



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SOCIOECONÔMICO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

SCHAIANNY LIMA RIOS

**CONDIÇÕES DE TRABALHO DAS ASSISTENTES SOCIAIS NOS NÚCLEOS
AMPLIADOS DE SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF) DOS MUNICÍPIOS DA REGIÃO
METROPOLITANA DE FLORIANÓPOLIS**

Florianópolis
2020

SCHAIANNY LIMA RIOS

**CONDIÇÕES DE TRABALHO DAS ASSISTENTES SOCIAIS NOS NÚCLEOS
AMPLIADOS DE SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF) DOS MUNICÍPIOS DA REGIÃO
METROPOLITANA DE FLORIANÓPOLIS**

Dissertação, submetida ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina, para a obtenção do título mestra em Serviço Social.

Orientadora: Prof^a. Keli Regina Dal Prá, Dra.

Florianópolis

2020

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, por meio do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Rios, Schaianny Lima

CONDIÇÕES DE TRABALHO DAS ASSISTENTES SOCIAIS NOS NÚCLEOS
AMPLIADOS DE SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF) DOS MUNICÍPIOS DA
REGIÃO METROPOLITANA DE FLORIANÓPOLIS / Schaianny Lima Rios;
orientadora, Keli Regina Dal Prá, 2020.
122 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro Socioeconômico, Programa de Pós-Graduação em Serviço
Social, Florianópolis, 2020.

Inclui referências.

1. Serviço Social. 2. Condições de Trabalho. 3. Assistente
Social. 4. NASF. 5. Atenção Primária em Saúde.
I. Dal Prá, Keli Regina. II. Universidade Federal de Santa Cata-
rina. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social.
III. Título.

SCHAIANNY LIMA RIOS

**CONDIÇÕES DE TRABALHO DAS ASSISTENTES SOCIAIS NOS NÚCLEOS
AMPLIADOS DE SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF) DOS MUNICÍPIOS DA REGIÃO
METROPOLITANA DE FLORIANÓPOLIS**

O presente trabalho em nível de mestrado foi avaliado e aprovado por banca
examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof^a. Keli Regina Dal Prá, Dr^a.
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof^a. Maria Teresa dos Santos, Dr^a.
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof^a. Michelly Laurita Wiese, Dr^a.
Universidade Federal de Santa Catarina

Certificamos que esta é a **versão original e final** do trabalho de
conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de mestra em
Serviço Social.

Prof^a. Beatriz Augusto de Paiva, Dr^a
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social

Prof^a. Prof^a Keli Regina Dal Prá, Dr^a.
Orientadora

Florianópolis, 2020.

Este trabalho é dedicado à toda classe trabalhadora.

AGRADECIMENTOS

Os fechamentos dos ciclos tendem a ser nostálgicos, ao menos para mim, no retorno às minhas memórias, eles traduzem esse tom melancólico. Pode ser que esse espaço em que nos permite agradecer, ficará um tanto quanto extenso, pois não há como ter grandes momentos, grandes conquistas, sem ter pessoas incríveis e inesquecíveis ao nosso lado. Ninguém constrói nada sozinho.

Agradeço primeiramente, e não há como ser diferente, aos meus pais, que tanto me ensinam sobre a vida, sobre o poder de nossas decisões, sobre nossas responsabilidades diante do mundo. Me ensinaram sobre justiça e sobre verdade, sobre amor, e sobre o amor próprio, e a liberdade, uma das poucas que possamos ter, em buscar o que realmente acreditamos. Obrigada por sempre nos apoiarem em todas as nossas decisões.

Agradeço ao meu vizinho, que é homem a qual me inspiro e vou sempre me inspirar a vida inteira. Homem de luta, trabalhador e que me cuidou com tanto zelo e amor. Homem de história, carinho e afeto. Homem que está completando quase um século de vida e que será pra sempre, minha memória mais doce de minha infância.

Agradeço ao meu companheiro de vida, meu pra sempre amor. São dezoito anos na construção filosófica sobre nosso amor, as relações, sobre a vida, a história. Agradeço pela forma ímpar que nos tornamos seres companheiros um do outro, na busca por eternizar momentos e sentimentos tão caros pra gente. A cumplicidade e admiração que habita em mim, me faz ter uma vida calma, pois teu amor é sereno. Nosso amor cuida. E não poderia deixar de agradecer a tutela que fosse pra mim nesses últimos meses para que esse trabalho se concretizasse. Pensas que não reparei no teu olhar cuidadoso dizendo: fica tranquila que estou aqui. Te amo amor da minha vida.

À minha pequena princesa revolucionária em minha vida, que me acolhe todos os dias com seus olhos de jabuticaba. E acompanhou comigo essa jornada de conclusão. Filha, o dia que você puder ler esses agradecimentos, saiba que mamãe, sentiu por não estar com você em muitos momentos para a construção desse trabalho. Senti sua angústia quando você me perguntava se já havia acabado ou que ia falar com minha professora e pedir mais uns dias. Mas, eu sabia que estava sendo exemplo, pois você é apaixonada por conhecimento. E no fundo, eu sei que você estava vibrando com essa conquista. Como eu amo você, razão da minha vida.

Aos meus irmãos, que nos últimos dois meses foram calma para a realização desse trabalho. Vibravam em cada página escrita e torceram para o fechamento desse ciclo. Vocês são meus amores e minhas inspirações. Ter vocês é ter alguém para sempre partilhar a vida de uma forma mais doce. Ter vocês é ter refúgio sincero.

Aos meus familiares, sem citar nomes porque somos uma grande família (risos), cada um na sua particularidade em ser carinho e afeto, em ser história e recordações, em que sentar e tomar uma xícara de café com uma boa conversa, tornam-se presentes inesquecíveis. Afinal, filosofar com vocês é uma das coisas que mais amo fazer.

Aos meus amigos no partilhar da vivência no mestrado. Foi muito mais que uma turma num processo de formação. Foi um desabrochar crítico sobre tantos aspectos da vida, amadurecimento e construção de afeto. Lembrar das manhãs geladas, no primeiro ano, em que nossos encontrados brindados com um café quentinho, torna-se tão mágico, pois será sempre, um momento lembrado e sentido com muito amor.

Dentre esses grandes amigos, o grupo dos Gifs e Revolução (Bruna, Nalá, Jonas, Renata, Juciara e Claudio, que guardam e concretizamos afeto, um dos maiores presentes que a vida pode nos dar, parafraseando William Shakespeare: “os amigos são a família que nos permitiram escolher”. Em especial, Claudio, esse escorpiano todo poderoso que nas últimas semanas me acompanhou com seu sotaque lindo: e aí mana como tá aí? pessoa incrível a qual tem minha tamanha admiração, obrigada por todo apoio!!!

À oportunidade de estudar em uma universidade pública, não me permite apenas me orgulhar e agradecer à sociedade por ainda termos ensino público, mas agradeço também aos amigos da UFSC que são presentes em minha vida. Aqueles que são porto de aconchego, confiança e conforto para as angústias e fragilidades da vida. Dani, amiga irmã, não há como explicar nem que eu me esforce, a força e intensidade da nossa relação e amizade. Obrigada por ser tão incrível, por ser tão amiga, e por todo o processo aroma terapêutico na busca pelo autoconhecimento.

Agradeço à todas as minhas amigas Patis (Pati Machado, Pati Caetano e Pati Schemes), cada uma na sua particularidade de amor, vibram comigo em cada conquista, cada loucura e cara recordação que teremos de nossa amizade. À minhas outras curicas, Lara e Jajá pelo poder de uma amizade contínua. Amizade

que a gente se olha genuinamente. Sério, eu sou imensamente grata à todas vocês minhas amigas queridas. Aos companheiros de minhas amigas, que nos tornamos grandes amigos pela celebração da vida, Peffo, Taybar, Marco e Paulo.

Agradeço à minha professora, orientadora e amiga. Me acompanha desde a graduação e esteve comigo em todos meus processos de construção de conhecimento nesses ciclos de formação. Obrigada pelo presente em ser sua orientanda por três vezes. Obrigada pela compreensão em todos esses momentos. E hoje partilhamos a maternidade, desafiadora, mas inexplicavelmente apaixonante.

Ao Núcleo de Pesquisa Interdisciplinar Sociedade, Família e Políticas Sociais (NISFAPS) pelos encontros, o compartilhar e a construção do conhecimento.

Agradeço à Universidade e a CAPS, pela possibilidade em ser bolsista, tendo a oportunidade em vivenciar com exclusividade o mundo acadêmico, dando condições para isso.

Agradeço as mulheres assistentes sociais incríveis pela disponibilidade em participar desta pesquisa e compartilhar seu cotidiano de trabalho. Estamos juntas na luta por condições de trabalho dignas e de valorização humana.

Por fim, agradeço à classe trabalhadora. Estamos juntos na luta por um mundo realmente justo e humano.

RESUMO

A presente dissertação teve como objetivo analisar as condições de trabalho das assistentes sociais que atuam na Atenção Primária em Saúde (APS), em especial no Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), nos municípios da região metropolitana de Florianópolis que contemplam nove cidades, sendo: Águas Mornas, Antônio Carlos, Biguaçu, Florianópolis, Palhoça, Santo Amaro da Imperatriz, São José, São Pedro de Alcântara e Governador Celso Ramos. As contrarreformas do Estado e a intensificação da exploração do sistema capitalista aceleram a fragilização e fragmentação da política social no país e, conseqüentemente a redução no rol dos direitos sociais conquistados historicamente pela luta da classe trabalhadora. Esses processos provocam e impactam diretamente nas condições de trabalho e nas formas de contratação das trabalhadoras. Particularmente, a política de saúde no Brasil, constitucionalmente considerada uma política universal, vem sofrendo com o desmonte e a precarização promovida, na atual conjuntura política, social e econômica do país, bem como pelas escolhas realizadas não só, mas principalmente pela atual gestão do governo federal que intensifica a redução de recursos financeiros e reformulações na forma de oferta dos serviços públicos que ampliam a restrição do acesso numa perspectiva privatizante da saúde pública no país. Isso acarreta rebatimentos para os trabalhadores que atuam nesta política, mas principalmente para toda classe trabalhadora. Para responder o objetivo proposto por esta pesquisa, elencamos como objetivos específicos: i) Identificar como a organização da APS no seu sentido estrutural e a dinâmica de trabalho, especificamente no NASF, implica nas condições de trabalho das assistentes sociais; ii) caracterizar o trabalho das assistentes sociais nos NASF da Região Metropolitana de Florianópolis; iii) analisar de que forma a concepção acerca das condições de trabalho bem como a própria condição desse trabalho, tensionam e implicam, respectivamente no cotidiano das assistentes sociais do NASF. O estudo foi desenvolvido na perspectiva qualitativa, a partir de pesquisa de campo, com a realização de entrevistas semiestruturadas com assistentes sociais que atuam nos NASFs da Região Metropolitana de Florianópolis. Os principais resultados indicam que o NASF não conseguiu ser implementado de acordo com o que foi previsto desde sua primeira portaria que o define em 2008. A intensa demanda nos municípios, filas de espera nas especialidades profissionais, quadro de profissionais insuficientes, impede aos profissionais se articularem e exercerem suas atribuições enquanto equipes NASF. Diante desta conjuntura, as mudanças na nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2017 imprimem ao NASF, diversas mudanças que indicam o fim desse serviço na APS. Recentemente notas técnicas e regulamentações desta política estão sendo divulgadas a fim de materializar o que foi previsto em 2017 com a nova PNAB.

Palavras-chave: Condições de Trabalho. Assistente Social. NASF. Atenção Primária em Saúde.

ABSTRACT

This research aimed to evaluate the work conditions of social workers from the Health Primary care programme (APS), in particular the Extended group in family health (NASF) from the Florianópolis metropolitan region. It comprised nine towns, including: Águas Mornas, Antônio Carlos, Biguaçu, Florianópolis, Palhoça, Santo Amaro da Imperatriz, São José, São Pedro de Alcântara and Governador Celso Ramos. The current state reforms and intensified capitalism exploration have weakened social policies in Brazil, decreasing social rights for the working people. These processes directly affect the work conditions and the employment conditions of the workers. In particular, the universal health care policies in Brazil are suffering with budget cuts and worsening of conditions due to the current political, social and economic environments. This is also reflected in the current government's budget policies and reforms which restrict access to public services. The imminent privatization of these services have consequences both for the social workers which are part of this service, and for the working class in general. This study aimed to: i) To identify how the structural organization and work dynamics of NASF impact on the work conditions of social workers; ii) To characterise the nature of the work of NASF social workers in the Florianópolis metropolitan region; and iii) To evaluate how the perception of work conditions and the work conditions themselves influence and cause tension on the daily lives of NASF social workers. This was a qualitative research project which relied on semi-structured interviews with NASF social workers from the Florianópolis metropolitan region. Results from these interviews show that the NASF has not been implemented as outlined in the 2008 normative. The intense demand from neighbouring towns, waiting lists for specialty care and lack of health professionals does not allow that NASF social workers fully deliver the programme as planned. The new changes in the National Policy of Primary care (PNAB) from 2017 indicate that the NASF may be threatened. Recently publicised technical notes and regulations are being made public to materialise what was aimed in 2017 for the new PNAB.

Keywords: Working conditions; Social services; NASF; Primary Health care.

Eu quase nada sei. Mas desconfio de muita coisa. (ROSA, 1982, p. 15).

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Municípios e quantidades de equipes e assistentes sociais NASF na Região Metropolitana de Florianópolis - 2017	22
Quadro 2 - Síntese comparativa dos princípios, diretrizes e conceitos centrais nas edições das PNAB 2011 e 2017:	48
Quadro 3 - Síntese comparativa dos aspectos organizativos e funcionais nas edições das PNAB 2011 e 2017:	49
Quadro 4 - Síntese comparativa dos aspectos de gestão e financiamento nas edições das PNAB 2011 e 2017:	51

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABRASCO	Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva
ACE	Agentes de Combate às Endemias
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APEC	Agência Federal de Prevenção e Controle de Doenças
APS	Atenção Primária em Saúde
BDTD	Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
Cebes	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CFESS	Conselho Federal de Serviço Socialista
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
ESF	Estratégia de Saúde da Família
eSF	Equipe de Saúde da Família
FEF	Fundo de Estabilização Fiscal
FHC	Fernando Henrique Cardoso
FMS	Fundo Municipal de Saúde
FNS	Fundação Nacional de Saúde
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
HU	Hospital Universitário
LOS	Lei Orgânica de Saúde
NASF	Núcleo Ampliado de Saúde da Família
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
NASFs	Núcleos Ampliado de Saúde da Família
NOB	Norma Operacional Básica
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAB	Piso de Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAIF	Proteção e Atendimento Integral à Família
PMDB	Partido do Movimento Democrático Brasileiro

PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
PT	Partido dos Trabalhadores
PUC-RS	Pontifícia Universidade Católica do Rio do Sul
RIMS	Residência Integrada Multiprofissional em Saúde
SBPC	Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SF	Saúde da Família
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade básica e Saúde
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 APRESENTAÇÃO E JUSTIFICATIVA DA PESQUISA	13
1.2 OBJETIVOS DA PESQUISA.....	18
1.3 O MÉTODO E O PERCURSO METODOLÓGICO	19
2 APONTAMENTOS INICIAIS ACERCA DO SUS.....	27
2.1 BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO DO SUS.....	28
2.3 ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE OU ATENÇÃO BÁSICA?	36
2.4 O NASF NO CENÁRIO DA POLÍTICA DE SAÚDE APÓS A CONSTITUINTE.40	
2.5 O DESMONTE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE E AS MUDANÇAS NA PNAB.....	44
3 CONDIÇÕES DE TRABALHO DAS ASSISTENTES SOCIAIS NO SUS	53
3.1 POLÍTICA SOCIAL E RELAÇÃO COM O SERVIÇO SOCIAL	58
3.2 CONDIÇÕES DE TRABALHO DAS ASSISTENTES SOCIAIS NOS NASF: OS RESULTADOS DA PESQUISA	64
3.2.1 Caracterização das profissionais	64
3.2.2 Condições de trabalho no NASF.....	69
3.2.3 NASF: o ideal e o real.....	81
3.2.4 Trabalho profissional: a velha contradição entre o assalariamento e a defesa do projeto ético político.	89
4 CONSIDERAÇÕES.....	96
REFERÊNCIAS.....	104
APÊNDICE A – Roteiro de entrevista.....	110
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	111
ANEXO A – Nota técnica n. 3/2020-DESF/SAPS/MS	112
ANEXO B – Portaria Nº 99, DE 7 DE FEVEREIRO DE 2020	113

1 INTRODUÇÃO

1.1 APRESENTAÇÃO E JUSTIFICATIVA DA PESQUISA

Ao dar início aos estudos sobre o tema das condições de trabalho das assistentes sociais¹ na política de saúde, particularmente na Atenção Primária em Saúde (APS), torna-se fundamental considerar que o avanço das políticas neoliberais na realidade brasileira, no âmbito do trabalho e do Estado, tem determinações sociais para a classe trabalhadora. Essa configuração tem exigido das assistentes sociais estudos sobre seu trabalho, bem como sobre as condições de trabalho nos diferentes espaços sócios ocupacionais.

