

**Universidade Federal do Rio de Janeiro  
Centro de Filosofia e Ciências Humanas  
Escola de Serviço Social**

CAMILA LUIZA DA SILVA

**As contrarreformas na política de saúde de atenção primária e seus  
rebatimentos no trabalho da (o) assistente social no Núcleo Ampliado de  
Saúde da Família (NASF).**

Rio de Janeiro  
2022

**Universidade Federal do Rio de Janeiro**  
**Centro de Filosofia e Ciências Humanas**  
**Escola de Serviço Social**

CAMILA LUIZA DA SILVA

**As contrarreformas na política de saúde no nível da Atenção Primária e seus  
rebatimentos no trabalho da (o) assistente social no Núcleo Ampliado de Saúde da  
Família (NASF).**

Trabalho de Conclusão de Curso como  
requisito parcial para obtenção do título  
de bacharel em Serviço Social pela  
Universidade Federal do Estado do Rio de  
Janeiro.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup> Fernanda Kilduff

Rio de Janeiro  
Agosto de 2022

CAMILA LUIZA DA SILVA

Monografia aprovada em: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Banca Examinadora:

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Fernanda Kilduff – Orientadora  
Universidade Federal do Rio de Janeiro

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Gláucia Lelis Alves – Examinadora  
Universidade Federal do Rio de Janeiro

---

Prof. Dr. Mathias Luce – Examinador  
Universidade Federal do Rio de Janeiro

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>7</b>
<b>1. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E SERVIÇO SOCIAL</b> .....	<b>11</b>
1.1 RESGATE HISTÓRICO DA TRAJETÓRIA DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL, A CONQUISTA DO SUS E O PROJETO PRIVATISTA.....	11
1.2 OS PROCESSOS DE CONTRARREFORMAS NA SAÚDE E AS ESTRATÉGIAS DE DESMONTE DO SUS.....	20
<b>2. ATENÇÃO PRIMÁRIA DA SAÚDE: DEBATE SOBRE OS NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASFs) e SERVIÇO SOCIAL</b> .....	<b>26</b>
2.1 Serviço Social no NASF: reflexões a partir da experiência de estágio no Centro Municipal Píndaro de Carvalho .....	31
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>42</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>46</b>

## AGRADECIMENTOS

Este trabalho se fez após um longo período turbulento em minha vida pessoal e profissional. Foram momentos difíceis, nos quais se materializaram perdas importantes. Contudo, consegui sair do “fundo do poço” e com muita determinação, fé no meu Santo Guerreiro protetor que me guarda e acima de tudo minha crença em Deus, sigo firme nos meus propósitos. Neste percurso aprendi que não se faz absolutamente nada sozinha. Do início ao fim desse trajeto, pude contar com a contribuição de inúmeras pessoas.

Aos meus pais Elisabete e Osório e irmãos Vitória e Cássio por todo apoio, incentivo, dedicação, amor, carinho e atenção. O sonho é meu, mas a vitória e conquista é nossa. Obrigada por tudo, amo vocês.

Ao meu companheiro, pela cumplicidade amorosa, estímulo, compreensão e acima de tudo obrigada pela paciência.

A esta universidade, seu corpo docente, direção e administração que oportunizaram tamanho conhecimento, aprendizado e apoio, obrigada.

Em especial as supervisoras de estágio que contribuíram para minha formação acadêmica e pessoal, assistente social Vania e Ramona.

E com muito carinho e respeito agradeço imensamente por toda paciência, compreensão, solidariedade à minha orientadora, Fernanda, que apesar de todas as dificuldades e sobrecarga da docência sempre esteve disponível para conversar e mesmo em momentos que desejei desistir me fez lembrar os motivos pelos quais me fizeram cursar essa faculdade, mostrando que desistir não era uma opção após tantas batalhas. Parabenizo sua dedicação à docência e fico extremamente lisonjeada de ter sido orientada por essa excelente profissional!

## RESUMO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso é fruto de um período de cinco meses de estágio em Serviço Social no Centro Municipal de Saúde Píndaro de Carvalho Rodrigues, localizado no bairro da Gávea, no Rio de Janeiro. Ele visa discorrer sobre questões que emergiram ao longo deste período, tais como: Quais são os impactos no mundo do trabalho na política de Saúde na conjuntura neoliberal? Como se desenvolve o trabalho no marco do Núcleo de Apoio à Saúde da Família? Quais são as possibilidades de trabalho do assistente social inserido na atenção básica? Quais são as especificidades desse espaço sócio-ocupacional? E quais são as potencialidades e limites desse trabalho nesse espaço? Esse estudo é desenvolvido a partir de uma pesquisa documental, qualitativa e descritiva, que possibilitou destacar as condições de trabalho e as demandas do exercício profissional, a fim de oferecer uma reflexão acerca da implementação do programa, os desafios frontais enfrentados pelo setor saúde e os rebatimentos disto para que o NASF enquanto espaço novo de atuação do assistente social, consiga de fato apoiar, ampliar e aperfeiçoar a Atenção Primária.

**Palavras-chaves:** Atenção Primária; Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF); Serviço Social.

## ABSTRACT

The present Course Completion Work is the result of a five-month period of internship in Social Work at the Píndaro de Carvalho Rodrigues Municipal Health Center, located in the Gávea neighborhood, in Rio de Janeiro. It aims to discuss issues that emerged during this period, such as: What are the impacts on the world of work in the Health policy in the neoliberal conjuncture?) How is the work developed within the framework of the Family Health Support Nucleus? What are the job possibilities of the social worker inserted in primary care? What are the specifics of this socio-occupational space? And what are the potentialities and limits of this work in this space? This study is developed from a documentary, qualitative and descriptive research, which made it possible to highlight the working conditions and the demands of professional practice, in order to offer a reflection on the implementation of the program, the frontal challenges faced by the health sector and the repercussions of this so that the NASF, as a new space for the social worker to act, can actually support, expand and improve Primary Care.

**Key-words:** Primary Attention; Family Health Support Center; Social Service.

## INTRODUÇÃO

A demanda por essa pesquisa se vinculou às seguintes ordens de razões: a vivência de estágio não obrigatório no Centro Municipal Píndaro de Carvalho Rodrigues, instituição da CAP 2.1, iniciado em maio de 2018. As atividades acadêmicas realizadas, tiveram como objetivo observar e participar das ações desenvolvidas na unidade, como também cumprir exigência de conclusão do estágio e formulação do trabalho para a XI Jornada Científica dos Acadêmicos Bolsistas da Secretaria Municipal de Saúde-Rio. A curiosidade sobre o campo de trabalho na Atenção Primária em Saúde (APS) para a (o) Assistente Social, que durante a graduação notou-se uma necessidade de mais estudos sobre esse assunto.

A Atenção Primária à Saúde (APS) é o primeiro nível de atenção em saúde e se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde das coletividades. Trata-se da principal porta de entrada do SUS e do centro de comunicação com toda a Rede de Atenção dos SUS, devendo se orientar pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização e da equidade. (Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Brasília, 2017).

Durante a realização do estágio fomentou-se muitas questões referente a ação profissional, o processo de trabalho interdisciplinar, as principais demandas para a unidade e o Serviço social, o perfil dos usuários, e as estratégias e intervenções da equipe aos usuários realizada dentro da Instituição. Contribuindo para formação prática e acadêmica foi utilizada essa experiência de estágio para debruçar-se na realização deste Trabalho de Conclusão de Curso de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Com a finalidade de problematizar os processos de contrarreformas na saúde e suas expressões no trabalho do assistente social na atenção primária em saúde (APS), considerando as particularidades da atuação desse profissional inserido no Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), identificando os desafios e possibilidades do serviço social na atenção primária. Conforme a Portaria nº 154/2008 construída pelo Ministério da Saúde, os núcleos configuram-se como equipes multiprofissionais que atuam de forma integrada com as equipes de Saúde da Família (ESF), as equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais) e com o Programa Academia da Saúde.

Para debater sobre as questões norteadoras que surgem durante a vivência de estágio supervisionado e são afloradas, considerando o momento político que foi vivenciado o

estágio, concordamos com Soares (2018) que aponta que a classe trabalhadora, estaria enfrentando em uma das ofensivas da história deste país contra o conjunto das conquistas civilizatórias de nosso Estado. Tal afirmação pode ser evidenciada nas diversificadas e inúmeras contrarreformas, desde a posse de Michel Temer até o atual governo Bolsonaro.

O cenário atual dentro da conjuntura política e econômica neoliberal, apresenta as políticas de saúde sendo alvo de privatizações e sucateamento, tendo a prática profissional dos(as) assistentes sociais na Atenção Primária alvos da flexibilização e precarização. A partir desses aspectos notamos a importância dos projetos da Reforma Sanitária e o projeto privatista em disputa no SUS e o Projeto Ético Político do Serviço Social, este trabalho de conclusão de curso foi organizado em três dois capítulos.

O processo de contrarreforma na política de saúde vem se dando desde os anos 1990, de forma sistemática no Brasil nos governos Fernando Henrique Cardoso (FHC), passando pelos governos do Partido dos Trabalhadores e até o tempo presente. Porém, mesmo que esse processo seja continuidade desde então, cada governo imprimiu suas particularidades. Assim, a contrarreforma na política de saúde não ocorreu [...] na forma de um movimento explícito e amplo. Para burlar as possíveis resistências, se constituiu de modo fragmentado, experimental e se espraiando paulatina e continuamente no interior do sistema. (SOARES, 2018 apud SOARES 2010, p.25).

No primeiro capítulo se apresenta a trajetória da criação e consolidação do Sistema Único de Saúde, abordando as tensões entre o Projeto de Reforma Sanitária e o Projeto de Saúde vinculado ao mercado ou privatista. Busca-se um resgate histórico de conquistas para a sociedade, assim como a promulgação na Constituição Federal que institui a saúde como um direito de todos e dever do estado, tendo em vista os antecedentes da democratização da saúde. Como se implementa o SUS no contexto de contrarreformas?

No segundo capítulo, busca-se compreender o surgimento do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) como um dispositivo estratégico para a melhoria da qualidade da atenção primária na saúde, analisando a organização dos processos de trabalho no NASF, identificando o conceito ampliado de saúde e atenção primária.

A fim de compreender os processos de trabalho vivenciados nesse espaço, levando em consideração os diversos profissionais inseridos nas equipes de saúde, para entender o trabalho multidisciplinar e interdisciplinar que se estabelece junto aos usuários. Algumas questões serão abordadas para compreensão, bem como: como se desenvolve o trabalho no marco do Núcleo de Apoio à Saúde da Família? Quais os impactos das contrarreformas da

política de saúde na particularidade da Atenção Básica e dos NASFs? O conceito de matriciamento e a função da educação permanente dentro desse programa?

Ainda neste segundo capítulo, busca-se problematizar o trabalho do assistente social no Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), analisando os desafios e possibilidades do serviço social na atenção primária, diante do atual cenário econômico e político do sistema de saúde; realizando uma interlocução com as reflexões realizadas no estágio que trazem elementos importantes de como os processos de contrarreformas se materializam na política de saúde no nível da atenção primária e também nos processos de trabalho do/a assistente social.

A necessidade de pesquisar sobre o tema surgiu a partir da experiência vivida no campo de estágio não obrigatório no Centro Municipal Píndaro de Carvalho Rodrigues, instituição da CAP 2.1, com sua atuação integrada pelo NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família). E diante da realidade vivida atualmente frente às políticas públicas de saúde torna-se de suma importância pesquisar esse tema, pois trata-se da atuação do assistente social como viabilizador ao acesso dos usuários aos serviços e direitos. Maurílio de Matos em decorrência da importância que o profissional de Serviço Social tem para com os usuários atendidos nas unidades de saúde, afirma:

(...) Indicamos que no trabalho em saúde o assistente social tem como desafio identificar os aspectos sociais, econômicos, políticos e culturais que atravessam a relação saúde-doença (uma vez que a ida aos serviços para prevenção é uma realidade pouco comum no SUS) vivenciada pelo usuário e a partir disso mobilizar os recursos disponíveis e o desenvolvimento de uma prática educativa, pautada numa perspectiva emancipatória, de fortalecimento do usuário na garantia dos seus direitos (MATOS, 2013, p.131).

Durante a realização do estágio, foi possível verificar através da intervenção e acompanhamento a realidade do trabalho profissional em seu cotidiano, suas funções e a importância que esta profissão representa para efetivação dos direitos dos usuários na política nacional de saúde e os desafios encontrados para tal, que fortalecem o contexto que a sociedade brasileira tem reproduzido nestas últimas décadas de descrédito a saúde pública, o que envolve aos profissionais e intelectuais da área uma intensa luta para a construção de um conjunto de forças políticas em detrimento do futuro do Sistema Único de Saúde (SUS), que encontram de um lado as medidas da ofensiva neoliberal e de outro a luta por um SUS público, gratuito e de qualidade.

Nesse sentido, o Serviço Social no NASF constrói mais um campo de atuação na política de saúde, chamado a atuar na viabilização ao acesso dos usuários aos serviços e as políticas de saúde, assistência e previdência, pautado no código de ética profissional que tem em sua base norteadora a garantia dos direitos sociais à população. Dessa forma, a pesquisa apresenta uma análise crítica da realidade vivenciada quanto a atuação do assistente social no NASF e os desafios e limites estruturados no contexto de ofensiva neoliberal.

Diante da atual conjuntura de contrarreformas e ataque às políticas sociais, através da fragmentação e precarização do serviços e assistência à política de saúde, com a privatização e mercantilização da saúde pública, reconhecemos a necessidade de elencar e analisar os elementos para tal, e como se isto traz desdobramentos para os profissionais da saúde, dentre eles o Serviço Social. Com isso, o principal objetivo da pesquisa é compreender as contrarreformas na política de saúde no nível da Atenção Primária e seus rebatimentos nos Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) refletindo sobre a particularidade do trabalho do assistente social neste programa, analisando as possibilidades e desafios do serviço social, diante do atual cenário econômico e político do sistema de saúde.

