

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS  
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS, JORNALISMO E SERVIÇO SOCIAL  
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL**

**Wagner José dos Anjos Jerônimo**

**INSERÇÃO E ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NO NÚCLEO DE APOIO A  
SAÚDE DA FAMÍLIA EM OURO PRETO - MG**

**Mariana, MG**

**2018**

**Wagner José dos Anjos Jerônimo**

**INSERÇÃO E ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NO NÚCLEO DE APOIO A  
SAÚDE DA FAMÍLIA EM OURO PRETO - MG**

Trabalho de Conclusão de Curso de graduação  
apresentado a Universidade Federal de Ouro Preto,  
como requisito parcial para obtenção do título de  
Bacharel em Serviço Social.

Orientador: Prof. Me. Rafael Santiago Mendes

**Mariana, MG**

**2018**

J563

Jeronimo, Wagner Jose dos Anjos.

Inserção e atuação do Assistente Social no Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Ouro Preto - MG [manuscrito] / Wagner Jose dos Anjos Jeronimo. - 2018.

74f.:

Orientador: Prof. MSc. Rafael Santiago Mendes.

Monografia (Graduação). Universidade Federal de Ouro Preto. Instituto de Ciências Sociais Aplicadas. Departamento de Ciências Sociais, Jornalismo e Serviço Social.

1. Serviço Social - Teses. 2. Assistência Social - Teses. 3. NASF. 4. SUS. 5. ESF. I. Mendes, Rafael Santiago. II. Universidade Federal de Ouro Preto. III. Título.

CDU: 364.4(815.1)

Catálogo: [ficha@sisbin.ufop.br](mailto:ficha@sisbin.ufop.br)

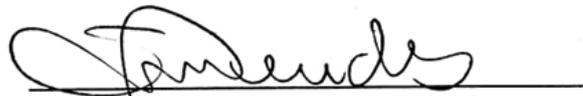
**WAGNER JOSÉ DOS ANJOS JERÔNIMO**

**INSERÇÃO E ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NO NÚCLEO DE APOIO A  
SAÚDE DA FAMÍLIA EM OURO PRETO - MG**

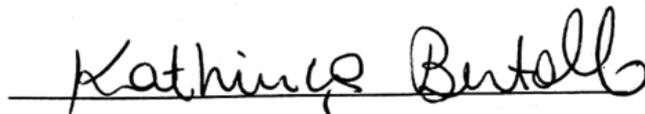
Trabalho de Conclusão de Curso de graduação apresentado a  
Universidade Federal de Ouro Preto, como requisito parcial para  
obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

APROVADO EM: 05/02/2018.

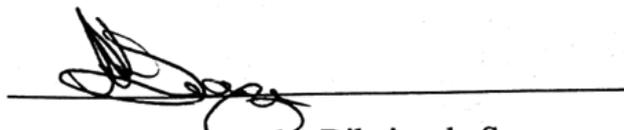
**BANCA EXAMINADORA**



Prof. Me. Rafael Santiago Mendes (Orientador)



Prof. Kathiúça Bertollo



Prof. Alessandra Ribeiro de Souza

## AGRADECIMENTOS

Termino esta importante etapa da minha vida pessoal e acadêmica. Foram alguns anos de intensa vivência na universidade que tão bem me acolheu. Agradeço, antes de tudo, a Deus por ter me dado força e saúde por ter vencido essa etapa. Agradeço pela paciência e compreensão irrestrita da professora Cristiane Maria Nobre, minha primeira orientadora que tanto se preocupou comigo. Ao professor Rafael Mendes, que tanto me ajudou e contribui enormemente para o desenvolvimento e término deste TCC. Agradeço às queridas orientadoras de campo de estágio, Ana Beatriz Martins e Renata Campolino, que tão bem me acolheram no seu trabalho, que tanto me ensinaram e também, contribuíram para a minha formação profissional. Agradeço a todos os mestres e doutores professores, que contribuíram enormemente para a minha formação acadêmica. A todos os amigos que fiz no Curso de Serviço Social, obrigado pelo companheirismo, pela convivência, pela amizade, pelas alegrias e pelos belos momentos que me proporcionaram.

Agradeço aos amigos do meu trabalho do Posto de Saúde que tanto me ajudaram e me incentivaram nessa jornada. Agradeço à Luiza, pelo total apoio que tive. Aos amigos Gustavo, Vânia, Ana Lúcia, Regina, Deijandira, Vanderléia, Magna, Carla, Ana Luíza, Letícia, Flávia, Tatiany, pelo carinho comigo. Às Assistentes Sociais que tanto me ajudaram, Fabiana, Edilaine, Maria Aparecida e Mariana, o meu muito obrigado pela paciência, e pela total disponibilidade que sempre tiveram em me atender.

E por último, mas não menos importante, aliás, pelo contrário, dedico esse parágrafo às três pessoas mais importantes da minha vida. Meus pais e meu irmão, que é especial. À minha mãe Carmelita, devo a minha vida. Fez o impossível para eu chegar até aqui. Zelosa, cuidadosa, carinhosa, atenciosa, eu só tenho que agradecer. Ao meu pai, José, agradeço por ser o meu herói e o meu melhor amigo. Sempre trabalhou demais para me educar e com quem sempre contei com seu apoio para tudo. Um exemplo para mim! E ao meu irmão, Wander, que é um presente de Deus na minha família, um irmão especial não por sua deficiência, mas pela sua existência. Ele me ensina a lutar, a respeitar as diferenças, a ser forte, a ser mais humano. A ser feliz nas mínimas coisas.

*“Não é sinal de saúde estar bem adaptado a uma sociedade doente”.*

*(Jiddu Krishnamurti)*

## RESUMO

A presente pesquisa busca analisar a inserção e atuação das Assistentes Sociais no Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), inseridas dentro das Equipes de Saúde da Família-ESF's, do município de Ouro Preto-MG. O trabalho discutirá a inserção e atuação profissional do Assistente Social dentro da saúde pública do município, já citado. Para a sua elaboração, utilizou-se bibliografia especializada na área, além de uma devida análise do trabalho das Assistentes Sociais que exerceram as suas atividades nos postos de saúde da cidade de Ouro Preto nos anos de 2012 à 2017. Como resultado, foram identificadas a defesa do Projeto Político do Serviço Social nesse campo de trabalho, a realidade do processo de inserção e atuação dessas profissionais, a situação trabalhista, a relação das profissionais com o poder público municipal, os principais desafios em trabalhar no SUS, particularidades do trabalho em conjunto com profissionais de outras áreas de atuação, além de ter sido discutido a autonomia profissional, mediação, as principais demandas enfrentadas e os principais desafios vivenciadas por essas Assistentes Sociais nos seus postos de trabalho.

**Palavras-chave:** Serviço Social, Assistência Social, NASF, SUS, ESF.

## **ABSTRACT**

The present study seeks to analyze the insertion and action of social workers in the core to support the Saúde da Família (NASF), inserted within the Family Health Teams- ESF's, the municipality of Ouro Preto-MG. The work will discuss the insertion and professional performance of the Social Worker within the public health of the municipality, already quoted. For its elaboration, we used bibliography specialized in the area, as well as a proper analysis of the work of social assistants who have exercised their activities in health posts of Ouro Preto in the years 2012 to 2017. As a result, were identified in the defense of the political project of Social Work in this field of work, the reality of the insertion process and actions of these professionals, the situation of labor, the relation of the professionals with the municipal public power, the main challenges in working in SUS, special features of the work in conjunction with professionals of other areas, in addition to having been discussed the professional autonomy, mediation, the main demands faced and the main challenges experienced by these social workers in their jobs.

**Keywords:** Social Services, Social Assistance, NASF, SUS, ESF.

## LISTA DE ABREVIATURAS

AIS	Ações Integradas de Saúde
ANS	Agências Nacionais de Saúde
ANVISA	Agencia Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária à Saúde
CAP	Caixa de Aposentadoria e Pensões
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CRAS	Centro de Referência da Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
ESF	Estratégia Saúde da Família
FBH	Federação Brasileira de Hospitais
FHC	Fernando Henrique Cardoso
FMI	Fundo Monetário Internacional
IAPS	Institutos de Aposentadorias e Pensões
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional da Previdência Social
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOBs	Normas Operacionais Básicas
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONGs	Organizações não Governamentais
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PDT	Partido Democrático Trabalhista
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PPREPS	Programa de Preparação Estratégica de pessoal de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
PT	Partido dos Trabalhadores
SUDS	Programa de Desenvolvimento dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UNICEF	Fundo das Ações Unidas pela Infância
UPA	Unidades de Pronto Atendimento

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>10</b>
<b>CAPÍTULO 1: A SAÚDE NO BRASIL: DO DIREITO RESTRITO, A LUTA E CONQUISTA DO ACESSO UNIVERSAL A SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA .....</b>	<b>13</b>
1.1 PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DO SUS .....	13
1.2 RELAÇÕES PARADOXAIS ENTRE SUS E PROJETO NEOLIBERAL NOS ANOS 1990 NO BRASIL .....	19
<b>CAPÍTULO 2: A ATENÇÃO BÁSICA NO BRASIL E A CRIAÇÃO DO NÚCLEO DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA – NASF .....</b>	<b>28</b>
2.1 CRIAÇÃO DO SUS .....	28
2.2 NASCIMENTO DO PSFS E ESFS .....	31
2.3 CRIAÇÃO DO NASF .....	34
2.4 A PROBLEMÁTICA DO NASF .....	37
<b>CAPÍTULO 3: O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE E NO NASF</b>	<b>40</b>
3.1 A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE .....	40
3.2 O SERVIÇO SOCIAL NO NASF .....	41
<b>CAPÍTULO 4: A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NO NASF OURO PRETO</b>	<b>44</b>
4.1 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS DA PESQUISA .....	45
4.2 INSERÇÃO E ATUAÇÃO DAS ASSISTENTES SOCIAIS NO NASF DE OURO PRETO .....	47
<b>CAPÍTULO 5: CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>56</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>58</b>
<b>APÊNDICE A .....</b>	<b>62</b>
<b>APÊNDICE B.....</b>	<b>68</b>

## INTRODUÇÃO

Desde o final dos anos 1980, a política pública de saúde tem passado por algumas modificações, como efeito das movimentações do Movimento da Reforma Sanitária, em seus argumentos pelo direito da saúde como um direito universal, alcançada como resultado da composta elaboração social, principalmente da disposição de meios, resultante dos determinantes sociais que atingem no processo saúde-doença dos brasileiros (BRASIL, 2006).

Na nova Constituição Federal Brasileira de 1988, a saúde teve seu conceito desenvolvido (BRASIL, 2016). A Lei Orgânica da Saúde 8080/90, que rege a Constituição, afirma que a situação da saúde de uma determinada nação compreende alguns princípios como a alimentação, saneamento básico, trabalho, moradia, meio ambiente, educação, renda, lazer, transporte e acesso aos bens e serviços básicos e não apenas a ausência de doenças. A saúde passa a ser assimilada como um direito social primordial e essencial nas circunstâncias de vida.

A relação entre as classes sociais de realidade e saúde inserida nesta área, será um espaço de pesquisa pertinente para a integração do profissional do Serviço Social, que irá enfrentar de modo entre os setores, importantes questões que intercedem direta e indiretamente na qualidade de vida, e conseqüentemente na saúde das famílias, e das equipes sociais atendidas.

Com a Constituição de 1988 e as Leis 8.080/90 e 8.142/90, estabeleceu e regimentou o Sistema Único de Saúde (SUS), o qual possui fundamentos e procedimentos que se propõem a garantir para a população o direito universal e integral à saúde. Com isso, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), cria a partir de 1994, o Programa Saúde da Família (PSF) como uma forma de organização da Atenção Básica de Saúde. Desse modo, são orientados para atuação na Atenção Básica, os Agentes Comunitários de Saúde, a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

O Ministério da Saúde criou o NASF com base na Portaria GM nº154, de 24 de janeiro de 2008, certificando a relevância de novas especialidades que servirão de apoio para a implantação da ESF na rede de sistemas sob o apoio matricial, com retaguarda apropriada (BRASIL, 2006).

O NASF tem proporcionado uma extensão do mercado profissional para o Serviço Social. A ideia central destes núcleos é norteada pelo apoio às equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), reproduzida no emprego da ferramenta de “apoio matricial” ou “matriciamento” determinando, de acordo com o Ministério da Saúde (2009), como uma responsabilidade regional concomitante em que interrompe com a compreensão dos direcionamentos indefinidos, objetivando mais efetividade na saúde.

O NASF é uma técnica inovadora que possui como objetivo, apoio, ampliação, aperfeiçoamento, atenção e a administração da saúde dentro da Atenção Básica sob a concepção de alterações de ações e na atuação dos profissionais envolvidos. Compõem o NASF diversos profissionais de diferentes áreas do conhecimento (BRASIL, 2006).

Com relação à inserção Assistente Social no NASF, a portaria nº 154/2008 que regula os NASF de toda extensão territorial nacional, evidencia que as atividades dos Assistentes Sociais deverão estar direcionadas para a ascensão da cidadania e de manufatura de estratégia que objetivem a consolidação das redes de suporte social, colaborando para o desenvolvimento das atividades entre os setores (BRASIL, 2008).

Desta forma, a presente pesquisa tem por objetivo analisar a atuação e inserção dos Assistentes Sociais nos NASF dentro dos UBS no município de Ouro Preto, Minas Gerais, cooperando para o progresso da discussão em relação à inserção e atuação do Assistente Social na área da Atenção Básica, principalmente no processo de uma recente implantação.

A escolha por discutir a inserção e atuação do Assistente Social na Estratégia de Saúde da Família (ESF) em Ouro Preto nasce da compreensão do trabalho desse profissional inserido nos PSFs do município, no qual, também faço parte, como Agente Comunitário de Saúde efetivo do município. A cidade possui 26 PSFs, tornando-se importante conhecer como funciona as suas atividades profissionais, as particularidades da inserção e atuação do profissional de Serviço Social, em um espaço de trabalho composta anteriormente apenas por médicos da família, enfermeiros, técnicos de enfermagem e os agentes comunitários de saúde.

Dentro da ESF, o NASF foi criado em 2011 na cidade de Ouro Preto, porém, só foi implantado na cidade, no ano seguinte, em 2012. Durante observação para o desenvolvimento desta pesquisa, foi notável o quão paradoxal, desafiador e instigante é a atuação do profissional de Serviço Social na Atenção Básica de Saúde do município. Dentro da equipe multidisciplinar composta por médicos, enfermeiros, agentes comunitários de saúde, psicólogos, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, técnicos de enfermagem e nutricionistas, o Assistente Social terá o importante papel de abordar os pacientes que procuram a unidade, como um cidadão que tem uma família, com dificuldades de acesso aos serviços prestados pelo SUS, de inserção social, de natureza econômica, de desigualdades sociais e vítimas de diferentes tipos de violência ou opressão.

O trabalho cotidiano do Assistente Social caracteriza-se em atendimentos dentro da UBS, na qual destaca-se alguns, em particular na cidade de Ouro Preto como, requerimentos a Benefícios eventuais, encaminhamentos para a Defesa Civil e encaminhamento ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Também realizam visitas domiciliares, trabalhos

multidisciplinares, reuniões de grupo, discussão de caso entre a equipe de saúde da família, e uma intensa interlocução com outros setores como o Centro de Referência da Assistência Social (CRAS), Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), Ministério Público, Fórum, Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social, Habitação e Cidadania e frequente interlocução com os demais postos de saúde.

Como problema de pesquisa, qual a importância para a política do SUS, e a inserção e atuação dos Assistentes Sociais junto aos NASF nos PSFs? Como objetivo geral, este estudo busca analisar a atuação e inserção do profissional de serviço social no NASF dentro dos PSFs do município.

Portanto, destaco a lei de criação do NASF, que dentro das suas alíneas, definem que o cuidado com a saúde deve ser compreendido não apenas pela ausência de patologias, mas também, pela integralidade, universalidade e equidade dos serviços prestados e pelo bem-estar físico, qualidade social, motora e psíquica dos indivíduos que procuram o serviço público dos PSFs.

Complementando, a saúde é compreendida como bem-estar social e não apenas como a ausência da doença. Em especial, o Assistente Social abordará aspectos sociais do indivíduo e de uma coletividade, como as suas relações sociais e aspectos econômicos, abordagens essas, particulares do Serviço Social dentro do NASF. Essa reflexão servirá como uma grande tentativa de discussão de casos, levando para as equipes de saúde da família do município, em compartilhamento com os demais profissionais, propostas de intervenção as pessoas e famílias, de maneira, da busca de tentativa de superação das práticas tecnicistas, que abordam apenas a minimização ou a cura de uma determinada patologia demandada pelos usuários dos postos de saúde, focando-se apenas na ausência ou controle da doença.

## **CAPÍTULO 1: A SAÚDE NO BRASIL: DO DIREITO RESTRITO, A LUTA E CONQUISTA DO ACESSO UNIVERSAL A SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA**

### **1.1 PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DO SUS**

O SUS foi criado pela Constituição Federal de 1988 para que toda a população brasileira tenha acesso ao atendimento de saúde. O processo de construção desse sistema deve-se a um conjunto de embates políticos e ideológicos travados por diferentes atores sociais ao longo dos anos 1970 e 1980. Nos anos 1980, o conceito de saúde é consolidado como direito do cidadão e dever do Estado, em oposição à antiga concepção de assistência médica destinada apenas aos empregados que contribuíssem com a Previdência Social, e às velhas práticas filantrópicas para aqueles cidadãos que não tinham a sua carteira profissional assinada por um órgão empregador (BRAVO *et al.*, 2009).