A política social em particular a política de saúde, vem sofrendo nas últimas três décadas um verdadeiro desmonte dos direitos. Destaca-se o aumento das demandas da população por serviços de saúde, sequelas do processo de reestruturação do capital e degradação e expropriação da saúde e da vida. Ainda, a própria organização da política de saúde, com referência ao patrimônio público universal com ofensivas do ideário neoliberal ditados pelo Banco Mundial e por setores econômicos, ambos aliados ao governo sem uma agenda social com perspectiva democrática, ao contrário, com interesse desses organismos nacionais e internacionais em transformar os bens públicos em mercadoria (LOURENÇO, 2016).

As contrarreformas do Estado e a intensificação da exploração do sistema capitalista produzem o enfraquecimento das políticas sociais e a redução no rol dos direitos sociais da classe trabalhadora. Essas alterações provocam consequências nas condições de trabalho e nas formas de contratação dos trabalhadores. Assim, aumenta a força de trabalho excedente, a terceirização e a flexibilização, que implicará no trabalho da assistente social frente às expressões da “questão social” (ALENCAR; GRANEMANN, 2009).

¹ Compreende-se nesse estudo as alterações no Código de Ética do assistente social na Resolução CFESS n. 594 de 21 de janeiro de 2011 referente a Lei 8.662/1993. As correções formais desta Resolução correspondem a incorporação das novas regras ortográficas da língua portuguesa e sobre o reconhecimento da linguagem de gênero adotando em todo texto a forma masculina e feminina simultaneamente. Esta não expressa apenas uma mudança formal, mas um posicionamento político. Entretanto, no decorrer deste texto, mencionaremos “assistente social” em diversos momentos e, apenas com o objetivo da leitura não se tornar cansativa, é que iremos nos reportar apenas como “as assistentes sociais”, considerando que a categoria é majoritariamente formada por mulheres (BRASIL, 2011).

A área da saúde é um largo campo de atuação para as profissionais de Serviço Social. A APS constitui um dos espaços que conta cada vez mais com a intervenção das assistentes sociais. Esse espaço é permeado por múltiplas determinações sociais, econômicas e políticas, que se expressam na saúde dos usuários e exige dessas profissionais a compreensão de que saúde não é apenas ausência de doença, mas sobretudo, a garantia de acesso aos direitos sociais. A APS é um complexo conjunto de conhecimentos e procedimentos que demanda uma intervenção ampla em diversos aspectos para que se possa ter resolutividade sobre a qualidade de vida da população. Dentro do sistema de saúde é o primeiro contato do usuário, caracterizando-se pelo acompanhamento e integralidade da atenção (BRASIL, 2010).

Nesse cenário, estão as assistentes sociais inseridas nos mais diversos espaços de atuação profissional, imbricados por essa lógica perversa do capital que infere nas condições de trabalho da classe trabalhadora. A fim de evidenciar os impactos das ofensivas neoliberais no trabalho das assistentes sociais, o presente estudo tem como recorte de pesquisa o Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) da Região Metropolitana de Florianópolis, um serviço que compõe a APS, espaço de atuação do Serviço Social.

O Estado de Santa Catarina², conforme as Leis Complementares nº 475/2010, 523/2010 e 571/2012, é formado por 11 Regiões Metropolitanas sendo: elas: região metropolitana de Florianópolis, do Vale do Itajaí, do Alto Vale do Itajaí, do Norte/Nordeste Catarinense, de Lages, da Foz do Rio Itajaí, Carbonífera, de Tubarão, de Chapecó, do Extremo Oeste e do Contestado. A Região Metropolitana de Florianópolis foi redefinida por meio da Lei Complementar nº 636 de 9 de setembro de 2014, e compreende nove municípios a saber: Águas Mornas, Antônio Carlos, Biguaçu, Florianópolis, Palhoça, Santo Amaro da Imperatriz, São José, São Pedro de Alcântara e Governador Celso Ramos. (BRASIL, 2014).

Uma Região Metropolitana é constituída por uma área composta por agrupamentos de municípios que são limítrofes e são instituídos por lei estadual, conforme o que determina na Constituição Federal de 1988, no artigo 25, parágrafo 3º. Seu objetivo é integrar a organização desses municípios, o planejamento e a execução das funções públicas. Ainda, sua finalidade principal é identificar as

²Disponível em: <http://www.spg.sc.gov.br/acoes/18-regionais>.

unidades político-administrativas do Brasil localizadas em regiões metropolitanas, aglomerações urbanas e regiões integradas de desenvolvimento. Desta forma, essa identificação qualifica o tratamento específico em função de suas particularidades de planejamento e gestão.

As Regiões Integradas de Desenvolvimento, por sua vez, são definidas como regiões administrativas que abrangem diferentes unidades da federação. Esses recortes são criados por legislação específica, na qual as unidades da federação que as compõem são elencadas, além de definir a estrutura de funcionamento e os interesses das unidades político-administrativas participantes. No caso das RIDEs, a competência de criá-las é da União, com base nos artigos 21, inciso IX; 43 e 48, inciso IV, da Constituição Federal (IBGE, 2020).

Cabe acrescentar que região metropolitana da grande Florianópolis compreendem municípios com características diferentes, não só pelo quantitativo populacional, extensão territorial, bem com a dinâmica social e econômica. Aspectos esse que impactam, partir das mudanças que estabelece a nova PNAB, acerca da autonomia dos municípios e implicam no desenvolvimento de suas ações no âmbito da política de saúde.

Diante do que foi exposto até aqui, demarcamos o recorte temporal em que foi realizada esta pesquisa, compreendido entre os anos de 2017 a 2019. Relevante pontuar que foi sendo pensada e construída concomitantemente às mudanças na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) pela Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017, que estabelece a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica (AB). Uma das mudanças foi no próprio nome do NASF, antes Núcleo de Apoio à Saúde da Família, para no momento Núcleo Ampliado de Saúde da Família. No decorrer desse estudo vamos utilizar a nomenclatura Núcleo Ampliado, mesmo compreendendo o período de transição para apreensão dessas mudanças, tanto em documentos, referencial bibliográfico e ainda dos próprios profissionais do NASF.

Mais do que uma formalidade para cumprir os requisitos de conclusão de mestrado, essa dissertação se coloca sob as inquietações levantadas durante o processo de formação, como denúncia à sociedade e à classe trabalhadora diante do intenso processo de precarização das condições de trabalho, particularizado na realidade das assistentes sociais que atuam nos NASFs da Região Metropolitana de Florianópolis.

A motivação para o aprofundamento desse tema é fruto de estudos que iniciaram no Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) da graduação em Serviço Social, intitulado: “A intersetorialidade na política de saúde e os desafios para os assistentes sociais: um estudo a partir dos hospitais públicos de Florianópolis”, (2011). Neste estudo, entrevistou-se seis assistentes sociais que desenvolviam suas intervenções nos hospitais do município de Florianópolis. O resultado da pesquisa apontou a necessidade de aprofundamento no que tange as condições de trabalho das assistentes sociais nos espaços sócio ocupacionais da área da saúde.

Destaca-se dentre esses resultados uma série de limites em que as assistentes sociais se deparam no cotidiano profissional, como burocracia nas/entre as instituições, fluxos confusos para acesso aos direitos sociais, estrutura das organizações, vínculos empregatícios, a tensão entre capital, Estado e políticas sociais³ e o não reconhecimento e compreensão das competências profissionais das assistentes sociais na área da saúde.

Em continuidade ao processo de formação e pesquisa, durante a especialização no Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde (RIMS), no Hospital Universitário (HU) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), na área de concentração em alta complexidade, puderam-se alimentar os questionamentos relativos ao trabalho das assistentes sociais na saúde, com lócus no espaço hospitalar. A articulação com a rede de serviços, em especial a APS com a alta complexidade em saúde, suscitou a realização da pesquisa como forma de compreender como ocorre o trabalho das assistentes sociais, bem como sobre suas condições de trabalho.

Outra experiência agregadora a essa formação, foi o estágio externo obrigatório, com duração de três meses, realizado junto ao NASF no município de Palhoça. A experiência com esse estágio foi fundamental para provocar questionamentos sobre as condições de trabalho e possibilidades de intervenção do Serviço Social no NASF. Com a experiência foi possível identificar o quanto as assistentes sociais, e demais profissionais, naquele município trabalham em condições precarizadas. Das cinco Unidades Básicas de Saúde (UBS) em que a assistente social atendia, apenas uma havia sala de trabalho para atendimento, que

³ Para aprofundar essa temática, ver BEHRING, Elaine. *Política social no capitalismo tardio*. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2002; BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. *Política social: fundamentos e história*. São Paulo: Cortez, 2006.

era usada por toda equipe daquele distrito, não possibilitando sigilo para os atendimentos. Assim os outros profissionais precisavam sair da sala com frequência para que os atendimentos fossem realizados.

Os profissionais utilizavam veículo particular para atender em outras UBS, pois a disponibilidade de transporte da prefeitura era apenas para visita domiciliar e seguia um calendário pré estabelecido. Dentre outras questões, havia profissionais que não atuavam como equipe NASF, pois realizavam apenas atendimentos individualizados em fila de espera. Outra questão que se apresentava é a não compreensão por parte dos profissionais de outras categorias profissionais sobre o papel das assistentes sociais na saúde e dos objetivos do NASF. O que evidencia uma confusão de competências e atribuições e com compreensões que se aproximam das perspectivas assistencialistas que fragiliza o reconhecimento da importância desses do Serviço Social enquanto uma profissão tão necessária no NASF quanto as demais profissões.

No processo de elaboração do projeto desta pesquisa, realizou-se levantamento bibliográfico nas principais bases de dados on line, como o Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), o site da Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e da Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD) sobre o tema das condições de trabalho das assistentes sociais na APS/NASF. Os descritores utilizados foram: “condições de trabalho assistente social NASF”, “condições de trabalho assistente social”, “trabalho assistente social NASF”, “trabalho assistente social NASF” e “trabalho do assistente social na saúde”.

Elencaram-se esses descritores de forma que se apresentassem na pesquisa com a frase na íntegra, pois há muitos estudos relacionados ao NASF, mas com abordagem que envolve profissionais de outras áreas do conhecimento, como por exemplo, enfermagem, nutrição, farmácia, educação física, entre outros, e ainda sobre a descrição do trabalho e intervenção da assistente social nessa política. Desta forma, teria um número elevado de estudos que não atendem aos objetivos de discussão da pesquisa em tela. Outro fator que pode ser destacado, é que na quase totalidade dos trabalhos encontrados, o tema abordado tem enfoque na inserção da assistente social no NASF e limitam-se à descrição das atividades realizadas, sem abordar na discussão sobre as determinações e condicionantes das condições de trabalho nestes espaços.

Dentre os estudos realizados sobre a temática do NASF no Programa de Pós Graduação em Serviço Social da UFSC, encontramos apenas a dissertação de Martini (2017), intitulada: “A Intervenção do Assistente Social no NASF e no PAIF⁴ no município de Florianópolis”, com o objetivo de analisar a intervenção profissional dos assistentes sociais e não propriamente as condições de trabalho no primeiro nível de complexidade do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Sistema Único de Assistência Social (SUAS).

A restrita produção de conhecimento sobre as condições de trabalho das assistentes sociais, ou ainda de outras profissões na APS, mais precisamente no NASF, coloca esta pesquisa como relevante para o campo acadêmico e profissional das áreas da saúde e do Serviço Social. O tema das condições de trabalho das assistentes sociais na APS, com recorte do trabalho no NASF, traduz relevância social e científica por problematizar não apenas a intervenção dessas profissionais, mas as condições de trabalho nesses espaços. Destacamos ainda, que, partimos da compreensão de pensar nas condições de trabalho não apenas de uma profissão de forma isolada, mas da própria condição de classe trabalhadora⁵ da qual faz parte.

Observamos diante das pesquisas, eventos acadêmicos, estudos e da própria vivência na pós-graduação, que o Serviço Social tem realizado estudos sobre seu fazer profissional. Nesse tocante, trata-se de uma profissão que olha para si, analisa sua atuação e intervenção nos espaços de trabalho, contribuindo desta forma na denúncia sobre as condições de trabalho nos diversos espaços sócios ocupacionais. Destaca-se como relevância teórica e social desta pesquisa, a saúde como política social e de fundamental importância para a categoria profissional, pois engendra um privilegiado campo de estudo e atuação.

1.2 OBJETIVOS DA PESQUISA

Para elucidar as indagações referente a temática escolhida para esse estudo e compreendendo a mudança na PNAB concomitantemente com o percurso de realização desta pesquisa, é que enfatizamos que nosso objetivo não será analisar as implicações dessas mudanças na APS. Visto que, consideramos que é

⁴Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF).

⁵Aqui me refiro a compreensão em uma forma ampla acerca da classe trabalhadora (profissionais assalariados). Para esta pesquisa iremos fazer referência às profissionais em Serviço Social como recorte de pesquisa.

necessário vivenciar e experienciar essas mudanças para posteriormente realizar análise. Essas, que ainda estão em movimento para serem implementadas, tanto na gestão quanto na própria dinâmica do cotidiano dos profissionais, não sendo possível em tempo hábil discutir a repercussão dessas mudanças nas relações de trabalho e nos serviços de saúde.

Entretanto, o fato de não estar nos objetivos de nossa pesquisa, a análise das mudanças na PNAB, não exclui o que vislumbramos dessas implicações, pois o cenário das políticas sociais, especificamente a política de saúde, não elucida para o momento nada mais que um intenso desmonte do SUS e dos direitos sociais. A priori, na primeira seção iremos abordar algumas das principais mudanças que a PNAB de 2017 prevê, e fica aqui registrada a importância de continuação de pesquisas sobre essa temática.