A pesquisa está construída na abordagem do método dialético-crítico, no qual busca compreender a realidade a partir das contradições e a historicidade dos fenômenos. O estudo foi realizado a partir da revisão bibliográfica de publicações científicas (livros, revistas, artigos, jornais, monografias e dissertações) e observação e vivências do estágio supervisionado.

A presente pesquisa constitui-se em um estudo exploratório, retrospectivo de natureza qualitativa, que, conforme Minayo:

[...] além de permitir desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos referentes a grupos particulares, propicia a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação (2001, p.57).

Desse modo, o estudo terá como problema científico, a política da atenção básica situada em contexto de contrarreformas neoliberais, analisando os elementos constituintes dessa ordem, bem como: a ordem privatizada e a cidadania focalizada. Identificando a relevância social do problema a ser investigado iremos nos debruçar sobre essa temática, a fim de verificar a grave crise social, econômica, política e moral que atinge os diversos setores da sociedade e como repercutem no âmbito da saúde pública, com impactos na qualidade da assistência que está sendo prestada à população.

## **1. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E SERVIÇO SOCIAL.**

Discutiremos, neste capítulo, o histórico da construção e consolidação do Sistema Único de Saúde, identificando os aspectos enfrentados na atual conjuntura brasileira. De forma a compreender os projetos de saúde vinculado ao mercado ou privatista, identificar as principais tensões e disputas. Para interpretar o atual cenário das políticas sociais no Brasil é indispensável o resgate histórico para compreender o que até o momento foi consolidado nas políticas de saúde no Brasil e de onde parte a estratégia de desmonte dessas políticas. Para isso precisamos embarcar na contextualização da criação e consolidação do Sistema Único de Saúde, o que requer um enorme esforço na análise dos antecedentes ao processo de democratização da saúde.

### **1.1 RESGATE HISTÓRICO DA TRAJETÓRIA DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL, A CONQUISTA DO SUS E O PROJETO PRIVATISTA.**

A saúde como política de Estado surge ligada às ações na área de previdência social, isso remete à noção de direito associado à regulação do trabalho pelo Estado. Até a Constituição Federal de 1988, o sistema de proteção social brasileiro, combinou um modelo de seguro social na área previdenciária, incluindo a atenção à saúde, com um modelo assistencial para a população sem vínculos trabalhistas formais. (FLEURY, 2009).

É de suma importância a discussão da temática que compreende o direito à saúde como responsabilidade do Estado e direito da cidadania, a partir da consolidação da Constituição Federal e das Leis Orgânicas da Saúde e a construção das diretrizes do Sistema Único de Saúde envolvendo as competências da União, do Estado e do Município. O SUS é estabelecido na concepção de Seguridade Social que universaliza os direitos sociais concebendo a Saúde, Assistência Social e Previdência como questão pública, de responsabilidade do Estado. (BRAVO, 2006)

Os princípios gerais que norteiam a Seguridade Social como um todo, dentre os quais podemos citar: a solidariedade, ou seja, todos os cidadãos, assim como o Estado, devem contribuir para o financiamento da Seguridade; a universalidade da cobertura; o caráter democrático e descentralizado da administração; e a seletividade e distributividade de benefícios e serviços, segundo a qual cada área de gestão deve receber recursos de acordo com as necessidades específicas da sua população. Esses princípios permeiam a construção da Saúde como um direito de todos, de forma a constar na constituição como um direito

universal e democrático. Os artigos 196<sup>1</sup> a 200 da Constituição tratarão particularmente da Saúde, eles determinam que ela deve ser um direito social de acesso universal, provido pelo Estado através de políticas sociais e econômicas.

A criação das políticas de saúde também surge da necessidade da manutenção da ordem social e mediação das relações entre as classes dominantes, o Estado e a classe dos trabalhadores. Portanto, a saúde como “questão social”<sup>2</sup> surge oriunda do avanço do trabalho assalariado e como forma de controle social, de forma a responder às reivindicações dos trabalhadores.

Diversos autores ressaltam que a “questão social” precisava ser enfrentada de forma mais sofisticada, transformando-a em questão de política e não de polícia, com a intervenção estatal e a criação de aparelhos que contemplassem os assalariados urbanos, que se caracterizavam como atores políticos importantes no cenário nacional (BRAVO; MATOS, 2006, p.27).

É preciso empenhar-se na caracterização da intervenção do Estado na saúde, desde de seus antecedentes até a sua consolidação na Constituição Federal de 1988, para relacionar as estratégias de desmonte das políticas de saúde que se relacionam permanentemente. As políticas sociais não podem ser compreendidas de forma linear e/ou evolutiva, pois são produtos de tensões e desmontes, inseridos na dinâmica das configurações políticas e econômicas no contexto que as inserem.

Demarcamos que qualquer fenômeno social é produto de enfrentamento de conflitos, de interesses da classe dominante burguesa e trabalhadora. A classe dominante se utiliza como forma de controle e coesão da classe trabalhadora, enquanto a classe trabalhadora luta

---

<sup>1</sup> Se encontra no artigo 196 da Constituição Federal de 1988 dados sobre a natureza e criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Trata-se de um sistema público, que segue a mesma doutrina e os mesmos princípios organizativos no âmbito do território nacional. É de responsabilidade das três esferas de Governo, sendo fundamentado pelos princípios de: 1- Universalidade - o Sistema é livre para o acesso de qualquer pessoa, devendo garantir a atenção à saúde a todo cidadão, sem exceção, com direito a acesso a todos os tipos de serviço público; 2- Equidade - todo indivíduo é igual perante o SUS, devendo, por isso ser atendido conforme suas necessidades. O Sistema deve garantir igualdade com justiça social; 3- Integralidade - olhar deve se voltar para o todo, intervir no conjunto. Cada pessoa deve ser percebida como um ser indivisível, considerando sua inserção social. As ações de saúde não estão circunscritas a prevenção e cura, mas a promoção e recuperação da saúde. As diretrizes operacionais são: 1- Descentralização - redistribuição das responsabilidades, quanto as ações e serviços, a cargo da Municipalização; 2- Regionalização - a rede de unidades de saúde e seus equipamentos devem estar organizado e distribuídos geograficamente, respeitando as realidades e necessidades sociais; 3- Hierarquização - a rede de serviços deve ser organizada e distribuída por nível de complexidade, ou seja, voltada para: 1- Nível Primário; 2- Nível Secundário. 3- Nível Terciário; 4- Nível Quaternário; 5- Serviços de Urgência e Emergência; 6- Participação e Controle Social (Constituição Federal de 1988. Artigo 196).

<sup>2</sup> Questão social é indissociável da sociabilidade capitalista. Na sociedade burguesa a gênese da questão social deriva do caráter coletivo da produção contraposto à apropriação privada da própria atividade humana, esta condensaria então o conjunto das desigualdades e lutas sociais, produzidas e reproduzidas no movimento contraditório das relações sociais, tendo alcançado a plenitude de suas expressões e matizes em tempo de capital fetiche. (IAMAMOTO, 2001).

por melhores condições de vida e trabalho. As políticas sociais surgem como objetivo político de regular o conflito social a favor da ordem pública e da segurança nacional.

A década de 1930 foi um divisor de águas na história do Brasil, tanto no âmbito social quanto político. Os direitos políticos tiveram evolução mais complexa, o país entrou em fase de instabilidade, alternando-se ditaduras e regimes democráticos.

A fase propriamente revolucionária durou até 1934, quando a assembleia constituinte votou nova Constituição e elegeu Vargas presidente. Em 1937, o golpe de Vargas, apoiado pelos militares, inaugurou um período ditatorial que durou até 1945. Neste ano, nova intervenção militar derrubou Vargas e deu início a primeira experiência que se poderia chamar com alguma propriedade democrática em toda a história do país. (...) A experiência terminou em 1964, quando os militares intervieram mais uma vez e implantaram nova ditadura. (CARVALHO, 2002, p.87).

No âmbito econômico o que se tinha, segundo Fleury (2009) era um colapso como consequência pós revolução Russa e crise da Bolsa de Valores de Nova York em 1929. Ressaltando como o período consolidou o processo mais geral de construção do Estado Novo, caracterizado pela centralização do poder, nacionalismo e autoritarismo.

A classe trabalhadora, tendo como substancial o movimento operário após o período de enfraquecimento durante a década de 1920, ressurgiu após 1930.

Conforme Carvalho:

Sob o ponto de vista da cidadania, o movimento operário significou um avanço inegável, sobretudo no que se refere aos direitos civis. O movimento lutava por direitos básicos, como o de organizar-se, de manifestar-se, de escolher o trabalho, de fazer greve. Os operários lutaram também por uma legislação trabalhista que regulasse o horário de trabalho, o descanso semanal, as férias, e por direitos sociais como o seguro de acidentes de trabalho e aposentadoria. (2002, p.60).

Até a década de 1930, o que se tinha até o momento estruturado eram as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) - surgiram com o decreto-lei no 4682/23 – Lei Elói Chaves - que beneficiavam os trabalhadores(as) urbanos vinculados ao setor exportador de grandes empresas, principalmente, as ferroviárias. Os benefícios eram proporcionais às contribuições e foram previstos: assistência médica-curativa e fornecimento de medicamentos; aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez, pensão para os dependentes e auxílio funeral. (BRAVO, 2006). Apesar de o Estado regular as Caixas de aposentadorias e pensões, a administração e fiscalização era de responsabilidade dos empregadores. A contribuição era tripartite: de trabalhadores(as), de empregadores e da União.

No período Vargas, as CAPs foram substituídas pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), dada como insuficientes para o governo atual, mantinham-se a mesma lógica de serviços, relacionada às questões de higiene e saúde do trabalhador, em sua grande maioria trabalhadores urbanos dos setores de exportação, com a mudança que os trabalhadores não seriam mais protegidos pelas caixas das empresas, mas pelos institutos sindicais. Importante salientar que os IAPs tiveram importante papel no financiamento da industrialização do país.

O período de 1930 a 1945 foi o grande momento da área do trabalho e da legislação social. Ressalta-se que foi uma legislação introduzida em ambiente de baixa ou nula participação política e de precária vigência dos direitos civis. Consolidando com a construção do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio em 1930, articulado em três direções, a da trabalhista, a da previdência social e a sindical, posteriormente a criação da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) em 1943. (CARVALHO, 2002).

O acesso das classes trabalhadoras às políticas sociais e, particularmente, à política de saúde se dá de forma fragmentada e focalizada, diretamente confrontada aos segmentos mais organizados politicamente e situados nos processos produtivos estrategicamente mais importantes para o capital.

Ao lado do grande avanço que a legislação significava, havia também aspectos negativos. O sistema excluía categorias importantes de trabalhadores. No meio urbano, ficavam de fora todos os autônomos e todos os trabalhadores (na grande maioria, trabalhadoras) domésticos. Estes não eram sindicalizados nem se beneficiavam da política de previdência. Ficavam ainda de fora todos os trabalhadores rurais, que na época ainda eram maioria. Tratava-se, portanto, de uma concepção da política social como privilégio e não como direito. Se ela fosse concebida como direito, deveria beneficiar a todos e da mesma maneira. Do modo como foram introduzidos, os benefícios atingiam aqueles a quem o governo decidia favorecer, de modo particular aqueles que se enquadram na estrutura sindical corporativa montada pelo Estado. (CARVALHO, 2002, p.114).

No período de 1930 a 1940, as principais alternativas para a saúde pública estavam voltadas a população sem vínculos trabalhistas formais e áreas rurais, com a realização das campanhas sanitárias, coordenação de serviços estaduais de saúde em estados com escasso poder político e econômico, além da criação de serviços de combate às endemias e organização do Departamento Nacional de Saúde. (BRAVO, 2006).

Precisamos pontuar alguns marcos históricos dentro da linha histórica evolutiva da saúde pública no Brasil: A construção do Ministério da Educação em 1930 com o nome de Ministério da Educação e Saúde Pública. Sua criação foi um dos primeiros atos do Governo Provisório de Getúlio Vargas, que havia tomado posse em 3 de novembro. A criação do

Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) em 1942, surgiu durante a 2ª Guerra Mundial, por meio de um acordo firmado entre os governos brasileiro e norte-americano, tendo como funções, o saneamento de regiões produtoras de matérias-primas, como a borracha da região amazônica e o minério de ferro e mica do Vale do Rio Doce. O SESP se expandiu nas regiões rurais brasileiras, onde construiu redes de unidades de saúde locais, focalizando tanto a medicina preventiva como a curativa, tendo como eixo principal, a educação sanitária nos mais variados espaços e controle de epidemias. Nota-se a importância da consolidação de estratégias para a saúde pública, através da pesquisa conseguindo expandir seus serviços ao interior do país e principalmente para a população rural e indígena.

Neste período os avanços na área da saúde estavam marcados pelo crescimento dos centros de saúde, modelo hospitalocêntrico baseado em hospitais, de grande porte, com profissionais especializados. Vargas depois de ser deposto como ditador em 1950 volta às eleições presidenciais e é eleito, e cria o Ministério da Saúde (1953), com a justificativa do aumento das ações de saúde, a necessidade de uma estrutura própria. O Ministério da Saúde fortaleceu as ações em saúde pública voltadas à saúde preventiva.

Após a morte do presidente, seguiram-se golpes e contragolpes para impedir ou garantir a posse do novo presidente, Juscelino Kubitschek. A rápida urbanização do país promoveu mudanças. Os eleitores urbanos eram menos vulneráveis ao aliciamento e a coerção, conforme Carvalho (2002). Ele era, de fato, vulnerável aos apelos populistas, e foi ele quem deu a vitória a Vargas em 1950, a Kubitschek em 1955, a Goulart (como vice-presidente) em 1960.