Segundo Bravo *et al* (2009), antes da criação do SUS, as ações de saúde não respeitavam os princípios norteadores do Sistema Único, como a universalidade, equidade, integralidade e descentralização. Para entender o contexto sócio histórico da consolidação do SUS, é necessário retomar brevemente ao início da década de 1930, onde o Estado Brasileiro, através do governo de Getúlio Vargas, inicia a intervenção estatal na política de saúde do país. Dessa forma:

É no bojo do processo histórico-econômico e político que marcou a conjuntura brasileira dos anos 30 que ocorre a formulação de política de saúde, que teve caráter nacional – como as demais políticas sociais – e foi organizada em dois subsetores: o de saúde pública e o de medicina previdenciária (BRAVO *et al.*, 2009, p. 26).

A nova concepção de saúde surge através das intensas reivindicações do movimento operário, que ganham destaque no cenário nacional através da intensificação das atividades industriais nos centros urbanos no país. Com o crescimento das cidades e o fortalecimento dos movimentos sindicais, o governo Vargas se vê obrigado a desenvolver diferentes segmentos de políticas sociais no Brasil, conforme afirma Bravo (2011). Nessa época, a saúde pública preocupa-se em sistematizar as suas ações em campanhas sanitárias e criar campanhas de combate às endemias no interior do país.

A medicina previdenciária conta com a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPS), que substituíram as antigas Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPS) que eram organizadas pelas empresas. Agora, as IAPS são organizadas pelas categorias

profissionais e a assistência médica é destinada aos trabalhadores urbanos que têm a carteira profissional de trabalho assinada.

A dualidade de atenção à saúde entre saúde pública e a medicina previdenciária, segundo Bravo (2011) se efetiva de fato no Brasil no período entre 1945 e 1964. Antes da instauração da Ditadura Militar, havia ações no interior do Brasil para controle e combate as endemias, ainda que em menor escala. Na medicina previdenciária destacam-se, além dos serviços de assistência médica para os segurados, os serviços de aposentadorias, de pensões, alimentação e habitação.

Após a instauração da Ditadura Militar em 1964, o Brasil rompe com os rumos democráticos, inviabilizando de vez as possíveis alternativas de desenvolvimento econômico, social e político. O golpe veio como resposta para eliminar as ações reacionárias e populares contra a burguesia instaurada nos países da América latina. Sendo assim:

A emergência da ditadura brasileira se inscreveu no cenário internacional, que apresentou uma sucessão e golpes de Estado patrocinados no curso dos anos 1960 pelos centros imperialistas (...). Essa estratégia tinha como finalidades: internacionalizar o capital, imobilizar os protagonistas sociopolíticos (...) e mobilizar as tendências contrárias a revolução e ao socialismo (BRAVO, 2011, p. 54-55).

Dentro desse contexto, de acordo com Faleiros (2006), o período ditatorial suprime a participação popular através da repressão e do controle estatal. O papel do Estado é reforçado, dando ênfase e preferência ao capital estrangeiro no país. Com isso, o parque industrial do Brasil é estruturado e ampliado, garantindo as premissas do estado burguês que primavam pela lógica de acumulação capitalista.

As políticas sociais sofrem um duro golpe no período da Ditadura Militar, pois o Estado passa a intervir na questão social através da repressão e da assistência burocratizada e individualizada. E, especialmente nas ações e medidas públicas da política de saúde, dá-se lugar ao avanço crescente do setor privado da saúde, da extinção dos antigos IAPS e da criação do Instituto Nacional da Previdência Social – INPS. Neste sentido:

A política de saúde no período de 1964 a 1974 desenvolve-se com base no privilegiamento do setor privado, articulada as tendências da política econômica implantada. Suas principais características foram: a extensão da cobertura previdenciária, a ênfase na prática médica curativa (...) a criação do complexo médico industrial e a diferenciação de atendimento a clientela (BRAVO, *et al*, 2009, p. 27).

Nesse período, a medicina previdenciária sobressai totalmente às inexistentes ações de saúde pública pelo Estado brasileiro. Para garantia de legitimidade do regime, os governos

ditatoriais amenizam as tensões sociais oriundas da classe trabalhadora. Com a criação do INPS em 1966, busca-se erradicar a participação de decisões dos empregados, tornando-os apenas como financiadores da instituição. Segundo Bravo (2013), com a criação desse instituto, há um aumento do poder de intervenção do Estado sobre a sociedade, aumento do complexo hospitalar, ampliação dos recursos e aumento dos serviços privados de saúde.

A autora ainda afirma (BRAVO, 2013) que, para a grande população brasileira que não era assegurada pelo INPS, o Ministério da Saúde atuava apenas na tentativa de combate a doenças existentes. A ênfase no movimento sanitaria que se articulou no período pré-ditadura, destacando-se às práticas de saúde contra as endemias rurais, perde forças no período pós 1964. O estado preocupa-se em desenvolver o complexo previdenciário de assistência médica individual, em privilegiar o setor privado e, principalmente, com contratações excessivas de serviços terceirizados.

Para entender a dramaticidade da saúde pública brasileira, Bravo (2013) salienta que os médicos e demais profissionais que atuavam na saúde pública se viram como filhos deserdados. Os então departamentos de medicina preventiva, crescentes em número e importância a partir de 1966, expressam o discurso preventista e as práticas dela decorrentes, mas na verdade, têm que se subordinar às determinações políticas do Estado, de natureza assistencialista e focalizada, na atenção médica.

No setor previdenciário, a prática médica é mercantilizada, individualista, e voltada para a lucratividade do setor, lembra Bravo (2013). Nesse período há um aumento de contratos com empresas prestadoras de serviços, compra de serviços médicos e ampliação da rede hospitalar, demonstrando a diferença do tratamento do Estado burguês capitalista e ditatorial do governo da Ditadura em relação à saúde no Brasil.

A autora supracitada afirma que o Estado autocrático pós 1964 privilegia a implantação dos moldes capitalistas no país. Após viver um pequeno milagre econômico, que correspondeu 1969 a 1973, ocorre uma intensa crise econômica, social e política no Brasil. Perda salarial, processo inflacionário, tensões políticas de um governo que não se afirmava, e tensões populares, efetivaram fortes reivindicações e revolta da população, tornam-se o clima de insatisfação da sociedade cada vez mais crescentes e constantes.

Sobre a questão da saúde, o Brasil passa a conviver com o aumento exponencial de doenças no seio da sua população. Como afirma Bravo (2011), o aumento da mortalidade infantil e as epidemias de meningite – inicialmente em 1973, depois 1974 e 1975 – constituíram-se em alerta para o governo e para a população. O quadro sanitário desperta para uma crise sem precedentes na saúde pública do país.

A assistência médica previdenciária sofre com os constantes contratos superfaturados das empresas prestadoras de serviços contratadas pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), gerando grande ônus para o instituto. As práticas corruptas são frequentes, como também as fraudes nas contas hospitalares. Assim, já na segunda metade da década de 1970, o governo precisa tomar medidas de contenção de gastos e de normatizar as ações de saúde, conforme explicitado a seguir:

O sistema nacional de saúde, fixado em 1975, visou disciplinar a articulação dos órgãos atuantes no setor saúde. O projeto original criticava a filosofia liberal que impedia o governo de assumir a sua responsabilidade, bem como a ação ampliada da iniciativa privada, e propunha como solução a formulação de um plano geral coordenado pelo setor estatal (BRAVO, 2011, p. 73).

Nesse momento, algumas vertentes do pensamento sanitaria no país passam a criticar a abdicação do governo ditatorial em assumir a saúde como dever do Estado. Como afirma Bravo (2011), alguns membros que fizeram parte do pensamento sanitaria no país, assumem o Ministério dessa pasta, efetivando intensos embates ideológicos entre esses atores sociais, contra os conservadores de dentro do Ministério e do próprio INPS.

Os debates se aprofundam nas Conferências Nacionais de Saúde realizadas em 1975 e 1977. Segundo Bravo (2011), a V Conferência, realizada em 1975, consagra as teses da “medicina simplificada” e da “participação da população”, para assegurar maior sucesso às ações integradas. A partir dessa conferência, o Ministério da Saúde procura criar programas de extensão de coberturas em áreas rurais.

Ainda de acordo com o entendimento de Bravo (2011), a Conferência de 1977 foi convocada para discutir as grandes endemias, a interiorização dos serviços de saúde e a política nacional de saúde. Com a difusão das propostas de medicina comunitária, são criados alguns programas, como o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste (PIASS), o Sistema Integrado de Saúde do Norte de Minas e o Programa de Preparação Estratégica de pessoal de Saúde (PPREPS).

Percebe-se que, apesar de alguns pequenos avanços no discurso ideológico sobre a saúde, a participação dos trabalhadores e da sociedade civil ainda era inexistente na década de 1970. Os embates eram entre alguns profissionais progressistas do setor com os diferentes segmentos empresariais, industriais, e da Federação Brasileira de Hospitais (FBH).

Foi a partir do final da década de 1970, e início da década de 1980, que os profissionais progressistas da saúde conseguem penetrar no aparelho do Estado. Novos membros se integram ao Ministério da Saúde, defendendo um novo olhar para a saúde pública brasileira, com ênfase

na Reforma Sanitária, e levantando questionamentos sobre a assistência médica seletiva e privada do modelo previdenciário em questão.

Conforme aponta Bravo *et. al.* (2009), o movimento sanitário, que vem sendo desenvolvido desde os anos 70, consegue avançar na composição de propostas de fortalecimentos do setor público em oposição ao modelo de favorecimento do produtor privado.

Neste período, ocorrem diversos estudos sobre saúde coletiva, que destacam a precariedade higiênica e de condições de vida que afetam a população brasileira, graças ao aumento das doenças endêmicas e ao aumento da taxa de mortalidade. As condições econômicas e sociais passam a ser levadas em conta, pois o cidadão não tem acesso a bens e serviços básicos.

O final dos anos 1970, e também os anos 1980, se aprofundam o debate das múltiplas expressões da questão social no Brasil. O país vive um violento processo de recessão econômica, inflação elevada, aumento da dívida externa, fragilidade política e intenso descontentamento da população e da classe operária. Sendo assim:

A partir de 1979, a crise econômica se agrava com o aumento do custo de vida, da taxa de inflação a 200%, o arrocho salarial (...) o alto índice de desemprego, a crise da previdência social. A condição de vida das classes trabalhadoras ficou insustentável, sendo obrigadas a consumirem o mínimo para a sua subsistência (BRAVO, 2011, p.79).

Bravo (2011) ressalta que a crise brasileira desencadeia o ressurgimento da classe operária no cenário político do país. Outros eventos importantes, como a reformulação partidária, possibilitam o surgimento de outros partidos políticos, como o Partido dos Trabalhadores (PT) e o Partido Democrático Trabalhista (PDT). A consolidação do movimento sindical em todo país força o governo de João Figueiredo (ocorrido entre 1979 e 1985) a adotar medidas menos autoritaristas na sua gestão.

As políticas sociais não mereceram destaque nos governos ditatoriais, e com a política de saúde não foi diferente. A ênfase de assistência médica é no setor previdenciário e para os seus segurados. A saúde coletiva, menosprezada até então, passa a ser discutida. Ideais como maior destinação de recurso para o setor público, consolidação e organização dos profissionais de saúde passam a entrar na pauta de debates, assim como a participação civil neste assunto, demonstrando o avanço e participação dos movimentos populares. Neste sentido, Bravo (2011, p. 86) explica:

As propostas emergentes, no nível da sociedade civil, decorrem do avanço dos movimentos populares, questionando as políticas estatais com críticas e denúncias em relação à organização dos serviços, a influência da concentração econômica sobre as condições de vida. (...) essas propostas passaram os limites acadêmicos, o âmbito das universidades e publicações oficiais.

De acordo com Bravo (2011), com a participação popular e dos movimentos sindicais, levanta-se a questão da exploração do trabalho, que se mostram contrários à mercantilização da saúde, questionando também o governo autoritário e a fragilidade econômica, política, e social do Brasil.

Também vale ressaltar que, neste período, são realizados alguns debates; dentre os quais são discutidas a saúde do trabalhador, a articulação do sindicato dos médicos com outros sindicatos de trabalhadores (realizados em São Paulo, em 1978), a formação de comissões de saúde por bairro na região de São Paulo, a realização de simpósio abordando a Política Nacional de Saúde e a participação da igreja católica na Campanha da Fraternidade de 1981, que abordou o tema, “Saúde para Todos”.

A ênfase do acesso universal aos serviços de saúde ganha força nos debates promovidos na década de 1980. Nesta conjuntura, Bravo (2011) resalta o Relatório Final de Proposta Política para um programa de saúde, que daria um diagnóstico da saúde brasileira. Neste relatório são apresentadas as disparidades regionais, a deficiência do modelo de saúde curativa em detrimento das práticas preventivas e é levantada a discussão de que saúde é direito para todos e que cabe ao Estado, a garantia da universalização de acesso aos serviços de saúde, habitação, previdência, educação, etc.

Também na década de 1980, os movimentos sociais, como dos estudantes, trabalhadores da saúde e movimentos sindicais, lutaram para a democratização e universalização da saúde, do Estado e da sociedade, sob o lema da ‘democratização da saúde’. Com a redemocratização e, especialmente a partir da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), os conceitos da Reforma Sanitária, que se iniciou em meados da década de 1970 e ganhou força na década seguinte, ressaltando princípios fundamentais, tais como:

Democratização da saúde, a elevação da consciência sanitária sobre saúde e seus determinantes, reconhecimento do direito à saúde, inerente à cidadania, acesso universal e igualitário aos serviços de saúde e participação social na política e na gestão; democratização do Estado e seus aparelhos, com descentralização do processo decisório, controle social, ética e transparência nos governos; democratização da sociedade alcançando a produção e distribuição justa da riqueza numa ‘totalidade de mudanças’, passando por uma “reforma intelectual e moral” e pela democratização da cultura. (PAIM, 2012, p. 21)

Os movimentos sociais da década de 1980 e, por conseguinte, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, refletem um movimento da sociedade brasileira em participar diretamente do processo de redemocratização do Brasil. E nesta política setorial em questão, os atores sociais, ao discutirem sobre a Saúde no país, propõem a descentralização das ações, participação efetiva dos estados e municípios e integralidade do atendimento em todo o território brasileiro.

Nesse contexto de fortalecimento dos ideais da Reforma Sanitária e de seus defensores há, em contrapartida, os opositores a esses ideais de descentralização e acesso universal à saúde. Esses são os representantes da FBH, que defendem os serviços de assistência à saúde no âmbito do setor privado e se caracterizam por serem adeptos à da cultura política patrimonialista, partidarizada e clientelista. Entretanto:

A crise de hegemonia que se reflete na dificuldade de implementação da Reforma Sanitária, entretanto, começa a mostrar a força do movimento sanitário com o que pode ser considerado uma vitória importante: o Decreto nº 94.657/87, que cria o Programa de Desenvolvimento dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde – SUDS (FALEIROS *et al*, 2006, p. 50).

O SUDS reafirma princípios fundamentais como a participação popular nas políticas de saúde, criação e ampliação dos conselhos, descentralização e universalização dos serviços. Nesse momento de luta pela redemocratização do país, o SUDS se aperfeiçoa, dando lugar ao SUS, formulado em 1988 por diversos atores sociais, como os movimentos sociais, mulheres, profissionais de saúde, movimentos sindicais, e acadêmicos.

A partir da nova Constituição Federal, em 1988, é criado o SUS, sob a premissa de que a saúde é direito social adquirido por todos os cidadãos brasileiros. Os seus princípios constitucionais garantem que o Estado é responsável em garantir acesso universal e gratuito, e que o próprio Estado teria o dever de garantir à população melhoras na qualidade de vida que possibilitariam o bem-estar social do brasileiro, como melhorias na educação, no lazer, no saneamento básico, no trabalho e no meio ambiente.

## 1.2 RELAÇÕES PARADOXAIS ENTRE SUS E PROJETO NEOLIBERAL NOS ANOS 1990 NO BRASIL

Em 1988, o SUS é criado com propostas claras de participação popular dentro da política, regionalização dos serviços e ampla reforma do modelo de assistência à saúde, propondo uma descentralização e participação efetiva dos municípios, baseado nos princípios

da universalização e integralidade das ações, além da novidade na criação de ações preventivas para evitar o surgimento de doenças aos usuários do SUS.

Conforme afirmam os autores Viana e Poz (2005), são três as características que definem o novo modelo: a criação de um sistema nacional de saúde; a proposta de descentralização (o gestor do sistema se torna o poder executivo municipal) e; a criação de novas formas de gestão, que incluem a participação de todos os atores envolvidos com a política (prestadores de serviços, trabalhadores, gestores e usuários).

A tentativa de implementação do SUS, entretanto, somente tem início a partir dos anos 1990, depois da criação da Lei Orgânica da Saúde, e das Normas Operacionais Básicas (NOBs). Mas, desde a sua criação, a tentativa de uma implantação efetiva se torna conflituosa, devido às indefinições de como operacionalizar o SUS entre as esferas governamentais (federal, estadual, municipal), e à resistência de alguns setores que prezavam pelo antigo modelo assistencial, ainda meramente baseado em tratar a doença e priorizar o atendimento focado em práticas curativas individuais.

Nesse contexto, o Brasil vive o processo de redemocratização do país. Com a eleição do presidente Fernando Collor de Mello em 1989, o novo governo se mostra disposto em assumir a tendência neoliberal, oriunda de países europeus, e dos Estados Unidos da América.