Sendo assim, o objetivo geral desta pesquisa é analisar as condições de trabalho das assistentes sociais que atuam na APS, em especial nos NASFs, nos municípios da região metropolitana de Florianópolis.

Para alcançar o objetivo geral e fundamentar nossas principais indagações frente a temática, foi definido os seguintes objetivos específicos:

- i) Identificar como a organização da APS no seu sentido estrutural e dinâmica de trabalho, especificamente o NASF, implica nas condições de trabalho das assistentes sociais;
- ii) caracterizar o trabalho das assistentes sociais nos NASF da região metropolitana de Florianópolis;
- iii) analisar de que forma a concepção acerca das condições de trabalho bem como a própria condição desse trabalho, tensionam e implicam, respectivamente no cotidiano das assistentes sociais do NASF.

1.3 O MÉTODO E O PERCURSO METODOLÓGICO

Consideramos fundamental antes de explicar sobre o percurso metodológico, apresentar elementos que consideramos centrais para pensar no processo de elaboração e análise desse estudo. Ou seja, do método do qual nos filiamos a partir da tradição marxista em que sempre irá buscar “os fundamentos históricos e sociais que deram origem a determinado fenômeno social, permitindo, com isso,

compreender sua natureza mais profunda e não simplesmente o questionamento de lacunas ou imperfeições” (TONET, 2013, p. 11).

As inquietações acerca das condições de trabalho das assistentes sociais, na incursão de vivenciar a realidade no período de estágio da Residência Multiprofissional, proporcionou naquele momento refletir sobre o objeto de pesquisa, mesmo antes de ingressar no mestrado. Havia ali naquele momento uma pergunta em que tempos depois, dá luz a esta pesquisa. De acordo com Tonet (2013, p. 112),

De um ponto de vista ontológico, as questões epistemológicas, resta-nos a pergunta: como proceder o sujeito para traduzir teoricamente a realidade? Por paradoxal que pareça, a resposta a esta pergunta não deve ser pedida à subjetividade, mas à realidade objetiva. Não será o método, elaborado prévia e autonomamente pelo sujeito, que irá prescrever como se deve proceder. Pelo contrário, será a realidade objetiva (o objeto), no seu modo próprio de ser, que indicará quais devem ser os procedimentos metodológicos. Esta afirmação é uma consequência da prioridade do objeto sobre o sujeito.

Ou seja, é necessário aprofundar o conhecimento do objeto, sendo o real, a realidade que ali existe, para transformar esse concreto real em concreto pensado. Não se trata aqui de construir uma teoria sobre os dados que a pesquisa levanta, mas sim traduzir e expressar de forma teórica nosso objeto – as condições de trabalho das assistentes sociais - na sua integralidade, sem quaisquer abstrações. Para fundamentar a análise dos dados que serão apresentados na segunda seção desta pesquisa, por meio do qual busca-se evidenciar que o objeto é resultado de um “determinado processo histórico e social. Totalidade, historicidade e práxis são, pois, categorias fundamentais na configuração dos caminhos para a efetuação do conhecimento” (TONET, 2013, p. 114).

Nesse sentido Marx (2001) esclarece a diferença entre o método de exposição e o método de investigação:

É mister, sem dúvida, distinguir, formalmente, o método de exposição do método de pesquisa. A pesquisa tem de apoderar-se da matéria, em seus pormenores, de analisar suas diferentes formas de desenvolvimento e perquirir a conexão íntima que há entre elas. Só depois de concluído esse trabalho é que se pode descrever, adequadamente, o movimento real. Se isto se consegue, ficará espelhada, no plano real, a vida da realidade pesquisada, o que pode dar a impressão de uma construção a priori (MARX, 2001, p. 28).

Foi a partir do estágio da residência multiprofissional, que ficou imbricada na vivência de uma realidade e na experiência de apoderar-se da matéria, para posteriormente espelhá-la.

A parte desconhecida, assim, não é absolutamente desconhecida porque há elementos nela que a conectam a uma totalidade maior, tanto sincrônica,

como diacrônicamente. Na medida em que conhecemos as determinações gerais da realidade, o que nos é proporcionado pela ontologia do ser social, estas orientarão a descoberta daqueles aspectos ainda desconhecidos. Assim, saber que o ser social é radicalmente histórico e social, que é uma totalidade e não uma soma aleatória de partes, que é composto de essência e aparência, que é resultado da interatividade humana, que é permeado por contradições e mediações, que seu movimento implica sempre a existência de um momento predominantemente, essas e outras determinações gerais serão importantes elementos balizadores para orientar a busca pelo desconhecido (TONET, 2013, p. 114).

Nesse trecho o autor fala sobre a categoria da totalidade, fundamental para pensarmos nosso objeto, e não pela sua existência e sim como um fato isolado de determinações históricas, sociais e econômicas. Mas como um “conjunto de partes, articuladas entre si, com uma determinada hierarquia, permeada por contradições e mediações e em constante processo de efetivação” (TONET, 2013, p. 115). Ou seja, não é possível analisar as condições de trabalho em uma política isolada, sendo a política de saúde discutida nesse estudo, mas acerca das relações de trabalho pautadas pelo modo de produção capitalista.

A escolha pela pesquisa empírica, envolvendo os municípios já citados, decorre do interesse pela busca em compreender acerca da realidade das condições de trabalho das assistentes sociais em uma maior abrangência de municípios, uma vez que, os estudos acadêmicos circundam com maior ênfase nos municípios próximos à UFSC, como Florianópolis, São José e Palhoça. Parte-se do pressuposto que estas cidades traduzem uma realidade de “cidades grandes” principalmente por serem vizinhas da capital do estado, estão mais próximas ao “oferecimento”⁶ de serviços, tecnologias e acesso aos direitos sociais. Esta foi uma das inspirações que trouxeram à pesquisa ao desenho de abranger um número maior de municípios para compreender as condições de trabalho das assistentes sociais nos NASFs.

O caminho percorrido durante todo o processo de pesquisa, foi de início trabalhoso e arraigado de sensações que já apontavam o tom de como seria o processo de coleta dos dados. A inserção no mestrado com o projeto de pesquisa que aqui se constitui, era compreendida como uma pesquisa trabalhosa por se tratar da realidade do NASF em nove municípios com características particulares. Por esta razão, em abril do primeiro ano de mestrado (2017) iniciamos os contatos junto às

⁶Partimos do pressuposto que nesses municípios, de cidades “grandes” há maior possibilidade de acesso aos direitos sociais, mas compreendemos que esta não é uma realidade concreta.

secretarias de saúde dos municípios para ter um panorama do cenário de profissionais assistentes sociais que atuam nos NASFs.

O contato com os municípios foi por meio de telefone após identificá-los juntos às páginas eletrônicas de secretarias de saúde dos municípios. Houve grande dificuldade de acesso às informações porque quase que em sua maioria a recepção desse contato não sabia do que se tratava o NASF, sugerindo contato com as unidades de saúde para obtenção dessas informações. Seguimos fazendo registro de todas as informações que eram repassadas, como ramais, vínculo e equipes NASF, para posteriormente planejar a saída a campo.

Após a organização desta primeira aproximação com os municípios em 2017, voltamos a fazer contato em 2020 para realização das entrevistas. Esse contato foi diretamente com as assistentes sociais, a partir dos contatos telefônicos nas intuições, como unidades de saúde, secretarias de saúde, prefeituras, entre outros. Nesses contatos iniciais, ressaltamos que em muitas dessas instituições, novamente não havia clareza do que era o NASF, se havia ou não esse serviço nos municípios. Segue abaixo a organização dos dados do primeiro levantamento das informações nos municípios em 2017:

Quadro 1 - Municípios e quantidades de equipes e assistentes sociais NASF na Região Metropolitana de Florianópolis - 2017

MUNICÍPIO	CONTATO/DESCRIÇÃO
Santo Amaro da Imperatriz	Assistente Social NASF 1 equipe – 1 assistente social
São José	Assistente Social NASF 4 equipes – 1 assistente social
Palhoça	Assistente Social NASF 3 equipes – 2 assistentes sociais
Governador Celso Ramos	Assistente Social: Contrato finaliza em julho, contratada para NASF, mas não atende NASF.
Biguaçu	Central de atendimento organizada/não funciona
Antônio Carlos	Assistente Social Não tem assistente social NASF Apenas 1 de concurso da saúde, mas que trabalha na assistência social.
Águas Mornas	Assistente Social Não tem assistente social NASF Apenas 1 no município
Florianópolis	Informação não disponível
São Pedro de Alcântara	Assistente Social NASF 1 equipe – 1 assistente social

Fonte: Elaboração da pesquisadora.

Cabe destacar que o cenário ilustrado teve diversas alterações comparado ao período em que foi realizado as entrevistas (2020). Por questões de sigilo das profissionais relacionado ao número dessas em cada município e para protegê-las de possíveis repressões, não iremos divulgar o quadro atualizado bem como os municípios que foram realizadas as entrevistas. Haja vista que alguns municípios contam com apenas uma profissional NASF, o que diante disso já estaria sendo realizada a identificação das mesmas. Um dos municípios não possui assistente social NASF, e fomos informadas que nunca teve, o que contradiz o primeiro levantamento. Em dois municípios as assistentes sociais estavam de férias no período da coleta de dados, desta forma não possibilitando a participação. Um dos municípios em que a assistente social aceitou a participação na pesquisa, na semana da entrevista ficou afastada por motivo de doença. Sendo assim, para esse estudo foi realizado um total de cinco entrevistas.

Compreendemos que a pesquisa qualitativa melhor responde aos objetivos da referida temática.

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se ocupa, nas Ciências Sociais, com o nível de realidade que não pode ou não deveria ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes. Esse conjunto de fenômenos humanos é entendido aqui como parte da realidade social, pois o ser humano se distingue não só por agir, mas por pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilhada com seus semelhantes. O universo da produção humana que pode ser resumido no mundo das relações, das representações e da intencionalidade e é objeto de pesquisa qualitativa dificilmente pode ser traduzido em inúmeros indicadores quantitativos (MINAYO, 2011, p. 21).

O aprofundamento teórico e a imersão sobre o tema das condições de trabalho das assistentes sociais exigiram analisar as relações nos espaços de trabalho de modo dialético, que considere os contextos históricos, as determinações socioeconômicas, bem como as relações sociais de produção e reprodução na lógica da sociedade capitalista.

Inicialmente realizamos revisão bibliográfica da literatura que trata sobre a temática das condições de trabalho das assistentes sociais, particularmente na área da saúde com ênfase na APS e NASF. Essa revisão possibilitou aproximação com o tema, compreensão acerca dos limites e avanços de pesquisas já realizadas e evidenciou a necessidade de realizar outras leituras. Com o objetivo de constituir elementos para fundamentar esse estudo, a escolha foi realizar pesquisa de campo,

utilizando a técnica de coleta de dados de entrevista semiestruturada. Essa escolha se deve por acreditarmos que a entrevista como fonte de informação pode nos fornecer dados secundários e primários de duas naturezas:

[...] os primeiros dizem respeito a fatos que o pesquisador poderia conseguir por meio de outras fontes como censos, estatísticas, registro civil (...) os segundos – que são objetos principais da investigação qualitativa – referem-se a informações diretamente construída no diálogo com o indivíduo entrevistado e tratam da reflexão do próprio sujeito sobre a realidade que vivencia (MINAYO, 2011, p. 65).

Desse modo, a entrevista semiestruturada possibilitou o melhor aproveitamento dos dados subjetivos, possibilitando utilizarmos das próprias respostas para a realização de outros questionamentos, uma vez que constituiu representações da realidade.

De início, o objetivo era entrevistar uma assistente social de cada NASF, estabelecendo como critério de escolha das profissionais e prioridade, o maior tempo de atuação no referido núcleo e posteriormente as profissionais que aceitassem a participação na pesquisa. No momento que antecedeu a realização das entrevistas, realizamos novamente o levantamento de dados juntos aos municípios a fim de compreender o universo de assistentes sociais a serem entrevistadas.

Todavia, no período de coleta de dados (janeiro/2020), duas assistentes sociais estavam nos seus períodos de férias, uma foi afastada por motivo de doença e outro município não dispunha de assistente social no NASF, totalizando a realização de cinco entrevistas.

No campo da ética, partimos da contribuição do código de ética profissional das assistentes sociais, a qual torna-se uma direção para construção de toda pesquisa e realização principalmente da metodologia e instrumental para coleta de dados. Nesse sentido, pretende-se após a realização e conclusão desse estudo, publicar os resultados em eventos da categoria profissional, revistas da área, fazer a devolutiva para as profissionais que participarem da pesquisa e demais profissionais do NASF como comprometimento ético. Ainda, como forma de compartilhar o conhecimento que é produzido no interior da academia. Nesse sentido, nos comprometemos a manter a privacidade e a confidencialidade dos dados que foram coletados por meio das entrevistas, e, sobretudo, manter o sigilo sobre os nomes e imagem dos sujeitos envolvidos.

As assistentes sociais terão acesso aos dados e informações da pesquisa, ficando sobre nossa responsabilidade o sigilo e a guarda dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o conteúdo das entrevistas. Cabe ressaltar que os documentos da pesquisa serão arquivados com acesso restrito na sala da orientadora desse estudo, no Departamento de Serviço Social da UFSC, por um período de cinco anos, após esse período, o conteúdo do material será incinerado.

Após o mapeamento, agendamento e realização das entrevistas com as profissionais selecionadas, das quais se fez uso de gravador com autorização prévia, o material foi transcrito e devolvido para as profissionais para aprovação da descrição realizada. Para análise e interpretação dos dados obtidos nas entrevistas, elencamos a análise de conteúdo, técnica que mais organiza essas informações de forma que se possa compreender o conjunto das ideias de um determinado espaço.

A análise de conteúdo é composta por três etapas, sendo: *pré-análise*, consiste em organizar o material; *descrição analítica* – o material é submetido ao um estudo aprofundado, orientado pelos referenciais teóricos, avança nas sínteses coincidentes e divergentes do material, ou ainda nas expressões que se apresentam de forma ‘neutra’; e a etapa da *interpretação referencial*, este é o momento de maior intensidade, em que se aprofunda as ideias, estabelecendo conexões com objetivo de desvendar o conteúdo latente (TRIVIÑOS, 1987).

A partir do desenvolvimento dessas etapas, foi construído diálogo entre o conteúdo apresentado nas entrevistas e entre os autores que foram base para a fundamentação teórica desse projeto, além de ser luz para o processo de reflexão sobre a temática das condições de trabalho das assistentes sociais na área da saúde.

A dissertação está organizada em duas seções. A primeira tem como objetivo resgatar brevemente alguns marcos no SUS e descrever o cenário da política de saúde diante das tendências antidemocráticas de contrarreformas do Estado. Faremos também uma discussão sobre os termos APS e AB, que se colocam na PNAB como sendo semelhantes, por esta razão foi realizado um levantamento bibliográfico para entender a dualidade dos termos. Ainda na primeira seção, iremos apresentar a revisão de literatura do NASF na política de saúde de e o desmonte da APS com as mudanças da PNAB de 2017.

Na segunda seção iremos retomar elementos teóricos com objetivo de fundamentar a análise das condições de trabalho das assistentes sociais que atuam nos NASFs da Região Metropolitana de Florianópolis para ser base de compreensão dos dados coletados pela realização das entrevistas. Esses elementos foram fundamentais para compreender o cenário em que as assistentes sociais atuam e o contexto da classe trabalhadora e os ditames que incidem sobre as configurações no mundo do trabalho.