O populismo pode, sob certos aspectos, ser considerado manipulação política, uma vez que seus líderes pertenciam às elites tradicionais e não tinham vinculação autêntica com causas populares. Pode-se alegar que o povo era massa de manobra em disputas de grupos dominantes. Mas o controle que tinham esses líderes sobre os votantes era muito menor do que na situação tradicional. Baseava-se em apelos paternalistas ou carismáticos, não em coerção. Exigia certo convencimento, certa relação de reciprocidade que não era puramente individual. (CARVALHO, 2002, p.147).

Portanto, encontrávamos no cenário nesse período histórico até o período ditatorial (Golpe 1964) as políticas de saúde organizadas de duas formas: como saúde pública e através da medicina previdenciária. Os trabalhadores tinham acesso aos serviços médicos prestados pelo CAPS, IAPS e, posteriormente, INPS; e o restante da população só podiam ter acesso à saúde através de serviços filantrópicos e acessar as campanhas públicas abertas a toda a população.

De acordo com Oliveira (2018), mesmo com essas intervenções, o Estado garantiu que o capital tenha espaço para lucrar com os serviços de saúde, a lógica de apoio ao setor privado de saúde por meio de políticas previdenciárias prevaleceu até a década de 1980. Cresceram nesse período, as medicinas de grupo, os hospitais privados (financiados pelo Fundo Público) e as cooperativas médicas. Isso tem implicações diretas para a política de saúde, por exemplo: diferenças nos serviços de saúde nos níveis regional, urbano e rural, com alta prevalência nas regiões sul e sudeste do país; a forte presença do modelo hospitalar, baseado em alta densidade tecnológica para procedimentos diagnósticos e terapêuticos.

Conforme Escorel, o período que vai de 1964 a 1974, coloca a saúde pública no “segundo plano”. Nas suas palavras:

A lógica do modelo do Sistema Nacional de Saúde no final dessa primeira fase do regime AB (1964-1974) tem como características gerais: o predomínio (financeiro e político) das instituições previdenciárias, os trabalhadores afastados do processo de direção e a hegemonia dos anéis burocrático-empresariais cujos interesses conduzem à mercantilização da saúde. Relegada ao segundo plano pelo regime militar, a saúde pública tornou-se uma máquina ineficiente e tradicionalista, que simulava atacar os problemas através de suas campanhas. A carência completa de recursos – que não chegava a 2% do PIB – colaborava com esse quadro de decadência com graves consequências nas condições de saúde da população (1999, p. 181).

A instauração da ditadura militar pós-1964 marcou a perda das forças democráticas. O Estado irá intervir na questão social por meio do binômio repressão-assistência. Entretanto, incapaz de abranger e universalizar medidas a todos os segmentos sociais, em suma, as políticas sociais contemplavam em sua maioria os assalariados urbanos, que se caracterizavam como atores importantes no cenário político nacional.

Observamos que mesmo em governos autoritários há a necessidade do mínimo de legitimidade através da proteção social ao cidadão inserido no projeto desenvolvimentista posto durante a Ditadura, a fim de reduzir as tensões sociais, de forma a aumentar o poder de regulação sobre a sociedade. (BRAVO E MATOS, 2004, p.27).

A política de saúde durante a ditadura passou a priorizar a assistência médica previdenciária em detrimento da saúde pública. Além disso, os equipamentos hospitalares privados tornaram-se central aos atendimentos dos segurados, respondendo às necessidades das grandes multinacionais da área de equipamentos médicos e de medicamentos, além da própria rede privada de serviços. O setor saúde cresce em relevância dado o seu lugar

privilegiado para a reprodução dos trabalhadores e, concomitante, para a necessidade de ampliação do mercado privado para o grande capital nacional e internacional. (SOARES, 2010, p.33).

Suas principais características foram: a extensão da cobertura previdenciária, ênfase na prática médica curativa orientada para burocratização do setor, a criação do complexo médico industrial e a diferenciação de atendimento à clientela. (OLIVEIRA E TEIXEIRA, 1986).

Em contrapartida, nesse período de grande opressão e controle da ditadura militar, inúmeras iniciativas de organizações populares foram formadas em busca de melhorias na saúde pública no Brasil. Tais iniciativas envolveram extensa ação da comunidade local relacionada a necessidades específicas em torno de instalações sanitárias, centros de saúde, melhoria da saúde em grandes centros urbanos, culminando na criação de "conselhos de saúde" em muitas comunidades para controle e fiscalização dos serviços de saúde. Da combinação de diferentes movimentos reivindicativos urbanos surge o Movimento Popular de Saúde (1981), como referência para melhorias de equipamentos médicos e de saneamento básico, que priorizam formas de organização, mobilização e pressão de confronto ao Estado.

Até a Constituição Federal de 1988, a divisão social e técnica do trabalho marcou intensamente o acesso aos serviços de saúde da população, inclusive com relação à qualidade dos serviços prestados, já que as áreas trabalhistas mais fortes economicamente possuíam estruturas de IAP mais complexas e ofereciam serviços mais sofisticados. A dicotomia entre assistência privada e assistência pública foi acentuada em 1974. A década de 1980 foi marcada pela confluência entre dois ideários sociais, sendo eles o conservadorismo e a reforma social, tendo como produto a criação da Constituição Federal.

A década de 1980 foi um período de grande abertura democrática e mobilização política dentro da sociedade brasileira, após a superação do regime ditatorial instaurado em 1964. O movimento sanitário vinha sendo construído desde meados dos anos 70, conseguindo avançar na elaboração de propostas de fortalecimento do setor público em oposição ao modelo de privilegiamento do setor privado, tendo como marco a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizado em março de 1986, em Brasília, esse encontro ultrapassou a questão da saúde a análise setorial, referindo-se à sociedade como um todo, propondo-se não somente o Sistema Único de Saúde, principais temas discutidos relacionavam-se a saúde como direito de cidadania, reformulação do Sistema Nacional de Saúde e a organização do financiamento setorial. Esse período foi marcado pela participação de novos sujeitos sociais na discussão ampliada de saúde na sociedade civil, destacando-se: os profissionais de saúde, representados

pelas suas entidades, movimento sanitário, partidos políticos de oposição e os movimentos sociais urbanos. (Bravo, 2001, p.8).

Conforme Bravo (2001), a questão da saúde nesse período ultrapassou a análise setorial, referindo-se à sociedade como um todo, propondo-se não somente o Sistema Único de Saúde, mas a Reforma Sanitária.

A promulgação da Constituição Federal de 1988 levantou grandes questões e enfrentamentos políticos, de acordo com Bravo:

O processo constituinte e a promulgação da Constituição de 1988 representou no plano jurídico a promessa de afirmação e extensão dos direitos em nosso país frente à grave crise e às demandas de enfrentamento dos enormes índices de desigualdade social. A Constituição Federal introduziu avanços que buscaram corrigir as históricas injustiças sociais acumuladas secularmente, incapaz de universalizar direitos tendo em vista a longa tradição de privatizar a coisa pública pelas classes dominantes. (2001, p.10).

A Assembleia Constituinte com relação à saúde transformou-se numa arena política em que os interesses se organizaram em dois blocos polares: de um lado os grupos empresariais, envolvendo a liderança da Federação Brasileira de Hospitais e da Associação de Indústrias Farmacêuticas, e de outro as forças apoiadoras da Reforma Sanitária, representadas pela Plenária Nacional pela Saúde na Constituinte. (BRAVO, 2001, p.10).

Em relação a saúde, a Constituição Federal promulgada nesse cenário político de vários acordos e pressão popular, foram aprovados aspectos importantes que atenderam em grande parte às reivindicações do movimento sanitário, bem como: Direito à saúde e dever do Estado; Ações e serviços de saúde controlados, fiscalizados, regulamentados, pelo Poder Público.

A Constituição trouxe a ampliação e ascensão dos direitos sociais, trazendo a concepção de seguridade social, buscando a universalização do acesso e expansão da cobertura, colocando um maior comprometimento e responsabilização do Estado nessa política, contendo no seu plano organizacional a descentralização e a participação popular no seu desenvolvimento.

Seção II DA SAÚDE Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado [...]  
Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade. (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988).

O texto constitucional inspira-se nas proposições defendidas pelo movimento sanitário, porém algumas questões centrais não são aprofundadas, tal como: financiamento (pouco definido); política de medicamentos e a saúde do trabalhador. Cabe destacar que, o Projeto de Reforma Sanitária tem como preocupação central assegurar que o Estado atue em função da sociedade, debruçando-se na concepção de Estado democrático e de direito, responsável pelas políticas sociais e, por conseguinte, pela saúde. Uma de suas principais estratégias é o Sistema Único de Saúde, construído coletivamente com os profissionais de saúde e os movimentos populares. (Bravo, 2012, p.202).

A partir disso, Bravo (1996) demarca alguns fundamentos que integram o Projeto de Reforma Sanitária construído na década de 1980, que tem como premissa básica a saúde como direito de todos e dever do Estado: o para o setor privado o atendimento dos que têm acesso ao mercado. As principais propostas desse Projeto são: caráter focalizado no atendimento à população vulnerável através do pacote básico para a saúde; ampliação da privatização; estímulo ao seguro privado; descentralização dos serviços ao nível local; eliminação da vinculação de fonte com relação ao financiamento.

Para Bravo (2000) esse projeto tem como premissa concepções individualistas e fragmentadoras da realidade, em contraposição às concepções coletivas e universais do projeto da Reforma Sanitária brasileira que se materializou, juridicamente, com a Seção da Saúde da Constituição Federal de 1988 e as Leis Orgânicas da Saúde, Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 e a Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990.

Portanto, com a Constituição de 1988, no campo da saúde, teremos disputas de dois projetos: o privatista, associado ao mercado e indústria farmacêutica e o da reforma sanitária que buscava romper com o modelo de saúde até então vigente de atenção à saúde médico-assistencial de caráter curativo, discriminatório, subordinado à lógica mercantilista e que privilegiava o produtor privado em detrimento da rede própria. (CAVALCANTI, 2007).

Destaca-se que, atualmente, as conquistas Constitucionais de 1988 estão perdendo espaço para a lógica do mercado, que defende políticas sociais seletivas, não universais voltadas para aqueles que não podem pagar. Essas mudanças são notórias na saúde pública, desdobrados nas unidades de atendimento, o quadro é de sucateamento dos serviços e falta de investimentos.

Outro ponto importante o qual será estudado é o movimento que vem crescendo contrapondo a essas extremas condições de abandono do SUS, que se coloca como luta pela saúde no Brasil tem sido grande a fragmentação e as experiências de privatização das

políticas sociais, especialmente a educação e a saúde que ganharam destaque desde a ditadura do grande capital desenvolvida entre 1964 e 1974.

Podemos notar que se reproduz uma ambiguidade de sentidos para o SUS: ampliou horizontes democráticos, mas se mantiveram os enfrentamentos para sua completa efetivação.

Consolidam-se cada vez com mais força as medidas da ofensiva neoliberal implantada no país, a partir dos anos 1990, que se estende até os dias atuais. Tais reformas orientadas para o mercado e um expressivo enxugamento do Estado, com o discurso de medidas “necessárias” para o enfrentamento da crise econômica e social, repercutem diretamente na política de saúde.

De fato, e como mencionado acima, a saúde vivenciou um processo de privatização sutil na década de 1990 de tal forma que as próprias mobilizações sociais, como a de sindicatos e associações profissionais, passam a ter como pauta em suas reivindicações trabalhistas, não a viabilização do SUS e o cumprimento da legislação, sobretudo no que se refere à política de financiamento, e sim a exigência de planos de saúde para suas categorias. O Estado passa a pagar planos de saúde para o funcionalismo público, tornando-se comprador da assistência suplementar e reforçando a desigualdade. (CAVALCANTI, 2007).

## **1.2 OS PROCESSOS DE CONTRARREFORMAS NA SAÚDE E AS ESTRATÉGIAS DE DESMONTE DO SUS.**

A partir da Constituição de 1988, através de articulação, mobilização e luta de trabalhadores e usuários da saúde, foi construído o Sistema Único de Saúde (SUS), marcado pelos princípios de universalidade, equidade, integralidade, descentralização político-administrativa e participação social, integrante da seguridade social e financiado com orçamento próprio (CONCEIÇÃO et al., 2012).

Assim, o Sistema Único de Saúde (SUS), refere-se ao "conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público" (BRASIL, 1990), e compõe o tripé da seguridade social brasileira, junto com a Assistência Social e Previdência Social.

O SUS constitui o modelo oficial público de atenção à saúde em todo o país, sendo um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo e o único a garantir assistência integral e totalmente gratuita para a totalidade da população, sendo financiado com recursos

arrecadados através de impostos e contribuições sociais pagos pela população e compõem os recursos do governo federal, estadual e municipal.

Sendo este sistema fruto do Movimento da Reforma Sanitária, que defende a saúde enquanto direito de toda a sociedade e o associa a um projeto de sociedade anticapitalista, com princípios como a universalidade, integralidade, equidade e participação social.

O Sistema Único de Saúde é atualmente uma das mais importantes e avançadas políticas sociais em vigência no Brasil, com rede de abrangência a toda a população, com uma proposta pública, popular e democrática que aponta para justiça social.