O Governo de Collor caracteriza-se pelo Estado mínimo, cujas particularidades favorecem um governo voltado em estimular o livre mercado, e redução drástica das ações do Estado na condução das políticas sociais, estas que foram garantidas na Carta Magna de 1988 (FALEIROS et. al., 2006).

Nesse período, Faleiros et. al. (2006) afirma que as políticas de saúde e o SUS, sofreram fortes interferências do presidente Collor, que priorizou excessivamente o fator tributário, as privatizações de bens e serviços públicos, além de corte de gastos públicos. O presidente, que na campanha eleitoral afirmou que aumentaria os repasses de recursos para as políticas sociais, depois de eleito, descumpre todas as suas promessas de campanha e, além disso, veta arbitrariamente a participação popular, conforme descrito abaixo:

O movimento sanitário havia conseguido inscrever na Constituição um modelo complexo de efetivação do poder da base, desdobrado na Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde). Collor não hesita em vetar, quando da aprovação do SUS, os artigos referentes à participação da comunidade, entre outros temas de interesse da Reforma Sanitária (FALEIROS *et al*, 2006, p. 112).

Collor, em seus atos autoritários, além de desconsiderar os princípios da Reforma Sanitária que deram base à criação do SUS e de corte de gastos, atrasa repasses financeiros aos

hospitais conveniados ao SUS. Faleiros *et. al.* (2006) complementa afirmando que a própria IX Conferência Nacional de Saúde, que deveria ser realizada em 1990, teve que ser adiada, devido a tais conflitos e interferências austeras e neoliberais do Estado Brasileiro.

A Lei nº 8.080/90 dispõe que o SUS deveria ser implantado em ações coordenadas dos órgãos federais, estaduais e municipais. A lei não proíbe que a iniciativa privada participe do SUS, desde que em caráter complementar e minimalista. A lei ainda dispõe que as ações sanitárias e epidemiológicas são de competência dos serviços do SUS.

Conforme aponta Faleiros *et. al.* (2006), Collor veta o Art. 11 da lei supracitada. Tal artigo previa que cada esfera de governo teria suas próprias conferências e conselhos de saúde e dava ao conselho caráter deliberativo. No entanto, Collor, alegando que caberia ao Presidente da República criar órgãos da Administração Pública, veta não só o Art. 11, como também os artigos referentes ao financiamento da saúde em nível municipal, que possibilitaria repasses automáticos do Fundo Nacional de Saúde para os municípios e, também, a incorporação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) ao Ministério da Saúde.

Com essas medidas, o presidente Collor detém o poder central do Estado de definir as ações dessa política, que se baseia no favorecimento da privatização dos serviços de saúde do Brasil, e da não obrigação do Estado em repassar verbas para a efetiva sistematização e dinamização dos princípios universais e igualitários do SUS, propostos na Constituição Federal de 1988.

Era urgente uma discussão sobre os rumos da saúde pública do país. Em 1992 é realizada a IX Conferência Nacional de Saúde, em meio à crise política e escândalos envolvendo o governo Collor. A conferência tem como temas centrais o reforço do poder decisório dos municípios, a crise fiscal e orçamentária do país e o debate sobre as intensas ações do presidente em enfraquecer o SUS e desmobilizar a participação democrática e popular dos cidadãos sobre a temática da saúde brasileira. Neste sentido:

No Relatório Final, a Carta da 9ª CNS decide pelo “Fora Collor”, reafirma o SUS, condena a reforma fiscal da forma como o governo a estava encaminhando e aponta para a construção de estratégias de repasses de verbas aos estados e municípios, com eliminação das transferências negociadas entre União, estados e municípios (FALEIROS *et al.*, 2006, p. 120).

Um ano antes da IX Conferência Nacional de Saúde, no ano de 1991, o Ministério da Saúde cria o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), com o objetivo de dar atenção especial de saúde às famílias, e não a apenas ao indivíduo. Segundo os autores Viana e

Poz (2005), o Ministério institucionaliza as experiências de práticas em saúde com agentes comunitários que já vinham se desenvolvendo de forma isolada e focada em diversas regiões do País, como, por exemplo, nos estados do Paraná, Mato Grosso do Sul e Ceará (CARVALHO, CAVALCANTI, 2010).

O PACS – antecessor ao Programa Saúde da Família, criado em 1993 – tem na sua concepção fazer com que os agentes comunitários conheçam as demandas da sociedade através de visitas domiciliares. Nesse contexto, o trabalho em foco sobre a família e a comunidade foca a importância da intervenção dos municípios, em conhecer e sistematizar as ações de saúde na realidade particular de cada cidade do Brasil.

Mesmo com as tentativas de uma efetiva implantação do SUS, o contexto político da era Collor é repleto de complicações políticas, econômicas, de escândalos e corrupção. No campo político, o governo se enfraqueceu e se tornou impopular, devido às medidas austeras de Collor, que desencadearam no seu processo de impeachment. Na economia, o Brasil viveria um grave processo inflacionário, desemprego, congelamento de salários e retenção de dinheiro dos cidadãos pelos bancos (FALEIROS *et. al.*, 2006).

As fraudes nas contas públicas ficam evidentes. No que diz respeito ao SUS, Faleiros *et. al.* (2006) lembra que seus usuários sofrem com o sucateamento do sistema público e convivem com a falta de material, infraestrutura inadequadas e funcionários desvalorizados e desmotivados em exercer as suas atividades profissionais. Logo, o país vive um momento conflituoso, de desgastes e de indefinições, e isso recai sobre as políticas sociais, como a política de saúde.

Com a saída de Collor, em 1992, em seu lugar assumiu o político mineiro Itamar Franco. Segundo Faleiros *et. al.* (2006), no governo Itamar, o parlamentar Jamil Haddad assume o Ministério da Saúde, entre outubro de 1992 a agosto de 1993 e este, empreende uma guerra contra os preços dos remédios e, conseqüentemente, contra os laboratórios.

O ministro apoia as discussões nos Conselhos Nacionais de Saúde e de Seguridade, mas não consegue impedir o desgaste do setor pela falta de verbas. Seu substituto, Henrique Santillo (agosto de 1993 a dezembro de 1994), fala em plenária da saúde sobre o solapamento do SUS por “grupos bilionários” que exploram a medicina de forma mercantil, fazem propaganda da falência do setor público, por meio de manipulação da mídia e se manifestam contrários às auditorias e informatização das contas.

Ainda segundo Faleiros *et. al.* (2006), apesar das falas do ministro Henrique Santillo, o Governo Federal segue desvalorizando o SUS. O corte de verbas acarreta graves e impactantes conseqüências que precarizam o acesso aos serviços públicos de saúde prestados

para o cidadão brasileiro. As unidades de saúde são sucateadas, a prestação de serviço é limitada, os profissionais da área trabalham desmotivados e é recorrente a falta de materiais para o trabalho dos profissionais. Logo, os usuários do SUS se veem obrigados a enfrentar longas filas para espera de atendimento, atendimento este que se mostra cada vez mais precário e ineficiente.

O corte de verbas do SUS evidencia a nítida redução do papel do Estado na política de Saúde do país. A falta de recursos é um alinhamento ao processo de valorização do capital que, dentre várias características, desresponsabiliza o Governo Federal a efetivar e implantar os conceitos da Reforma Sanitária e, conseqüentemente, do Sistema Único de Saúde.

Na lógica política e econômica dos anos 1990, o Brasil se insere no raciocínio neoliberal, que privilegia a participação de investimentos estrangeiros nos bens e serviços públicos do país. Portanto, a Saúde torna-se um bem mercantil, passível de lucros, no qual melhores serviços e infraestrutura seriam destinados aos cidadãos que pudessem pagar por esse fim. O serviço precário e sucateado seria destinado àqueles usuários do SUS.

Conforme Bravo (2009), a proposta de saúde criada na década de 1980 tem sido desconstruída. A saúde fica vinculada ao mercado, enfatizando-se as parcerias com a sociedade civil, responsabilizando a mesma para assumir os custos da crise do capital. Através da refilantropização, o número de agentes comunitários de saúde e cuidadores para realizarem atividades profissionais, é aumentado com o objetivo de reduzir custos para o Estado brasileiro.

Em 1993, é criado pelo Ministério da Saúde o Programa Saúde da Família (PSF), que visa melhorar e complementar as ações antigas PACs, criadas em 1991. O objetivo é de suprir a necessidade de incorporar outros profissionais, como médicos e enfermeiros, além do Agente Comunitário para realizar atendimentos das famílias e das comunidades dos territórios que lhe são referenciados. Portanto:

O primeiro documento do programa data de setembro de 1994 (BRASIL, 1994). Suas diretrizes foram concebidas a partir da reunião de dezembro de 1993 e foram citados ainda todos os participantes da reunião. A concepção do programa, segundo esse documento, é de fazê-lo um instrumento de reorganização do SUS e da municipalização, definindo que sua implantação ocorrerá, prioritariamente, nas áreas de risco. É utilizado o *Mapa da Fome*, do Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (IPEA), como critério de seleção para as áreas de risco (VIANA e POZ, 2005, p. 9).

Os PSFs, segundo Viana e Poz (2005), são criados para a reestruturação do sistema público de saúde, que envolvem a participação dos conselhos municipais. Além disso, a proposta do Programa é, também, de fortalecer o poder das cidades nas ações específicas de

saúde, sendo que a gestão e o controle dos recursos recebidos pelo Governo Federal seriam de responsabilidade das mesmas. De fato, o fator da descentralização, proposto na Reforma Sanitária e consolidado no SUS em 1988, teoricamente estaria se efetivando no surgimento desse programa.

A proposta do PSF se remete a de superar os atendimentos hospitalares, voltados para a ação meramente curativa das doenças. Além disso, o objetivo é de difundir as ações de saúde no seio familiar das comunidades do país. O processo da territorialização das áreas a serem assumidas pelos profissionais de cada unidade dos postos de saúde tem o caráter de reconhecimento e aproximação entre o SUS com os usuários do sistema. Logo:

A atenção estaria centrada na família, percebida a partir do seu ambiente físico e social. Assim, o PSF teria "*caráter substitutivo*" das práticas convencionais de assistência, por um novo processo de trabalho, centrado na vigilância à saúde. Baseia-se na territorialização e a descrição da clientela, trabalhando-se com a população a descrita de, no máximo, 4500 pessoas por equipe. A equipe de Saúde da Família é composta por um médico generalista ou médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS) (MALTA e SANTOS, 2003, p. 256).

Entretanto, apesar de o Estado implantar o Programa Saúde da Família, a conjuntura política e social do Brasil nos anos 1990, determina que o Estado burocratize os princípios da Reforma Sanitária no país. Na teoria, a criação dos PSFs significa a descentralização dos serviços de saúde e a participação autônoma dos municípios no que tange às práticas e ações que visam à dinamização de ações preventivas e educativas para a população. No entanto, Bravo *et. al.* (2009) percebe que na prática, o programa em questão não recebe a devida importância na agenda de efetivação da política de saúde visando o bem-estar social da população brasileira.

O Estado brasileiro interfere na proposta da seguridade social do país, e em especial na área da saúde. Bravo *et. al.* (2009) ponderam que a reforma constitucional, especialmente da Previdência Social e das regras que regulamentam as relações de trabalho no Brasil, é um dos exemplos dessa aliança. Ao agendar a reforma da previdência, e não da seguridade, o governo teve como intenção desmontar a proposta de Seguridade Social constituída em 1988. Seguridade se torna previdência e previdência passa a ser considerada seguro.

A política de saúde é afetada no momento em que o Estado decide ser o regulador e promotor da política econômica do país e entrega ao setor privado as atividades, a execução, e o gerenciamento das práticas de saúde no Brasil. A proposta da reforma estatal é de dividir os serviços do SUS, entre serviço hospitalar e básico.

Portanto, os serviços de assistência médica hospitalar ganham prioridade, e são entregues ao mercado estrangeiro. Em contrapartida, os serviços básicos de saúde, ou seja, os PSF's, não recebem recursos suficientes para a sua sustentação e efetivação. Com a atualização do modelo médico hospitalar assistencial privatista e seletista, o Estado se isenta de ser responsabilizado pela política de saúde. Os planos de saúde ofertam melhores condições e serviços, enquanto o Estado oferece o mínimo possível ao Sistema Único de Saúde.

O Estado desconsidera a importância das ações de promoção e proteção à saúde, premissas dos PSFs. Segundo Bravo et. al. (2009), com o aumento e estímulo da privatização do setor saúde, as unidades básicas de saúde sofrem com a falta de recursos, que desencadeiam a refilantropização do trabalho nesse setor. Aumenta-se, gradativamente, o número de agentes de saúde e cuidadores para a realização de atividades profissionais, com o objetivo de redução de custos.

Em contrapartida, lembra Bravo et. al. (2009), o Estado não investe na melhoria dos serviços, das instalações, da compra de materiais, e nem da contratação de médicos e enfermeiros. Portanto, o descontentamento dos profissionais de saúde e o sucateamento das instalações e serviços, gera para a população que necessita dos serviços do SUS, o desconforto de não ter atendimento digno, humanizado, eficiente e que vise a promoção da sua saúde e do seu bem-estar social.

Em 1994 termina o mandato de Itamar Franco e Fernando Henrique Cardoso (FHC) assume a presidência do Brasil. O período FHC, de 1994 até 2002, é caracterizado pela reordenação estratégica do Estado. As facetas neoliberais iniciadas por Fernando Collor e um pouco minimizadas pelos dois anos de Itamar, agora são afloradas e com diretrizes definidas, como a estabilidade econômica, criação de uma nova moeda, e redução drástica do papel do Estado em favor do livre mercado. (FALEIROS et. al., 2006).

O Estado brasileiro no período de FHC se articulou conforme os princípios da globalização do capital, como a abertura aos investimentos estrangeiros e as privatizações dos bens públicos. Nesse período, nos aspectos sociais, recorda Faleiros *et al* (2006), o trabalho terceirizado e precarizado aumentou, bem como o corte com gastos sociais, o surgimento e crescimento das Organizações não Governamentais (ONGs), a relação com as diretrizes propostas e demandas do Fundo Monetário Internacional (FMI) e as políticas econômicas e sociais do Brasil.

Segundo Faleiros et. al. (2006), a Reforma do Estado no governo FHC, articulou medidas legislativas, mudanças regulatórias e ações governamentais para uma reordenação estratégica do papel do Estado, que passa de impulsionador do desenvolvimento para o de

impulsionador da competitividade do capital internacional, mudando, assim, suas relações com o mercado e a sociedade. Para tanto, instaura um novo modelo de gestão pública gerencial, transferindo patrimônio público para o mercado e assumindo uma atuação complementar a este.

Bens e serviços essenciais para a população brasileira passam a ser mercantilizados e privatizados. Transportes, telecomunicações, energia, dentre outros, são entregues a investidores estrangeiros, que cobram para que os cidadãos brasileiros usufruam de tais bens (FALEIROS et. al., 2006). Nesse momento, estabelece-se a relação contribuinte e cliente. O cidadão detentor de direitos pela Constituição Federal é ignorado pelo governo FHC.

Os serviços essenciais para a população brasileira são usados para impulsionar a entrada do capital estrangeiro no Brasil. Fernando Henrique Cardoso, em medidas autoritárias e austeras, define os cidadãos como contribuintes-clientes, sem nenhuma discussão prévia com as camadas populares do país (FALEIROS et. al., 2006). A concorrência internacional sobre a aquisição dos bens e serviços prestados ao povo brasileiro se acentua no país, fortalecendo ainda mais a entrada do capital multinacional e, conseqüentemente, a redução dos direitos sociais.

A Reforma do Estado<sup>1</sup>, marca do governo FHC, visou à condução de um Estado preocupado com suas finanças, à uma administração gerencial e racional, que tinha como componentes a delimitação das funções do Estado. As políticas sociais sofreram um duro golpe na sua efetiva implantação nos anos 90 (FALEIROS et. al., 2006), em especial a política de saúde. O SUS e o PSF sofreram boicotes e alterações essenciais que desqualificaram esses serviços e que privilegiaram os setores privados.

Segundo Faleiros et. al. (2006), a Norma Operacional Básica de 1996 apresenta pontos que afirmam a precarização dos PSFs e do Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS). A NOB 96, como é conhecida, desfragmenta esses programas, considerados como de atenção básica, dos setores da atenção secundária (policlínicas) e terciária (hospitais). O atendimento básico continua a cargo do Estado. A média e alta complexidade de atendimento ficam a cargo do setor privado e do capital estrangeiro. Assim, há uma subdivisão de sistemas. O SUS é claramente destinado para os pobres e o sistema privado é para aqueles cidadãos que tenham condição de pagar pelo serviço (FALEIROS *et al*, 2006).

No período após 1994, cresceram os números dos planos de saúde credenciados pelo Ministério e aumentou quantitativamente a entrada de grandes investidores estrangeiros. Em contrapartida, ocorreram outras particularidades com o fortalecimento do governo FHC perante

---

<sup>1</sup> A reforma política no Brasil consiste na implantação dos preceitos neoliberais, objetivando a redução de custos do Estado e descentralização dos serviços. Neste cenário, também nos anos 90, o Estado brasileiro fica marcado pela expropriação de direitos, principalmente os sociais (PEREIRA, 1997).

a opinião pública, devido a criação das Agência Nacional de Saúde (ANS), da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), e da regulamentação dos preços de medicamentos (genéricos) na gestão do Ministro da Saúde José Serra e a difusão dos planos de saúde no território nacional.

A grande questão desse processo é que os princípios da Reforma Sanitária e da concepção do SUS se tornam obsoletos. O ideal de saúde para todos sem distinção de renda, classe social ou etnia dá lugar a pacientes-consumidores. A mercantilização dessa política setorial se torna mais agressiva, pois fere as propostas básicas do acesso universal, da participação popular, da democratização do Estado e da defesa da saúde como direito do cidadão e não apenas do consumidor.