Para o fechamento desta dissertação, as considerações abarcam as evidências e as análises que essas nos permitiram realizar no desenvolvimento desta pesquisa. O que ficou a título de conclusão e o que caracterizou como indagações para estudos futuros.

2 APONTAMENTOS INICIAIS ACERCA DO SUS

O objetivo dessa sessão é apresentar o atual cenário da política de saúde diante de tendências antidemocráticas e de contrarreformas do Estado brasileiro. Situar essa política nesta conjuntura de desmonte e regressão dos direitos sociais se constitui não apenas um compromisso de pesquisa, mas, sobretudo, um ato político frente as medidas que suprimem direitos historicamente conquistados pela classe trabalhadora e desmonte das políticas sociais.

Os estudos acerca da temática saúde, SUS e Serviço Social, adensam a produção do conhecimento para a profissão há algumas décadas com intensas publicações após a Constituinte de 1988. Diante disso é relevante desenvolver um estudo considerando seu contexto histórico e que ele esteja relacionado ao objeto a ser pesquisado para a partir dos elementos que elucidam o cenário de contrarreformas na política de saúde, compreender em que plano está as condições de trabalho das assistentes sociais. Ainda, percorrer a análise sobre esse caminho de efetivo exercício da profissão articulado ao projeto de profissão e trabalho assalariado, para expressar o exercício da profissão frente as condições reais e concretas para sua realização no horizonte coletivo da classe trabalhadora Assim, nos dá a oportunidade de vislumbrar a arena sócio histórica em que o trabalho das assistentes sociais está circunscrito (IAMAMOTO, 2011).

Para lamamoto (2011) as forças políticas que incidem nas condições e relações de trabalho são articuladas por um conjunto de mediações que interferem no processamento da ação e nos resultados do trabalho, sendo individuais ou coletivas. Nesse sentido, a história é um resultado de inúmeros anseios alastrados por diferentes direções e concepções, tendo como resultado múltiplas influências sobre a vida social.

Na sequência contextualizaremos brevemente a construção do SUS para a seguir apresentar um breve resgate da discussão que há em torno da APS em seu real sentido, pensado e executado na política de saúde. Como já mencionado na introdução desse estudo, não compete ao objetivo desse trabalho analisar as mudanças e implicações da nova PNAB de 2017 que está em curso. Por isso consideramos relevante trazer esse resgate da dualidade entre os termos Atenção Primária (AP) e Atenção Básica (AB), pois prosseguir a revisão bibliográfica

referente ao NASF, sem ter clareza dos dois termos AP e AB, inibiria o processo de compreensão em sua totalidade.

2.1 BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO DO SUS

No Brasil, o final da década de 1980 e início dos anos 1990 representa um marco importante na história do país devido ao processo de transição do regime ditatorial ao regime democrático. A Constituição Federal de 1988 e as Leis Orgânicas da Saúde (leis n. 8.080/1990 e n. 8.142/1990) regulamentam o SUS que amplamente foi debatido pelo Movimento da Reforma Sanitária. Esta conquista, mesmo que com algumas incoerências do que foi preconizado pelo movimento, pode ser atribuída à Reforma Sanitária por suas diversas lutas e esforços empreendidos entre 1976 e 1988 (PAIM, 2009).

Para democratizar a saúde nesse período foi organizado um movimento social que tinha como atores, segmentos populares, estudantes, pesquisadores e profissionais da saúde com o objetivo de propor a reforma sanitária e a implantação do SUS. Nesse contexto algumas instituições acadêmicas e científicas, como a Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC), Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde coletiva (Abrasco) e entidades comunitárias, constituíram um movimento social para defender a democratização da saúde e conseqüentemente a reestruturação do sistema de serviços. Esse movimento trata-se do Movimento Sanitário ou movimento pela democratização da saúde. O Cebes formula pela primeira vez uma proposta do SUS e apresenta no I Simpósio de Política Nacional de Saúde da Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados, em 1979. Esta proposta justificava um conjunto de princípios e diretrizes para sua criação. Portanto, o SUS nasceu da sociedade e não a partir da intenção de governos ou partidos (PAIM, 2009).

Após sete anos de apresentação desta proposta, com a mobilização do Movimento da Reforma Sanitária, em 1986 ocorre a 8ª Conferência Nacional de Saúde propondo não apenas análise sobre o sistema de saúde da época, mas sobretudo, sua reformulação e que ela estivesse baseada no direito universal à saúde e sua garantia como dever do Estado. Assim, dois anos depois, a Constituição de 1988 incorpora esses avanços a fim de “reparar” as injustiças

sociais ocorridas na área da saúde, considerando uma política compensatória nos anos que antecederam (BRAVO, 2009).

Entretanto, a década de 1990 é marcada pelo avanço da lógica neoliberal e há um redirecionamento do papel do Estado, embora, o texto da Constituição apresente avanços para a sociedade brasileira com a organização do SUS como política de caráter universal e pública, foi acometido por parte do grande capital aliado a grupos dirigentes, decorrente dos reflexos nas mudanças do mundo econômico em nível global, e ainda com orientação pelo Banco Mundial (BRAVO, 2009; CORREIA; 2009).

O SUS como política pública de saúde vem sendo desconstruído desde sua implementação. Bravo (2009) ressalta que esta política está cada vez mais atrelada ao mercado privatista, com forte ênfase nas parcerias com a sociedade civil, responsabilizando a mesma para assumir seus custos e cuidados, com a justificativa de crise financeira que o país enfrenta.

Com o avanço da segunda metade da década de 1990, diversas reformas são implementadas com orientações do Banco Mundial (BM). Estão sustentadas na necessidade de limitações das funções do Estado para demandar alguns ajustes da política de saúde brasileira como:

O rompimento com o caráter universal do sistema público de saúde, ficando este encarregado apenas de prestar atendimento aos mais pobres, que não podem pagar pelos serviços no mercado, através de um modelo assistencial centrado na oferta da atenção básica e na racionalização da média e da alta complexidade; a flexibilização da gestão dentro da lógica custo/benefício, privatizando e terceirizando serviços de saúde e estimulando a criação das Organizações Sociais, com repasse de recursos públicos; o estímulo à ampliação do setor privado na oferta de serviços de saúde; e a transferência das funções do Ministério da saúde para agências de regulação e organizações não-estatais (CORREIA, 2009, p. 132).

Diante dessas orientações do BM, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) se posicionou e enfrentou no período de 1995 a 2002, contribuindo para evitar muitas dessas recomendações que iriam infringir a universalidade da política de saúde. Correia (2009) destaca alguns desses enfrentamentos que o CNS realizou:

A quebra do caráter universal do acesso aos serviços de saúde na forma da lei – Em 1995, o Conselho Nacional de Saúde contribuiu com as mobilizações contra a proposta de Emenda Constitucional n.32 que propunha a retirada da garantia legal do acesso universal à saúde, alterando o artigo 196 da Constituição de 1988, e aprovou uma resolução contra estas alterações constitucionais, enviando-a para todos os parlamentares como forma de pressão.

A propagação das experiências de flexibilização administrativas com o repasse de gestão da saúde para Organizações Sociais ou Cooperativas que tendem à privatização deste setor, e com o duplo acesso aos hospitais

públicos – O CNS rejeitou as experiências do Plano de Assistencial Integral – Saúde de Roraima, das Organizações Sociais do Pará, da terceirização dos hospitais do Rio de Janeiro. Posicionou-se contrário ao duplo acesso aos hospitais públicos, aprovando uma deliberação contrária a um Projeto de Lei que alterava a lei n. 8.080/90 e possibilitava aos Hospitais Universitários captar recursos advindos do atendimento a usuários de planos de saúde (CORREIA, 2009, p. 132-133).

O caráter universal do SUS não interessa aos ditames do BM e ao mercado, por isso a proposta de retirada da legalidade de universalidade da política de saúde. Assim, o atendimento seria destinado aos que não podem pagar planos de saúde. Esse modelo assistencial seria baseado em ofertas de atenção básica em saúde e na racionalização da média e alta complexidade, que é espaço onde interessa o mercado e a indústria farmacêutica.

Ou seja, a política de saúde idealizada com o SUS em 1988, período em que se formaliza ainda que constitucionalmente, as conquistada dos movimentos sociais, sofrerá em breve as ofensivas de um período de contrarreforma. O sistema de seguridade social, nos limites da sociedade capitalista, embora represente avanços, se efetiva com traços marcantes de seletividade, focalização, assistencialismo e com tendências a privatizações. As reformas impulsionadas pelo Estado neoliberal expressam a luta de classes nesta ordem societária. De um lado “vende-se” a ideia de que estas propostas são para atender as classes subalternizadas com o objetivo de serem progressistas. Entretanto, na realidade concretizam-se como contrarreformas no sentido de desregulação estatal, que estimula a flexibilização da produção e do trabalho, precarizando os espaços e serviços públicos e (des)universalizando os direitos sociais (CORREIA, 2005). Sobre o co-pagamento ou cobrança por fora a autora destaca a contribuição do CNS,

As experiências de co-pagamento, quebrando o caráter público dos serviços de saúde estatais – o CNS esteve sempre atento à garantia deste caráter e às denúncias desta natureza. Através da Recomendação n. 3, de 28 de setembro de 1995, defendeu este caráter assegurado legalmente. Este Conselho também provocou uma discussão nos Conselhos Estaduais e Municipais sobre o tema a partir da solicitação de propostas do levantamento de situações reais de cobrança ‘por fora’ no SUS e de alternativas de controle destas situações.

A transformação da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) em Agência Executiva Autônoma, na Agência Federal de Prevenção e Controle de Doenças (APEC), que caracterizaria o repasse das fundações executoras do Ministério da Saúde para uma esfera não-estatal – As articulações do CNS mobilizaram forças contrárias ao projeto de Lei de criação dessa Agência, contribuindo para sua retirada da pauta da Câmara dos Deputados, em abril de 2002 (CORREIA, 2009, p. 133).

Os países dependentes são alvo de orientações pelo BM e, o co-pagamento ou “cobrança por fora” foi uma dessas orientações como justificativa para solucionar o financiamento da saúde pública. No Brasil, Correia (2005) lembra que não houve alteração legal da garantia da gratuidade na saúde pública, entretanto houve inúmeras denúncias sobre essa prática de cobrança nos estabelecimentos públicos.

A tentativa de mudança da FUNASA para agência ocorre em um cenário, não diferente da conjuntura em que é desenvolvido esse projeto, na tendência de o Ministério de Saúde deixar de ser o executor das políticas da área para ser o regulador, seguindo as orientações do BM em desresponsabilizar o Estado. Correia (2005) destaca que seria uma incoerência a epidemiologia funcionar nos moldes da Agência Executiva Autônoma - Agência Federal de Prevenção e Controle de Doenças (APEC), pois estas não são instrumentos de organização do Estado, compatível com os princípios de gestão do SUS.

Além desses posicionamentos e encontros ao desmonte do SUS, ainda que muito breve sua inclusão na Carta Magna, já se anunciava a tentativa de fragilizá-lo enquanto uma política universal. O CNS posicionou-se ao contrário ainda sobre a,

Reforma do Estado e seu reflexo no setor saúde – em 1996, o CNS aprovou uma Resolução solicitando ao Governo Federal a suspensão da aplicação da reforma neste setor. No âmbito do CNS foi formado um Grupo de Trabalho sobre Reforma do Estado e sua influência no SUS (CORREIA, 2009, p.133).

Ainda permanecia as dificuldades de implantação do SUS que caminhava concomitantemente ao sub financiamento e ao clientelismo político partidário. Entretanto, se vislumbrava uma extensão de cobertura de serviços de saúde para a população brasileira, conclusão após a realização da 10ª Conferência Nacional de Saúde, a contrarreforma do SUS formal e real, aquele defendido pelo projeto da Reforma Sanitária, coerente com as proposições dos movimentos sociais calava-se com a força crescente que emergia de um SUS para pobres. Havia uma focalização para assistência incipiente, assim como indica o BM (PAIM, 2008).

O posicionamento de no âmbito da gestão, desde Fernando Henrique Cardoso (FHC) e ainda hoje, era que o problema da saúde se reduzia ao gerenciamento, por isso se optou para trazer para Ministério da Saúde a experiência de gestão do Hospital das Clínicas de Porto Alegre, tornando-se empresa pública de direito privado. Com uma crise no setor o Ministro de Administração e Reforma do

Estado, Bresser Pereira, defendia a “descentralização do SUS e a “competição administrada” entre os fornecedores de serviços de saúde” (PAIM, 2008, p. 213).

Segundo Iasi (2017), os reformadores indicam a transição para uma forma de gerenciar, em que a população passa a ser atendida na conversão de ‘cliente’ dos serviços públicos, e o Estado se colocando como ‘empresa’ no qual presta esse serviço, submetendo-se as regras de organização e trabalho. No documento que definia inicialmente a Reforma Gerencial, nomeado de Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado – 1995, constava a ineficiência do serviço público no Brasil. Este documento foi inspirado nas reformas gerenciais desde a década de 1980. Esta reforma defendia:

a) a descentralização dos serviços sociais para estados e municípios; b) a delimitação mais precisa da área de atuação do Estado, estabelecendo-se uma distinção entre as atividades exclusivas que envolvem o poder do Estado e devem permanecer no seu âmbito, as atividades sociais e científicas que não lhe pertencem e devem ser transferidas para o setor público não-estatal, e a produção de bens e serviços para o mercado; c) a distinção entre as atividades do núcleo estratégico, que devem ser efetuadas por políticos e altos funcionários, e as atividades de serviços, que podem ser objeto de contratações externas; d) a separação entre a formulação de políticas e sua execução; e) maior autonomia e para as atividades executivas exclusivas do Estado que adotarão a forma de "agências executivas"; f) maior autonomia ainda para os serviços sociais e científicos que o Estado presta, que deverão ser transferidos para (na prática, transformados em) "organizações sociais", isto é, um tipo particular de organização pública não-estatal, sem fins lucrativos, contemplada no orçamento do Estado (como no caso de hospitais, universidades, escolas, centros de pesquisa, museus, etc.); g) assegurar a responsabilização (accountability) através da administração por objetivos, da criação de quase-mercados, e de vários mecanismos de democracia direta ou de controle social (BRESSER-PEREIRA, 1999, p. 6-7).

Iasi (2017) adverte que mesmo que a compreensão da administração pública, nesta conjuntura em debate, tenha marcado um ciclo neoliberal juntamente com o processo de desmonte do Estado e da precarização das políticas sociais, não se pode conceber esse desmonte e a contrarreforma do Estado como única justificativa. Acrescenta ainda que nenhuma concepção ou modo administrativo tem esse poder, pois entender desta forma, distancia a real problemática para o terreno das ideias e da vontade política, tornando-se um caminho perigoso. Não são as pessoas certas com as concepções corretas que irão tornar o Estado eficiente no sentido de gerir políticas sociais adequadas.

Nesse sentido podemos fazer uma relação com a conquista do Partido dos Trabalhadores (PT) no início dos anos 2000, configurado na figura de Luiz Inácio Lula da Silva, em que após anos de um governo aliado a política neoliberal, a

esquerda assume o poder na esperança que mudanças estruturais seriam implementadas.