À medida que o projeto neoliberal do Brasil avança, os direitos sociais e trabalhistas foram revogados ou flexibilizados por meio de várias emendas à constituição. O SUS possui muitas forças antagônicas, sendo estes, aqueles que utilizam a saúde como fonte de lucro, não interessando um sistema público, universal e qualidade. Desse modo verificou-se uma verdadeira contrarreforma:

Esteve em curso no Brasil dos anos 1990 uma contrarreforma do Estado, e não uma “reforma”, como apontavam – e ainda o fazem – seus defensores. Uma contrarreforma que se compôs de um conjunto de mudanças estruturais regressivas sobre os trabalhadores e a massa da população brasileira, que foram também antinacionais e antidemocráticas (BEHRING, 2008, p.281).

De acordo com Gomes (2014), o que se verificou foi um retrocesso em relação aos direitos sociais, inclusive o direito à saúde. A Constituição Federal foi tão desfigurada, após sucessivas emendas, que realmente não é exagero caracterizar as contrarreformas não apenas como antidemocráticas, mas também como inconstitucionais. Os direitos fundamentais assegurados pelos constituintes não poderiam ser significativamente subtraídos sem que outra assembleia nacional constituinte fosse convocada para esse fim. (GOMES, 2014, p.28).

Segundo Soares (2013), as estratégias para materializar a contrarreforma foram estruturadas em três eixos, a saber: “saúde e desenvolvimento”, “redefinição do público estatal” e os “novos” modelos de gestão e instrumento de gestão. O primeiro eixo no que diz respeito a saúde e desenvolvimento situa a política de saúde no estado e na sociedade como um direito tanto quanto uma área de investimento seja público ou privada, mas ainda assim lucrativa para ambas as partes.

A dupla dimensão possibilitou uma maior visibilidade da política como espaço para não só ter respostas para as demandas sociais, mas também para garantir o máximo de lucratividade para a área privada. Com isso, tivemos a desvalorização da questão pública e uma das estratégias usadas para isso foi a desvalorização da gestão pública tradicional. Tendo

assim as suas normas de controle a rigidez e a burocracia incompatível com as demandas atuais e os novos padrões tecnológicos e organizacionais. Dessa forma, as esferas públicas de direito privado surgem como uma nova opção de gestão pública com a justificativa de ser a modernização do SUS e profissionalização da gestão pública favorecendo o atendimento e o acesso à saúde com os novos padrões de sociedade.

Essa proposta traz a ideia que o espaço público está sendo modernizado com o ideário privado. Não que ela já não fosse presente, porém esse projeto faz com que os ideais da lógica do capital sejam institucionalizados na gestão do pública sobre a forma de racionalidade empresarial e seus instrumentos administrativos-gerenciais.

Podemos citar as principais tendências que a contrarreforma produz no SUS, bem como, a tecnificação da saúde, ênfase na assistência precarizada, privatização e mercantilização da saúde pública, precarização e superexploração do trabalho na saúde pública e a racionalidade empresarial produtivista que vem sendo incorporada na gestão do SUS. Este conjunto de particularidades, estratégias e perspectivas está sendo repercutida nas práticas sociais no SUS e geram um conjunto de demandas que se colocam no cotidiano profissional como uma importante determinação na saúde pública do Estado.

O Projeto Saúde ao mercado ou de reatualização do modelo médico assistencial privatista está pautado na política de ajuste neoliberal que tem como principais tendências: a contenção dos gastos com racionalização da oferta, a descentralização com isenção de responsabilidade do poder central e focalização. (BRAVO E MATOS, 2012, p.203).

No governo Temer a política de saúde se mostra completamente antagônica ao projeto de Reforma Sanitária, atacando diretamente os princípios basilares de universalidade do acesso à saúde, impondo um congelamento de 20 anos, o governo coloca a saúde em lugares que jamais foram vistos ou pensados.

Outro aspecto produto dos grandes ataques às políticas de saúde, o subfinanciamento do SUS, favorece o cenário para que as empresas privadas regularizem planos populares de saúde e defendem fortemente a desoneração do SUS. Por conta disso, acaba arriscando os fundamentos dos documentos para o futuro. E essas ações acabam gerando um processo de focalização de políticas a níveis extremos e inviabilizando um SUS para todos.

A publicidade do direito à saúde, se dá na ideia de que todos devem colaborar quando se entra em colapso o repasse de verbas para o sistema. Porém, na prática, a colaboração deveria se dar na compra de um plano popular ou até mesmo comprando um serviço de saúde

em clínicas privadas. Apesar disso, há muita resistência do movimento sanitário, a população que usufrui do SUS se mobiliza para defender o seu direito a ter acesso a saúde pública.

Deixando claro que ao negar o direito e reprodução da ideia de inviabilizar o SUS, vem sendo colocada em ordem pelos setores privados, sendo assim, a destruição da concepção de direito gratuito ao acesso à saúde chega ao seu ápice.

Por fim, temos a participação social, que se consolida através do controle social que sofre golpes no processo contínuo de desmonte e desvalorização desses espaços democráticos em relação às grandes decisões políticas de saúde. Com a introdução das novas modalidades de gestão passa a ser completamente aliado dos processos decisórios.

Nas últimas décadas o Brasil atravessa um momento crucial da ofensiva capital em realizar o golpe institucional. E essa ofensiva intensifica uma forma de ser feita com a inviabilização ou uma profunda restrição de alternativas civilizatórias, mesmo sobre a ordem capitalista.

O debate do subfinanciamento ao desfinanciamento do SUS é uma discussão difícil por ter sido um processo complexo no tempo histórico do capitalismo contemporâneo em crise. Nos últimos 30 anos é impossível ignorarmos o fato que o estado brasileiro a conceder incentivos fiscais à rede privada colocava em risco a saúde universal. E por conta disso o gasto com a iniciativa privada foi maior do que com o gasto público. O SUS teve em sua trajetória a redução de recursos que evidencia um subfinanciamento estrutural desse sistema.

Para compreendermos o subfinanciamento do SUS é necessário partir da crise capitalista no cenário contemporâneo, que tem o Estado cada vez mais restringindo o orçamento público a favor dos ajustes fiscais adotados pelos atuais governos.

A crise em forma de mercadoria e a crise estatal emergem a falha em conseguir assegurar o direito à saúde à medida que se mantém a má gestão do orçamento da seguridade social. Entretanto, há dois aspectos que precarizam o SUS, a desvinculação das receitas da união e as renúncias fiscais no setor da saúde. As renúncias fiscais são concessões fiscais às entidades privadas e às ONGs. Mesmo com a luta das entidades do movimento da reforma sanitária em conjunto com o conselho nacional de saúde, continua o movimento em busca de resultados que dessem suporte para o SUS não ser mais sucateado. Embora, o que presenciamos seja um subfinanciamento e desfinanciamento elevado com a aprovação de emendas. Portanto, o subfinanciamento do SUS acabou se tornando um desfinanciamento, caracterizado por um quadro de aniquilamento das tentativas de construir um sistema de saúde universal.

Assim, o período de existência do SUS tem sido acompanhado por uma trajetória de persistência de reduzidos montantes de recursos, evidenciando o subfinanciamento estrutural deste sistema<sup>3</sup>, explicado a partir de mecanismos legais que o Estado implementa para transferir riqueza do trabalho para o capital. Por um lado, a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) que limita a realização de concursos e contratações de pessoal no serviço público; e por outro, a chamada Desvinculação de Receitas da União (DRU), que permite a retirada ou desvio de recursos inicialmente destinados a políticas sociais.

As políticas macroeconômicas ortodoxas denominadas de “austeridade fiscal”, caracterizaram os mandatos de Fernando Henrique Cardoso (FHC); orientações mantidas posteriormente nos governos de conciliação de classe. Neste sentido, cabe observar que, no governo de Dilma Rousseff (2011-2016), a expropriação de fundo público adotou um ritmo mais acelerado e a DRU aumentou de 20% para 30%, sendo prorrogada até 2023. Dessa forma, esses mecanismos continuam vigentes até o momento atual e permitem desvincular/expropriar parte do orçamento das políticas sociais para pagamento de juros e amortização de dívida externa remunerando assim, o capital financeiro. Assim, cada vez mais, o Capital e o Estado se des responsabilizam das necessidades de reprodução da classe trabalhadora.

Na hipótese de Mendes e Carnut (2020), com o golpe jurídico-parlamentar-midiático de 2016, o subfinanciamento do SUS passou a ser transformado em desfinanciamento, configurando um quadro de aniquilamento das tentativas de construção de nosso sistema universal em saúde. A Emenda Constitucional 95/2016 foi promulgada pelo governo Temer e teve por objetivo limitar a expansão dos gastos públicos pelos próximos 20 anos, mas não o fez para as despesas financeiras, mantendo-se alto o patamar de pagamento de juros da dívida por parte do governo brasileiro<sup>4</sup>.

Essa medida, somada à Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) e a Desvinculação de Receitas da União (DRU), provocam redução e/ou eliminação da oferta de serviços públicos, esvaziamento e sobrecarga de equipes profissionais, precarizando ainda mais as relações de trabalho.

Além do mais, cabe destacar um outro aspecto que contribui para prejudicar o financiamento do SUS, ao longo da sua existência: as renúncias fiscais, no setor saúde. “O

---

<sup>3</sup> “Para uma ideia geral desse subfinanciamento, se o art. 55 das Disposições Constitucionais Transitórias da Constituição Federal fosse aplicado, 30% dos recursos da Seguridade Social deveriam ser destinados à saúde, mas isso nunca foi feito.” (FUNCIA; SANTOS, 2019 apud MENDES e CARNUT, 2020, p.15).

<sup>4</sup> “Para uma ideia geral desse subfinanciamento, se o art. 55 das Disposições Constitucionais Transitórias da Constituição Federal fosse aplicado, 30% dos recursos da Seguridade Social deveriam ser destinados à saúde, mas isso nunca foi feito.” (FUNCIA; SANTOS, 2019 apud MENDES e CARNUT, 2020, p.16).

total de renúncias fiscais concedidas à saúde privada cresceu de forma considerável, passando de R\$ 8,6 bilhões, em 2003; para R\$ 32,3 bilhões, em 2015”. (MENDES e CARNUT, 2020, p.17).

Desta forma, com o golpe de 2016, a ofensiva contra as políticas sociais, os ataques aos direitos trabalhistas e às proteções sociais relacionadas ao emprego formal acentuaram-se, provocando um aumento da precarização geral das condições de vida e de trabalho. (KILDUFF et al., 2020).

Assentado nas forças mais conservadoras da sociedade brasileira, o governo de extrema direita de Bolsonaro, em vigência desde 2018, segue intensificando a via autocrática e autoritária do Estado burguês brasileiro sob a consolidação da “democracia blindada” (DEMIER, 2017).

O desmonte das já incipientes políticas públicas, portanto, segue concomitante ao aprofundamento dos traços neofascistas do governo Bolsonaro e sua política de ódio contra os grupos socialmente discriminados e seus opositores políticos<sup>5</sup>.

De acordo com Bravo (et al., 2020), seguindo esta lógica de recrudescimento do caráter neoliberal no interior das políticas de proteção social, o (des) Governo Bolsonaro, antes mesmo de ser eleito, explicitava em seu programa a intenção de favorecimento das privatizações no âmbito da saúde sob a alegação de garantir o equilíbrio das contas públicas. Ao ser eleito, ainda no início de seu mandato, o Governo Bolsonaro efetivou uma série de alterações na estrutura do Ministério da Saúde, tendo em vista a extinção e reformulação de Secretarias e Departamentos cujo objetivo foi o institucionalizar o teleatendimento e fortalecer os hospitais filantrópicos e privados e, simultaneamente, enfraquecer os espaços de controle e participação social.

Percebe-se que, no (des) governo Bolsonaro, a apropriação do fundo público na saúde pelo capital manteve-se intensa, expropriando da classe trabalhadora o direito de acesso universal à saúde. Assim, o SUS, passa a enfrentar, ao lado do subfinanciamento de mais de trinta anos, um processo crescente e contínuo de desfinanciamento evidenciando-se a relação orgânica entre Capital e Estado, sobretudo no papel decisivo que ocupa na administração da crise contemporânea.

---

<sup>5</sup> Estamos assistindo a uma regressão civilizatória e a expropriação de direitos e políticas sociais com o objetivo de atualizar as necessidades de reprodução do capitalismo. A apropriação do fundo público, particularmente do fundo público da saúde, torna-se objeto de desejo dos grandes e pequenos conglomerados econômicos da saúde, inclusive internacionais – desde operadoras de planos de saúde, indústria farmacêutica, rede de farmácias, rede de hospitais, etc. (CAVALCANTI, 2018).

Assim, o ritmo da expropriação de recursos da saúde pública se acelerou a partir de 2017, acumulando-se perdas de R\$ 9,7 bilhões em 2018 e 2019<sup>6</sup>. É com o SUS asfixiado que a população brasileira atravessou e continua enfrentando a pandemia de Covid-19.

Dessa forma, o neoliberalismo<sup>7</sup> torna a política de saúde espaço de grande tensionamento e alvo de sucessivos ajustes fiscais, interferindo na qualidade dos serviços e nas práticas profissionais. Além do subfinanciamento crônico e desfinanciamento, a contrarreforma na política de saúde se efetiva com a incorporação dos chamados “novos modelos de gestão” que buscam legitimar a lógica neoliberal da eficiência do setor privado na gestão pública. Já na década de 2000, o Banco Mundial (BM) apontava “problemas burocráticos no SUS” e “sugeriu” (vale dizer, impôs como condição para o acesso dos governos a novos empréstimos), o repasse da política de saúde para o setor privado denominado: “público, mas não estatal”: Fundações Estatais de Direito Público e Privado, Empresas de Serviços Hospitalares, Organizações Sociais, etc. administram crescentemente recursos públicos destinados à política de saúde.