A universalidade do direito – um dos fundamentos centrais do SUS e contido no projeto de Reforma Sanitária – é um dos aspectos que provoca resistência dos formuladores do projeto saúde voltado para o mercado. Este projeto mercantilista tem como premissa concepções individualistas e fragmentadoras da realidade, em contraposição a entendimentos coletivos e universais do projeto contra hegemônico (BRAVO,2000).

O governo FHC e sua política neoliberal, ao ferir os princípios da Constituição Federal e do SUS, priorizam constantemente o ajuste fiscal, ressaltando que, para o desenvolvimento do país, seja necessário a redução do papel do Estado nos gastos de cunho social, dentre eles a saúde. Os princípios da terceirização de gestão e do corte de recursos em detrimento ao número do aumento de usuários do SUS evidenciam a precariedade, o sucateamento das políticas de saúde públicas e dos PSFs em todo o território nacional (FALEIROS *et. al.*, 2006).

## **CAPÍTULO 2: A ATENÇÃO BÁSICA NO BRASIL E A CRIAÇÃO DO NÚCLEO DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA – NASF**

### **2.1 CRIAÇÃO DO SUS**

A propagação da política pública de saúde no Brasil passou por reformulações do capitalismo, que diretamente ligado a estrutura política e econômica do país, define suas atitudes nas políticas públicas. Logo, torna-se difícil as pesquisas de saúde pública sem esta observação (MIRANDA, 2013).

No século XVIII a assistência médica era realizada à população por meio da filantropia, como as Santas Casas e outras instituições de humanidade, sem nenhum vínculo com o governo. Apenas no século XIX é que ocorre uma ação de intervenção por parte do Estado na política pública de saúde, porém, esta estava voltada para as atividades de campanhas (MIRANDA, 2013). Com o desenvolvimento econômico no Brasil, em 1923, a política de saúde evidencia características previdenciárias, através da formação da Caixa de Aposentadoria e Pensões (CAP).

Porém, somente na década de 1930 é que se pode compreender a real intervenção do Estado na saúde como política social, visto que foi entendida a carência de mais mão-de-obra (sendo priorizado indivíduos saudáveis) para o desenvolvimento econômico do país (MIRANDA, 2013).

A Política de valorização da força de trabalho a que nós estamos referindo diz respeito fundamentalmente à camada produtiva da classe operária. Os seguros sociais, a formação continuada, a medicina de empresa, intervêm quando é diminuída ou afetada a capacidade de trabalho do trabalhador, para que este retorne, o mais rapidamente possível, ao mercado de trabalho, mantendo a produtividade dos setores individuais (FALEIROS *et. al.*, 2000, p.72).

Com a atuação da racionalidade progressista do ano de 1950, controlado pelo segundo mandato do então presidente Getúlio Vargas, a política econômica foi sobrevalorizada, e a apresentação de melhorias nos níveis de saúde foi compreendida como um produto da supervalorização econômica (MIRANDA, 2013).

Diante da punição da Ditadura Militar ocorrida entre os anos de 1964 e 1984, a política de saúde segue com o privilégio da medicina privada. Também neste período que ocorrem diversas corrupções como aplicação em capital financeiro e industrialização denominado de “milagre econômico”, onde o consumo dos indivíduos de médias e altas rendas financeiras

teriam aumentado mais do que a própria renda e simultaneamente, o salário básico dos cidadãos estavam em decadência. Ou seja, o milagre econômico proporcionou o aumento da riqueza da classe média e o restante mais pobre dos cidadãos aguardavam por um milagre (FURTADO, 1981, p. 43).

Prado Júnior (1994), explica que “abaixada a poeira” do chamado “milagre econômico”, o país volta à sua pobre normalidade ligada ao passado. Neste momento, surge a movimentação para a Reforma Sanitária, com o intuito de enfraquecer os investimentos do mercado privado na saúde e promover universalidade na assistência da saúde pública.

Em 1980, a junção da população como movimento social no conflito e orientações para a política de saúde pública desperta a protagonizar, especialmente em regiões institucionalizados como a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que contou com uma grande participação da população brasileira no debate da saúde (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde requer um extenso destaque na política de saúde pública, pois foi fundada pelo estabelecimento da participação e controle social dos indivíduos de uma forma geral, na política de saúde, que foi a primeira após as Conferências de 1941 e 1980. (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986).

As propostas sugeridas pela população foram incorporadas na Constituição Federal de 1988 e nas Leis Orgânicas da Saúde, nº 8.080/90 e nº 8.142/90. Neste tempo, a saúde é solicitada fortemente na necessidade do Sistema Único e da Reforma Sanitária (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986).

A Reforma Sanitária tem como uma de suas estratégias o Sistema Único de Saúde (SUS) e foi fruto de lutas e mobilização dos profissionais de saúde, articulados ao movimento popular. Sua preocupação central é assegurar que o Estado atue em função da sociedade, pautando-se na concepção de Estado Democrático e de direito, responsável pelas políticas sociais e, por conseguinte, pela saúde. O controle social por meio de um de seus mecanismos, os conselhos e conferências foi uma das inovações deste projeto (BRAVO, 1999, p.93).

Assim, a Reforma Sanitária não foi apenas uma grande conquista decorrente dos movimentos sociais e espaços grupais, foi também uma força para futuras conquistas e consolidação das áreas públicas para diversas consequências que ainda precisam de política pública de saúde, bem como as outras políticas públicas existentes. O controle social aumentou as entradas de participação social e política no interior do Estado, o que proporcionou, de acordo com Carvalho (1995, p.28) proporcionar “[...] políticas de saúde pautadas pelas necessidades do conjunto social, e não somente pelos desígnios de seus setores mais privilegiados”.

Com a Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988, online), é criado e regulamentado o Sistema Único de Saúde (SUS), pelo Art. 196, a saúde tornar-se um “direito de todos e dever do Estado”, sendo regulamentado apenas pela Lei 8.080/90 e a Lei 8.142 (BRASIL, 1990, online) no mesmo ano em que garantiu a participação de toda população na administração do SUS através de recursos coletivos de controle social.

No governo Fernando Collor de Melo em 1990, a população brasileira compareceu na orientação política para a fundação do Estado mínimo, diante de uma resistente convicção privatizante com início neste período ou “[...] um Estado mínimo para os trabalhadores e um Estado máximo para o capital” (BEHRING e BOSCHETTI, 2006, p.64).

Por conseguinte, a precarização e terceirização são associadas, resultando em uma destruição constante do alcance da conquista do movimento sanitário, alcançando todos os níveis de atenção à saúde, que se reverte segmentado e solapando as convicções do SUS: universalidade, equidade, integralidade e descentralização (BEHRING e BOSCHETTI, 2006, p.64).

Ainda de acordo com as autoras supracitadas, a universalidade no SUS quer dizer que iniciando do princípio da igualdade, a saúde deve ser direito de todos e garantida pelo Estado.

Na saúde, as propostas do Welfare State e da Conferência de Alma-Ata, defendendo o direito à saúde, reforçaram o princípio da universalidade. Assim, o Brasil implantou programas de extensão de cobertura, como o Programa de Interiorização das Ações de Saúde Saneamento do Nordeste (PIASS), que ampliaram por meio das Ações Integradas de Saúde (AIS) e dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS), incorporando os princípios da universalidade e integralidade (PAIM, 2002, p.34).

O princípio da Equidade no SUS presume a igualdade de assistência à saúde, sem prejuízos ou atribuições de quaisquer condições, pois os serviços necessitam ser oferecidos conforme as necessidades de cada um. A integralidade no SUS, com base em sua definição legal, é elaborada como um conjunto estruturado de atitudes e serviços de saúde, preventivos e curativos, individuais e em equipes, sendo cada um em seu devido nível de complexidade do sistema (PAIM, 2002).

Com a fundação das Normas Operacionais Básicas (NOBs), foram estabelecidas as responsabilidades entre os níveis governamentais: municipais, estaduais e federais através da descentralização, a NOB-SUS/1993 determina o objetivo da descentralização:

O objetivo mais importante que se pretende alcançar com a descentralização do SUS é a completa reformulação do modelo assistencial hoje dominante, centrado na assistência médico-hospitalar, individual, assistemática, fragmentada e sem garantia

de qualidade, deslocando o eixo deste modelo para assistência integral universalizada e equânime, regionalizada e hierarquizada, e para a prática da responsabilidade sanitária em cada esfera de governo, em todos os pontos do sistema (BRASIL, 2006, p. 49-50).

Portanto, o SUS é fruto de uma batalha coletiva traçado no projeto da Reforma Sanitária, uma política que com muita dedicação tem desenvolvido a mínimos estágios para a sua universalidade de fato, e a grandes etapas para sua privatização, favorecendo o caráter médico predominante (MIRANDA, 2013).

Entretanto, não se pode desconsiderar que os cuidados essenciais da saúde são necessários para evitar futuros sofrimentos resultado de algumas doenças, mas também ideologicamente juntos à diminuição de custos para o Estado, marcado pelo passado histórico dos cuidados primordiais à saúde, que inicialmente foi desenvolvido pelo Programa de Agentes Comunitários (PACs), em 1991, realizando atendimento à população de menor renda, e somente alguns anos depois que se assume o formato atual (MIRANDA, 2013).

O PACs foi institucionalizado em 1991 pelo então governo Collor de Melo, com o objetivo de ampliar a cobertura de serviços para as populações rurais e de perímetros urbanos de baixa renda, direcionado para o público infantil. O PACs pode ser considerado como uma proposta de desenvolvimento assistencial limitada em sua capacidade por orientação ao conjunto de modificações de extenso alcance que reestruturou o Projeto da Reforma Sanitária Brasileira. Devido a extensão dos PACs em áreas de pequena cobertura, o Ministério da Saúde alterou a ênfase para o PSF, por reunir novos fundamentos que fossem capazes de potencializar a proposta reduzida do PACs (PAIM, 1999).

## 2.2 NASCIMENTO DO PSFS E ESFS

O modelo empregado pela Atenção Primária à Saúde (APS), acomete em programas de melhoria a saúde (que objetivam combater ou minimizar doenças crônicas), como por exemplo, de assistência a diabéticos, - um grande foco da APS - pois possui um custo menor relacionado às internações e amputações (BRASIL, 2008) e também de algum modo, peneirando a entrada dos enfermos na média e alta complexidade da saúde. A institucionalização da APS e dos PSFs tem como grande objetivo um novo arranjo para o sistema de saúde e o desenvolvimento dos princípios do SUS. (BRASIL, 2008).

O Ministério da Saúde, em seus documentos oficiais, diz que a Estratégia Saúde da Família (ESF) retorna com o objetivo de superação de um modelo de assistência à saúde, visível

pelos serviços hospitalares, na realização de atendimento médico e atividades curativas (BRASIL, 1996).

Vale ressaltar que algumas áreas técnicas do Ministério da Saúde e alguns autores conceituam PSF como ESF (MENDES, 1996; LEVCOVITZ e GARRIDO, 1996). Atualmente o PSF é chamado de ESF, em substituição a Programa, tendo em vista que a expressão sugere uma reorganização da APS e não presume um tempo para concluir, pois é estabelecido por uma política (BRASIL, 2006).

O PSF teve início no Brasil em 1994, apresentando ser uma estratégia para remodelar/reestruturar o padrão assistencial em saúde, que estava centralizado na patologia e no médico, não no indivíduo como sujeitos de direitos, e nem na equipe de saúde como este deveria ser. Em 2006, o PSF finalizou como programa e transformou-se em uma estratégia constante na ABS, diretamente por que programa possui prazo delimitado e estratégia é definitivo e constante. Assim sendo, tornou-se Estratégia Saúde da Família – ESF (DALPIAZ; STEDILE, 2011).

A ESF, dando continuidade ao PSF aborda as atividades que compõe a APS. Os cuidados primordiais à saúde, foram debatidos mundialmente e de modo coletivo pela primeira vez na Conferência Internacional sobre a APS, cumprida em Alma-Ata, Cazaquistão, em 1978. A Conferência foi apadrinhada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e Fundo das Ações Unidas pela Infância (UNICEF), ocasionando na “Declaração de Alma-Ata”, no item IV define a APS como: (OPAS; OMS, 1978, online):

Atenção primária significa cuidados essenciais de saúde, baseados em técnicas apropriadas, cientificamente comprovadas e socialmente aceitas e ao alcance de todos os membros da comunidade, mediante a plena participação da população a um custo que a comunidade e o país possam suportar, em todas etapas de seu desenvolvimento. A atenção primária deve fazer parte do sistema de saúde (do qual constitui o núcleo central) e do desenvolvimento global da comunidade. Representa o primeiro nível de contato da comunidade com o sistema de saúde. Leva os cuidados de saúde ao local onde residem e trabalham as pessoas. A atenção primária é o primeiro elo de um processo contínuo de cuidados à saúde.

Já em 1994, o SUS se prepara para afiliar-se ao que é na atualidade o escopo da ESF, deixou de ser um Programa e se tornou uma política do Governo Federal. Em 2006 foi determinada a Política Nacional de Atenção Básica, através pela Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006 (BRASIL, 2006a), que se desenvolveu como a primeira estratégia para uma reorganização dos serviços prestados pela ABS no país, classificada como início dos serviços do SUS, além das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs).

A ESF possui como objetivo a reorganização das práticas assistenciais voltadas para a saúde, focada na família, pondera o seu meio físico e social, trabalha com um número limitado de pacientes e regiões, tornando-se assim, a porta de entrada aos demais serviços da saúde (BRASIL, 2006).

As equipes da ESF são determinadas por um grupo de pessoas mínimo e multiprofissional, composta por: médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e os agentes comunitários de saúde. A inclusão dos outros profissionais neste grupo fica a critério do poder executivo, se vai ou não acrescentar por meio de compensações municipais ou vantagens do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006).

Essa equipe multiprofissional trabalha em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), e todos participam do processo de territorialização e mapeamento da área de atualização, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos de vulnerabilidade (BRASIL, 2011).

Sobre a operacionalização, a atenção básica define áreas estratégicas para a atuação em todo o território nacional, como o controle de hipertensão, diabetes, tuberculose, hanseníase, saúde da criança, saúde da mulher, saúde do idoso, da saúde bucal, bem como na eliminação da desnutrição infantil (BRASIL, 2006).

Os ESFs devem atuar no território e realizar cadastros domiciliares para, assim, diagnosticar a situação da área e das microáreas de abrangência, desenvolver atividades de planejamento que visam a promoção da saúde do indivíduo ou da família, buscar integrações com instituições sociais, atender toda demanda específica e ser um espaço de construção de cidadania (BRASIL, 2006b).

Todo esse trabalho, teoricamente, tem o objetivo de enfatizar os atendimentos na atenção primária e aliviar a demanda dos setores secundário e terciário da saúde. Os princípios são racionais e lógicos, mas, na realidade, o ESF é espaço de discussões e de reflexões mais pertinentes. Hoje, os atendimentos são realizados, em sua maioria, de maneira precária (condições de infraestrutura, falta de materiais, falta de motivação etc.), a gestão da atenção básica por vezes se mostra falha e acontece o fenômeno da focalização e da individualização do atendimento. Bravo e Matos (2009, p. 106) afirmam que, “ao destacar as propostas de Medicina Comunitária e de Cuidados Primários de Saúde (...) aí incluindo o PSF, têm em comum a perspectiva de racionalização de gastos, a pequena ênfase na atuação clínica e na saúde individual e a não incorporação do atendimento as urgências”.

Com isso, as autoras Bravo e Matos (2009) afirmam que a Estratégia Saúde da Família (ESF) surge e se efetiva através de uma recomendação do FMI e do Banco Mundial para que o

Brasil gaste o mínimo possível nessa política, o que vai contra as diretrizes do SUS. O baixo investimento cria um programa sucateado, desestruturado e segregacionista, pois ele é destinado para aqueles cidadãos que não têm condições econômicas de obter um plano privado de saúde.

Logo, a mercantilização da saúde se expande mesmo após a implementação do SUS e dos ESF's nos municípios brasileiros. Agora, claramente percebe-se que o programa é formulado e destinado para os segmentos mais pobres da população brasileira. No atual contexto, o Programa Saúde da Família merece ser amplamente debatido (BRASIL, 2006).

Este debate se faz necessário por três motivos: primeiro, porque o PSF é estigmatizado por atender a parcela pobre da população. Segundo, porque é preciso destacar o descaso do Governo Federal em estruturar adequadamente os postos de saúde. E terceiro, porque é fundamental compreender as falhas existentes no tocante aos encaminhamentos de consultas para as policlínicas. Ademais, o tempo de espera é fator para que muitos cidadãos descreditem no SUS e aos que tem condições financeiras, há a opção em pagar por um plano de saúde, potencializando ainda mais o processo de mercantilização dessa política setorial, que deveria ser universal e gratuita para todos os brasileiros (BRASIL, 2006b).

### 2.3 CRIAÇÃO DO NASF

A Resolução nº 218 de 06 de março de 1997 (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 1997), declara o Assistente Social como profissional da área de saúde. A inclusão dos Assistentes Sociais nas ESFs teve suporte através da Portaria nº 154/GM, de 24 de janeiro de 2008 (BRASIL, 2008), que fundamentizou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), em 2011 pelo Ministério da Saúde.