Hillesheim (2017, p. 298) afirma que mais uma vez devido uma política de conciliação de interesse de classes, as condições reais para que as propostas de ofensiva do capital sobre o trabalho progredissem contrariaram aquelas expectativas. Esta conciliação seguiu na conformação de diversas forças políticas ao projeto hegemônico da burguesia nacional. “Tal perspectiva foi sendo assimilada acriticamente, inclusive, pelas representações dos trabalhadores no interior do próprio governo e do parlamento, bem como no interior do movimento sindical”.

O autor ainda adverte para que não sejamos tomados pela ingenuidade em compreender que em uma sociedade capitalista, na esfera da social democracia, o que se coloca contra a lógica e os interesses do capital não será implementado, e se for será por caminhos revolucionários. O que a classe trabalhadora teve como conquistas, sendo parciais ou restritas, bem como as políticas sociais, são dotadas de contrariedade. As conquistas são fruto de lutas e concessões, já as políticas contemplam espaço de resistência assim como de conformação. Dado a importância de reconhecer a existência de uma contradição nesse processo histórico de lutas e retirada de direitos e é fundamental que tenhamos a clareza do que verdadeiramente está em disputa (HILLESHEIM, 2017).

Ainda sobre o posicionamento do CNS, destacamos a seguir o posicionamento acerca da APS:

Ao modelo assistencial centrado na atenção básica – O conselho empenhou-se para a efetivação da Norma Operacional Básica (NOB) – posicionando-se contrário ao remanejamento de recursos de média e da alta complexidade na implantação do Piso de Atenção Básica (PAB), defendendo a integralidade do SUS, em contraposição às orientações do BM de “racionalização” do acesso ao atendimento hospitalar e da expansão, apenas, da rede básica de saúde. Seu posicionamento também foi contrário ao processo de recentralização do sistema de saúde ocorrido, através da definição do PAB variável pelo nível federal. Os Conselheiros expressaram sua rejeição à “cesta básica de saúde” do Banco Mundial, e criticaram o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa Saúde da Família (PSF) por ainda possuírem características de programas. O CNS posicionou-se favorável à ampliação da atenção básica, mas defendendo sua articulação com a média e alta complexidade, dentro das diretrizes da Equidade, Integralidade e Universalidade, negando a focalização (CORREIA, 2009).

Como forma de expandir a APS, seguindo as orientações do BM o governo implantou políticas de indução como, por exemplo, o PACS, o Programa de Saúde da Família (PSF) e o Piso de Atenção Básica (PAB). Para racionalizar os gastos o e

dar ênfase na APS, o Ministério da Saúde cria mecanismos de indução de uma política centralizada na atenção básica – estados e municípios, através da Norma Operacional Básica do SUS 1996 – NOB/SUS/96 por meio do PAB fixo, onde há uma transferência de valor regular para os municípios que são habilitados. Esse valor é destinado exclusivamente para o custeio de procedimentos da APS. Já o PAB variável tem o objetivo de incentivar determinados programas como por exemplo o PSF e agentes comunitários, seguido por sua abrangência populacional (CORREIA, 2005).

Scatena e Tanaka (2001) destacam que a NOB 01/1996 é extensa e complexa, desta forma dificulta a compreensão e seu cumprimento considerando as responsabilidades que esta orienta. Trata-se de uma norma que apresenta a descontinuidade e mudança no processo que vinha sido construído, pois propõe apenas duas formas de gestão dos municípios, sendo Plena da Atenção Básica e Plena do Sistema, e ainda sobre os mecanismos que define as transferências dos recursos financeiros.

Nesse cenário o Ministério da Saúde expressa sua intenção em fortalecer a APS anunciada por um pacote de serviços essenciais em que todos os municípios adotassem como forma de receber recursos federais. O processo de descentralização foi fortalecido por meio de transferências diretas do governo federal aos municípios fundo a fundo. Entretanto o custeio da alta e média complexidade continua sendo a partir da produção de serviços, ou seja, fortalecendo a lógica da produção de doença para recrutar financiamento (CORREIA, 2005).

Mesmo com a mudança na lógica do financiamento a partir da NOB/96 que passou a diminuir o repasse do financiamento por produção e aumentou o repasse de recurso per capita, Correia (2005, p. 146) explica que “ao introduzir mecanismos de transferência para a atenção básica pela indução financeira, rompe com a lógica de repasse global para a saúde de forma integral”. Isso porque a NOB/93⁷ garantia a autonomia dos municípios de implantar políticas a depender de suas necessidades locais. Esse repasse de recurso por meio da indução financeira, mais uma vez obedece às orientações do BM no sentido de programas com pacotes de serviços básicos.

⁷A NOB/93 estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde (BRASIL, 1993).

Em contrapartida, a partir da NOB/96 intensificou-se o processo de descentralização. A partir de sua implantação, em menos de três anos os municípios habilitados chegavam à marca de 98% em pelo menos uma das condicionalidades estabelecidas. Por conseguinte, a participação dos recursos da União teve uma queda e conseqüentemente o aumento da parcela de participação na esfera municipal. O Ministério da Saúde justifica o PACS e o PSF pela necessidade de alterar o modelo biomédico e hospitalocêntrico para dar centralidade na APS, que é umas das prioridades do BM para as políticas de saúde nos países periféricos (CORREIA, 2005).

No entanto, Teixeira (2007) adverte que esse tipo de política em termos práticos atende a necessidades compensatórias, de baixo custo que se metaboliza como controle social da população – no sentido sociológico- pelo Estado. Ainda há uma amortização dos conflitos “internos” acerca das relações familiares e externos sob a ótica das relações sociais. Para o autor, este programa em específico, o PSF, favorece ampla discussão com diversos pontos de reflexões para identificar contradições e limites que estão além de um novo modelo assistencial. Destaca que para discutir o sistema de saúde brasileiro é necessário considerar o modelo econômico de desenvolvimento, pois a preocupação do Estado está em atender aos interesses do capital internacional como vimos anteriormente com orientações do BM.

As conseqüências desse cenário são recessões, desemprego, privatizações e terceirizações e, a transformação da área da saúde como um campo inesgotável de lucro (mercadoria). O SUS está no confronto entre o projeto hegemônico privatista que responde como Estado Mínimo e que representa uma dicotomia entre universalização/focalização (TEIXEIRA, 2007).

O CNS realizou ainda denúncias no sentido de ir contra o desmonte do SUS cobrando explicações sobre os recursos da saúde e do Orçamento da Seguridade Social para o Fundo de Estabilização Fiscal (FEF) e ainda os contingenciamentos realizados para área econômica. Ou seja, foi priorizado o pagamento dos juros e amortização da dívida interna e externa por parte do poder Executivo, que cumpria as condicionalidades que os organismos financeiros internacionais impunham. A intervenção do CNS ocorreu na realocação dos recursos pré-definidos e não influenciou no que foi estabelecido para parte destinada a ser aplicada na saúde. Desse modo, a definição desses recursos para saúde ficou como responsabilidade

da equipe econômica e da política de ajuste econômico, seguindo os acordos firmados pelas agências internacionais de financiamento (CORREIA, 2009).

O projeto neoliberal capitaneado pela gestão do governo de FHC, quando experienciamos um avanço nas privatizações desconsiderando as conquistas constitucionais, promoveu uma expectativa de rompimento radical com a vitória de Lula. Entretanto, isso de fato não ocorreu. Para Prates (2017, p. 276), o governo Lula e Dilma Rousseff, embora com característica popular, foram governos, como menciona a autora, de coalisão, ou seja, a participação do Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB), “um partido que, embora sem lideranças mais significativas eleitas pelo voto popular, vem mantendo-se em todos os governos, com posturas híbridas, mas sempre pendendo para a predominância dos interesses do capital sobre o trabalho”.

A autora adverte que em uma sociedade capitalista, não nos coloquemos de forma ingênua, pois no âmbito da social democracia, o que se coloca como embate com a lógica e os interesses do capital, será implementado por via revolucionária. As conquistas que se colocam como sociais, são restritas e parciais para ludibriar a classe trabalhadora. São políticas contraditórias, frutos de lutas e concessões. Por isso é necessário reconhecer a natureza da contradição e como parte dos processos, para que tenhamos consciência do que sistematicamente está em disputa.

2.3 ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE OU ATENÇÃO BÁSICA?

Para compreender a dualidade entre os termos da APS e AB, utilizados em documentos e legislações no Brasil, consideramos necessário retomar a concepção de Atenção Primária⁸ adotada no SUS para entender se há diferença nos termos e se implicam nos processos de formação das políticas sociais. A revisão bibliográfica evidenciou o uso de ambos termos sem distinguir seus significados ou concepções.

Alguns documentos⁹ são enunciados como Cadernos de Atenção Básica e outros como Cadernos¹⁰ de Atenção Primária. Cabe destacar que no Caderno de

⁸ Não se tem aqui a pretensão de aprofundar esta temática. Entretanto, considera-se necessária a introdução, ainda que breve de como a compreensão destes termos, no processo histórico e sua concepção são incorporadas na formulação de políticas de saúde e nos seus processos de trabalho.

⁹ Consideramos documentos da política de saúde a partir da compreensão de Evangelista (2012, p. 53), “leis, documentos oficiais e oficiosos, dados estatísticos, documentos escolares,

Atenção Básica n. 28, há uma afirmação compreendendo os dois termos como sinônimos: “considera-se, neste material, atenção básica e atenção primária (nas concepções atuais) como equivalentes, associando esses termos às noções de vinculação e responsabilização de equipes de saúde pelo cuidado continuado” (BRASIL, 2013, p.13).

O termo APS já é discutido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) antes de 1978, ano em que se consolidou essa abordagem. Para Mendes (2015) a APS no Brasil tem ciclos singulares no seu desenvolvimento¹¹. O primeiro em 1924 com a criação dos Centros de Saúde na Universidade de São Paulo (USP); o segundo no início dos anos 1940 com a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), denominado recentemente por Fundação Nacional de Saúde (FNS). No terceiro ciclo surgem as Secretarias Estaduais de Saúde que se desenvolvem na metade dos anos de 1960; e o quarto ciclo ocorre na década de 1970 em um cenário internacional, com a proposta da APS marcada na Conferência de Alma Ata em 1978¹².

Essa conferência foi um marco importante na história, pois adota um conceito de APS que se torna referência para atenção à saúde. Cabe destacar que o Brasil foi um dos países que não estiveram presente (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012). A Conferência de Alma Ata instituiu que,

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país podem manter em cada fase de seu desenvolvimento no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente

correspondências, livros de registros, regulamentos, relatórios, livros, textos e correlatos”. Ressalta ainda a autora que não deve haver uma relação de “superioridade” entre esses materiais. Deve-se considerar a importância que cada um exerce quando “definidos no âmbito de um projeto de produção de conhecimento cuja finalidade seja a de compreender objetivamente o mundo e sobre ele agir conscientemente”. (EVANGELISTA, 2012, p. 53).

¹⁰Documentos elaborados pelo Departamento de Atenção Básica e Ministério da Saúde para difundir a produção de conhecimentos e práticas construídas na Atenção Básica.

¹¹Esses ciclos serão apresentados com maior aprofundamento mais adiante.

¹²Conferência realizada na capital da república Socialista Soviética do Cazaquistão, promovida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e Fundo das Nações Unidas para a Infância (FNUAI). A conferência intergovernamental contou com a participação de delegações de 134 governos e de 67 organizações e agências especializadas das Nações Unidas e entidades não governamentais que mantêm relações oficiais com a OMS e o UNICEF (OMS/UNICEF, 1978).

possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência saúde (OMS/UNICEF, 1978, p.3).

Entretanto, Ribeiro (2007) aponta que para que fossem concretizados os princípios acordados em Alma Ata, seria necessário que os governos se comprometessem politicamente de forma clara, para então nos anos seguintes formular suas políticas e planos. Desta forma, a APS deveria integrar como elemento essencial às atividades de desenvolvimento nacionais, mas não era unânime a abrangência da adoção da APS em países com diferentes realidades sociais.

Para Ribeiro (2007), nos países “subdesenvolvidos” focou-se apenas nos cuidados primários de saúde, sendo interpretados como atenção seletiva para às populações “carentes” que não tinham acesso aos serviços de saúde. Os países alegavam que a proposta da Conferência era de teor muito abrangente e generalista, não sendo possível adequar as disparidades sociais e culturais, não considerando o pouco desenvolvimento dos sistemas de saúde de cada país.

A autora destaca ainda que as sucessivas crises econômicas junto aos custos crescentes da assistência médica, impossibilitou que a prestação de serviços à população atendesse ao princípio de universalidade e equidade nesses países subdesenvolvidos. Diante disso, em alguns países a APS passa a ser possível de acordo com os recursos financeiros, afastando os princípios formulados em Alma Ata, sem colocar como prioridade a questão da saúde.

Entretanto, se partirmos da compreensão que a dinâmica do modo de produção e reprodução capitalista impõe a mercantilização da vida social, fica evidente que as crises intrínsecas do capital não possibilitam a universalização da saúde enquanto direito coletivo, e passam a exigir um processo de mercantilização da saúde pública como mercadoria, bem como das políticas sociais como um todo.

Para Mendes (2015, p.32), há três interpretações que foram difundidas acerca da APS: como “atenção primária seletiva, como nível primário do sistema de atenção à saúde e APS como estratégia de organização do sistema de atenção à saúde”. A atenção primária seletiva trata-se de um programa específico para atender a populações e regiões pobres, com baixos recursos e tecnologias simples. Já a APS em nível primário, requer um modo de organizar a porta de entrada do sistema de saúde. A ênfase é para a resolução dos serviços mais cotidianos de saúde, minimizar custos e atender as demandas da população. A compreensão da APS

como estratégia de organização do sistema, abrange uma forma particular de apropriar, reordenar os recursos para satisfazer as necessidades e demandas da população.

O autor destaca que no Brasil, o SUS adota o discurso da APS como estratégia de saúde da família, que de fato ainda traz uma combinação de elementos culturais, técnicos e operacionais das duas outras interpretações que se colocam de forma mais restrita; a seletiva e como nível primário de atenção (MENDES, 2015).

Desta forma, a alteração semântica que o Brasil adota como AB, altera a forma como o serviço de saúde é organizado, tomando como pressuposto o que foi definido em Alma Ata. No Brasil a AB é uma das formas de organização do SUS que define a ordem ou complexidade das ações, sendo atenção primária (baixa complexidade), atenção secundária e terciária (como média e alta complexidade). Coloca a atenção primária em uma interpretação estrita e seletiva como o primeiro nível de atenção e porta de entrada do SUS. Mendes (2015) ressalta que essa divisão de complexidades se organiza de acordo com o grau de tecnologias que são utilizadas, mas que na sua essência não atendem a essa ordem de complexidade de atenção à saúde.

A complexidade das ações de saúde não pode ser compreendida apenas pelo investimento de tecnologias e recursos. Isto contradiz, em uma compreensão mais ampla da concepção em ter saúde, fortemente debatida no Movimento da Reforma Sanitária na década de 1980. A condição de vida da população depende do acesso efetivo as condições de saúde e não está limitada a ausência de doença, mas no acesso à moradia, alimentação, habitação, saneamento básico, emprego, etc.