Com isso, na fase neoliberal do capitalismo, presencia-se o avanço da lógica empresarial na saúde<sup>8</sup> que se expressa, por exemplo, no fato da liberação de recursos ser apenas com metas de produtividade; na falta de transparência na administração de verbas públicas<sup>9</sup> com fraudes e desvios de recursos operados pelo chamado “setor público não estatal”; na falta de concursos públicos (sendo as contratações com vínculos precarizados, temporários e com a eliminação de direitos trabalhistas); nos atrasos e baixos salários; na instabilidade contratual e nas demissões frequentes; na ausência de plano de carreira para as/os trabalhadoras/es do SUS; na alta rotatividade das equipes pelos processos de trabalho desgastantes e orientados por metas de produtividade e pela ausência de políticas de incentivos para qualificação profissional. Todos esses processos impactam desfavoravelmente nos atendimentos e nos serviços oferecidos às/os usuárias/os.

---

<sup>6</sup> “Os brasileiros e as brasileiras foram comunicados sobre a perda de R\$9,7 bilhões no financiamento do SUS, acumulados nos anos de 2018 e 2019”. (op.cit, p.3).

<sup>7</sup> Entende-se neoliberalismo com uma reestruturação do capitalismo em termos globais iniciada na década de 1970 que envolve aspectos econômicos, políticos, ideológicos e culturais; alterações profundas que buscam responder à crise estrutural do capital caracterizada pela queda das taxas de lucro, uma crise de superacumulação de capitais e superprodução de mercadorias.

<sup>8</sup> O principal argumento neoliberal que justifica o repasse de financiamento para a gestão de organizações privadas se fundamenta na “falta de eficiência” do setor público estatal, porém a precarização e “a crise” das políticas públicas são principalmente provocadas pelo subfinanciamento estrutural e o desfinanciamento crônico, tese defendida neste Trabalho de Conclusão de Curso.

<sup>9</sup> Para retratar esta falta de transparência no manejo da verba pública, lembramos que durante 2020, houve irregularidades na contratação para a construção de hospitais de campanhas. A Organização Iabas, recebeu do Município do Rio de Janeiro o valor de quase 20 milhões de reais em um contrato de seis meses e essas unidades de saúde simplesmente nunca foram inauguradas. Informações disponíveis em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2020-05/inauguracao-dos-hospitais-de-campanha-do-rio-de-janeiro-e-adiada> Acesso: 12 julho.2022.

## **2. ATENÇÃO PRIMÁRIA DA SAÚDE: DEBATE SOBRE OS NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASFs) E SERVIÇO SOCIAL.**

As mudanças dos anos 1990 açulados pela atual ofensiva do capital, intensificaram tendências em grande parte voltadas para a lógica mercantil e empresarial, cujos impactos dessa lógica se constitui na desregulamentação das profissões e dos direitos trabalhistas, desinvestimento nas políticas sociais públicas, criminalização dos movimentos sociais, cuja ofensiva a saúde pública se insere.

Partimos da compreensão que a saúde diz respeito às condições de bem-estar físico, mental e social do indivíduo. Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, 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).

O conceito de saúde está em constante disputa, de um lado os pressupostos da Reforma Sanitária e do outros as medidas da contrarreforma neoliberal. A designação Atenção Primária à Saúde reforça a reorientação do modelo assistencial, a partir de um sistema universal e integrado de atenção à saúde.

A realização do resgate histórico sobre política de saúde no Brasil fez-se necessária para aprofundar o debate sobre modelos de atenção, tomando como referência diferentes autores, além da análise da política de Atenção Primária (AP) brasileira, das diretrizes do NASF e das ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano nesses núcleos.

A Constituição Federal de 1988 definiu um novo pacto federativo que resultou em grandes transformações quanto à transferência de capacidade decisória, funções e recursos para os estados e, fundamentalmente, para os municípios. (BRAVO, 2006).

Entre eles está o surgimento das Estratégias Saúde da Família (ESF) em 1994, que aparece no Brasil como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial a partir da Atenção Primária. As ESF se apresentam como uma nova maneira de trabalhar a saúde em conformidade com os princípios do SUS, levando a saúde para mais perto das famílias e com isso, melhora a qualidade de vida da população. Com o intuito de apoiar a inserção da ESF na rede de serviços em saúde, foram criados e implantados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), mediante a Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, reformulada em 04 de março do mesmo ano.

Art. 1º Criar os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica. (Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria** nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Brasília, 2008.)

Assim, ganha centralidade enquanto um projeto dinamizador do Sistema o Programa Saúde da Família, que assume o lugar de estratégia estruturante dos sistemas de saúde municipais onde os princípios que orientam a Atenção Primária dizem respeito à universalidade, acessibilidade, coordenação do cuidado, do vínculo, da integralidade, da humanização, da equidade, da participação e controle social, impondo a esta, o papel central na garantia à população de acesso a uma atenção à saúde de qualidade.

As Estratégias Saúde da Família (ESF) são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, atuando, com ações de promoção da saúde, prevenção, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, bem como na manutenção da saúde comunitária. O NASF não se constitui porta de entrada do sistema para os usuários, mas sim de apoio às Equipes de Saúde da Família. (BRASIL, 2006).

No sentido de ampliar esse escopo da Atenção Básica, o Ministério da Saúde criou a partir da portaria GM nº154, de 24 de janeiro de 2008 os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), legitimando a importância de novas especialidades que vão apoiar a inserção da Estratégia de Saúde da Família – ESF na rede de serviços sob o apoio matricial, com retaguarda especializada. Dentre os profissionais chamados para compor a equipe Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), bem como: Médico (acupunturista, clínica médica, ginecologista, homeopata, pediatra, psiquiatra); Profissional da Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Nutricionista; Psicólogo; Terapeuta Ocupacional e o Assistente Social. (BRASIL, 2008).

O NASF é uma equipe composta por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das Equipes Saúde da Família, das Equipes de Atenção Básica para populações específicas, compartilhando as práticas e saberes em saúde nos territórios sob responsabilidade destas equipes. (BRASIL, 2009).

Pode-se afirmar que houve avanços na política de saúde, assim como, persistem obstáculos. A criação dos NASF e a requisição do assistente social como profissão especializado para compor a equipe dos núcleos gerou um aumento significativo do número de profissionais nesse nível de complexidade da política de saúde. Também gerou dentro da

categoria um intenso debate, que vai desde a defesa da ESF como bandeira para garantir a mudança do modelo hegemônico biomédico para o modelo da AB incorporados pelos princípios da reforma sanitária, da educação em saúde, da formação para SUS e da concepção ampliada de saúde até aos profissionais que acreditam que ESF vem revestida por uma nova roupagem, em direção oposta assumindo o caráter racionalizador do SUS e a focalização no atendimento aos mais pobres.

A (o) assistente social possui um grande potencial a oferecer na qualificação do trabalho em equipe e para as equipes na ESF. Podemos definir o apoio matricial como um mecanismo que interpõe uma crítica ao clássico modelo de gestão do trabalho hierarquizado e propõe a construção compartilhada com outros atores. Assim, visa assegurar retaguarda especializada a equipes de profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde sob o paradigma de uma abordagem integral, que requer o envolvimento não apenas de um especialista, mas profissionais essenciais, porém, distintos, todavia com o mesmo objetivo, visando o aperfeiçoamento na qualidade de serviço prestado à população.

O apoio matricial apresenta as dimensões de suporte: assistencial e técnico-pedagógico. A dimensão assistencial é aquela que vai produzir ação clínica direta com os usuários, e a ação técnico pedagógica vai produzir ação de apoio educativo com e para a equipe. Essas duas dimensões podem e devem se misturar nos diversos momentos. (BRASIL, 2009).

Destaca-se que, o apoio matricial, é uma proposta de gestão em saúde que se apresenta como mais democrática visando modificar as relações hierárquicas, problematizando o poder centrado no saber médico. Com isso, esta modalidade de trabalho, pressupõe e depende da existência de espaços coletivos e relações horizontais entre profissionais e usuárias (os), nas instituições.

De acordo com Campos e Domitti (2007) esta metodologia promove o trabalho interdisciplinar, ou seja, o diálogo e intercâmbio de saberes entre as diferentes profissões que trabalham no campo da saúde. De igual forma observa-se que esta modalidade de trabalho foi adotada progressivamente na saúde mental e principalmente no nível da atenção primária.

O apoio matricial pretende oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico pedagógico às equipes de referência. Depende da construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias entre os componentes de uma equipe de referência e os especialistas que oferecem apoio matricial. Essas diretrizes devem prever critérios para acionar o apoio e definir o espectro de responsabilidade tanto dos diferentes integrantes da equipe de referência quanto dos apoiadores matriciais. (CAMPOS E DOMITTI, 2007, p.400).

Nesta direção, o NASF deve atuar dentro de algumas diretrizes relativas à Atenção Primária à Saúde (APS), a saber: (BRASIL, 2009), bem como: Ação interdisciplinar e intersetorial; Educação permanente em saúde dos profissionais e da população; Desenvolvimento da noção de território; Integralidade, participação social, educação popular; Promoção da saúde; Humanização.

Juliana Rosa Oliveria (2018), na sua dissertação de mestrado, analisa dialeticamente os aspectos de continuidade e ruptura na Política de Saúde com os investimentos no setor, apontando críticas sobre a ESF, sem esgotar as reflexões deste trabalho, segue alguns apontamentos da autora:

O crescimento no número de unidades básicas no país não foi acompanhado pelos demais níveis de atenção, o que faz com que os(as) usuários(as) cheguem até a “porta de entrada” do SUS, mas não encontrem uma “porta de saída” da atenção básica. Ora, se o diagnóstico ocorre de maneira precoce, como é o esperado com a ABS, é preciso que haja uma rede de serviços em que os(as) usuários(as) possam ser direcionados(as) para que não se comprometa a integralidade do cuidado. O que se observa é que as filas que antes se formavam nas portas dos grandes hospitais, hoje são virtuais com o Sistema de Regulação (SISREG)<sup>10</sup>; tornando a busca por especialista mais demorada para os(as) usuários(as);

Incorporou-se a lógica do mercado na ESF, em que resolutividade é equiparada a quantidade (quantidade de atendimento prestado, quantidade de visitas domiciliares, etc.), ou seja, buscou-se ampliar o acesso sem garantir a qualidade dos atendimentos. Nesse aspecto é interessante o exemplo do município do Rio de Janeiro, que ao entrar em qualquer UBS, nos deparamos com um “placar da saúde”, em que são expostos números como a quantidade de pessoas cadastradas, atendidas, gestantes, idosos, crianças, etc.; bem como os seminários de gestão (conhecido como accountability) que ocorreram nas gestões do prefeito Eduardo Paes (2009 - 2016) em que as equipes precisavam apresentar os números de procedimentos realizados nas unidades.

A expansão da ESF aconteceu de maneira desigual entre os municípios, tanto relacionada a número e período de adesão quanto à forma de gestão. Alguns municípios escolheram transferir a gestão das unidades básicas para Organizações Sociais (como é o caso do Rio de Janeiro), o que faz com que a contratação de recursos humanos seja realizada através da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT); enquanto outros investiram em concursos públicos. (OLIVEIRA, 2018, p.90).

A Estratégia de Saúde da Família, que enquanto modelo de reorganização do modelo assistencial à saúde, busca afastar-se do modelo biomédico e hospitalocêntrico caracterizando como porta de entrada do sistema de saúde visando uma amplitude de casos e contextos.

As equipes atuam baseada no Conceito Ampliado de Saúde e Integralidade do Cuidado. Essa perspectiva considera o processo saúde-doença como resultado de quatro conjuntos de determinações: 1) biológico; 2) condições sociais, econômicas e ambientais nas

---

<sup>10</sup> SISREG é o sistema on-line de regulação desenvolvido em 2001 pela Secretária de Atenção à Saúde em parceria com o Datasus e disponibilizado para os estados e municípios visando apoiar as ações de regulação aos serviços de saúde, como internações, consultas e realização de exames.

quais as pessoas vivem e moram;3) estilo de vida adotado; e 4) resultado das intervenções médico-sanitárias (sistema de saúde da sociedade).

Essa concepção parte, assim, do reconhecimento de que o adoecimento e a vida saudável não dependem unicamente de aspectos físicos ou genéticos, mas são influenciados pelas relações sociais e econômicas que engendram formas de acesso à alimentação, à educação, ao trabalho, renda, lazer e ambiente adequado, entre outros aspectos fundamentais para a saúde e a qualidade de vida. Tendo como principal atributo uma abordagem mais abrangente e integrada dos quatro grupos, permitindo a inclusão de todos os diversos campos de responsabilidade pelas questões de saúde, como autoridades (dentro e fora do setor de saúde), pacientes, profissionais de saúde, proporcionando, ainda, uma análise interativa do impacto de cada grupo em um determinado problema de saúde (CARVALHO e BUSS, 2012).

## **2.1 Serviço Social no NASF: reflexões a partir da experiência de estágio no Centro Municipal Píndaro de Carvalho Rodrigues.**

Com a implantação do neoliberalismo na década de 90, presenciamos a retração de direitos em todas as esferas e a precarização de serviços na área da saúde, que se expressam na ausência de recursos humanos para o desenvolvimento das ações, unidades assistenciais fechadas, problemas sérios de financiamentos as instituições de saúde, de forma a intensificar as dificuldades para atender as demandas profissionais.

Tudo isso faz com que a população que mais precisa fique ainda mais distante do acesso aos serviços e que quando conseguem acessar, já estão num nível avançado de sua patologia e que por vezes o tratamento é comumente mais agressivo do que seria se essa população tivesse como acessar os serviços de base.

A atual conjuntura nos traz a pensar sobre os aspectos relevantes que o Estado impõe como problemas substanciais para a reformulação do Sistema Único de Saúde, considerando que o investimento e a minimização dos riscos sociais são tidos como excesso, assistencialismo, populismo e irresponsabilidade fiscal. Desta forma, o neoliberalismo impõe uma disputa ideológica e de recursos financeiros entre Estado e mercado, que se converteu em captura do setor público pelo privado.