A fim de possibilitar que qualquer município que esteja incluído no PSF se incorpore nesta nova proposta e também de qualificar o trabalho das equipes do NASF já implantada, novas regulamentações foram elaboradas mais recentemente. Atualmente, as Portarias vigentes que se referem ao NASF são a Portaria nº 2.448, de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), e a Portaria nº 3.124 de 28 de dezembro de 2012, que redefine os parâmetros de vinculação das modalidades 1 e 2, e cria a 3. No entendimento de Figueiredo (2012), a seguir estão as seguintes modalidades do NASF:

- Devem ter no mínimo cinco profissionais com formação universitária, e devem estar vinculados a no mínimo de oito e máximo de vinte equipes de Saúde da Família. Compreende profissionais como psicólogo, assistente social, farmacêutico,

fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico ginecologista, profissional de educação física, médico homeopata, nutricionista, médico acupunturista, médico pediatra, médico psiquiatra, e terapeuta ocupacional. Cada ocupação deve ter no mínimo 20 e, no máximo, 80 horas de carga horária semanal.

- Nesta modalidade exige-se a presença de, no mínimo, três profissionais com formação universitária, sendo que o núcleo deve estar vinculado a, no mínimo três equipes de Saúde da Família. Entre os profissionais que o compõe, devem figurar psicólogo, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, profissional de educação física, nutricionista e terapeuta ocupacional. Neste caso, cada ocupação deve ter um mínimo de 20 horas e máximo de 40 horas trabalhadas semanalmente.
- O diferencial desta modalidade é que deve estar vinculada a, no mínimo, uma e a, no máximo, duas equipes saúde da família e/ou equipes de atenção básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais), agregando-se de modo específico ao processo de trabalho das mesmas, configurando-se como uma equipe ampliada. A carga horária mínima de trabalho dos profissionais é de 20 horas, sendo a máxima, de 40 horas semanais.

Conforme a PNAB (BRASIL, 2011), os NASF são equipes multiprofissionais compostas por profissionais de diferentes campos de conhecimento, que devem atuar de maneira integrada apoiando os profissionais de Saúde da Família e de Atenção Básica para populações específicas, compartilhando as práticas e saberes em saúde nos territórios sob a responsabilidade dessas equipes.

As diretrizes que embasam o trabalho do NASF são as da Atenção Básica. A diferença do trabalho do NASF é que este se orienta pelo referencial teórico metodológico do apoio matricial, ou seja, compreende uma estratégia de organização do trabalho em saúde que acontece a partir da integração entre equipes envolvidas na atenção às situações/problemas comuns em um dado território. Portanto, essa integração ocorre na perspectiva de compartilhar as ações de saúde, através da troca de saberes entre os diversos profissionais e elaboração de projetos comuns de intervenção (BRASIL, 2011).

O NASF constitui-se como uma retaguarda especializada para as equipes de atenção básica e de saúde da família. Ele também se propõe a fazer um trabalho compartilhado e colaborativo em pelo menos duas dimensões: clínico-assistencial e técnico-pedagógica. A primeira é aquela que vai produzir ou incidir sobre a ação clínica direta com os usuários, já a segunda, é que vai produzir ação de apoio educativo com e para as equipes das unidades básicas de saúde (BRASIL, 2011).

O NASF é criado e formulado no contexto neoliberal do país. Entretanto, o primeiro governo de Luís Inácio Lula da Silva tentou reestabelecer a agenda ético-política da reforma sanitária. A criação dos Núcleos visou fortalecer oito diretrizes na atenção à saúde: interdisciplinaridade, intersetorialidade, território, integralidade, controle social, educação permanente em saúde, promoção da saúde e humanização. Cada uma dessas diretrizes atua em oito áreas estratégicas: atividade física/práticas corporais, práticas integrativas e

complementares, reabilitação, alimentação e nutrição, saúde mental, serviço social, saúde da criança, do adolescente e do jovem, saúde da mulher e assistência farmacêutica (BRASIL, 2011).

Os profissionais são inseridos dentro das equipes de Saúde da Família com o propósito de superação do paradigma de atendimento à saúde e não apenas para a resolução medicamentosa de um paciente enfermo que procure os serviços do SUS. O Núcleo de Apoio busca aperfeiçoar o atendimento aos usuários, desencadeando ações que permitam o atendimento totalizado visando, também, os aspectos sociais, psíquicos, motores, familiares, econômicos e terapêuticos dos cidadãos que recorrem às unidades básicas de saúde (BRASIL, 2006).

Afirma Bravo *et. al.* (2009), que as ESFs são propostas para ampliar e permitir o acesso da população à rede de saúde e devem ter o escopo de extrapolar o debate em defesa de uma ação integral à saúde, voltada para as necessidades de saúde da população, entendendo, nesse contexto, a saúde de forma ampliada, ou seja, com qualidade de vida e não só como a ausência de doença.

A grande questão é que, dentro desse conceito, a política de saúde do Brasil nos anos 2000 é fortemente voltada ao modelo privatista e de favorecimento dos planos de saúde. A faceta neoliberal privilegia os interesses do capital estrangeiro, que mercantilizam essa política setorial no país. O SUS, os ESF's, a Atenção Básica e o NASF, em conjunto, continuam sofrendo os rebatimentos dos anos 1990, como a deficiência dos serviços e instalações oferecidos pelo SUS (BRASIL, 2006).

Em 2016, o Governo Temer enviou ao Congresso Nacional uma nova regra para as despesas primárias do Governo Federal com duração para 20 anos e possibilidade de revisão em 10 anos, através da Proposta de Emenda Constitucional 241/2016 (PEC 241) que foi aprovada pela Câmara dos Deputados como PEC 55. Ela prevê que em 2017, os gastos com a educação seriam de 12% da Recente Corrente Líquida (RCL) em 2026 e de 9,4% em 2036, enquanto esta era de 18% antes da aprovação da PEC 55 que prevê o congelamento dos gastos. Ressalta-se que, mesmo com a PEC oferecendo um mínimo maior em saúde para 2017 e 2018, desde 2014 o governo já vem transferindo mais de 15% da RCL para a área da saúde (ROSSI; DWECK, 2016).

Nesse contexto, os profissionais do NASF se inserem em unidades com espaço físico limitado, falta de materiais e com demandas cada vez mais complexas e desafiadoras para o trabalho multidisciplinar da equipe do PSF. A situação precária das instalações, o despreparo e o desconhecimento dos profissionais de saúde e da população em entender o papel do NASF –

que, segundo Tito (2015), é de atuar de forma integrada, apoiando os profissionais das equipes de Saúde da Família e compartilhando suas práticas e saberes em saúde – faz com que o trabalho desses profissionais, que se veem inseridos ainda em um sistema dotado de tecnicismo e privilegiamento do trabalho do médico, torne-se ainda mais desafiador e desgastante.

Além da falta de estrutura adequada, a tentativa de valorização, afirmação, e conhecimento do trabalho de todo o NASF, cabe destacar a questão empregatícia dos profissionais dos núcleos. Em inúmeros casos, estes são contratados por prazo determinado, impossibilitando a continuidade do trabalho em médio e longo prazo, minando perspectivas de atendimentos que atinjam de fato a integralidade e a intersetorialidade de suas ações. Logo, o processo da discussão e resolutividade dos casos apresentados a toda equipe, tende a ser prejudicado pela falta de tempo, ou as discussões tendem a ser mais rasas, não objetivando o completo entendimento da demanda imposta pelos usuários da unidade de saúde (BRASIL, 2006).

#### 2.4 A PROBLEMÁTICA DO NASF

Diante da proposta de estruturação do NASF sobre o desenvolvimento das atividades de modo interdisciplinar, é fundamental que tenha uma fiscalização crítica dos procedimentos educativos e formativos que vêm sendo concedido por Instituições de Ensino Superior no desenvolvimento dos profissionais ligados à área da saúde (ANJOS *et. al.*, 2013).

Deste modo, as habilidades se apresentam com um novo ponto de vista na formação, apesar de diversos profissionais se depararem com obstáculos no desenvolvimento de suas atividades de maneira multidisciplinar. De maneira a atender as premissas, é fundamental refletir sobre o desenvolvimento e o perfil de habilidade requeridos para essa área, com visão não apenas na percepção técnico especializado, mas também nas capacidades e procedimentos a serem desenvolvidas em prol da saúde dos indivíduos, de uma maneira socialmente consciente (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010).

Alguns obstáculos são colocados, sobretudo, quando se analisa a formação de uma quota dos profissionais da saúde que procedem dentro dessa estratégia, como a conveniência de alteração na organização dos serviços. Nas condutas de saúde, os profissionais que exercem suas atividades no NASF apresentam objeções em gerar possibilidades para a operação conjunta, adaptada e intersetorial que integre a presença de usuários na recente concepção extensa de saúde que está sendo acolhida pelo SUS; há impedimentos em compreender, no

cotidiano, com o recurso e com as atividades em grupo no espaço abrangido, o que depende de maleabilidade e interlocução dos comprometidos (MÂNGIA; LANCMAN, 2008).

Diante das dificuldades que vem sendo identificadas no método de trabalho do NASF, evidencia-se a formação dos profissionais, que, em parte, não atende às carências do SUS e muito menos da Atenção Básica de Saúde. A mudança da formação e dos costumes é um obstáculo a ser superado, pois provoca alteração de procedimentos já organizados nos serviços, nas instituições de ensino e nas relações entre indivíduos. Com o diálogo e a semelhança, no campo das práticas e perspectivas atuais de cuidado à saúde, se pode minimizar a irregularidade entre formação e existência dos serviços. Desta forma, se auxilia a criação de um novo formato de trabalho em saúde centralizada no indivíduo, com qualidade, reparabilidade e igualdade (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010).

Mesmo com as vitórias e progressos na área da saúde, a inserção do NASF sugere ponderar a formação e as práticas em saúde vivenciadas até então pela ESF. O NASF possui como instrumentos para a evolução de suas atividades a clínica expandida, o matriciamento, os procedimentos terapêuticos singulares e o propósito de saúde com destaque no espaço; tudo isso tendo em vista a verificação do cuidado com o indivíduo, além da capacidade das atitudes dos grupos (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010).

Por se tratar de processo em criação, a inserção do NASF recomenda a necessidade de se determinar realmente uma competência profissional, que só será cumprida através de pensamento e diálogo, à volta de uma compreensão que deve suceder tanto no ambiente interno de cada profissão como na área da saúde em sua integralidade. Com este perfil profissional, é provável que se determinem técnicas como o planejamento delineado coletivamente, reedificando a essência do seu agir. É fundamental que sejam introduzidos em sua prática através da explicação de projetos terapêuticos públicos por todo o grupo, de modo legitimado, possibilitando atitudes consideravelmente reconhecidas do ponto de vista dos supervisores (BARBOSA *et. al.*, 2010).

O desempenho dos profissionais de saúde atuantes no NASF, enfrenta diversos desafios, destacando o modo como as instituições vêm se formando, uma vez que conspiram contra a habilidade interdisciplinar e de interlocução. E para vencer estes obstáculos, além de trabalharem junto com a equipe multiprofissional e de modo interdisciplinar, o sistema carece de uma supervisão para que os obstáculos sejam considerados, ponderados e, quando permitido, removidos ou debilitados (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

O NASF, desde a sua inserção, convive com obstáculos, principalmente no que se refere o impedimento de admirar a plenitude da saúde particular e em equipe, em concordância com

o proposto pelo Ministério da Saúde. Por isso, exhibe deficiências na conquista de seus serviços. Cabe aos compreendidos nas divergências, descobrir meios estratégicos que não afetem o indivíduo nem prejudiquem no plano terapêutico do usuário (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

## CAPÍTULO 3: O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE E NO NASF

### 3.1 A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE

A política de Saúde é citada na Constituição Federal de 1988 como “Direito de todos e Dever do Estado”. O Art. 196 da Constituição e o Art. 3º da Lei 8.080/90, que destaca os termos de âmbito social e que de acordo com Iamamoto (2009), devem compreender o conjunto das diferenças da comunidade capitalista, que se discorrem por meio das exigências acessíveis, políticas e culturais que surpreendem os níveis sociais.

**Art. 196.** A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 2016).

**Art. 3º** A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País (Lei 8080/1990).

A atuação profissional do Assistente Social deve ser traçada em uma proposta que objetive o enfrentamento das expressões da Questão Social que refletem nos diferentes níveis de dificuldade da saúde, que vai desde a atenção básica até os serviços que se estabelecem a partir de atitudes de média e alta consistência tecnológica (BRASIL, 2009).

O atendimento direto ao paciente que ocorre nestes espaços, com estrutura de serviços nacionais, recebem materialidade desde os PSF até os hospitais universitários ou de especialização, independente do vínculo federal, estadual ou municipal (BRASIL, 2009).

A atuação do profissional de Serviço Social tem sido dilatada, ultrapassando o atendimento direto com o paciente e atuando conjuntamente em organização, administração, investigação, formação de gestão de pessoas e nos instrumentos de gestão social (como os conselhos e conferências/palestras). As responsabilidades destes profissionais devem ser de contribuição com estes locais, e são determinadas pela Lei de Regulamentação da Profissão e pelo Código de Ética Profissional (BRASIL, 2009).

De acordo com Costa (2006), a inclusão dos profissionais de Serviço Social nos serviços de saúde é intermediada pelo reconhecimento social da profissão e por um composto de deficiências que se determinam e redirecionam a partir das situações históricas perante as quais a saúde pública se avançou no país.

Iamamoto (2009) e o Conselho Federal de Serviço Social (BRASIL, 2009, p. 23 - 24) citam as principais atividades a serem desempenhadas pelo profissional são:

- Prestar orientações (individuais e coletivas) e/ou encaminhamentos quanto aos direitos sociais da população usuária, no sentido de democratizar as informações;
- Identificar a situação socioeconômica (habitacional, trabalhista e previdenciária) e familiar dos usuários com vistas a construção do perfil socioeconômico para possibilitar a formulação de estratégias de intervenção;
- Realizar abordagem individual e/ou grupal, tendo como objetivo trabalhar os determinantes sociais da saúde dos usuários, familiares e acompanhantes;
- Criar mecanismos e rotinas de ação que facilitem e possibilitem o acesso dos usuários aos serviços, bem como a garantia de direitos na esfera da seguridade social;
- Realizar visitas domiciliares quando avaliada a necessidade pelo profissional do Serviço Social, procurando não invadir a privacidade dos usuários e esclarecendo os objetivos das mesmas;
- Realizar visitas institucionais com objetivo de conhecer e mobilizar a rede de serviços no processo de viabilização dos direitos sociais;
- Trabalhar com as famílias no sentido de fortalecer seus vínculos, na perspectiva de torná-las sujeitos do processo de promoção, proteção, prevenção e recuperação da saúde;
- Criar protocolos e rotina de ação que possibilitem a organização, normatização e sistematização do cotidiano do trabalho profissional;
- Registrar os atendimentos sociais no prontuário único com objetivo de formular estratégias de intervenção profissional e subsidiar a equipe de saúde quanto as informações sociais dos usuários, resguardadas as informações sigilosas que devem ser registradas no prontuário social.

Muitos dos atendimentos dos Assistentes Sociais se iniciam através de procura espontânea dos usuários ou de encaminhamentos de outras unidades externas ou internas. Estes atendimentos ocorrem durante os plantões dos hospitais, enquanto o paciente e sua família aguardam por atendimento ou junto ao seu leito, já que não existem escritórios e instalações próprias para esses profissionais (VASCONCELOS, 2001).

### 3.2 O SERVIÇO SOCIAL NO NASF

Faria (2015) pondera que a instituição dos NASFs é essencial para dinamizar e universalizar o acesso à saúde e dá legitimidade a novas especialidades profissionais que amparam e expandem o processo de Atenção Básica no Brasil. A ideia de uma equipe multidisciplinar soluciona, em tese, um problema latente na atenção primária, pois médicos e enfermeiros, antes da instituição dos NASFs, se baseavam em atendimentos individuais, focando o combate de patologias daqueles pacientes que buscavam atendimento.

Conforme aponta o Caderno de Atenção Básica nº 27, o profissional do Serviço Social é imprescindível para o que pressupõe a Portaria nº 154/08 do Ministério da Saúde quanto da criação do NASF:

As ações de serviço social deverão se situar como espaço de promoção da cidadania e de produção de estratégias que fomentem e fortaleçam redes de suporte social, propiciando maior integração entre serviços sociais e outros equipamentos públicos e os serviços de saúde nos territórios adscritos, contribuindo para o desenvolvimento de ações intersetoriais que visem ao fortalecimento da cidadania (BRASIL, 2009).

Neste sentido, Faria (2015, p. 3 - 4) afirma:

O NASF é uma estratégia inovadora que tem por objetivo apoiar, ampliar, aperfeiçoar a atenção e a gestão da saúde na Atenção Básica sob a perspectiva de mudanças de atitudes e na atuação de profissionais envolvidos. Construído a partir da inserção de profissionais de diversas áreas de conhecimento para atuarem juntos às equipes de referência, tem na expressão “apoio” sua centralidade.

A atividade do profissional de Serviço Social possui suas singularidades como em toda profissão, pois segundo Netto e Carvalho (2012), o Serviço Social não age por cima de apenas uma carência humana, como os profissionais médicos, dentistas, entre outros; e nem sequer se dirige à todos os cidadãos de uma sociedade, sem diferenciação de nível social; sua especialidade encontra-se no fato de intervir diante de todas as carências humanas de uma propensa classe social, ou melhor, aquela composta pelas associações auxiliares, empobrecidos ou excluídos dos serviços, bens e recursos financeiros dessa mesma sociedade.

