio em Serviço Social: desafios para formação e exercício profissional**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2010.
- MATOS, Maurílio Castro de. **Serviço Social, Ética e Saúde: reflexões para o exercício profissional**. São Paulo: Cortez, 2013.
- MATTOS, Ruben A. de. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (Org.). **Os sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 8. ed. Rio de Janeiro: UERJ, 2006. cap. 4.
- MENDES, Jussara M. R.; LEWGOY, Alzira M. B.; SILVEIRA Esalva C. Saúde e interdisciplinaridade: mundo vasto mundo. **Revista Ciência & Saúde**, Porto Alegre, v. 1, n. 1, p. 24-32, 2008. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/viewFile/3864/2957>>. Acesso em: 2 de nov. 2016.
- MERHY, E. E.; MALTA D. C., SANTOS, F. P. Desafios para os gestores do SUS, hoje: compreender os modelos de assistência à saúde no âmbito da reforma sanitária brasileira e a potência transformadora da gestão. In: FRESSE, E. (Org.). **Municípios: a gestão da mudança em saúde**. Recife: UFPE; 2004. p. 45-76.

MICHELIS, Róger de S. et al. Normativas e produção do conhecimento sobre o NASF: elementos para reflexão. Porto Alegre: PUC/RS, 2014. Disponível em: <<http://ebooks.pucrs.br/edipucrs/anais/sipinf/edicoes/I/5.pdf>>. Acesso em: 4 maio 2016.

MINAYO, Maria C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

NASCIMENTO, Débora D. G.; OLIVEIRA, Maria A. C. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 92-96, 2010.

NOGUEIRA, Vera M. R. **O Serviço Social e as contradições da estratégia da Saúde da Família e do NASF**. Olinda: CFESS, 2009. 25 transparências. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/SAMBARA__Modo_de_Compatibilidade_.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2016.

NORONHA, José C.; LIMA, Luciana, D.; MACHADO, Cristiani, V. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: GIOVANELLA, Lígia et al. (Org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 435-469.

OLIVEIRA, M. M.; CAMPOS, G. W. S. Apoio matricial e institucional: analisando suas construções. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 229-238, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n1/pt_1413-8123-csc-20-01-00229.pdf>. Acesso em: 18 out. 2016.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015. 93 p. Disponível em: <<http://www.livrosinterativoseditora.fiocruz.br/sus/4/>>. Acesso em: 11 set. 2016.

PATROCÍNIO, Shirley S. S. M; MACHADO, Cristiani V.; FAUSTO, Márcia C. R. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: proposta nacional e implementação em municípios do Rio de Janeiro. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro. v. 39, n. Especial, p. 105-119, 2015.

PAVIANI, Jayme. **Interdisciplinaridade: conceitos e distinções**. 2. ed. rev. Caxias do Sul: EDUCS, 2008.

PONTES, Reinaldo N. **A categoria de mediação em face do processo de intervenção do Serviço Social**. San José: Universidad Nacional de Costa Rica, 1987. Disponível em: <<http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/congresos/reg/slets/slets-016-104.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2016.

PREFEITURA DE PORTO ALEGRE. **Observatório da Cidade da Porto Alegre**. Porto Alegre e seus territórios: região Cruzeiro. Porto Alegre, 2010. Disponível em: <<http://www.observapoa.com.br/>>. Acesso em: 23 out. 2016.

RAICHELIS, Raquel; NOGUEIRA, Vera M. R.; MIOTO, Regina C. T. **Sistematização, planejamento e avaliação das ações dos assistentes sociais no campo da Saúde**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2007.

RAICHELIS, Raquel; RIBEIRO, Natalina. Revisitando as influências das agências internacionais na origem dos conselhos de políticas públicas. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 109, p. 45-67, jan./mar. 2012.

RIBEIRO, Sâmbara. **Serviço Social: estratégia de Saúde da Família e NASF**. Olinda: CFESS, 2009. 26 transparências. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/SAMBARA__Modo_de_Compatibilidade_.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2016.

RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon. **O Banco Mundial e as políticas de saúde no Brasil nos anos 90: um projeto de desmonte do SUS**. 2000. 267 f. Tese (Doutorado em Medicina) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2000.

SAMPAIO, Juliana et al. O NASF como dispositivo da gestão: limites e possibilidades. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 16, n. 3, p. 317-324, 2012.

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

SANTOS, Alexandre L.; RIGOTTO, Raquel M. Território e territorialização: incorporando as relações de produção, trabalho, ambiente e saúde na Atenção Básica. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 387-406, 2011.

SHIMIZU, Helena Eri et al. Representações sociais dos conselheiros municipais acerca do controle social em saúde no SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 8, p. 2275-2284, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v18n8/11.pdf>>. Acesso em: 24 jun. 2015.

SOUSA, Charles T. de. A prática do assistente social: conhecimento, instrumentalidade e intervenção profissional. **Emancipação**, Ponta Grossa, p. 119-132, 2008. Disponível em: <<http://www.uepg.br/emancipacao>>. Acesso em: 21 out. 2016.

STARFIELD, Barbara. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília, DF: UNESCO: Ministério da Saúde, 2002.

TOASSI, R. F. C.; LEWGOY, A. M. B. Práticas Integradas em Saúde I: uma experiência inovadora de integração intercurricular e interdisciplinar. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 20, n. 57, p. 449-461, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/2016nahead/1807-5762-icse-1807-576220150123.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2016.

VASCONCELOS, Ana Maria. Serviço Social e a prática reflexiva. **Revista da Faculdade de Serviço Social da UERJ**, Rio de Janeiro, n. 10, set. 1997.

VIEGAS, Selma M. da F.; PENNA, Cláudia M. de M. A Construção da integralidade no trabalho cotidiano da equipe Saúde da Família. **Escola Anna Nery**, v. 17, n. 1, p. 133-141, jan./mar. 2013.

VOLPONI, Paula R. R.; GARANHANI, Mara L.; CARVALHO, Brígida G. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: potencialidades como dispositivo de mudança na Atenção Básica em saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. Especial, p. 221-231, 2015.

WÜNSCH, Dolores Sanches; MENDES, Jussara Maria Rosa. Saúde do trabalhador e proteção social: as repercussões da precarização do trabalho no capitalismo contemporâneo. **Estudos do Trabalho**, São Paulo, v. 9, p. 163-175, 2011. Disponível em: <<http://www.estudosdotrabalho.org/10revistaRET9.pdf>>. Acesso em: 2 nov. 2016.

ZANIN, Gabriela. **Relatório Final de Estágio Curricular em Serviço Social I e Análise Sócio-Institucional**: Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF Região Cruzeiro. Porto Alegre: UFRGS, 2014a.

_____. **Relatório Final de Estágio Curricular em Serviço Social II**: Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF Região Cruzeiro. Porto Alegre: UFRGS, 2014b.

_____. **Relatório Final do Projeto de Pesquisa**: “Controle Social e Participação Social no SUS”: uma aproximação ao distrito Glória/Cruzeiro/Cristal de Porto Alegre – RS”. Disciplina Pesquisa em Serviço Social II. UFRGS: Porto Alegre: 2014c.

_____. **Relatório Final de Estágio Curricular em Serviço Social III**: Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF Região Cruzeiro. Porto Alegre: UFRGS, 2015.