Para Starfield (2002) a APS refere-se a um sistema que oferece seu serviço não apenas as necessidades referentes a enfermidade, mas as necessidades e condições sobre a pessoa. Não se trata de atividades exclusivamente clínicas, pois todas as ações clínicas como diagnóstico, prevenção, exames e atividades que monitore o clínico dos indivíduos pertencem a todos os níveis de atenção. A atenção primária é,

Uma abordagem que forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis dos sistemas de saúde. A atenção primária aborda os problemas mais comuns na comunidade, oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação para maximizar a saúde e o bem-estar. Ela integra a atenção quando há mais de um problema de saúde e lida com o

contexto no qual a doença existe e influencia a resposta das pessoas a seus problemas de saúde (STARFIELD, 2002, p. 28).

Diante do exposto, irá se utilizar no decorrer desse texto, o termo APS por compreender que sua definição se aproxima do conceito ampliado de saúde e sua intencionalidade para executar ações de promoção de saúde e prevenção de doenças. Pode-se concluir com essa breve aproximação que envolve os termos APS e AB, que no Brasil o termo APS passa a ser promovido com o discurso de que temos uma estratégia de saúde baseada nos princípios de Alma-Ata, quando de fato, corroborando Mendes (2015), temos uma combinação de atenção seletiva e de organização do sistema.

De acordo com o Ministério da Saúde, a APS é um complexo conjunto de conhecimentos e procedimentos que demanda uma intervenção ampla em diversos aspectos para que se possa ter resolutividade sobre a qualidade de vida da população. Dentro do sistema de saúde é o primeiro contato do usuário, caracterizado pelo acompanhamento e integralidade da atenção (BRASIL, 2010).

2.4 O NASF NO CENÁRIO DA POLÍTICA DE SAÚDE APÓS A CONSTITUINTE

Importante relembrar que o SUS, após a promulgação da Constituição Federal de 1988, é regulamentado pela Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990 e Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que compõem a Lei Orgânica de Saúde (LOS). Ambas tratam respectivamente da “descentralização político-administrativa do SUS, enfatizando seus aspectos de gestão e financiamento, regulamentando as condições para sua promoção, proteção, recuperação e funcionamento” e da “participação da comunidade e as transferências intergovernamentais de recursos financeiros” (BRASIL, 1990).

Em 1991 a Fundação Nacional de Saúde (FNS) implanta o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), inicialmente nas regiões Norte e Nordeste (áreas rurais e periurbanas). Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) atendiam demandas referentes ao combate e controle de epidemia do cólera, reidratação oral e orientação de vacinas, sendo supervisionados por enfermeiros. O PACs foi uma estratégia em caráter emergencial para dar assistência básica onde não houvesse atendimento médico, tornando-se um programa de atenção primária seletiva (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Em seguida, a Portaria n. 692 de dezembro de 1993 institui o PSF, ainda resguardando o caráter restrito de atenção primária e com baixa abrangência para garantir a continuidade da atenção. Inicialmente os serviços desenvolvidos pelo PSF eram incipientes, com baixa articulação com a rede assistencial (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Posteriormente, a Saúde da Família (SF) adota o termo Estratégia de Saúde da Família (ESF), o que implica a APS ter um caráter mais abrangente com um modelo de atenção do SUS, para assim estar mais articulada com os demais níveis de atenção com o objetivo de orientar a reestruturação do sistema (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

A ESF tem como objetivo reorganizar as práticas assistenciais em saúde e preconiza ter em sua composição equipe de caráter multiprofissional. Permanece a definição de território e abrangência, realiza cadastramento e acompanha a população residente de cada área, compondo assim a APS. As Unidades de Saúde da Família (USF) constituem-se como porta de entrada do sistema de saúde em nível primário, o que implica integrar a rede de serviços mais complexos (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

As equipes de ESF são compostas minimamente por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, ACS e equipe de saúde bucal, que pode ser ampliada. As equipes são responsáveis pelo acompanhamento de no máximo quatro mil pessoas de áreas já determinadas, e são corresponsáveis no cuidado à saúde. Estas equipes atuam no território, sendo as USF seu principal espaço de trabalho, mas também realizam ações nas residências e nos espaços comunitários. Contudo, é necessário ter conhecimento do perfil epidemiológico e demográfico das áreas de atuação para que seja possível a intervenção sobre os fatores de risco que implicam em determinadas regiões, para assim, oferecer atenção a comunidade de forma integral e com qualidade (BRASIL, 2010).

Para apoiar a entrada da ESF na rede de serviços e ampliar a abrangência, a resolutividade, a territorialização, a regionalização, bem como a ampliação das ações da APS no Brasil, o Ministério da Saúde criou os NASF, por meio da Portaria n. 154, de 24 de janeiro de 2008¹³. O objetivo do NASF é apoiar a consolidação da

¹³Esta portaria criou o NASF e anos mais tarde a portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011, trouxe normativas responsáveis por novas regulamentações e que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Em 2012, ano seguinte a portaria n. 3.124 de 28 de dezembro de 2012 redefine os

APS no Brasil, para ampliar sua abrangência e resolubilidade. Para tanto, deve seguir algumas diretrizes como ações interdisciplinares, intersetorial, educação permanente em saúde dos profissionais e da população, organização da participação social, educação popular, promoção da saúde e humanização (BRASIL, 2010).

De acordo com a referida Portaria, o NASF constitui-se como equipes multiprofissionais que devem trabalhar de forma integrada às equipes Saúde da Família (eSF), apoiando-as e compartilhando saberes. Cada equipe deve ser composta por profissionais de diferentes áreas do saber para atuarem em conjunto. Essa atuação deve ocorrer no apoio e compartilhamento das práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das equipes de ESF, portanto, não se estabelece como porta de entrada para os usuários do SUS (BRASIL, 2010).

Nos termos da Portaria n. 154, o NASF tem duas modalidades de classificação sendo NASF 1 e NASF 2. O NASF 1 é definido como equipe composta por no mínimo cinco profissionais de nível superior, a saber: Assistente Social; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Acupunturista; Médico Ginecologista; Médico Homeopata; Médico Pediatra; Médico Psiquiatra; Nutricionista; profissional de Educação Física; Psicólogo e Terapeuta Ocupacional. Para esta modalidade, cada NASF 1 realizará suas atividades vinculadas a no mínimo oito eSF e no máximo a vinte eSF (BRASIL, 2010).

O NASF 2 será composto por no mínimo três profissionais de nível superior, dentre eles: Assistente Social; Farmacêutico, Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Nutricionista; Profissional de Educação Física; Psicólogo e Terapeuta Ocupacional. Nesta referida portaria ficou instituído que o incentivo federal para cada NASF seria: NASF1 com parcela única no mês, repassado diretamente do FNS aos Fundos Municipais de Saúde (FMS) e ao Fundo de Saúde do Distrito Federal, o valor de R\$ 20.000,00 (vinte mil reais) e NASF 2 com parcela única de R\$ 6.000,00 (seis mil reais), repassado do FNS aos FMS (BRASIL, 2010).

parâmetros de vinculação nas modalidades 1 e 2, e cria a modalidade 3. Entretanto, no curso de finalização desta dissertação, em 7 de fevereiro de 2020, o Ministério da Saúde redefine o registro das Equipes de Atenção Primária e Saúde Mental no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) por meio da portaria n° 99, de 7 de fevereiro de 2020. Assim, demarcamos que por razões de todas essas mudanças estarem em movimento, concomitantemente com a finalização desta dissertação, não será possível realizar alterações no texto em tela. Contudo, a portaria n° 99/2020, será incorporada como anexo ao final desta dissertação.

A orientação do trabalho do NASF ocorre pelo referencial teórico-metodológico do apoio matricial, que no bojo da APS é uma estratégia que organiza o trabalho em saúde para integrar as eSF. Assim, o NASF atua na retaguarda dessas equipes desenvolvendo trabalho compartilhado em, pelo menos, duas dimensões, sendo clínico assistencial e técnico-pedagógico. A primeira refere-se sobre ação clínica voltada para os usuários; e a segunda nas ações de apoio educativo com as equipes (BRASIL, 2014).

O apoio matricial é uma organização do trabalho em saúde realizada a partir da integração das eSF para discutir as situações que são comuns de cada território com as equipes ou profissionais do NASF. Diante das necessidades, demandas e dificuldades das equipes de APS é que esta integração ocorre com o objetivo de ampliar o escopo da oferta dos serviços, ou seja, da abrangência das ações de saúde que as USF desenvolvem. Quando necessário, busca-se articular a rede com outros pontos de atenção para dar continuidade no cuidado com o usuário (BRASIL, 2014).

O NASF se pauta a partir de algumas diretrizes relativas à APS, sendo: “ação interdisciplinar e intersetorial; educação permanente em saúde dos profissionais e da população; desenvolvimento da noção de território; integralidade, participação social, educação popular; promoção da saúde e humanização” (BRASIL, 2010, p. 7).

Cabe destacar que é preciso ficar atento para o risco de fragmentação desta atenção em saúde, pois,

Se incorporar abordagens disciplinares variadas pode adicionar qualidade ao atendimento, isso também pode gerar a não responsabilização, tanto em termos individuais como coletivos, mediante a focalização em aspectos parciais do indivíduo, com inevitáveis danos à saúde. O conceito de atenção integral pode ser uma contribuição importante na organização do processo de trabalho, de forma a afastar o risco da fragmentação (BRASIL, 2010, p. 17).

As abordagens disciplinares de que se trata aqui, dizem respeito ao atendimento de diferentes profissionais como: assistente social, nutricionista, psicólogo, farmacêutico entre outras. Para isso o NASF prevê o atendimento integral dos usuários. Entretanto, é necessário que os profissionais tenham claro o conceito de integralidade e seus limites dentro da política de saúde.

O NASF não se constitui como um serviço que tenha espaço físico independente, ele compõe a APS. Os profissionais do NASF utilizam os espaços das USF para desenvolver seu trabalho concomitantemente com o território o qual estão

inseridos (BRASIL, 2014). Esta configuração se materializa no cotidiano como um primeiro ponto que anuncia a possibilidade de implicação nas condições de trabalho desses profissionais, pois os municípios não oferecem meios para a locomoção entre os distritos.

No decorrer do desenvolvimento do NASF e com o objetivo de possibilitar que qualquer município seja contemplado, o Ministério da Saúde implantou novas regulamentações. As normativas responsáveis por estas novas regulamentações são: Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011 que aprova a PNAB e a Portaria n. 3.124 de 28 de dezembro de 2012 que redefine os parâmetros de vinculação nas modalidades 1 e 2, e cria a modalidade 3.

Assim, em 2012 o NASF conta com três modalidades financiadas pelo Ministério da Saúde, sendo: NASF 1 vinculada de cinco a nove eSF; NASF 2 para três a quatro eSF e NASF 3 para uma a duas eSF, todas para populações específicas (equipe Consultório de Rua, Ribeirinhas e Fluvial) (BRASIL, 2014).

Conforme inscrito na PNAB de 2011, cada eSF deve ser responsável por no máximo 4.000 pessoas e orienta que a média seja de 3.000, a depender do grau de vulnerabilidade social que quanto maior, menor o número de pessoas por equipe. Ou seja, considerando o NASF 1, responsável por no máximo nove eSF, neste cálculo cada NASF é responsável no apoio junto as eSF, numa abrangência de 36.000 pessoas.

Há de se considerar que se trata de um número expressivo de pessoas que o NASF é responsável em apoiar junto às eSF. O que é possível questionar diante desses elementos é o quanto isso impacta no desenvolvimento das ações do NASF, o quanto essa política consegue alcançar diante do que foi proposto e o quanto isto implica nas condições de trabalho dos profissionais envolvidos. Esses foram alguns dos questionamentos propulsores para pensar o desenvolvimento desta pesquisa para analisar as condições de trabalho das assistentes sociais nesse espaço de atuação.

2.5 O DESMONTE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE E AS MUDANÇAS NA PNAB

Os serviços públicos, tanto na saúde quanto em outras políticas sociais, vêm sofrendo um brutal desmonte a fim de atender os interesses do mercado. A lógica

privada ganha espaço e se insere na oferta de diversos serviços de forma perversa com o discurso que o privado se sobressai na qualidade de atendimento e eficiência dos serviços. Exemplo disso é a proposta do Governo de Michel Temer sobre os Planos de Saúde Populares que estava em discussão no ano de 2017. Esses planos preveem um “menor custo”, com coberturas mais restritas, um verdadeiro retrocesso ao acesso universal à saúde previsto na Constituição Federal de 1988. Propostas como estas, revelam um violento desmonte do SUS e demais políticas sociais.

O ano de 2016 é marcado pela inserção na agenda nacional da revisão da PNAB, precedida por uma portaria que tornava facultativo a presença de ACS nas equipes e ainda previa a incorporação de mais técnicos de enfermagem (MELO et al, 2018). Neste contexto de crise estrutural do capital e, na particularidade brasileira, crise política e social, há a intensificação da precariedade na política de saúde no que tange a oferta efetiva dos serviços públicos.

A década de 2010 é marcada por um retrocesso de direitos em todos os serviços públicos de forma acelerada que certamente ficará registrado na história como o período de desmonte da seguridade social. Exemplo disso é a Emenda Constitucional n. 95/2016 que congela os investimentos financeiros do governo federal por 20 anos. De acordo com Mariano (2017), a Constituição exige dos governos que haja uma aplicação de um percentual mínimo de sua receita em educação e saúde. Nesse sentido,

A União federal é obrigada a aplicar na saúde ao menos o mesmo valor do ano anterior mais o percentual de variação do Produto Interno Bruto (PIB). Estados e Municípios precisam investir 12% e 15%, respectivamente. Na educação, a União federal deve gastar 18% do arrecadado, e Estados e Municípios 25%. Sem essa exclusão do teto, o financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) nos Estados e Municípios será fortemente atingido, pois cerca de 2/3 das despesas do Ministério da Saúde são transferidas fundo a fundo para ações de atenção básica, média e alta complexidade, assistência farmacêutica, vigilância epidemiológica e sanitária, entre outras, a cargos dos entes federados (MARIANO, 2017, p.262).

A partir da afirmação do Ministro da Fazenda, Henrique Meirelles quando afirma que a “desvinculação das despesas obrigatórias com saúde e educação é parte fundamental e estrutural desse novo regime”¹⁴, depreende-se que a Emenda

¹⁴ Refere-se a Emenda Constitucional n. 95, art. 106 “fica instituído o Novo Regime Fiscal no âmbito dos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social da União, que vigorará por vinte exercícios financeiros” (BRASIL, 2016).

Constitucional n. 95 se torna inconstitucional, pois se impõe contra o princípio da vedação¹⁵ ao retrocesso social (MARIANO, 2017, p. 263).

Morosini et al (2018) destacam que essas medidas colocam na relação do SUS e a sociedade brasileira uma fragilização com adensamento para o fortalecimento ideológico do setor privado, sendo essa alternativa das necessidades de saúde de qualidade. O ritmo que se estabelece diante dessas fragilidades que vão se abrindo na política de saúde, impulsiona o terreno propício que caminha para a desconstrução do SUS, com um financiamento que jamais atingiu suficiência e estabilidade. A iniciativa privada sempre foi objeto de fortalecimento no que tange aos incentivos financeiros.

Essa torrente de retrocessos avança em barbárie com a aprovação da nova PNAB pela Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017, que estabelece a revisão de diretrizes para a organização da AB. Traduz mais um dos retrocessos para o SUS com ameaça para o esvaziamento da ESF. Para entender, o financiamento que é repassado pelo Ministério da Saúde para AB é chamado de PAB, que pode ser de duas formas: fixo ou variável. O fixo é depositado todos os meses de forma automática na conta dos municípios a partir do FNS e o variável está atrelado aos que aderem a implementação das ações de SF, Saúde Bucal e formação de equipes com agentes comunitários (STEVANIM, 2017).