Conforme o Caderno de Atenção Básica nº 27 (BRASIL, 2009), o Assistente Social atuante no NASF possui como objetivo o crescimento de atividade que assegure a compreensão e o atendimento dos pacientes, que auxiliem e estimulem no desenvolvimento da liberdade e da administração particular do paciente, entre outros. Porém, é necessário evidenciar que qualquer atividade deve ser desenvolvida de modo multidisciplinar e incorporada com os outros profissionais dos grupos, iniciando de uma compreensão ampla da extensão de cobertura, de seu perfil epidemiológico, do mapeamento das situações e áreas com maior possibilidade de risco.

Concomitante a isso, os princípios e as diretrizes da Portaria nº 154/08 do Ministério da Saúde, devem ser considerados como por exemplo, a intersetorialidade, que deve autorizar uma conexão entre sujeitos de campos sociais variados e, sendo assim, de conhecimentos, atribuições, decisões (CAMPOS, 2013).

Ademais, as ações do profissional do Serviço Social no NASF devem proporcionar o crescimento de toda sociedade, consolidando os territórios sociais, comunitários e ambientes no total, compreendidos através de conselhos e conferências (CAMPOS, 2013).

Nessa perspectiva, o Assistente Social no NASF compõe mais um setor de atividade na política pública de saúde, vindo ser um realizador no que se refere à garantia dos direitos sociais (CAMPOS, 2013).

## **CAPÍTULO 4: A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NO NASF OURO PRETO**

O Governo Federal através do Ministério da Saúde, em 2008, cria o Núcleo de Apoio a Saúde da Família, com o propósito de promover um atendimento pautado na integralidade das suas ações voltadas para a prevenção e promoção da saúde. A ideia de uma equipe multidisciplinar na Atenção Básica veio para solucionar um importante problema da atenção primária. Médicos e enfermeiros pautavam-se em atendimentos individuais, focalizados, acentuando-se a assistência médica no combate de patologias dos pacientes que procuram as UBS dos seus municípios.

Conforme a PNAB (BRASIL, 2011), os NASF são equipes multiprofissionais compostas por profissionais de diferentes campos de conhecimento, que devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais de Saúde da Família e de Atenção Básica para populações específicas, compartilhando as práticas e saberes em saúde nos territórios sob responsabilidade dessas equipes.

Os Núcleos, constituído por uma equipe multiprofissional segue a lógica do apoio matricial, que tem como perspectiva propor arranjos organizacionais que buscam diminuir a fragmentação dos processos de trabalho decorrente da especialização crescente das áreas de cuidado (MEDEIROS, 2012, p. 35).

Logo, as equipes de multiprofissionais possibilitam formas de atendimentos que ultrapassam a lógica de concepção de saúde apenas pela prescrição de medicamentos. Hoje, há uma preocupação com outros aspectos antes pouco explorados dentro dos ambulatórios médicos, como a questão psíquica, fisioterapêutica, terapêutica e social desse ou desses usuários das UBS, que na nova visão, tendem a ser enxergados como cidadãos que possuem famílias, e que necessitem de outros cuidados específicos para obtenção da saúde e do seu bem-estar social.

Em 2011, o NASF é criado na cidade de Ouro Preto com o mesmo propósito de difundir o atendimento à saúde dos ouro-pretanos. O NASF teve como objetivo promover discussões e resolutividade de casos demandados pelos postos de saúde, abordando de maneira universal a queixa do usuário/paciente. Além da tentativa de resolução da patologia, são discutidos atores externos e poucos explorados na abordagem ambulatorial do médico ou enfermeiro, que poderiam contribuir na enfermidade do cidadão ou da família.

São considerados os possíveis transtornos psicológicos e formas de tratamento: medidas fisioterapêuticas e terapêuticas, abordagens específicas de saúde bucal, saúde da criança, saúde

da mulher, e em especial, são considerados os aspectos sociais, aspectos econômicos, e as relações dos familiares com esse ou esses pacientes.

[...] os Núcleos visam fortalecer diretrizes na atenção à saúde, são elas: a interdisciplinaridade, a intersetorialidade, o território, a integralidade, o controle social, a educação permanente em saúde, a promoção da saúde e a humanização, atuando em nove áreas estratégicas: atividade física/práticas corporais; práticas integrativas e complementares; alimentação e nutrição; saúde mental; serviço social; saúde da criança, do adolescente e do jovem; saúde da mulher e assistência farmacêutica (BRASIL, 2009 *citado por* MEDEIROS, 2012, p. 35).

Com base nos trechos acima expostos, este trabalho de pesquisa foi constituído por dois formulários elaborados pelo autor, em Dezembro de 2017, para esse Trabalho de Conclusão de Curso, respondidos por cinco profissionais sendo quatro Assistentes Sociais que se inseriram e trabalharam no NASF de Ouro Preto nos anos 2012 a 2017 (AS1, AS2, AS3 e AS4) para o Formulário A (APÊNDICE A), e a Diretora da Atenção Primária da cidade de Ouro Preto nos anos de 2006 a 2012, (DAB) para o Formulário B.

O NASF planejou juntamente com a equipe da Saúde da Família, o seu planejamento de atividades visado no território de sua responsabilidade, escolhendo os seguintes pontos (BRASIL, 2010).

(a) Atendimento compartilhado, para uma intervenção interdisciplinar, com troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas, gerando experiência para ambos os profissionais envolvidos. Com ênfase em estudo e discussão de casos e situações, realização de projeto terapêutico singular, orientações, espaços de reuniões, bem como consultas e intervenções conjuntas, apoio por telefone, e-mail etc. (b) Intervenções específicas do profissional do NASF com os usuários e/ou famílias, com discussão e negociação a priori com os profissionais da equipe de SF responsáveis pelo caso, de forma que o atendimento individualizado pelo NASF se dê apenas em situações extremamente necessárias e, quando ocorrer, continuar mantendo contato com a equipe de SF, que não se descomprometeria com o caso, ao contrário, procuraria redefinir um padrão de seguimento complementar e compatível ao cuidado oferecido pelo NASF diretamente ao usuário, ou à família ou à comunidade. (c) Ações comuns nos territórios de sua responsabilidade desenvolvidas de forma articulada com as equipes de SF. Como o desenvolvimento do projeto de saúde no território, planejamentos, apoio aos grupos, trabalhos educativos, de inclusão social, enfrentamento da violência, ações junto aos equipamentos públicos, como escolas, creches, igrejas, pastorais etc. (BRASIL, 2010).

#### 4.1 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS DA PESQUISA

Diante do tema proposto pela pesquisa, que possui como objetivo realizar a análise dos Assistentes Sociais nos NASF dentro dos UBS no município de Ouro Preto, Minas Gerais, ao

que diz respeito sobre a inserção e atuação destes profissionais, a pesquisa é caracterizada como qualitativa, empírica e exploratória.

Conforme Minayo et al. (2004), a abordagem qualitativa está ligada com as ocorrências peculiares, enfatiza a realidade, não se preocupando com o que pode ser quantitativo. Esta abordagem prioriza crenças, atitudes e valores, ou seja, busca pela identificação profunda das relações dos métodos e dos fenômenos que não podem ser minimizados à instrumentalização de variáveis.

Já a abordagem qualitativa tende por meio de dados empíricos, “conhecer, explorar e descrever a complexidade e contradições dos fenômenos e relações interpessoais e sociais” (CARVALHO, 2012, p.39) objetivando à ligação entre o pesquisador e o objeto de estudo que, quando analisado sob outra linha de estudo não atinge “facticidade, proximidade concreta, visibilidade” (DEMO, 2012, p 92).

Sobre o caráter exploratório, Gil (2012) frisa que a pesquisa exploratória possui como objetivo possibilitar maior familiaridade com o problema exposto. A pesquisa, ao focalizar na familiaridade, objetiva torná-lo mais explícito ou a simplificar o levantamento de hipóteses.

Para o desenvolvimento desta pesquisa, foi determinado os seguintes procedimentos: determinar o estudo quanto ao seu ponto de vista bibliográfico, assim como a pesquisa documental por meio de documentos disponíveis publicamente e em seguida, o instrumental para a coleta de dados que foi gerado por meio de dois formulários com um roteiro não estruturado, sendo um respondido as quanto assistentes sociais que trabalharam no NASF e outro respondido pela Diretora de Atenção Primária na cidade de Ouro Preto, entre 2006 e 2012.

Segundo Gil (2012), o roteiro é uma parte de investigação constituída por um número de questões escritas apresentadas aos indivíduos, tendo como objetivo dados de opiniões, interesses, situações, vivências, expectativas, entre outros. Estes questionários foram enviados para os e-mails das assistentes sociais, respondidos e devolvidos por e-mail para o pesquisador, no mês de dezembro de 2017.

Pode-se observar que os indivíduos entrevistados, ao responderem às questões deixaram expostas as suas opiniões sobre a atuação dentro no NASF.

Para a análise dos dados coletados, baseou-se por meio da análise de conteúdo que é bastante utilizada para pesquisas qualitativas:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (BARDIN, 2011, p.47).

## 4.2 INSERÇÃO E ATUAÇÃO DAS ASSISTENTES SOCIAIS NO NASF DE OURO PRETO

Ouro Preto é uma cidade histórica de Minas Gerais que se localiza a 96km de Belo Horizonte, capital do Estado. De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, IBGE (2017), a cidade tem em torno de 74.659 mil habitantes na sede e em mais doze distritos: Glaura, São Bartolomeu, Rodrigo Silva, Sana Rita, Miguel Burnier, Engenheiro Corrêa, Santo Antônio do Leite, Amarantina, Lavras Novas, Cachoeira do Campo e Antônio Pereira.

Segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde, a cidade, na sua sede dispõe de 11 Unidades básicas de saúde nos bairros: ( Morro Santana, Morro São Sebastião, Antônio Dias, Santa Cruz, Padre Faria, Bauxita, Pocinho, Piedade, Saramenha, Vila Aparecida e São Cristóvão), 14 Unidades Básicas de Saúde nos distritos ( Cachoeira do Campo - 2 unidades) , Miguel Burnier, Santo Antônio do Leite, Engenheiro Correia, Amarantina, São Bartolomeu, Glaura, Rodrigo Silva, Santo Antônio do Salto, Lavras Novas, Santa Rita (2 unidades), Antônio Pereira, e 2 Unidades Básicas em Subdistritos ( Serra do Siqueira e Bocaína).

Ao todo, são 26 Unidades básicas de saúde que abrangem a população ouro-pretana. Essas 26 UBS foram divididas para as 4 Assistentes Sociais do NASF atuarem nas equipes de saúde do município. Em média, cada profissional atuava em 6 ou 7 postos de saúde, entre distritos e sede. Duas delas atuavam nos distritos e outras duas atuavam na sede.

As Assistentes Sociais cumpriram carga horária de 20 horas semanais e foram admitidas por um processo seletivo, onde aqui se evidencia a precarização da inserção das profissionais na cidade de Ouro Preto, que ocorreu no ano de 2012. No caso, foram contratadas e exerceram as suas atividades até 2017, ano que se encerrou os 5 anos de contrato do processo.

As quatro Assistentes Sociais integraram o Núcleo de Apoio de Saúde da Família de 2012 a 2017. Já a Diretora, esteve à frente da Diretoria de 2006 até 2012 e participou do projeto de implantação do NASF. Abaixo, a senhora ex-diretora da Atenção Primária relata:

Em 01/12/2010 foi assinado o Projeto de Implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF – almejada diante do pressuposto de que a atenção multiprofissional, ao invés da atenção uniprofissional, centrada no médico, é capaz de produzir interações produtivas entre a equipe de saúde e as pessoas usuárias. Sendo este projeto enviado para aprovação e credenciamento a Secretária Regional de Saúde e posteriormente a Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Minas Gerais. Em fevereiro de 2012, através do Processo Seletivo Simplificado 002/2012 iniciou-se o decurso para contratação dos novos profissionais que atuariam em parceria com os profissionais das Equipes de Saúde da Família – ESF, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidades das ESF. Em maio de 2012, após

contratação, foram inseridos ao serviço municipal no NASF: 4 assistentes sociais, 2 farmacêuticos, 4 fisioterapeutas, 2 profissionais de educação física, 2 psicólogos e 4 terapeutas ocupacionais. Estes estão subdivididos em 2 equipes NASF, para cobrir as áreas da sede e dos distritos do município (DAB).

Explorando essa questão do início da inserção do NASF nos postos de saúde, questionei as Assistentes Sociais sobre as concepções que o NASF traria para as equipes de saúde. As profissionais destacaram alguns pontos como enxergar o paciente em sua totalidade, observando a sua vida de forma ampla, considerando o ambiente onde vive, a sua situação financeira, as suas relações sociais, e familiares, já que o bem-estar físico, mental e social influem diretamente na saúde do indivíduo.

A complexidade que foi a inserção de todo o NASF nos postos de saúde, onde foi um processo difícil para a gestão, e para as equipes. Pois, os Postos de Saúde em Ouro Preto, em sua maioria, são alojadas em casas, estruturas físicas limitadas, cômodos apertados, ou seja, estruturas físicas incapazes de comportar as equipes dos PSFs, ainda mais com a inserção de novos profissionais oriundos do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (AS1).

Sobre a operacionalização do Núcleo, foi destacado ainda que: “os recursos para pagamento dos profissionais do NASF eram oriundos do repasse mensal do Fundo Nacional de Saúde ao município, sendo repassado para cada equipe o incentivo de custeio mensal de R\$20.000,00 na época” (DAB). O repasse, segundo ela, não eram suficientes para pagamento do salário de todos os profissionais e o município de Ouro Preto custeava o restante.

A inserção do NASF nos postos permitiu maior integralidade do cuidado aos usuários do SUS, especificadamente com ampliação da clínica, auxiliando na elevação da capacidade de análise e intervenção sobre problemas e necessidades de saúde nas questões clínicas, sanitárias e ambientais dentro dos territórios (DAB).

Para a Gestão Municipal de Saúde, o grande impacto do trabalho do NASF estava relacionado ao maior compartilhamento de saberes, à efetiva resolubilidade das questões nos territórios adscritos próximos à população. Houve também segundo a entrevistada, um menor número de encaminhamentos para outros serviços do município, com maior dissolubilidade dentro das UBS.

Sobre inserção e atuação das Assistentes Sociais no NASF, objeto de estudo deste trabalho, no questionário proposto, foi perguntado a sua visão como Gestora Municipal de Saúde, sobre o impacto do trabalho desses profissionais nas Unidades Básicas de Saúde para a Atenção Básica, e para as políticas de saúde do município:

As particularidades do Assistente Social do NASF, relacionam-se ao desenvolvimento e resolubilidade das questões de caráter social dentro das UBS, com discussão de caso e planejamento de ações comuns com as ESF, nos atendimentos individuais e nas visitas domiciliares, incremento das ações intersetoriais com articulações pertinentes às redes de saúde e de suporte social, em busca de fortalecimento da cidadania e autonomia, com a produção de estratégias que fomentem e fortaleçam as redes de suporte social junto à rede de assistência (DAB).

O Assistente Social dentro do NASF é um profissional que enxerga o usuário que procura as unidades de saúde, não apenas um sujeito que tem uma patologia, mas também, como um sujeito social que estabelece relações sociais, e que vive e sofre os impactos das desigualdades econômicas e sociais impostas pelo sistema econômico vigente (AS1).

As entrevistadas AS3 e AS4 fizeram apontamentos parecidos. O Assistente Social na Saúde, tem atribuições importantes, como realização de projetos, pesquisa e oferecer para a Equipe de saúde, através da sua presença profissional, um olhar específico no tocante aos aspectos e questões sociais dos pacientes que procuram os Serviços de saúde nas Unidades Básicas que procuram o atendimento da profissional do Serviço Social nessas UBS.

Essa percepção de análises sobre as contradições sociais, os aspectos econômicos, o debate sobre os conflitos sociais nas comunidades em que atuou, para as equipes, proporcionou importantes momentos de reflexões, nas reuniões mensais ou semestrais, que eu tinha com a equipe composta pelos médicos, enfermeiros, os Agentes Comunitários de Saúde, Técnicas de Enfermagem e recepcionistas. No momento das reuniões de equipe, eram discutidos casos demandados ou pelo médico da família, ou dos enfermeiros, mas em especial, destaca a profissional, várias demandas vinham através dos Agentes Comunitários, que por irem nas casas dos pacientes, e serem conhecidos da comunidade adscrita e delimitada pelas áreas de abrangência do PSF em questão, contribuía também para o conhecimento mais englobado dos usuários das UBS, que apresentavam além de queixas de cunho patológico, apresentavam questões relacionadas a conflitos sociais (AS3).

A Assistente Social (AS4) ressalta a importância do trabalho multidisciplinar do NASF, às equipes de Saúde da Família.

O pensar as ações em conjunto com os demais profissionais do próprio Núcleo, dinamizou os atendimentos, e deixou de sobrecarregar as equipes de saúde, sobre questões específicas dos profissionais que integravam o Núcleo, como questões psíquicas, motoras, e em especial, as questões sociais de cada paciente, e do seu meio social pertencente. (AS4)

Em concordância com a fala da Assistente Social (AS4), as Diretrizes do NASF que detêm dados sobre a atuação do Serviço Social, afirma que:

A inclusão do serviço social nos NASF, portanto, está em consonância com os princípios éticos e políticos da profissão e do projeto de reforma sanitária. Esse profissional é fundamental para o que prevê a Portaria nº 154, que regulamenta a criação dos NASF: As ações de serviço social deverão se situar como espaço de promoção da cidadania e de produção de estratégias que fomentem e fortaleçam redes de suporte social, propiciando maior integração entre serviços sociais e outros

equipamentos públicos e os serviços de saúde nos territórios adscritos, contribuindo para o desenvolvimento de ações intersetoriais que visem ao fortalecimento da cidadania (BRASIL, 2009).