A vivência de estágio em 2018 no Centro Municipal de Saúde Píndaro de Carvalho Rodrigues, localizado no endereço: Av. Padre Leonel Franca, S/N – Gávea, Rio de Janeiro/RJ, situado na área programática 2.1, abrangendo os bairros, Gávea, Jardim Botânico (Horto), Lagoa, Leblon e Ipanema, auxilia para a compreensão dos aspectos do trabalho do Serviço Social inserido no NASF.

Em 2010 o Programa Saúde da Família foi implantado nesta unidade com uma equipe e em 2011 houve a ampliação do Programa, com a chegada de mais uma equipe. Atualmente possui Três Equipes de Saúde da Família: Equipe Trombeta desde 2010; Equipe Dois Irmãos desde 2014; Equipe Parque, desde 2015<sup>11</sup>.

Constituído por quatro equipes de saúde, sendo elas denominadas: planetário; trombeta; dois irmãos; parque. Cada equipe de saúde é formada por 1 médico, 1 Enfermeira, 1 técnico em enfermagem e 6 agentes comunitários de saúde. Tendo como atividades realizadas pela equipe: consultas, procedimentos como curativos, injeções, nebulização, vacinação, retirada de pontos, etc. Sendo realizadas visitas aos domicílios para os pacientes acamados ou com dificuldade de locomoção.

A unidade tem como princípio norteador a prestação de serviços de qualidade na atenção básica em saúde para todas as famílias do território de abrangência. Tendo como visão uma maior proximidade entre os profissionais de saúde da unidade e dos usuários gera um maior vínculo e a vigilância sobre possíveis situações de risco se torna maior. Portanto, a Unidade tem como objetivo ser a referência em atenção básica no território, prestando serviços de promoção e prevenção em saúde de excelência e agregando mais qualidade de vida para todas as famílias.

A estrutura de gestão da ESF Gávea é constituída pelo Coordenador da unidade e pelo Colegiado de Gestão Participativa. Há também instituído uma Comissão de Prontuários. Essa comissão foi instituída com o objetivo de verificar a veracidade das informações preenchidas, tanto no prontuário de papel como no prontuário eletrônico. A comissão de prontuários é composta por um médico, um Dentista e um ACS da unidade. As reuniões acontecem mensalmente, onde são discutidas questões pertinentes à melhoria da inserção de dados.

Atualmente em fase de construção, o colegiado gestor busca uma maior participação da comunidade na decisão das políticas de promoção de saúde feitas pela ESF Gávea. O objetivo é apenas formalizar algo que já acontecia na unidade. Discussões sobre o planejamento das ações da unidade sempre foram bem recebidas, e sempre analisadas visando sua implementação.

Em referência ao trabalho do serviço social na instituição, necessário ressaltar que de acordo com o Caderno de Atenção Básica nº 27, o profissional do Serviço Social é fundamental para o que prevê a Portaria nº 154, que regulamenta a criação dos NASF.

---

<sup>11</sup> Informações disponíveis em: <http://pindarocarvalhoerodrigues.blogspot.com>

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

Durante a vivência no campo de estágio foi possível notar a importância de o assistente social estar inserido na equipe como profissional da saúde. Essa nova organização do serviço, traz novos desafios tanto para o assistente social como para outros profissionais inseridos na equipe.

Referente ao espaço físico de trabalho da assistente social no Centro Municipal Píndaro Carvalho Rodrigues, tinha-se uma sala do serviço social, utilizava o espaço para contemplar seu arquivo profissional e para desenvolver relatórios, entrevistas sociais e contatos telefônicos a fim de assegurar necessariamente o sigilo profissional, sobre os outros profissionais de outras especialidades, tais como: nutricionista, psicóloga, fisioterapeuta, educador físico, os mesmos circulavam de acordo com as demandas: atendimento em consulta conjunta, atendimento em consulta individual, visita domiciliar, além dos contatos em espaços interno da instituição como grupos, reuniões de matriciamento e espaços externos como, reuniões aos Conselhos, Visita em Instituições e redes de apoio, entre outros.

O sigilo profissional sempre foi um aspecto presente no âmbito da atuação do Serviço Social, assim como é abordado no decorrer de todos os Códigos de Ética dos assistentes sociais, desde a primeira formulação ética de 1947 até o atual Código de 1993. Sendo elemento importante para reflexão, como consta:

**CAPÍTULO V. Do Sigilo Profissional.** Art. 15 - Constitui direito do assistente social manter o sigilo profissional. Art. 16 - O sigilo protegerá o usuário em tudo aquilo de que o assistente social tome conhecimento, como decorrência do exercício da atividade profissional. Parágrafo único - Em trabalho multidisciplinar só poderão ser prestadas informações dentro dos limites do estritamente necessários. Art. 17 - É vedado ao assistente social revelar sigilo profissional. Art. 18 - A quebra do sigilo só é admissível quando se tratarem de situações cuja gravidade possa, envolvendo ou não fato delituoso, trazer prejuízo aos interesses do usuário, de terceiros e da coletividade. Parágrafo único - A revelação será feita dentro do estritamente necessário, quer em relação ao assunto revelado, quer ao grau e número de pessoas que dele devam tomar conhecimento. (CFESS, 1993).

Importante informar que durante a vivência de estágio as visitas acompanhadas (domiciliares e institucionais) reuniões com as equipes, palestras no território tais como: Programa Saúde na Escola, foram através deslocamento com transporte público e de gasto próprio.

Acerca das demandas atendidas, a assistente social atende diversos tipos, principalmente àquelas relacionadas à violação de direitos, tanto por parte do poder público, quanto da população em geral. Grandes são os desafios enfrentados para desvelar a realidade de cada família que vive no território de abrangência do Centro Municipal de Saúde e é de extrema importância essa aproximação com todos os atores envolvidos.

Com o aumento da expectativa de vida e a diminuição da taxa de natalidade, nota-se a presença cada vez mais constante de idosos como atores principais nos domicílios brasileiros. No entanto, também se têm percebido um aumento constante desse público submetido a situações de violência familiar, dentre elas a física, psicológica, sexual, moral, financeira, negligência, abandono, dentre outras. Foi observado nesse período que muitas das demandas apresentadas ao serviço social estavam vinculadas a violência e grande vulnerabilidade social e econômica à pessoa idosa.

A violência contra o idoso, contudo, pode ocorrer nos mais diversos espaços sociais, além do seio familiar, tais como, asilos, órgãos públicos, centros de convivência, ou seja, em inúmeros ambientes em que homens e mulheres idosos convivem.

A Lei Orgânica da saúde, nº 8080/90 apresenta o princípio da preservação da autonomia na defesa da integridade física e moral. O Estatuto da Pessoa Idosa, Lei nº 10741/2003, em seu Título I, art. 3, destaca que compete à família, a comunidade, a sociedade e o poder público assegurar à pessoa idosa, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária. Conforme o Art. 9º, título II, capítulo I, do Estatuto da Pessoa Idosa (2003) “é obrigação do Estado garantir à pessoa idosa a proteção à vida e à saúde, mediante efetivação de políticas sociais públicas que permitam um envelhecimento saudável e em condições de dignidade”.

Além dos agentes comunitários de saúde, os assistentes sociais também têm como uma de suas ações, quando necessário, a realização de visita domiciliar. É através desse instrumental que o profissional poderá conhecer melhor a dinâmica familiar em que esse idoso vítima de violência está submetido, quais os seus laços afetivos e comunitários e o que ele representa diante desse contexto familiar. Vale ressaltar que esse não é o único meio para se atuar nos casos, poderão ser realizados atendimentos individuais e grupais, discussões de caso com a rede de proteção, contatos institucionais e os encaminhamentos, conforme necessário.

Importante analisar que é na velhice que o idoso se vê necessitado cada vez mais de cuidados, apresentando maior dependência de seus familiares ou cuidadores, maior está o

grau de vulnerabilidade e o risco de estar submetido a algum tipo de violação. Não se pode deixar de mencionar que nem sempre a violência contra idosos é realizada de forma intencional, pois muitas vezes têm-se nos domicílios famílias muito vulneráveis economicamente e culturalmente, totalmente despreparadas para assumir os cuidados com seu ente acima de 60 anos. Assim, faz-se necessário a criação de políticas públicas de saúde e políticas sociais que assegurem à pessoa idosa qualidade de vida e bem-estar social.

Nesse sentido, para que as intervenções ampliem seu escopo de modo a organizar a atenção e o cuidado na articulação com uma equipe multiprofissional, o profissional da educação física, profissional este inserido na equipe multiprofissional como citado anteriormente, tem reflexões necessárias e compartilhamento de saberes com o serviço social que auxilia para a garantia de qualidade de vida da população idosa acompanha.

Integrado a instituição, o Programa Academia Carioca constrói-se com um espaço de trabalho do educador físico e mobilizador de Promoção da Saúde por meio de ação comunitária e intersetorial, centrada na inserção da prática de atividade física regular nas unidades de Atenção Primária à Saúde<sup>12</sup>.

Centrado na inserção da população a práticas que visem promover o bem estar físico, mental e social, a Academia Carioca tem se constituído como um significativo dispositivo de construção de uma sociedade mais ativa e com estilo de vida mais saudável. Além dos exercícios, o espaço possibilita um espaço de convivência, além de aumentar o vínculo entre a população e a clínica, sendo uma estratégia para o enfrentamento da diabetes, hipertensão, obesidade, depressão, entre outras.

O Programa Academia Carioca atua no serviço da Atenção Primária à Saúde e agrega ao trabalho multiprofissional junto com educadores físicos e o serviço social, atuando em conjunto na região expandindo o conceito de promoção de saúde, com ênfase em atividades físicas, e ampliando a atenção à saúde como espaço inovador de práticas de cuidado, ensino e pesquisa.

Vale ressaltar que um dos principais papéis do assistente social no campo da violência contra idosos é o de educador, pois a população necessita conhecer seus direitos e saber que possuem autonomia para efetivação destes. Este é um importante papel do serviço social, pois é através do conhecimento que a população pode se organizar e promover mudanças.

---

<sup>12</sup> Informações obtidas no site da prefeitura do Rio de Janeiro: <http://www.rio.rj.gov.br>

O Assistente Social é o agente responsável por intervir na realidade social, buscando formas de modificar a situação do idoso, objetivando tanto a efetivação dos seus direitos, como o seu bem-estar social. Também é responsabilidade do Assistente Social orientar sobre a Política Nacional do Idoso (PNI), o Estatuto da Pessoa Idosa e a Lei Orgânica da Saúde (LOAS).

No documento BRASIL (2010) estão estabelecidos alguns objetivos para o Serviço Social no NASF:

Incentivar e contribuir no processo de fortalecimento da autonomia e da organização pessoal do usuário; 3. Apoiar os usuários na construção e ressignificação de seu projeto de vida; 4. Criar espaços grupais que possibilitem a construção de relações humanizadoras e socializadoras por meio de trocas de experiências e construção de rede de apoio; 5. Desenvolver ações integradas com os profissionais da equipe correlacionados com a área de atuação em atenção à saúde e demais políticas públicas; 6. Socializar informações nas equipes e participar de discussão de situações vivenciadas por usuários e/ou familiares com as demais categorias profissionais, valorizando as ações desenvolvidas por eles; 7. Promover a integração dos demais membros da equipe de trabalho; 8. Produzir conhecimento sobre a população atendida na área da saúde, processo de pesquisa e a especificidade do serviço social; 9. Participar da elaboração conceitual/metodológica para apoiar as práticas educativo-participativas desenvolvidas pela equipe de trabalho, com usuários e população atendida; 10. Construir coletivamente e de forma participativa entre a equipe de saúde, segmentos organizados da comunidade, usuários e demais sujeitos sociais populares envolvidos na organização do trabalho comunitário. 11. Incentivar a participação dos usuários nos fóruns de discussão e deliberação, tais como: Conselhos Locais de Saúde, Conselho Distrital de Saúde, Conselhos de Assistência Social, Conselho de Direitos da Criança e do Adolescente, Conselhos do Idoso e demais Conselho de direitos, Reuniões da Comunidade, e outros.

A participação da família, sociedade e o Estado é indispensável para o apoio e defesa do idoso, para que o mesmo não esteja sujeito às violências como o abandono, maus tratos físico e psicológico, financeiro, abuso sexual, abandono e negligência. Nos casos em que há a necessidade de amparo, o Estado dispõe de aparatos para o atendimento à pessoa idosa que contribuem com o suporte necessário para a superação da violência vivida e a efetivação dos direitos violados.

A negligência é entendida como a falta de responsabilidade no cuidado da pessoa idosa, sendo esta de seus familiares ou o Estado, que não garantem sua qualidade de vida e bem-estar, deixando o idoso em situações de vulnerabilidade como: falta de alimentação, vestuário, cuidados de higiene, abrigo, assistência médica ou odontológica adequada, e outros cuidados básicos.

Muitos desses idosos quando diante de uma situação de risco, omitem-se com o temor de algo acontecer com o suposto agressor. Nesse sentido, é de extrema relevância que os profissionais de saúde que atuam na área de abrangência dessas vítimas, estejam com o olhar

e escuta capacitada, para que consigam captar o que de fato possa estar acontecendo com aquele idoso em seu ambiente de convivência.

Referente a intervenção profissional do assistente social inserido no NASF, enquanto agente protetor de direitos deverá, diante de uma situação de suposta violação contra algum idoso, junto com a equipe de saúde, estudar estratégias para possíveis intervenções no caso. O assistente social da saúde, no que se refere à temática da violência, atua com a preocupação com a vítima, de forma a trazer ao centro do problema a promoção da saúde e qualidade de vida.