APÊNDICE A - Produções Científicas sobre o NASF nos Anais dos CBAS e ENPESS

- BACKSCHAT, Tânia M. da S.; ANDRADE, Edneia P. de. A atuação do assistente social no Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Ubiratã/PR. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS, 15., 2016, Olinda. **Anais...** Olinda: CFESS, 2016. p. 1-14.
- BOLZAN, Liana de Menezes; HOFF, Luiza R.; GALVÃO, Aline A. Y. A intersetorialidade e a interdisciplinaridade como eixos norteadores dos processos de trabalho no NASF. In: ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISADORES EM SERVIÇO SOCIAL, 14., 2014, Natal. **Anais...** Natal: CFESS, 2014. p. 1-10.
- CAMPOS, Núbia. O surgimento do NASF e a atuação do Serviço Social. In: SIMPÓSIO MINEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS, 3., 2013, Belo Horizonte. **Anais...** Belo Horizonte: CRESS, 2013.
- FIGUEIREDO, Maria C. de O. Serviço Social nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família: reflexos da contrarreforma do estado. In: ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISADORES EM SERVIÇO SOCIAL, 12., 2012, Juiz de Fora. **Anais...** Juiz de Fora: CFESS, 2012. p. 1-13.
- MACHADO, Daiana A. H.; CHARQUEIRO, Leslie T.; ARSEGO, Livia R. Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e controle social. In: ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISADORES EM SERVIÇO SOCIAL, 14., 2014, Natal. **Anais...** Natal: CFESS, 2014. p. 1-11.
- MENDES, Adriana do C. et al. O Serviço Social no Núcleo de Apoio à Saúde da Família da AP 5.1 no município do Rio de Janeiro: contribuições e perspectivas. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS, 14., 2013, Águas de Lindóia. **Anais...** Águas de Lindóia: CFESS, 2013. p. 1-10.
- MENDES, Elenice M. Práxis informacional do assistente social: proposta de estudo de cartografia no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) de Palhoça SC. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS, 15, Olinda, 2016. **Anais...** Olinda: CFESS, 2016. p. 1-13.
- NEITSCH, Laura; PRÁ, Keli R. dal. O Serviço Social no NASF: elementos para pensar a intervenção profissional. In: ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISADORES EM SERVIÇO SOCIAL, 14., 2014, Natal. **Anais...** Natal: CFESS, 2014. p. 1-13.
- SANTIAGO, Ana C. X. dos S.; MORAES, Livia R. F. de. O NASF no município de Silva Jardim/RJ: reflexões sobre os desafios para o Serviço Social. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS, 14., 2013, Águas de Lindóia. **Anais...** Águas de Lindóia: CFESS, 2013. p. 1-8.
- SANTOS, Eliezer R. dos; LANZA, Líria M. B. O matriciamento no contexto dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família: considerações sobre o trabalho do assistente social. In: ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISADORES EM SERVIÇO SOCIAL, 14., 2014, Natal. **Anais...** Natal: CFESS, 2014. p. 1-12.

SILVA, Camila R. L. et al. Concepções e práticas de promoção da saúde: uma análise a partir das equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) nos municípios de Campina Grande/PB e de João Pessoa/PB. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS, 15., 2016, Olinda. **Anais...** Olinda: CFESS, 2016. p. 1-12.

SOUSA, Erilene A. de et al. A interface entre o Núcleo de Apoio à Saúde da Família e a estratégia de Saúde da Família: percepção das relações no contexto da Atenção Básica. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS, 15., 2016, Olinda. **Anais...** Olinda: CFESS, 2016. p. 1-16.

SOUSA, Rafaella S.; ROCHA, Camila M.C. O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e as estratégias de cuidado frente os usuários de substâncias psicoativas. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS, 15., 2016, Olinda. **Anais...** Olinda: CFESS, 2016. p. 1-14.

XAVIER, Alexandra B.; VASCONCELOS, Kathleen E. L.; SILVEIRA, Sandra A. S. Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) na cidade de Campina Grande/PB. In: ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISADORES EM SERVIÇO SOCIAL, 14., 2014, Natal. **Anais...** Natal: CFESS, 2014. p. 1-11.

XAVIER, Alexandra B. et al. O apoio matricial e equipes de referência: análise das particularidades dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) de Campina Grande/PB e de João Pessoa/PB. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS, 15., 2016, Olinda. **Anais...** Olinda: CFESS, 2016. p. 1-15.