Foi destacado ainda que a participação na realização de ações coletivas, preventivas e promocionais de saúde, junto aos grupos programáticos desenvolvidos pelas ESF, como por exemplo, prevenção de violência, abuso de álcool e outras drogas, bolsa família, eram grandes destaques do desempenho profissional das Assistentes Sociais.

As principais características da inserção dos assistentes sociais nos postos de saúde, relacionam-se ao impacto positivo ao conhecimento dos profissionais de saúde e dos usuários do SUS, sobre a garantia ao acesso e viabilização dos direitos dentro da lógica da saúde e da seguridade social (DAB).

Considerando a ligação das políticas públicas da saúde e o Serviço Social, “ter o profissional do Serviço Social atuando o mais próximo do paciente, torna as ações de saúde mais integral, com impacto geral na população e nos serviços de saúde do município” (DAB).

Também foi questionado sobre como levar para a equipe médica, composta de médico, enfermeiro, agentes comunitários de saúde, técnica de enfermagem, recepcionista, essa discussão peculiar do Serviço Social para a equipe. Nesse momento a Assistente Social (AS1) relata que esse momento de reflexão era uma situação complicada, visto que nem todos os profissionais aceitavam o profissional Assistente Social como parte importante no acompanhamento do paciente: “essa discussão era realizada de acordo com cada profissional, com a forma de trabalho e aceitação de cada um. Poderia ser feito de forma direta com o profissional ou em equipe, de acordo com “disponibilidade” de cada membro da equipe”.

Discutindo sobre as demandas que vivenciou:

A forma correta e mais adequada seria por parte da equipe PSF, através de reuniões mensais de equipe. Porém chegava de várias outras formas. A principal fonte de encaminhamento de demandas ocorria através dos Agentes Comunitários, que faziam as visitas domiciliares, e repassam os casos para a profissional em questão (AS1).

Sobre as particularidades das demandas que vivenciou, a Assistente Social (AS1) destacou que as características das localidades nas quais realizava atendimento eram muito variadas de acordo com cada área, porém duas demandas comuns chamavam a sua atenção: “o consumo de álcool e drogas como maior causador da “desestruturação” familiar e a falta de cuidado dispensada aos idosos, bem como abandono por parte da família”.

A Assistente Social (AS1) pontuou suas reflexões sobre assuntos peculiares do Serviço Social no NASF em Ouro Preto. Primeiro: “ainda percebo dentro das UBS e de pacientes, que

visualizam o Assistente Social como a figura que distribui cesta básica, concede Bolsa Família, mas que em contrapartida, corta benefícios e retira crianças das suas famílias”.

Entretanto, na coordenação dos métodos de trabalho em Saúde da Família e incluído nos propósitos sugeridos para o setor de Serviço Social, nas Diretrizes do NASF, ressalta-se como uma das atividades do Assistente Social no NASF, a dedicação com o controle social como tratamento coletivo relacionado à:

[...] articulação de um conjunto de ações junto aos movimentos sociais, na perspectiva da socialização da informação, mobilização e organização popular. Abrange, assim, a intervenção profissional nos espaços democráticos de participação e controle social, na mobilização e assessoria visando contribuir no processo de democratização na política de saúde (BRASIL, 2009).

Foi destacado também sobre o trabalho em rede do município, no qual ela considerou como bom. Apesar dos contratempos que aconteciam em grande parte por questões ligadas à falta de insumos, questões administrativas e por uma característica singular, a grande extensão territorial do município, que tornam difíceis o atendimento rápido e eficaz.

Em uma reflexão sobre os anos de trabalho frente ao NASF, a Assistente Social (AS1) relata contundentemente que:

O trabalho do Assistente Social ainda não é reconhecido como parte importante para a área da saúde, como forma de agregar conhecimento para a equipe e tornar eficaz os atendimentos. A visão é que o Assistente Social pertence somente à Assistência Social, onde sua figura é a mais importante (AS1).

As quatro Assistentes Sociais que integraram o NASF de 2012 a 2017, em comum, explanam sobre a importância do trabalho multidisciplinar, ou seja, o diálogo com os demais profissionais do Núcleo como fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e psicólogos, pois proporciona segundo a Assistente Social (AS4), um apoio matricial importante para as equipes de Saúde da Família.

O apoio matricial proporcionou dentro do NASF, e nas equipes de saúde, momentos de compartilhamentos de saberes entre os profissionais, que em conjunto, cada um em sua área específica, contribuía para incrementação de práticas e soluções que visariam uma resolutividade de maneira totalizadora e integrada as queixas que os usuários das UBS traziam para a discussão de toda a equipe (AS4).

A Assistente Social (AS2) pontuou algumas considerações para um melhor atendimento aos usuários que procuram as unidades de saúde necessitando de atendimento deste

profissional. Ela mencionou sobre PTS -Projeto Terapêutico Singular, Estudo de Casos do Paciente e o PST – Projeto de Saúde no Território (grupos operativos).

Foi destacado ainda por ela (AS2) pontos importantes como o processo de Territorialização e Matriciamento, princípios norteadores do NASF. Para a profissional, conhecer o território adscrito, é o primeiro passo para elaboração de ações conjuntas do Assistente Social com as equipes de saúde em questão.

Sobre o Matriciamento, a profissional de Serviço Social afirma que:

Esse princípio configura-se como conjunto de ações realizadas compartilhadas para uma intervenção interdisciplinar com troca de saberes, entre os profissionais envolvidos, visando ampliar o olhar sobre determinada situação/caso, e assim dar melhor direcionamento às ações. O matriciamento é fundamental no processo de trabalho do NASF (AS2).

Sobre a percepção das equipes em que atuou, sobre a sua atividade profissional, a Assistente Social (AS3) percebeu momentos distintos: “existiam equipes acolhedoras, e que entendiam a inserção do Serviço Social no NASF. Já com as outras equipes, a relação era cheia de obstáculos, desde a agendamento de reuniões”. A AS1, destacou como fator complicador, onde alguns profissionais, acolhiam a sugestão final do médico da família, sobre casos relacionados a intervenção prática teórico-metodológica da Assistente Social em questão.

A profissional afirma que em várias situações, o matriciamento, ou seja, as ações conjuntas do NASF junto às equipes, proporcionaram resultados positivos e resolutivos para o ou os pacientes em questão.

O Matriciamento é a chave do NASF, mas em algumas vezes, esse processo não era documentado, devido o número de demandas absurdas que cada Assistente Social tinha nos seus respectivos postos de atuação. Além do alto número de demandas, a carga horária era apenas de 20 horas semanais, e as Assistentes Sociais atuavam apenas 4 horas semanais em cada posto de saúde (AS4).

Nesse contexto, a falta de tempo apresentada pelas profissionais, é um impeditivo para o Serviço Social no NASF de Ouro Preto, evidenciando a precarização do trabalho, e a dificuldade de ambas as Assistentes Sociais, de desenvolverem um trabalho a médio a longo prazo, dificultando um aprofundamento nas discussões de caso, com as equipes das UBS, e com os demais profissionais do Núcleo de Apoio a Saúde da Família.

Sobre a Mediação, ela reforça o fortalecimento e aproximação da Rede de serviços públicos do município com os usuários dos postos de saúde.

A grande maioria das pessoas, desconhece os outros serviços, e outros direitos aos quais tem direito. Nessa busca do papel informativo e educacional do Assistente Social na Saúde e em especial no NASF, saliento a Mediação como fator preponderante, como objetivo central, a tentativa de resolução das demandas dos pacientes (AS4).

Sobre a “Territorialização”, é muito importante para o Assistente Social conhecer o território de sua atuação profissional. A territorialização facilita diagnóstico mais específico das circunstâncias de saúde da população e também o mecanismo de um planejamento regional de saúde (BRASIL, 2010).

As delimitações das áreas de abrangência dos PSFs, o conhecimento da população que utilizam os serviços do SUS nas localidades, favorecem uma melhor compreensão dos contextos sociais ali inseridos, dos sujeitos sociais, e das suas interações sociais, para a tentativa de um melhor conhecimento e melhor planejamento de ações informativas, educativas, e de redirecionamento das demandas dos usuários das UBS (AS4).

A Assistente Social (AS4) afirma, que no período de 5 anos de trabalho, a sua atuação, e das suas colegas entrevistadas (AS1, AS2 e AS3) foi no propósito de levar conhecimento dos Direitos aos usuários, e sensibilizar as equipes de saúde sobre os aspectos sociais, familiares, os contextos sócios históricos da região, os aspectos econômicos, interferem no bem-estar social dos usuários que utilizavam as UBS.

Sobre as impressões finais, a inserção do Serviço Social nos PSFs, a Diretora destacou que as principais características da inserção dos assistentes sociais nos postos de saúde, estava relacionada ao impacto positivo do conhecimento dos profissionais de saúde e aos usuários do SUS, sobre a garantia ao acesso e viabilização dos direitos da lógica da saúde e da seguridade social (DAB).

Considerando a ligação das políticas públicas da saúde e do serviço social, a Diretora salientou que ter o profissional do Serviço Social atuando o mais próximo do paciente, tornou as ações de saúde mais integral, com impacto geral na população e nos serviços de saúde do município (DAB).

Ao longo do questionário, a Assistente Social (AS1) relatou dificuldades de infraestrutura, de falta de materiais, falta até de sala própria para desenvolver seus atendimentos dentro das unidades de saúde. Muitos postos do município são alojados em casas, não em prédios ou estruturas adequadas para receber as equipes de saúde da família, e mais a equipe do NASF

A Assistente Social (AS2) também frisou as dificuldades das condições de inserção dos Assistentes Sociais nos postos de saúde:

A falta de materiais básicos, espaço físico apropriado para realizar atendimentos, são pontos críticos para uma efetiva atuação profissional. E sobre as demandas enfrentadas, destaco que nas áreas em que atuou, vivenciou muitas situações como desemprego, pobreza, alcoolismo, drogas e violência contra mulher.

Já a Assistente Social (AS3) frisou outras dificuldades, no tocante aos locais de trabalho em que esteve presente. Em inúmeras ocasiões:

A “disputa” por salas de consultório com outros profissionais para atender, era recorrente. Dificilmente tinham um espaço físico próprio dentro dos postos de saúde para um atendimento sigiloso ao usuário, ou para planejar ações junto a equipe. [...] já aconteceu caso de ter que ceder a sala, para o atendimento do médico, que acabara de chegar na unidade (AS3).

Sobre as dificuldades, a Assistente Social (AS4) relatou que em alguns momentos:

A rede sócio assistencial do município deixou a desejar, em questão de apoio às suas ações desenvolvidas do seu trabalho junto às equipes de saúde. Havia um “distanciamento” “afastamento” e “isolamentos” de alguns setores, com as suas solicitações, que por vezes, ficavam pendentes.

Por fim, a Assistente Social (AS2) destaca a importância do trabalho multidisciplinar, ressaltando a sua importância, e afirmando que a sua inserção dentro das equipes de saúde da família, foi algo que acrescentou positivamente para o seu desenvolvimento profissional.

A Assistente Social (AS3) explana sobre a sua percepção de autonomia profissional, relata que a imagem profissional do modo geral entre as equipes, em sua maioria é compreendida, mas pela sociedade, a entrevistada conta que “ainda é comum as pessoas a indagarem sobre Bolsa Família e Cestas Básicas”. Na sua percepção, em muitos atendimentos: “percebo que os usuários do SUS, desconhecem seus direitos, e outras instâncias da rede sócio assistencial no município, como os Centros de Referência de Assistência Social- CRAS, Centro de Referência de Assistência Social- CREAS, os setores de moradia, dentre outros”.

Destaca-se que a sua intervenção em muitos momentos, foi algo positivo, devido a informações que prestou nos atendimentos. A frequente interlocução com a rede e instâncias do município (CRAS, CREAS, Ministério Público, Fórum, Secretaria de Desenvolvimento Social Habitação e Cidadania, Secretaria de Saúde, Secretaria de Educação, Instituto Nacional do Seguro Social – INSS) possibilitou segundo ela, frequentes encaminhamentos, possibilitando, a tentativa de uma melhor resolutividade às queixas que lhe eram demandadas

em seus atendimentos, tanto dentro das UBS, quanto nas visitas domiciliares, sendo essas, acompanhadas pelo Agente Comunitário de Saúde (AS3).

Sobre a sua inserção dentro do NASF em Ouro Preto:

Foi um momento de aprendizado, onde se faz necessário a presença do Serviço Social na Saúde. O Assistente Social tem o conhecimento do real, e compreende a crítica da totalidade, de percepção da lógica do sistema capitalista, que gera na sociedade, desigualdades sociais, desempregos, violência e criminalização da pobreza (AS3).

Mas em contrapartida, ela alerta sobre “sinais evidentes de privilégio e maior reconhecimento tanto da gestão de saúde do município, como das equipes de saúde e dos usuários, ao trabalho dos médicos e enfermeiros”. Relata ainda “que houve momentos em que por trabalhar apenas uma vez na semana em cada unidade, dava a impressão que o seu trabalho, era um apêndice, e que estava ali para “auxiliar” os médicos da família e aos enfermeiros” (AS3).

Na reflexão final sobre sua inserção no NASF, ela ressalta a questão da:

Soma do Serviço Social a equipe, como uma profissão agregadora, e afirma que o seu sentimento, é de dever cumprido. Atribui ao papel exclusivo do Serviço Social, ao abordar o indivíduo no atendimento, a não se referenciar apenas pela sua reabilitação física, mas também, pela sua reabilitação social (AS4).

Nesse sentido, Arouca (1987, p.36), reitera que a:

Saúde não é simplesmente não estar doente, é mais: é um bem estar social, é o direito ao trabalho, a um salário condigno; é o direito a ter água, à vestimenta, à educação, e até, a informação sobre como se pode dominar o 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 todo tempo submetido ao medo da violência, tanto daquela violência resultante da miséria, que é o roubo, o ataque, como a violência de um governo contra o seu próprio povo, para que sejam mantidos os interesses que não sejam os do povo (AROUCA, 1987, p.36).

Portanto, fica evidente que o processo de implantação do NASF em Ouro Preto se deu de forma delicada pelas instalações dos PSF's, conforme mencionado pela AS1. Além disso, os repasses destinados ao município para pagamento destes profissionais eram insuficientes, o que acarretava atrasos no pagamento, já que este tinha que ser feito por parte da Prefeitura Municipal.

## **CAPÍTULO 5: CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Neste trabalho, foi ressaltado a importância da inserção do profissional de Serviço Social no NASF de Ouro Preto. A introdução de um sistema de saúde extensivo à população de baixa renda, surgiu por meio da Reforma Sanitária e na Constituição Federal de 1988, garantindo o direito de serviços essenciais de saúde assegurados pelo governo. Com o crescimento deste sistema, ocasionou na carência da instituição de outros programas capazes de funcionar de maneira eficiente.

As atividades do profissional de Serviço Social, não englobam apenas as ações socioassistencial e emergencial, nesse caso, trabalham para auxiliar os indivíduos que não possuem algum tipo de acesso dos direitos sociais, procurando soluções para os problemas direcionados à educação, trabalho, moradia, saúde, dentre outros fatores, assim como está capacitado para trabalhar nas políticas sociais, públicas ou privadas, resguardando seus princípios.

A saúde tem como figura importante o médico. Porém, tanto para o médico como para o Assistente Social, o principal deveria ser o indivíduo e a atenção destinada a ele. Por se tratar de um programa novo, o NASF ainda passa por dificuldades de ter os profissionais ali inseridos, que no ponto de vista da Diretora, a maior dificuldade de inserção é o Assistente Social.

O Serviço Social na saúde tem como objetivo levar compreensão no atendimento aos usuários que carecem de atendimento nos PSFs. O trabalho das Assistentes Sociais na saúde é de suma importância para levar as discussões de relações sociais e questões sociais para as equipes de saúde da família.

Com base nos dois formulários elaborados, foi possível compreender que o papel das Assistentes Sociais no NASF dos PSFs de Ouro Preto foi positivo, pois os atendimentos passaram a ser discutidos entre os profissionais das Unidades Básicas de Saúde. Os pacientes foram atendidos conforme a sua necessidade e os Assistentes Sociais, realizaram o acompanhamento individual e familiar de cada caso juntamente com toda a equipe.

Porém, não se pode deixar de refletir sobre os pontos negativos aqui relatados. A questão da infraestrutura de um PSF é extremamente importante para o seu pleno funcionamento. Apesar da gestora municipal relatar pontos positivos sobre a inserção das Assistentes Sociais no município, a partir do relato das quatro profissionais Assistentes Sociais, que a contrapartida da prefeitura, em muitos momentos, ocorreu de maneira falha.

A falta de uma infraestrutura adequada dos postos de saúde é algo recorrente a quase todas as unidades de Ouro Preto, pois na maioria, os postos de saúde são alojados em casas, não em estruturas adequadas para oferecer serviços essenciais da Atenção Primária à Saúde. A falta de materiais, a limitação de espaço físico, a falta de consultórios para atendimentos, foram pontos em comum relatadas pelas quatro Assistentes Sociais entrevistadas.

Outro ponto em questão, e que deve ser destacado, é, que as profissionais tiveram que interromper as suas atividades após os 5 anos de contrato com a Prefeitura Municipal de Ouro Preto. Nesse contexto, vale salientar que a abertura do campo de trabalho dos Assistentes Sociais, ainda ocorre de forma precarizada, e com tempo definido, pois não foi de interesse da gestão municipal, fazer um concurso público, que garantiria a estabilidade e possibilidade das profissionais formularem propostas de intervenção a médio e longo prazo as famílias da cidade de Ouro Preto.