Desde a criação do SUS, parte da responsabilização do financiamento que cabe aos Estados em conjunto com os municípios aumenta gradativamente, o que ausenta a participação da União. O recurso do PAB fixo em 2014 estava em R\$ 6,2 bilhões, já em 2017 a previsão da lei orçamentária foi de R\$ 5,2 bilhões, uma queda de 16,82%. Sobre o PAB variável, responsável pelos recursos da Saúde da Família (SF), a queda será ainda maior, de R\$ 13,6 bilhões executados em 2014 para R\$ 10,6 bilhões em 2017, uma diminuição de 21,91% (STEVANIM, 2017).

Em 2011, a União custeava 45,5% dos gastos públicos em saúde, sendo menor do que a fatia custeada pelos Estados e municípios. O governo federal,

¹⁵O princípio da vedação ao retrocesso social tem como conteúdo a proibição do legislador em reduzir, suprimir, diminuir, ainda que parcialmente, o direito social já materializado em âmbito legislativo e na consciência geral. Funciona como um limite à reforma, através do qual visa proteger os indivíduos contra a superveniência de lei que pretende atingir, negativamente, o direito social já conquistado em sede material legislativa, de modo a vedar a propositura de normas tendentes a suprimir tal direito social. Os direitos sociais para uma vida digna e, dessa maneira, deverão ser protegidos sob uma cláusula limitadora (no caso o princípio da vedação ao retrocesso social) (SILVA JUNIOR, 2013).

mesmo com a coparticipação no financiamento, ainda se torna o agente definidor da política de saúde no Brasil. Entretanto, os municípios menores não dispõem de recursos que possam ser suficientes para completar a despesa não coberta pela União, paradoxalmente, as grandes cidades pelas suas características territoriais e populacionais também permanecem com suas deficiências de atendimento pela sua realidade complexa (MENDES; MARQUES, 2014).

Outra alteração na PNAB é a interação dos ACS com os Agentes de Combate às Endemias (ACE) e as novas atribuições aos ACS para aferir pressão e glicemia, fazer curativos, entre outros. Esta é mais uma forma precarizada e de intensificação do trabalho dos ACS, que impõe a esses profissionais aglutinar outras atribuições, destacando que são atribuições privativas de outros profissionais, corroborando inclusive como risco para a população.

Sobre o NASF, a atual PNAB (2017), propõe que as equipes multiprofissionais, além de atender as eSF, passem também a atender equipes de AB “tradicionais”. Desta forma haverá alteração do nome para Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB) (BRASIL, 2017). Ou seja, os NASFs ficarão ainda mais sobrecarregados agregando mais equipes para realizar apoio. É massivo o número de alterações que incorporam um discurso modernizador na AB, a fim de garantir melhor qualidade no atendimento para a população. Entretanto, muitos estudiosos na área afirmam que se trata de um caminho para o passado, um retrocesso de direitos do qual não estamos conseguindo impedir. A restrição de recursos, a forma gerencialista de reorganizar o SUS, intensificação do trabalho desenham esta nova Política de AB aprovada no ano de 2017.

A nova PNAB é aprovada em uma conjuntura em que os direitos sociais estão sendo ignorados por um legislativo que está voltado aos interesses do capital. Nesse movimento, as consequências para a classe trabalhadora será um processo de desemprego massivo, perda de direitos trabalhistas e sua precarização, portanto o adensamento da pauperização, retirando os direitos sociais tão duramente conquistados na história das políticas sociais no Brasil e reformuladas numa configuração de intensificação precarizada do trabalho.

Para compreender melhor essas alterações e ilustrar as alterações na PNAB, segue quadro comparativo dos princípios, diretrizes e conceitos centrais nas edições das PNAB 2011 e 2017, elaborado por Melo et al (2018, p. 43).

Quadro 2 - Síntese comparativa dos princípios, diretrizes e conceitos centrais nas edições das PNAB 2011 e 2017:

Dimensões de análise e/ comportamento	Princípios, diretrizes e conceitos centrais da Atenção Básica
Continuidades	Os princípios e diretrizes aparecem, em suma, conservados na escrita da PNAB 2017 (universalidade; equidade; integralidade; regionalização e hierarquização; territorialização; população adscrita; cuidado centrado na pessoa; resolutividade; longitudinalidade do cuidado; coordenação do cuidado; ordenação da rede; participação da comunidade). O conceito de AB segue praticamente o mesmo. Permanece a consideração de AB e atenção primária como termos equivalentes, sendo o primeiro termo de uso mais frequente no texto da PNAB.
Descontinuidades	É retirada a palavra 'democrática' do texto na PNAB 2017 no que se refere ao formato das práticas de cuidado e de gestão. A 'humanização' desaparece dos princípios enunciados na PNAB 2017 ao contrário da edição anterior.
Agregações	Maior detalhamento e repetição da noção de rede e traduções dos princípios do SUS e das noções das redes na AB. A incorporação de conceitos, ferramentas e estratégias de outras publicações já existentes (técnicas e normativas) ao texto desta nova PNAB. Agregação dos 'cuidados paliativos' e 'vigilância à saúde' ao conceito de AB – vigilância já estava na PNAB anterior, mas fora do item específico com definição sobre AB, embora prevenção, promoção e proteção (associados à vigilância) estejam nas duas. Explicita-se a proibição na AB de 'qualquer exclusão baseada em idade, gênero, raça/cor, etnia, crença, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, estado de saúde, condição socioeconômica, escolaridade, limitação física, intelectual, funcional e outras'.

Fonte: Melo et al (2018, p. 43).

Em nossa análise, a inclusão de um conceito não corresponde efetivamente a ação de uma política, entretanto a retirada incita uma mudança na percepção do caráter democrático, e principalmente humanizado, e dá o tom para o desmonte em grande velocidade da APS. Como não está em nosso objetivo fazer análise aguçada dessas mudanças, nos cabe indagar. Por que a retirada de termos tão importantes que estão intrinsecamente relacionados ao conceito de saúde, promoção e prevenção desta?

O quadro a seguir nos apresenta o comparativo dos aspectos organizativos e funcionais:

Quadro 3 - Síntese comparativa dos aspectos organizativos e funcionais nas edições das PNAB 2011 e 2017:

Dimensões de análise e/ comportamento	Aspectos organizativos e funcionais das equipes e unidades de saúde
Continuidades	<p>Permanece a afirmação discursiva da Estratégia Saúde da Família (ESF) como modalidade prioritária de implantação da AB no Brasil. Os tipos de profissionais das Equipes de Saúde da Família (EqSF) e suas atribuições (com exceção dos ACS), no geral, permanecem. Os tipos de equipes especiais e para populações específicas (consultório na rua, ribeirinhas etc.) continuam, embora seja sinalizada a perspectiva de progressiva incorporação nas modalidades mais usuais de equipes. As possibilidades de composição dos profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) são mantidas, mas a carga horária não está detalhada. O denominador para cálculo do número de equipes por município permanece sendo 2.000 (na PNAB de 2011, era 2.400, mas a portaria 2.355 de 2013 já havia modificado para esse denominador. Ambas sugerem considerar elementos como o risco e a vulnerabilidade social como parâmetros para definição do número de pessoas/equipe.</p>
Descontinuidades	<p>A PNAB 2017 reconhece outras formas de organização da AB para além da saúde da família. O número recomendado de pessoas por EqSF passa a ser a faixa de 2.000-3.500 pessoas, sem a recomendação de 3.000 pessoas/equipe (como média recomendada) da PNAB anterior. A PNAB 2011 indicava apenas o limite máximo de 4.000/equipe, sem mínimo. O número mínimo de ACS/equipe, que era de 4 na PNAB anterior, não está definido na atual, passando, portanto, a ser de 1 ACS/equipe. Passa a haver recomendação de que os ACS devem cobrir 100% da população em condições de maior risco e vulnerabilidade (sem parâmetros objetivos usados nesta definição), e não mais 100% da população da EqSF. Foi retirada da PNAB de 2017 a previsão de que parte da carga horária dos profissionais (8 horas semanais) pudesse ser destinada para atividades de formação. Foi retirada a possibilidade de EqSF terem médicos com carga horária de 20 horas e 30 horas, ficando apenas 40 horas para todos os profissionais. As Equipes de Saúde Bucal passam também a poder cobrir as unidades básicas tradicionais. Os Nasf passam a se chamar Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB), suprimindo a noção de 'apoio'. Ainda que a PNAB 2017 traga a educação permanente como importante para o processo de trabalho da atenção básica, é dada menor ênfase. O Programa Saúde na Escola (PSE) na PNAB 2017 está apenas como um dos itens que devem ter financiamento federal, sem especificações.</p>
Agregações	<p>A PNAB 2017 traz como responsabilidade tripartite a garantia do transporte em saúde para equipes e usuários. A introdução dos conceitos de 'padrão essencial' e 'padrão ampliado' na conformação e classificação das ações e serviços, sem detalhamento. A PNAB 2017 possibilita a incorporação do ACE como parte da EqSF. As Equipes de Atenção Básica (EqAB) estão previstas com cargas horárias mínimas de 10 horas dos seus profissionais, sem obrigatoriedade de ACS na sua composição, com indicação de novo financiamento de custeio. Integração entre vigilância e atenção básica com recomendação de unificação das ações dos agentes comunitários de saúde e dos agentes de combate às endemias. Novas competências dos ACS, por meio de formação específica, assistidos por profissional de nível</p>

	superior. Os Nasf-AB passam a cobrir também as chamadas unidades básicas tradicionais. Recomendação de que as UBS tenham 4 equipes para atingirem o seu potencial resolutivo (PNAB anterior recomendava o máximo de 12.000 pessoas por UBS com ESF em áreas urbanas, e de 18.000 pessoas para UBS tradicionais). Profissionais da ESF só podem atuar em uma equipe.
--	---

Fonte: Melo et al (2018, p. 44).

Para Melo et al (2018) há uma clara flexibilidade expressa na PNAB de 2017 se expressando de maneira nebulosa em diversos trechos, em um discurso que justifique a adequação de acordo com as necessidades regionais. Essas descontinuidades podem ser percebidas quando é apresentado a redução de quatro para um no número de ACS e mantém-se a cobertura populacional além da não obrigatoriedade desses profissionais nas equipes. A nova PNAB não traz mudanças na composição de profissionais do NASF, e tampouco sobre sua carga horária. Entretanto, a nova nomenclatura – Núcleo Ampliado - revela outra concepção de trabalho. Há uma tendência a perder a função de apoio, formato de funcionamento e cobertura de algumas unidades básicas (MELO et al, 2018, p. 45). Nesse sentido,

Quando uma política, simultaneamente, torna indefinido o número de ACS por equipes e flexibiliza os parâmetros de cobertura, reforça-se o risco de serem recompostas barreiras ao acesso à saúde de parte da população. Lembre-se, aqui, que o ACS é um trabalhador que deveria ser o 'elo' entre os serviços de saúde e a população, contribuindo para facilitar o acesso e proporcionar uma relação estável e contínua entre a população e os serviços de APS. Tal formulação compromete, também, um conjunto de processos já instituídos na ESF, que se estruturam por meio da presença constante de um trabalhador da saúde no território. Entre esses processos, destacam-se a escuta e a percepção de problemas e necessidades que poderiam ser invisíveis aos serviços, bem como a identificação e a criação de possibilidades de intervenção, dadas a partir de seus conhecimentos sobre a dinâmica da vida no território (MOROSINI et al, 2018, p. 16).

Segundo Morosini et al (2018), a nova redação da PNAB revela um discurso, da construção de uma redação ambivalente, adicionando verbos como sugerir e recomendar. Desta forma, retira o caráter indutor e propositivo da política, manifestando a desconstrução de um compromisso com a expansão da saúde da família e do sistema público. Os autores ainda argumentam que essa estrutura tem como por objetivo metamorfosear a crítica, deixando sua proposta com maior facilidade, abrindo diversas possibilidades de compreensão. A ambivalência que se apresenta nesta forma nebulosa no decorrer de todo o texto, revela escolhas ideológicas que se colocam previamente e que de fato determinam o processo político atual. Essas escolhas traduzem a concepção de Estado consonante com a perspectiva neoliberal, ou seja, menor presença do Estado.

O que fica claro no teor das mudanças na PNAB de 2017, é uma diferenciação das ações e serviços da APS, em que são agora classificadas como conceitos de “padrão essencial” e “padrão ampliado” sem qualquer explicação em detalhes. Assim, compreende-se o risco de se abrir uma atenção simplificada e seletiva (MELO et al, 2018, p. 45). No último quadro comparativo apresentado pelos autores, é explanado os aspectos de gestão e financiamento.

Quadro 4 - Síntese comparativa dos aspectos de gestão e financiamento nas edições das PNAB 2011 e 2017:

Dimensões de análise e/ comportamento	Aspectos de gestão e financiamento da Atenção Básica
Continuidades	Grande maioria das responsabilidades dos três entes federados permanecem.
Descontinuidades	
Agregações	A figura do gerente de Unidade Básica de Saúde (UBS) e suas atribuições. Constante menção, no texto da nova PNAB, sobre as realidades de cada local e possibilidades de adaptação (por vezes isso ficando confuso e até contraditório, quando acompanhando de uma definição normativa fechada) dos parâmetros propostos, de forma a ampliar o poder do gestor municipal. A previsão (não detalhada) de agregação de modalidade de financiamento federal com recursos condicionados à abrangência da oferta de ações e serviços. Indicação de financiamento ‘regular e automático’ pelas secretarias estaduais de saúde para os municípios, embora a PNAB não tenha nenhum dispositivo concreto para isso. Validade de 4 meses para o credenciamento de novas equipes pelo Ministério da Saúde (prazo para serem implantadas no município após o credenciamento autorização solicitado).

Fonte: Melo et al (2018, p. 46).

Partindo do pressuposto universal do SUS, que integra um conjunto de ações a serem organizadas em uma rede descentralizada, regionalizada e hierarquizada de serviços, as mudanças na PNAB 2017 repercutem em vários aspectos que interferem na implementação desse modelo. A Constituição estabelece que os municípios são entes autônomos, entretanto, são muito desiguais entre si – pequeno e médio porte populacional, limitações e condições político-institucionais para que assumam as responsabilidades de forma igualitária. Desta forma, abre-se um precedente histórico a partir dessas alterações que desestabiliza o compromisso da PNAB com a universalidade da atenção à saúde no SUS (MOROSINI et al, 2018). Para os autores,

A nova PNAB, ao flexibilizar o modelo de atenção e do uso dos recursos transferidos por meio do PAB variável, fragiliza o poder de regulação e indução nacional exercido pelo MS, responsável por avanços significativos

no processo de descentralização do SUS. No que tange ao financiamento, ressalta-se a ausência de mecanismos de valorização diferenciada da ESF em relação às chamadas equipes de AB, para as quais, anteriormente, não eram destinados esses recursos (MOROSINI et al, 2018, p. 20).