O assistente social não trabalha em nenhum momento sozinho quando se está dentro de uma Unidade Básica de Saúde, em um território com múltiplos sujeitos e realidades. É esse grupo de saberes, de olhares que irão possibilitar que determinada demanda apresentada pelo usuário possa em algum momento reverter-se, buscando a sua saúde e bem-estar.

A vivência de estágio nos auxilia na prática a compreendermos a importância da articulação intersetorial e o trabalho multiprofissional, através de mecanismos capazes de garantir o direito à saúde e promoção da cidadania do sujeito. De modo que o trabalho intersetorial não seja apenas o contato ou o trabalho simultâneo entre os atores envolvidos, mas também a busca por resultados, necessitando de diálogo, envolvimento, interface, conexão, participação, e isso supõe articulação em rede.

Durante a vivência do estágio através das visitas domiciliares e institucionais realizadas pelos agentes de saúde e assistente social notamos que as demandas vindas diretamente do usuário surgem de modo geral, principalmente pela necessidade de orientação e procura pela garantia de direitos no SUS.

As mais recorrentes dizem respeito a questões trabalhistas como aposentadoria, auxílio doença e dúvidas sobre o Benefício de Prestação Continuada (BPC), demandas relacionadas à saúde mental, mediação de conflitos familiares e outras como situações diversas de violência, negligência e carência socioeconômica, vindas individualmente pelos usuários. Neste caso a assistente social realizava a orientação e os encaminhamentos necessários serviço e benefícios da Previdência Social, e especificamente, no processo de concessão do Benefício de Prestação Continuada (BPC), viabilizando a efetivação do direito, tendo em vista os limites e possibilidades contemporâneos postos à intervenção da equipe nessa atuação.

Na instituição, o Serviço Social ocupa-se muitas vezes da orientação dos usuários referente aos seus direitos sociais, por se tratar a maior parte de usuários idosos, a questão

previdenciária/trabalhista permanece como uma das demandas principais no Centro Municipal Píndaro de Carvalho Rodrigues.

Dessa forma, a categoria deve estar articulada para a defesa dos direitos sociais, diante do avanço do modelo neoliberal sobre as políticas sociais, afirmando o compromisso ético-político à defesa da classe trabalhadora.

As demandas sinalizadas pelos usuários eram demandas de serviços, orientação, procura pela garantia de direitos no SUS, demandas relacionadas à saúde mental, mediação de conflitos familiares e outras como situações diversas de violência, negligência e carência socioeconômica, vindas dos usuários.

Diante do trabalho do assistente social avaliamos a importância da sua intervenção na abordagem em relação socialização das informações, através das entrevistas com os usuários, com o objetivo de possibilitar o diálogo mais franco com a equipe para que suas dúvidas sejam sanadas, dando oportunidade às/aos sujeitas/os de serem ouvidas (os), e que sua opinião possa ser avaliada pela equipe e sendo possível seja atendida.

[...] compreende-se que cabe ao serviço social- numa ação necessariamente articulada com outros seguimentos que defendem a aprofundamento do Sistema único de Saúde (SUS)- formular estratégias que busquem reforçar ou criar experiências nos serviços de saúde que efetivem o direito social à saúde [...] considera-se que o nosso código de ética apresenta ferramentas fundantes para o trabalho dos Assistentes Sociais na saúde. (BRAVO, 2006, p.45).

O Serviço Social contribui também sobre o trabalho em grupo com os usuários, podendo ser, grupos abertos, e terapêuticos. Com diferentes objetivos as ações ocorrem compartilhadas com outros profissionais (como apoio e/ ou demandas específicas de reconhecimento profissional), direcionados a acesso de direitos, qualidade de vida, exercícios físicos e educação em saúde. Os grupos normalmente tratavam sobre os seguintes assuntos: Tabagismo, Atividade Física, Alimentação Saudável, Gestante, Planejamento familiar.

Outro aspecto importante do serviço social na atenção primária é o trabalho multidisciplinar, sendo um grande desafio, pois através da materialização do trabalho onde existe a troca de saberes e conhecimento, existem também os conflitos de ideias.

A partir desse conhecimento e, também, por se desenvolver ações de Serviço Social em conjunto com pesquisadores, residentes multiprofissionais e estagiários, numa instituição nível primário, voltada para a assistência à população usuária, ao ensino de graduação e pós-graduação, tem-se o entendimento de que a execução dessas dimensões se constitui como

central para o trabalho da equipe, devendo, assim, ser viabilizada concomitantemente sempre que a realidade exigir.

O debate sobre Residência Multiprofissional em Saúde é extremamente importante, pois envolve as discussões presentes na atualidade, tanto na saúde, quanto na educação e, ainda, no trabalho, uma vez que na qualidade de política social pública, a Residência Multiprofissional foi instituída com a proposta de formar trabalhadores para o exercício profissional no Sistema Único de Saúde (SUS).

Cabe observar que, de acordo com Silva (2018), somente em 2005, pela Lei nº 11.129, de 30 de junho 2005, a Residência Multiprofissional em Saúde foi instituída legalmente como modalidade de formação para o SUS, orientada nas diretrizes da integralidade e intersetorialidade, e compromissada com a gestão democrática e a interdisciplinaridade. Cabe destacar que desde seu início, a implantação das residências se encontra atravessada pelo contexto de precarização, desmonte, sucateamento e privatização dos serviços públicos de saúde (MENDES, 2013, p.183-184 apud SILVA, 2018).

Assim, os Programas de Residência Multiprofissionais em Saúde (PRIMS), são caracterizados como "modalidades de ensino de pós-graduação *lato sensu* destinado às profissões da saúde, sob a forma de curso de especialização caracterizado por ensino em serviço, com carga horária de 60 (sessenta) horas semanais e duração mínima de dois anos" registrada na Portaria Interministerial nº1.077 do Ministério da Educação e Ministério da Saúde (BRASIL, 2009).

Nota-se a relevância em envolver assistentes sociais residentes multiprofissionais e alunos de graduação de Serviço Social nas atividades da instituição, de maneira a buscar trabalhar coletivamente as demandas requeridas pelos usuários da unidade, favorecendo o trabalho em equipe, bem como às ações multiprofissionais e estímulo a criação de pesquisas sociais.

Desta forma a/o assistente social precisa possuir uma formação qualificada nas suas dimensões ética, teórica e técnica, para que assim não seja um profissional que somente seja um executor de seus instrumentais, e consiga fazer um distanciamento do imediato para identificar o que se encontra atrás do plano de fundo, criando estratégias de ação de modo a favorecer o atendimento das demandas assistenciais requeridas pelos usuários.

Durante a observação do trabalho profissional, foi possível perceber que para a melhoria da qualidade do cuidado prestado população usuária, o assistente social deve ser responsável com sua intervenção profissional, conforme expressa o 10º princípio do Código de Ética Profissional do Assistente Social, quando diz: "Compromisso com a qualidade dos

serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional” (Código de Ética Profissional do Assistente Social, 1993). Conforme a reflexão de Yamamoto:

O velho conservadorismo mostra sua face maquiada, apresentando-se como novidade tanto na sociedade como na profissão. E desafia aqueles que o recusam a dispor de clareza teórica e estratégia política, apoiadas em um criterioso trabalho de pesquisa sobre as novas expressões da questão social, as condições e relações de trabalho do assistente social, de modo a avançar na qualificação do seu exercício e no enraizamento do projeto ético-político profissional nas ações quotidianas e na vida social. (2001, p.67).

Diante de todos os recortes realizado para compreensão do Serviço Social na atenção Primária, podemos notar alguns desafios para o processo de trabalho do assistente social no NASF, como a precarização das redes de apoio, falta de compreensão de alguns profissionais na saúde do que é o Serviço Social, investimento do poder público nos serviços e servidores, falta de capacitação continuada. O que temos visto é cada vez mais o serviço sendo precarizado, a estrutura encontrada atualmente não consegue suprir a demanda encontrada, sendo então, um fator incapacitante para as equipes que nela trabalham.

Esse quadro pressupõe sucateamento e privatização das instituições públicas, tendo em vista o grave problema de financiamento que, por sua vez, vem ocasionar a precarização e a terceirização dos serviços e, conseqüentemente, uma ofensiva contra o trabalho. O desmonte das políticas sociais públicas em decorrência da crise do capital, cujos rebatimentos preveem, dentre outros condicionantes, a redução de direitos sociais.

O que podemos demarcar é que as alterações no processo de trabalho construídas no contexto de subfinanciamento da política pública, pressupõe sucateamento e privatização das instituições públicas, que por sua vez, vem ocasionar a precarização e a terceirização dos serviços e, conseqüentemente, uma ofensiva contra o trabalho. Para Salvador:

A característica comum a todas as crises financeiras dos últimos trinta anos é o comparecimento do fundo público para socorrer instituições financeiras falidas durante as crises bancárias, à custa dos impostos pagos pelos cidadãos. Com a financeirização da riqueza, os mercados financeiros passam a disputar cada vez mais recursos do fundo público, impedindo a expansão dos direitos sociais (2010, p.26).

Cabe destacar também que, o desmonte da seguridade social tem impactos nos processos de saúde-doença dos indivíduos. Com isso e partindo de uma concepção ampliada

de saúde construído pelo movimento da Reforma Sanitária<sup>13</sup>, coincidimos com Arouca quando afirma que saúde não é apenas ausência de doença:

Não é simplesmente não estar doente, é mais: é um bem estar social, é o direito ao trabalho, a um salário digno; é o direito a ter água, à vestimenta, à educação, e, até as informações sobre como se pode dominar este mundo e transformá-lo. É ter direito a um meio ambiente que não seja agressivo, mas, que, pelo contrário, permita a existência de uma vida digna e decente; a um sistema político que respeite a livre opinião, a livre possibilidade de organização e de autodeterminação de um povo. É não estar submetido ao medo da violência [...]. (AROUCA, 1986, p.36)

Neste sentido, para Paim (1997), existe um entendimento de que a saúde e a doença na coletividade não podem ser explicadas exclusivamente nas suas dimensões biológica, porquanto tais fenômenos são determinados social e historicamente, enquanto componentes dos processos de reprodução social, permitindo desta forma, a partir de década de 1980 no Brasil (com a construção do movimento da Reforma Sanitária), alargar os horizontes de análise e de intervenção sobre a realidade.

---

<sup>13</sup> O projeto da Reforma Sanitária teve a importância de questionar a concepção de saúde restrita à dimensão biológica e individual, além de apontar diversas relações entre a organização dos serviços de saúde e a estrutura social. (PAIM, 1997).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS.

Este trabalho colaborou para apresentação sobre a inserção do assistente social no NASF e como vem acontecendo no decorrer da sua implementação, através da reflexão literária estudada e da vivência no CMS Píndaro de Carvalho Rodrigues.

O estudo possibilitou reconhecer que este campo é novo; que ainda possui muitos limites apesar dos avanços; que a formação do assistente social permite que ele se insira na equipe com proposta a atuar de forma interdisciplinar; que o Serviço Social contribui efetivamente para instrumentalização da equipe e dos usuários; que a prática de educação em saúde é fundamental para mudança do modelo biomédico, onde o médico está no centro do atendimento; que o apoio matricial vem sendo discutido pela categoria; e que grande parte da categoria tem realizado estudos e críticas importantes sobre os impactos da conjuntura neoliberal na política de saúde.

Cabe ao Serviço Social ocupar esse espaço, colocando sua atuação sob a perspectiva universalizadora e democrática. Reconhecendo a importância do seu saber técnico. Podemos destacar como principal desafio, pensar a materialidade do projeto ético-político na atual conjuntura, que prevê em sua construção a responsabilidade na qualidade de serviços prestados à população. Ressaltando que a tarefa principal do assistente social é estar do lado do trabalhador, compromisso com a classe trabalhadora em sua totalidade, diante da barbárie do capitalismo, onde se suprime com a desigualdade, exploração, individualismo, lucro e competição. Portanto, o profissional encontra-se nessa dualidade de forças onde o cenário requer cada vez mais um novo profissional que atenda também os interesses do capital.

Embora se tenha o entendimento de que o Serviço Social enquanto profissão inscrita na divisão social e técnica do trabalho, situado no processo de reprodução das relações sociais, aliado à capacidade de construir conhecimento e de estabelecer um pensamento crítico da realidade, durante a vivência no campo de estágio foi possível identificar a importância para o desvelamento das demandas sociais, a efetivação da dimensão investigativa na prática profissional, ainda hoje, se constitui como um desafio a ser vencido. Para Oliveira (2017):

Possivelmente este desafio esteja atrelado a histórica de uma profissão que secundariza o exercício investigativo, cuja origem encontra-se vinculada à Igreja Católica, e as respostas do Estado monopolista à questão social reatualiza-se com a secção entre trabalho manual e intelectual da divisão social do trabalho (OLIVEIRA, 2017, p.142).

Este estudo contribuiu de várias formas para o aprendizado da pesquisadora, desde conceitos até a importância da reflexão sobre o processo de trabalho, o aprofundamento do estudo sobre a política de saúde. Por fim, cabe ressaltar que a presente pesquisa ora apresentada se constitui em uma contribuição na discussão sobre o tema, mesmo que o processo de trabalho das equipes dos NASF, seja algo ainda em construção. Mas, exatamente por isso, faz-se necessário investir em produções específicas para a categoria, de modo a dar suporte aos assistentes sociais que estão inseridos e se inserindo nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família.

A presente pesquisa nos trouxe elementos necessários para compreendermos a importância da inserção do assistente social no NASF, trazendo profundas contribuições para as equipes de saúde da família, sendo um dos principais atores articuladores entre as políticas públicas, proporcionando estratégias para o diálogo entre equipe e comunidade, trabalhando na garantia de direitos da população.