A saída das profissionais ocorreu em Julho de 2017, encerrando o ciclo de cinco anos de contrato de ambas com a Prefeitura Municipal de Ouro Preto. Desde então, os postos de saúde não contam mais com a presença do Serviço Social nos núcleos de Apoio. Conforme dito pelas Assistentes Sociais, houve por parte da Gestão Municipal a rescisão do contrato antes do seu encerramento, deixando a entender a falta de importância e interesse que a administração dá para os profissionais da área de Serviço Social, deixando as unidades de saúde sem cobertura e assistência destes profissionais.

Por fim, as Assistentes Sociais e a Diretora explanaram o quão importante foi o trabalho multidisciplinar dentro de um PSF, considerando que a troca de informações com os outros profissionais, constituiu um importante apoio matricial para as equipes da Saúde da Família;

Portanto, com o desenvolvimento deste trabalho, foi possível compreender detalhadamente como foi o processo da inserção e atuação dos Assistentes Sociais no NASF de Ouro Preto, e a sua real importância para o município de Ouro Preto nos cinco anos em que atuaram no município. De positivo fica que o Serviço Social nos postos de Saúde, contribuiu para uma melhor reflexão dos casos coletados para os demais profissionais das UBS.

De reflexão, fica o desafio da legitimação do Assistente Social frente as equipes de saúde, a gestão municipal e aos usuários, pois, pensar em saúde, é pensar no bem-estar social, premissas esses importantes para o fortalecimento da Atenção Primária e do SUS. Mas infelizmente, após o término do contrato das profissionais, o município não se sensibilizou, e no momento, não existe a figura do Assistente Social dentro das 26 UBS do município.

## REFERÊNCIAS

- ANJOS, K. F.; *et. al.* Perspectivas e desafios do núcleo de apoio à saúde da família quanto às práticas em saúde. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 672-680, out/dez 2013.
- AROUCA, A.S.S. **Saúde e democracia**. Anais 8ª Conferência Nacional de Saúde, 1986. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987.
- BARBOSA E. G.; *et. al.* Experiência da Fisioterapia no Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Governador Valadares, MG. **Fisioter Mov**. 2010 abr/jun; 23 (2): 323-30.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições, 70, 2011.
- BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. **Política social: fundamentos e história**. São Paulo: Cortez, 2006 (Biblioteca básica de serviço social; v. 2).
- BRASIL. **8º Conferência Nacional de Saúde**. Relatório Final. Brasília, 1986.
- BRASIL. Diário Oficial da União. **Lei nº 8080/90**. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília DF, 19 de setembro de 1990.
- BRASIL. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – SUS/NOB SUS 96 –** Brasília: Ministério da Saúde, 1996.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução N.º 218**, de 06 de março de 1997. Brasília, 1997.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica . Portaria nº 648 de 28 de março de 2006. Brasília, v. 143, n. 61, 2006a. Seção 1, p.71-76
- BRASIL. Ministério da Saúde . **Portaria nº 399/GM**, de 22 fevereiro de 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 23 fev 2006b. Seção 1, p.43-51.
- BRASIL. **Portaria GM/MS nº 154/08**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Brasília, DF, 24 de janeiro de 2008.
- BRASIL. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde**. CFESS. Brasília: 2009.
- BRASIL. **Caderno de Atenção Básica**. Diretrizes do NASF / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília, Ministério da Saúde, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde . **Portaria nº 2.488**, de 21 de outubro de 2011. Brasília, 2011.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil:** texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais nos 1/92 a 91/2016 e pelo Decreto Legislativo no 186/2008. – Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2016

BRAVO, M. I. S. **Saúde e serviço social no capitalismo:** fundamentos sócio-históricos. 1<sup>a</sup> ed. São Paulo: Cortez, 2013.

BRAVO, M. I. S.; MATOS, M.C. Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: Elementos para o Debate. In: MOTA, A. E. et al.(orgs). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional.** 4.ed. São Paulo: Cortez; Brasília: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009. p. 197-217.

BRAVO, M.I.S.; MATOS, M.C. Reforma Sanitária e Projeto Ético-Político do Serviço Social: elementos para o debate. In: BRAVO, M.I.S. et al. **Saúde e Serviço Social.** 2<sup>a</sup>. Ed. São Paulo: Cortez, 2006

BRAVO. M. I. S. **A política de saúde na década de 90:** projetos em disputa. Superando Desafios – Cadernos do Serviço Social do Hospital Universitário Pedro Ernesto. Rio de Janeiro: UERJ/HUPE, v.4,1999.

CAMPOS G. W. S., DOMITTI A. 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

CAMPOS, N. R. **O surgimento do NASF e a atuação do serviço social.** 2013. Disponível em:  
<http://www.cressmg.org.br/arquivos/simposio/O%20SURGIMENTO%20DO%20NASF%20E%20A%20ATUA%20C3%87%20C3%83O%20DO%20SERVI%20C3%87O%20SOCIAL.pdf>.  
 Acessado em: 20 dez 2017.

CARVALHO, A. I. de. **Conselhos de Saúde no Brasil:** participação cidadã e controle social. Rio de Janeiro: Fase, 1995.

CARVALHO, C. C. de. **As comissões locais de assistência social e a sociedade civil:** desafios no controle social da política municipal de assistência social de Belo Horizonte. Belo Horizonte: UNA, 2012.

COSTA, Maria Dalva Horácio da. O Trabalho nos Serviços de Saúde e a Inserção dos (as) Assistentes Sociais. In: MOTA, Ana Elizabete *et al* (orgs.). **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional.** São Paulo: Cortez, 2006. p. 1 - 50.

DALPIAZ, A. K. STEDILE, N. L. R. Estratégia Saúde da Família: reflexão sobre algumas de suas premissas. In: V Jornada Internacional de Políticas Públicas, 2011, São Luís (Maranhão). **V Jornada Internacional de Políticas Públicas:** Estado, Desenvolvimento e Crise do Capital. São Luís: Universidade Federal do Maranhão, 2011.

DEMO, P. **Pesquisa e construção de conhecimento:** metodologia científica no caminho de Habermas. 7 ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2012.

FALEIROS, V. P. et al. **A construção do SUS: histórias da reforma sanitária e do processo participativo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

FARIA, G. G. **Considerações sobre o Trabalho do Assistente Social no Núcleo de Apoio a Saúde da Família - NASF**. VII JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS, 2015.

FIGUEIREDO, E. N. de. **Estratégia Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família: diretrizes e fundamentos**. Módulo Político Gestor. Disponível em: [http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca\\_virtual/esf/1/modulo\\_politico\\_gestor/Unidade\\_5.pd](http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_5.pd). Acessado em: 12 nov 2017.

FURTADO, C. **O Brasil Pós-milagre**. 4. Ed. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1981.

GIL, A. C. **Metodologia do ensino superior**. 4.ed. São Paulo: Atlas, 2012.

IAMAMOTO, M. V. **O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 17.ed. São Paulo, Cortez, 2009.

MEDEIROS, L. **O Serviço Social no NASF: demandas, respostas e desafios profissionais**. Trabalho de Conclusão de Curso. Departamento de Serviço Social. Universidade Federal de Santa, 2012.

LEVCOVITZ, E.; GARRIDO, N. G. Saúde da Família: procura de um modelo anunciado. **Cadernos Saúde da Família, Brasília**, v. 1, n. 1, p. 3-8, jan-jun 1996.

MALTA, D. C.; SANTOS, F. P. dos. O Programa de Saúde da Família (PSF) e os modelos de assistência à saúde no âmbito da reforma sanitária brasileira. **Rev. Med. Minas Gerais**, ano 4, v. 13, p. 251-9, 2003.

MÂNGIA, E. F.; LANCMAN, S. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: integralidade e trabalho em equipe multiprofissional. **Revista de Terapia Ocupacional da USP**. v. 19, n. 2, p. i, maio/ago. 2008.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.

MINAYO, M. C. de S. et al. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

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

NETTO, J. P.; CARVALHO, M. do C. B. **Cotidiano: conhecimento e crítica**. São Paulo: Ed. Cortez, 2012.

OPAS/OMS. **Seminário sobre Atenção Primária de Saúde**. Recomendações, Washington, 1978. 20 págs. (Mimeografado)

PAIM, J. S. Atenção Primária à Saúde: uma receita para todas as estações? **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v.36, n.94, p.343-347, jul./set. 2012.

PAIM, J. S. Por um planejamento das práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. 4 (2):243-24.

PAIM, J. S. **Saúde política e reforma sanitária**. Salvador: CEPS-ISC, 2002.

PRADO JÚNIOR, C. **Evolução política do Brasil**: Colônia e império. 21ª ed. São Paulo: Brasiliense, 1994.

ROSSI, P.; DWECK, E. Impactos do Novo Regime Fiscal na saúde e educação. **Caderno de Saúde Pública**, 2016; 32 (12).

VASCONCELOS, A. F. Qualidade de vida no trabalho: origem, evolução e perspectivas. **Cadernos de Pesquisas em Administração**, São Paulo, vol. 08, nº 1 jan/mar 2001.

VIANA, A.L.D.; DAL POZ, M.R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis: R. Saúde Col.**, Rio de Janeiro, v. 15, supl., p. 225-264, 2005.

**APÊNDICE A****QUESTIONÁRIO E ENTREVISTA PARA AS ASSISTENTES SOCIAIS QUE ATUARAM  
NO NASF EM OURO PRETO**

Trabalho de Conclusão de Curso 2017-2

Curso de

Serviço Social – Universidade Federal de Ouro Preto

Discente: Wagner José dos Anjos Jerônimo Orientador: Rafael Mendes

Tema: Atuação dos Assistentes Sociais no Núcleo de Apoio a Saúde da Família

UBS de atuação: \_\_\_\_\_

Nome:

**I. Perfil Profissional:**

1.1 Idade: \_\_\_\_

1.2 Ano da formação Profissional. ano: \_\_\_\_\_

Instituição que se formou: \_\_\_\_\_

1.3 1º emprego como AS: ano \_\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_

Trabalha como Assistente Social a quanto tempo? \_\_\_\_\_ anos

1. Como foi a sua admissão para você trabalhar para a Secretaria Municipal de Saúde de Ouro Preto?

---

---

---

---

---

2. Você teve alguma experiência anterior em outro Núcleo de Apoio a Saúde da Família?

---

---

---

---

---

3. O Núcleo de Apoio a Saúde da Família foi criado no Brasil em 2008, como uma proposta de integração de novos profissionais, nas equipes de saúde da família. Dentre eles, está a figura do Assistente Social. Na sua visão, quais as particularidades e contribuições do Serviço Social dentro do trabalho multidisciplinar no NASF?

---

---

---

---

---

4. O NASF se caracteriza pelas abordagens clínico assistencial, ou seja, abordagem direta ao paciente, e técnico pedagógica, que se incide sobre toda a equipe de Saúde da Família. Em relação a essas questões, o que o Serviço Social contribui para o atendimento ao paciente que procura o posto de saúde. E para a equipe de saúde, quais as orientações da sua prática profissional são importantes para levar como reflexão pra toda a equipe do PSF?

---

---

---

---

---

5. A atenção primária a Saúde, é conhecida como a porta de entrada do SUS, com pressupostos na focalização no atendimento a uma coletividade, ou seja, as famílias. A questão da territorialização, e de conhecimento da população do seu público alvo, são questões chaves para você conhecer a sua demanda, e desenvolver o seu trabalho. Qual ou quais as maneiras que você utilizou para obter dados sobre as famílias que utilizam dos serviços oferecidos pelo Posto de Saúde?

---

---

---

---

---

6. O Assistente Social dentro do NASF, é um profissional que enxerga o usuário que procura as unidades de saúde, não apenas um sujeito que tem uma patologia, mas também, como um sujeito social que estabelece relações sociais, e que vive e sofre os impactos das desigualdades econômicas e sociais impostas pelo sistema econômico vigente. Como você faz pra levar essa discussão tão particular do Serviço Social, pros demais integrantes da equipe?

---

---

---

---

---

7. Como as demandas chegavam até você?

---

---

---

---

---

8. Quais as principais demandas que você vivenciou nos seus atendimentos? Na comunidade que você atuou, quais demandas te chamaram mais a sua atenção?

---

---

---

---

---

9. Como você desenvolveu os seus atendimentos? Foram atendimentos nos consultórios? Visitas domiciliares? Grupos com a comunidade local?

---

---

---

---

---

10. Acredito eu que, ainda está no imaginário das pessoas que o Assistente Social é aquela pessoa católica e boazinha, que faz caridade, e distribui cestas básicas. Em algum momento da sua atuação profissional dentro do NASF, pacientes ou membros da equipe comentaram algo desse tipo com você? Se sim, como lidou com essa situação?

---

---

---

---

---

11. O projeto ético político do Serviço Social de 1993, afirma contundentemente que é dever dos Assistentes Sociais lutar a favor da classe trabalhadora, defesa da cidadania e autonomia. Você como Assistente Social dentro do NASF, conseguiu realizar de maneira autônoma, os preceitos propostos do código de ética, na sua atuação profissional dentro dos postos de saúde?

---

---

---

---

---

12. O trabalho inter setorial, ou trabalho em rede, é de suma importância, para garantir que as demandas dos sujeitos sociais, sejam recebidas e acolhida de maneira que possibilitem uma resolutividade integral nesses casos específicos. Quais particularidades você destaca do trabalho em rede em Ouro Preto?

---

---

---

---

---

13. A mediação sempre estará presente na atuação do Serviço Social em qualquer setor profissional. Como foi para você Assistente Social, inserida no NASF, atender as demandas da população da localidade, e tentar resolvê-las, dentro da rede de saúde e socioassistencial do poder público municipal?

---

---

---

---

---

14. Qual a reflexão que você faz sobre sua atuação e inserção da sua profissão dentro do trabalho multidisciplinar do Núcleo de Apoio a Saúde da família.

---

---

---

---

---

15. Qual a reflexão que você faz sobre a sua intervenção profissional frente as demandas dos seus atendimentos que lhe foi apresentada no período em que atuou no NASF?

---

---

---

---

---

**APÊNDICE B****ENTREVISTA A GESTORA MUNICIPAL QUE TRABALHOU NA POLÍTICA DE SAÚDE  
DA CIDADE DE OURO PRETO**

Trabalho de Conclusão de Curso 2017-2

Curso de Serviço Social – Universidade Federal de Ouro Preto

Discente: Wagner José dos Anjos Jerônimo Orientador: Rafael Mendes

Tema: Atuação dos Assistentes Sociais no Núcleo de Apoio a Saúde da Família

Nome:

Idade:

Profissão:

Qual cargo ocupou na Secretaria Municipal de Ouro Preto:

Ano de atuação:

1- Quais as atividades o senhor (a) desenvolvia por essa secretaria?

---

---

---

---

---

2- O senhor (a) tinha conhecimento de como eram as políticas de saúde antes da sua gestão, ou anos ainda mais anteriores? O que o senhor (a) poderia destacar nesses períodos?

---

---

---

---

---

3- O que o senhor (a) pode destacar sobre as particularidades da saúde em Ouro Preto?

---

---

---

---

---

4- O maior recurso financeiro disponibilizado pela Prefeitura Municipal de Ouro Preto, assim como em todo Brasil, é na área da saúde. Na sua época como gestor (a), esses recursos eram suficientes para abranger toda a estrutura do SUS?

---

---

---

---

---

5- Os PSFs são a porta de entrada do SUS. Na sua opinião, os postos de saúde na sua época e atualmente, tem a estrutura necessária para receber os pacientes e as equipes de saúde da família?

---

---

---

---

---

6- Hoje, as Unidades Básicas de Saúde contam com diversos profissionais, e em especial, na sua gestão, tivemos a inserção de novos profissionais nos postos, que foi o Núcleo de Apoio a Saúde da Família- NASF. O senhor (a) teve conhecimento disso? Participou da implantação desse Núcleo de Apoio, em 2012?

---

---

---

---

---

---

---

7- Os recursos para o pagamento dos profissionais do NASF, são oriundos de onde? Existiam recursos suficientes para ampara-los dentro dos postos de saúde?

---

---

---

---

---

---

---

---

8- Na sua opinião, quais as principais particularidades que você percebeu enquanto gestor, com a inserção do NASF nos postos? O que o NASF impactou para a gestão municipal de saúde?

---

---

---

---

---

9- O NASF conta com vários profissionais, dentre eles, fisioterapeutas, psicólogos, terapeutas, e em especial, temos os Assistentes Sociais, que também integraram esse núcleo de apoio. Na sua opinião, quais as particularidades desses profissionais dentro das UBS e do NASF?

---

---

---

---

---

---

---

---

10- Na sua gestão, existiam propostas ou metas para a dinamização do trabalho dos Assistentes Sociais nas UBS? Como era a relação da gestão municipal da saúde, com esses profissionais?

---

---

---

---

---

11- A gestão municipal de saúde da época, tinha conhecimento das demandas coletadas pelos Assistentes Sociais dentro das Unidades Básicas de Saúde?

---

---

---

---

---

12- As demandas dos Assistentes Sociais, e as práticas de intervenção desses profissionais, ajudaram de alguma forma, a gestão municipal criar medidas de estratégias para um melhor atendimento e maior resolutividade das demandas desses usuários do SUS?

---

---

---

---

---

13- Na sua opinião, quais as principais particularidades que você percebeu enquanto gestor, com a inserção dos Assistentes Sociais nos postos? O que o Serviço Social no NASF, impactou para a gestão municipal de saúde, e para os seus pacientes do SUS?

---

---

---