Percebe-se que o trabalho multiprofissional e a interdisciplinaridade são fundamentais na atenção primária à saúde, e que o Serviço Social, quando integrado às equipes multiprofissionais na atenção primária à saúde, conduzem a construção de ações coletivas que vão além da prática clínica, inspirando as equipes a fortalecer esforços visando alcançar a saúde individual e coletiva e as ações de suas decisões, que determinam o acesso a bens e serviços necessários à garantia dos direitos sociais, especialmente quando os determinantes decorrem de condições de vida precárias.

Conclui-se que, o presente trabalho, possibilitou a compreensão da importância das políticas públicas para a efetivação de direitos, bem como do papel desempenhado pelo Assistente Social para a efetivação desses direitos, estimular a inscrição na esfera pública, visando a melhor efetivação das políticas sociais e a abrangência de maiores direitos à população usuária. Precisamos frisar que o trabalho dos assistentes sociais permeia muitos desafios a serem superados pelo profissional nesse campo de atuação, que como foi discutido no desenvolvimento da pesquisa que vão desde a precarização do trabalho até as tentativas de desmonte da política de saúde vividas atualmente, visto esse como um projeto societário.

No entanto, apesar dos limites e desafios que permeiam o trabalho do(a) assistente social no NASF, reconhecemos a necessidade de aprofundar a discussão, haja vista a emergência da discussão desse campo profissional. Este trabalho de conclusão de curso não está limitado e não se pretendeu esgotar a problemática da questão, ou seja, essa pesquisa busca a continuidade do processo crítico e contínuo com a pretensão de contribuir com a discussão do Serviço Social na área da saúde.

A lição deixada da experiência no campo de estágio foi compensativa e extremamente importante, pois ele conseguiu apresentar aspectos da realidade institucional que nos levam a refletir sobre a atuação profissional, seus limites e possibilidades de atuação. De forma geral foi muito enriquecedor a aprendizagem com o desenvolvimento deste trabalho, pois nos permitiu aprofundar de forma mais intensa a correlação teoria e prática.

De acordo com Raichelis e Arregui: “o cotidiano profissional é marcado por tensões e desafios, mas é nesse mesmo cotidiano que se apresentam as possibilidades de superação (...), dispondo de autonomia relativa para propor e negociar suas propostas profissionais.” (2020, p.149).

Partindo deste pressuposto, como categoria de trabalhadoras/es assistentes sociais, precisamos caminhar no sentido do fortalecimento das alianças com entidades sindicais e de representação acadêmica e profissional.

Neste diapasão, torna-se fundamental defender o efetivo financiamento do sistema público de proteção social e no caso de a Política de Saúde defender o SUS 100% estatal e gerido de forma direta pelo setor público-estatal; reivindicar condições salariais e de trabalho condignas visando a qualidade do exercício profissional; participar de ações coletivas de resistência contra a privatização da saúde.

Para Vasconcelos (2009), cabe às/aos assistentes sociais, a partir dos princípios e valores do Projeto Ético-político e do objeto da ação profissional – a questão social – planejar e realizar ações profissionais que contribuam para a promoção da saúde, a prevenção de doenças, priorizando o fortalecimento da consciência sanitária e dos espaços de participação popular.

Nesta direção, destaca-se a importância de que as ações em saúde superem ações individualizadas, burocráticas, repetitivas, acríticas, ou seja, é fundamental instituir uma lógica de inserção e distribuição dos profissionais nas unidades de saúde tomando como critério as necessidades sociais de saúde e como prioridade as necessidades e interesses dos usuários.

Nesta mesma direção, Couto (2009) destaca que os desafios colocados na sociedade capitalista de hoje exigem, cada vez mais, trabalhar com necessidades sociais advindas da exploração do trabalho que requerem um grande preparo teórico e técnico-operativo. Essas constatações indicam que os projetos de trabalho são necessários e essenciais, para não sucumbir nas tramas do real e no pragmatismo individual que busca capturar o trato da questão social.

Neste sentido, defende-se um projeto de formação profissional orientado à defesa de um sistema de saúde efetivamente público e universal exigindo sua recomposição orçamentária e posicionado contra as mais variadas formas de privatização e favorecimento do capital em detrimento das necessidades e direitos sociais classe trabalhadora.

Como observado por Cavalcanti (2018), o SUS é um dos maiores patrimônios da classe trabalhadora brasileira e constitui também, espaço de luta e contradição, de disputa de projetos.

Em tempos de ataques à democracia e ao direito público à saúde, num contexto de golpe institucional e autoritarismo, torna-se imprescindível a organização e mobilização na defesa do projeto de reforma sanitária. Assim, devemos nos apropriar dos fundamentos do projeto de reforma sanitária e também da sua perspectiva emancipatória na defesa da democratização da sociedade, do Estado e da política de saúde.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, De Vilar, Rosana Lúcia, Lima de Castro, Janete. **O papel do Sesp nas políticas de saúde do Brasil**. PINHEIRO, Themis Xavier de Albuquerque. **Saúde pública, história e política: um estudo sobre o SESP (1942-1974)**. Natal: EdUFRN. 2015. 13p. História, Ciências, Saúde - Manguinhos [en línea]. 2017.

AROUCA, Sergio (1987). Democracia é saúde. **Anais 8ª Conferência Nacional de Saúde, 1986**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987, p. 35-42.

BEHRING, Elaine Rossetti. **Brasil em contra-reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos**. São Paulo: 2a ed., Cortez, 2008.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. PORTARIA INTERMINISTERIAL MEC/MS Nº 1.077, DE 12 DE NOVEMBRO DE 2009. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 13 nov. 2009. Seção I, p.7. Disponível em: [http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=15462-por-1077-12nov-2009&Itemid=30192](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15462-por-1077-12nov-2009&Itemid=30192)

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria, nº 154 de 2008**. BRASIL, **Portaria, nº 548 de 4 de abril de 2013**. **Portaria nº 2.436**, de 21 de setembro de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Normas e Manuais Técnicos. Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde na escola / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica**. Saúde na escola / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria Executiva. Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRAVO, M. I. S.; PELAEZ, E. J.; DE MENEZES, J. S. B. A saúde nos governos Temer e Bolsonaro: lutas e resistências. **Ser Social**, v. 22, n. 46, p. 191-209, 2020. Disponível em: [https://periodicos.unb.br/index.php/SER\\_Social/article/view/25630/25147](https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/25630/25147)

BRAVO, Maria Inês Souza. **Política de Saúde no Brasil**. In: Mota, A. E. et al. (Orgs) **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2006.

BRAVO, Maria Inês Souza. **As Políticas de Seguridade Social Saúde**. In: CFESS/ CEAD. Capacitação em Serviço Social e Política Social. Módulo III: Política Social. Brasília: UnB-CEAD/ CFESS, 2000 e **A Política de Saúde no Brasil: trajetória histórica**. In: Capacitação para Conselheiros de Saúde - textos de apoio. Rio de Janeiro: UERJ/DEPEXT/NAPE, 2001.

\_\_\_\_\_; POTYARA, Amazoneida Pereira. **Política Social e Democracia**. 5ª edição. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2012.

\_\_\_\_\_. **Saúde e Serviço Social**. 2ª edição. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2006.

CAMPOS, Gastão e DOMITTI, Ana C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23(2):399-407, fev, 2007. Disponível em:  
<https://www.scielo.br/j/csp/a/VkBG59Yh4g3t6n8yjdjMRCQj/?format=pdf&lang=pt>

CARVALHO, Antônio Ivo de; BUSS, Paulo Marchiori. In. Giovanella, Lígia; Escorel, Sarah; Lobato, Lenaura de Vasconcelos Costa; Noronha, José Carvalho de; Carvalho, Antônio Ivo de. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2 ed., rev., amp; 2012. p.121-142

CARVALHO, José Murilo de. **Cidadania no Brasil. O longo Caminho**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

CAVALCANTI, Cecília Paiva Neto. **O público e o privado na saúde. Ciência & Saúde Coletiva**. 2006, v. 11, n. 3.

CENTRO MUNICIPAL DE SAÚDE PÍNDARO DE CARVALHO RODRIGUES [homepage na internet]. **Site da Instituição Centro Municipal de Saúde Píndaro de Carvalho Rodrigues** [acesso em 05 out 2021. Disponível em:  
<http://pindarocarvalhorodrigues.blogspot.com/>

CFESS. **Parâmetros para atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. CFESS, Brasília, 2010.

CONCEIÇÃO, Tainá; CISLAGHI, Juliana e TEIXEIRA, Sandra. O Financiamento da Saúde no Brasil: principais dilemas. In: **Revista Temporalis**. Brasília (DF), 2012, n.23, p.97-124, jan./jun.  
Disponível em: <https://www.sinfarmig.org.br/media/pdf/financiamento.pdf>

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Código de ética Profissional do Assistente Social**. CFESS: Brasília, 1993.

COUTO, Berenice. Formulação de projeto de trabalho profissional. In: **Direitos e Competências Profissionais**. Brasília: CFESS, 2009.

CONRAD, R., PEREIRA, S. M., & Schutel, T. A. A. (2021). **O Serviço Social no NASF: um relato de realidade**. *Revista Ibero-Americana De Humanidades, Ciências E Educação*, 7 (7), 913-925.

DEMIER, Felipe. **Depois do Golpe: a dialética da democracia blindada no Brasil**. Rio de Janeiro: Mauad, 2017.

ESCOREL, Sarah. **Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

FLEURY, Sônia. **Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído**. Revista Ciência & Saúde Coletiva. Vol. 14 nº3. Rio de Janeiro. May/June, 2009.

GOMES, Gustavo França. **A inconstitucionalidade da contrarreforma do SUS e de seus modelos privados de gestão**. In: BRAVO, Maria Inês; MENEZES, Juliana Souza Bravo de. (Orgs.). **A saúde nos governos do Partido dos Trabalhadores e as lutas sociais contra a privatização**. 1ª Ed. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2014. p.25-31.

KILDUFF, Fernanda; OLIVEIRA, Mariana; MAIA, Viviana. Segurança pública no Rio de Janeiro: reflexões sobre a militarização da vida. **R. Argumentum**, Vitória, v. 12, n. 3, p. 148-165, set./dez. 2020. ISSN 2176-9575.

MATOS, Maurílio Castro de. **Serviço Social, ética e saúde: reflexos para o exercício profissional**. São Paulo: Cortez, 2013.

MENDES, Áquilas; CARNUT, Leonardo. Capital, Estado, Crise e a Saúde Pública brasileira: golpe e desfinanciamento. **SER Social**, Universidade de Brasília. Departamento de Serviço Social. **SER Social**. V. 22, n. 46, 1. sem./2020. 9-32 p. Disponível em: [https://periodicos.unb.br/index.php/SER\\_Social/article/view/25260/25136](https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/25260/25136)

MINAYO, Maria Cecília de S. (org.) **Pesquisa social, teoria, método e criatividade**. 19ª ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2001.

MOPS. **Construção Histórica do MOPS. MOPSE**, 2022. Disponível em: <https://sites.google.com/site/mopsse/home/historico>. Acesso em: 02 agosto de 2022.

IAMAMOTO, Marida V. **A questão social no capitalismo**. Revista Temporalis – Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social. Ano 2. Nº 3 (jan/jul.2001). Brasília: ABEPSS, Grafile, 2001.

OLIVEIRA, Juliana Rosa Molina de. **O trabalho coletivo em saúde no NASF: uma investigação sobre o Serviço Social na AP 3.1 no município do Rio de Janeiro**. Dissertação (Dissertação em Serviço Social) – UFRJ. Rio de Janeiro, 2018.

OLIVEIRA, Jaime A. & TEIXEIRA, Sônia. M.F. **(Im)previdência social: 60 anos de história da previdência no Brasil**. Rio de Janeiro: Vozes/Abrasco, 1986.

OLIVEIRA, V. D. de. **Projetos Político-Pedagógicos das Residências Multiprofissionais em Saúde**. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro, 2017.

PAIM, Jairnilson. Bases conceituais da Reforma Sanitária Brasileira. In: Fleury, Sônia. (Org). **Saúde e Democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. p. 11-24.

RAICHELIS, Raquel e ARREGUI, Carola. “O trabalho no fio da navalha: a nova morfologia no Serviço Social em tempos de devastação e pandemia”. São Paulo: Revista **Serviço Social e Sociedade**, 2020.

SILVA, Leticia. B. Residência Multiprofissional em Saúde no Brasil: alguns aspectos da trajetória histórica. **R. Katalysis**, Florianópolis, 2018. v. 21, n. 1, jan./abr.

SALVADOR, E. **Fundo Público e Políticas Sociais na Crise do Capitalismo**. Serviço Social e Sociedade, n. 104. São Paulo. Outubro/dezembro, 2010.

SOARES, Raquel Cavalcante. **A contrarreforma na política de saúde e o sus hoje: impactos e demandas ao serviço social**. Recife: A Autora, 2010.

\_\_\_\_\_, Rachel C. **A racionalidade da contrarreforma na política de saúde e o Serviço Social**. In: BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. (Orgs.). **Saúde, serviço social, movimentos sociais e conselhos – desafios atuais**. São Paulo: Cortez, 2013.

\_\_\_\_\_, Raquel C. **Governo Temer e contrarreforma na política de saúde: a inviabilização do SUS**. Revista Argumentum. Vitória, v. 10, n.1, p. 24-000, jan./abr. 2018.

VASCONCELOS, Ana M. Serviço Social e Práticas Democráticas na Saúde. In: MOTA, Ana Elisabete et al (orgs.). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2009. Disponível em: [http://www.fnepas.org.br/pdf/servico\\_social\\_saude/texto2-5.pdf](http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto2-5.pdf)