A possibilidade de compor equipes de AB passa a ser facultada às gestões municipais em decorrência das necessidades que o município apresenta. A questão do recurso em relação às especificidades locais remete novamente como forma de justificar a flexibilização da AB. O discurso dos gestores sobre as novas propostas em que se coloca como possibilidades de financiamento e organização da AB é engrandecida sob reparo às injustiças da forma tradicional em que se configura a AB. A justificativa do Ministério da Saúde é que a forma de organização do que formulava as PNAB anteriores, levaram a um desfinanciamento de parte dos serviços de AB existentes no país (MOROSINI et al, 2018).

Contudo, os impactos dessas mudanças na PNAB ainda não são possíveis de uma análise mais profunda. Como já mencionamos, não nos cabe avaliar essas mudanças pois as mesmas ainda estão no prelúdio dessas alterações. Entretanto, é preciso estar atento enquanto sociedade civil, estudiosos do tema e profissionais da área da saúde para os retrocessos e tendências que se anunciam em decorrência dos elementos suscitados em linhas gerais até aqui.

Em seguida, na próxima seção, apresentaremos a compreensão de política social, as relações de trabalho que nela se estabelecem e análise dos dados da pesquisa realizada com assistentes sociais que atuam nos NASFs da Região Metropolitana de Florianópolis.

3 CONDIÇÕES DE TRABALHO DAS ASSISTENTES SOCIAIS NO SUS

O objetivo desta pesquisa é analisar as condições de trabalho das assistentes sociais que atuam nos NASFs da Região Metropolitana de Florianópolis. Busca-se compreender o objeto em questão a fim de que possamos vislumbrar o cenário em que as trabalhadoras - assistentes sociais - atuam, e assim se aproximar do contexto da classe trabalhadora e dos avanços e limites condicionantes relativos ao mundo do trabalho.

A intensificação da seletividade e focalização dos programas sociais, no contexto brasileiro, prossegue de modo a desmontar os avanços dos direitos sociais inscritos na Constituição Federal de 1988. O movimento contrarreformador tem suas bases políticas e legais fixadas em 1995 com o Plano Diretor na Reforma do Aparelho do Estado no governo FHC. Esse movimento de cunho neoliberal, compreendido como o esvaziamento das conquistas sociais, trabalhistas, políticas e econômicas, impõe ao Estado a função de promover e regulamentar arranjos políticos, jurídicos e econômicos que permitam a recomposição da taxa de lucro do capital. Essa dinâmica repercute com gravidade para a classe trabalhadora ao introduzir critérios de mercado às relações de trabalho, bem como a incorporação de uma racionalidade individualista, produtivista e competitiva entre os próprios trabalhadores que se encontram envolvidos em novos mecanismos de controle e fiscalização nos processos de trabalho (SILVA; RAICHELIS, 2016).

Estas novas configurações no mundo do trabalho não chegam apenas ao campo das empresas industriais, mas atinge a totalidade dos processos produtivos conjuntamente ao setor de serviços e a esfera estatal, sendo esta, uma das maiores empregadoras da força de trabalho das assistentes sociais. Assim como no Serviço Social, profissionais de outras áreas de conhecimento são inseridos no mercado de trabalho e passam a preencher lugares específicos na divisão social e técnica do trabalho para responder as solicitações da dinâmica da luta de classes e dessas para com o Estado (RAICHELIS, 2018).

De acordo com Raichelis (2018), é no setor de serviços públicos e privados onde há também precarização e intensificação do trabalho, com atividades mais desvalorizadas, agregando menor valor e salários mais baixos. É nesse cenário que há o aumento de assédio moral, desgaste mental, sofrimento e adoecimento devido as formas de organização das instituições, controle e gestão das políticas sociais. Nesse

ambiente institucional que a intensificação do trabalho vai sendo incorporada de forma estratégica, sutil e gradativa, “elas ganham concretude no ritmo e na velocidade do trabalho, na polivalência e na multiatividade, nas cobranças de metas de produtividade, no maior volume de tarefas, no peso da responsabilidade” (RAICHELIS, 2018, p. 59).

A desregulamentação do trabalho avança e a diferença entre servidores públicos e trabalhadores contratados se dissipa com as mudanças no governo de Michel Temer que exibiu sua agenda circunscrita na redução drástica dos direitos dos/as servidores/as do Estado, em um contexto marcado pela contrarreforma neoliberal do Estado. A justificativa foram os cortes de gastos para o pagamento dos juros da dívida pública, o que cerceia o fundo público e transfere parte da riqueza socialmente produzida para o capital financeiro. A terceirização e todo processo de suposta modernização das leis trabalhistas que, na particularidade brasileira se inicia a partir de 2016, com diferentes modalidades de contratação, passam a ser regulamentadas no Brasil, o que provoca impactos não apenas para os trabalhadores regidos pela CLT, mas também para os servidores público (RAICHELIS, 2018).

Conforme Yamamoto (2011), a política social quando é submetida aos princípios da política econômica, é redimensionada para as tendências de privatização e cortes nos gastos públicos para os programas sociais. Desta forma, a redução dos gastos sociais tem como consequências a degradação no oferecimento dos serviços sociais públicos. Diante da crise fiscal do Estado, em que se coloca como consequência os gastos sociais, a resolutividade que se opera é reduzir despesas, diminuir atendimentos, recursos materiais e humanos para implementação de projetos. Nesse horizonte, o Serviço Social é requisitado a implementar e viabilizar direitos sociais bem como os meios para exercê-los em um cenário limitado em recursos. Torna-se assim, deficiente as condições e os meios de trabalho para as assistentes sociais operarem as políticas sociais.

A flexibilização das relações, da organização e intensificação do trabalho traduz elementos para que os pesquisadores e profissionais de Serviço Social se debrucem sobre o tema das condições de trabalho engendradas no cotidiano profissional. Para Guerra (2016, p.94) há uma,

Nova tendência que comparece nos espaços de trabalho das assistentes sociais, é o crescente aumento de profissionais que possuem mais de um vínculo de trabalho, o que caracteriza o pluriemprego. Há, ainda, a inserção socioprofissional em duas ou mais políticas sociais, uma rotatividade inédita, resultante dos vínculos instáveis e dos baixos salários, além da

intensificação e extensão de carga horária por ter que cumprir, pelo menos duas jornadas de trabalho.

Guerra (2016) e Raichelis (2018) destacam que o fato da profissão ser predominantemente de mulheres, a tendência de sobrecarga de trabalho limita a possibilidade de realizar capacitações e pesquisas. Historicamente a profissão é marcada pelo trabalho feminino, o que também confere sua maior participação no setor de serviços. Embora a precarização do trabalho esteja entre mulheres e homens, a intensidade no emprego decai sobre as mulheres. Essa lógica reforça a discriminação da mulher no mundo do trabalho, com conformações e justificativas trabalhistas relacionadas, por exemplo, a “vida reprodutiva”. Esta dinâmica interfere no tempo de lazer e descanso, e como consequência tem seus rebatimentos no estresse e adoecimento.

Nesse sentido, a forma de se produzir no capital também ganha outra face, tornou-se totalidade social, ou seja, produzimos durante todo o tempo, pois os diversos modos de manipulação não ocorrem apenas no lócus de trabalho. O capital descentraliza os espaços de trabalho com aporte das novas tecnologias e metamorfoseia o próprio tempo de trabalho, como é o caso do *home office*¹⁶. O trabalho agora está no lar, nos momentos de lazer. Ele invade com trabalho estranhado a vida pessoal, compondo o *modo de vida just-in-time* e estabelecendo o fenômeno da *vida reduzida* (ALVES, 2016). As assistentes sociais, assim como toda classe trabalhadora, sofrem com todas as determinações dessa sociabilidade, onde o adoecimento causado pelo trabalho, não está em determinadas especializações profissionais, mas sim em todas as relações de trabalho que essa sociedade impõe.

O Serviço Social é uma profissão inserida na divisão social e técnica do trabalho, portanto se inscreve na produção e reprodução das relações sociais, no movimento de mundialização do capital, enquanto uma especialização do trabalho coletivo. Situar a profissão frente estas transformações e determinações históricas da sociedade contemporânea, no mundo do trabalho e na esfera do Estado, se faz necessário para compreender os rebatimentos para a classe trabalhadora. Torna-se fundamental conhecer a forma como é realizada a venda da força de trabalho do

¹⁶Nesse contexto, o trabalho *home office* é o contrário da jornada de trabalho tradicional, é sobre trabalho pois se dilui o início e término da jornada diária. Torna-se na atual conjuntura, ser tomado pelo tempo de forma abstrata. O trabalho está em casa, está nos momentos de lazer e nas horas de descanso. As tarefas são executadas em qualquer tempo. O *home office* tem na sua tradução fiel, “escritório em casa”, uma categoria que muitas empresas adotam (ALVES, 2016).

profissional de Serviço Social, a fim de apreender o significado social dos resultados do que traduz esse trabalho, aliado às relações entre capital e trabalho.

As contrarreformas do Estado e a intensificação da exploração do sistema capitalista produzem o enfraquecimento das políticas sociais e a redução no rol dos direitos sociais da classe trabalhadora. Essas alterações provocam consequências nas condições de trabalho e no modo de contratação dos trabalhadores, o que implica no trabalho da assistente social uma intensificação no trato da 'questão social'¹⁷ (ALENCAR; GRANEMANN, 2009).

As assistentes sociais trabalham em seu cotidiano profissional, com as mais diversas expressões da "questão social", que traduzem na vida dos indivíduos sociais a partir das políticas sociais nas formas de organização da sociedade civil e na luta por direitos sociais. Desta forma, compreender estas novas mediações e como elas se revelam a partir da "questão social" é de fundamental importância para o Serviço Social (IAMAMOTO, 2011).

A "questão social" compreende um conjunto das desigualdades e lutas sociais, sendo produzidas e reproduzidas no movimento contraditório de como as relações sociais, próprias da sociabilidade capitalista, se estabelecem. Esta configuração tomada pela "questão social" constitui tanto os determinantes históricos que impõe condições à vida dos indivíduos sociais, quanto dimensões subjetivas. Se instaura na arena de lutas políticas e culturais na disputa entre projetos societários, sendo orquestrados por diferentes interesses de classe na direção que se pretende dar acerca das políticas econômicas e sociais (IAMAMOTO, 2011).

Nesse contexto, Netto (2011) destaca que o capitalismo monopolista, por suas dinâmicas e contradições, cria condições para que o Estado por ele apanhado, legitime a política social por meio do jogo democrático, sendo permeável a demandas das classes subalternas, fazendo incidir nele seus interesses e reivindicações imediatas.

¹⁷ Compreende-se aqui o termo "questão social" como o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade. [...] os assistentes sociais trabalham com a "questão social" nas mais variadas expressões cotidianas, tais como indivíduos as experimentam no trabalho, na família, na área habitacional, na saúde, na assistência social pública etc. É nessa tensão entre produção da desigualdade e a produção da rebeldia e da resistência, que trabalham os assistentes sociais, situados nesse terreno movidos por interesses sociais distintos, aos quais não é possível abstrair ou deles fugir porque tecem a vida em sociedade (IAMAMOTO, 2011, p. 27-28).

É somente nestas condições que as sequelas da “questão social” se tornam – mais exatamente: podem tornar-se – objeto de uma intervenção contínua e sistemática por parte do Estado. É só a partir da concretização das possibilidades econômicas-sociais e políticas segregadas na ordem monopólica (concretização variável do jogo das forças políticas) que a “questão social” se põe como alvo de políticas sociais. No capitalismo concorrencial, a “questão social”, por regra era objetivo da ação estatal na medida em que motivava um auge de mobilização trabalhadora, ameaçava a ordem burguesa ou, no limite, colocava em risco global o fornecimento da força de trabalho para o capital – condições *externas* à produção capitalista (NETTO, 2011, p. 29).

Corroborando com essa afirmação, Iamamoto (2011) aponta que a “questão social” se re-produz diante de novas mediações históricas, concomitantemente toma como inéditas expressões espalhadas em todas as dimensões da sociabilidade humana. Desta forma, ocorrem alterações nas bases da produção e reprodução das desigualdades nas periferias dos centros mundiais, pautadas pelo contexto de internacionalização da produção, dos mercados, da política e da cultura, enfim, pelas dinâmicas econômico-sociais em seus processos históricos.

O Serviço Social é uma profissão interventiva no âmbito da “questão social” e suas expressões. A “*questão social*” é mais do que as expressões de pobreza, miséria e ‘exclusão’. Condensa a banalização do humano, que atesta a radicalidade da alienação e a invisibilidade do trabalho social – e dos sujeitos que o realizam – na era capital fetiche. A subordinação da sociabilidade humana às coisas – ao capital-dinheiro e ao capital mercadoria -, retrata, na contemporaneidade um desenvolvimento econômico que se traduz como barbárie social (IAMAMOTO, 2011, p. 125).

A chamada “questão social” mais vela do que desvela seus fundamentos econômicos e políticos, tendo o contexto ideológico decisivo nas políticas sociais e políticas do Estado. Desta forma essas políticas atribuem caráter moral, valendo-se do conhecimento social que surge nesse âmbito, formado diretamente pelo pensamento conservador. Tem como estratégia reforçar um problema de administração técnica, ou seja, as políticas sociais, mesmo que considerando seu papel importante, são organizadas e principalmente pensadas para administrar a pobreza, com características assistencialistas, seletivas, focalistas e meritocráticas (GUERRA, 2016).

A economia e o aparelho do Estado são modernizados a todo momento com falsos ideais, mas as conquistas políticas e sociais são devastadas, dando o tom de desencontro entre economia e sociedade. O agravamento das desigualdades sociais é expressado nas lutas operárias, em diversas reivindicações como do movimento negro, nas lutas pela terra, pela liberdade sindical, no direito à greve tão marginalizado na década dos anos 2010, na luta pelos direitos à saúde, à habitação,

educação entre outros. Nesse sentido, “a política social submetida aos ditames da política econômica, é redimensionada ante as tendências de privatização, de cortes nos gastos públicos para programas sociais, focalizados no atendimento à pobreza e descentralizados na sua aplicação” (IAMAMOTO, 2011, p. 147).

Esse cenário causa insatisfação do profissional, que tem sua condição de trabalho submergida pela precarização dos espaços de atuação e suas formas de contratação. Diante desse contexto, a assistente social precisa compreender e ter claro esta dinâmica em que está inserido, pois discutir as condições de trabalho é discutir também o nosso projeto ético-político, as nossas responsabilidades técnicas operativas, nossa qualificação teórico-metodológica para nos compreender enquanto indivíduos sociais e profissionais, e que estamos nesse complexo campo de luta de classe (VASCONCELOS, 2015).

3.1 POLÍTICA SOCIAL E RELAÇÃO COM O SERVIÇO SOCIAL

O debate entre política social e Serviço Social estabelece uma relação visceral que ao longo das últimas décadas do século XX e início do século XXI estabelece um significativo aprofundamento. O sistema de proteção social brasileiro sofre uma alteração após a retomada do Estado de direito em 1985, período em que a sociedade civil intensifica mobilizações para ampliação dos direitos sociais como saúde, previdência e assistência social. Nesse contexto os profissionais de Serviço Social buscam aprofundamento teórico sobre a relação entre “questão social” e política social. A produção de conhecimento em torno da temática da política social se constituiu como um pilar no campo das ciências sociais e favoreceu a inserção das assistentes sociais no embate político da sociedade brasileira bem como sua intervenção profissional no terreno da política social (MIOTO; NOGUEIRA, 2013).

Para Behring e Boschetti (2010) analisar as políticas sociais requer partir de um enfoque dialético que necessita considerar alguns elementos essenciais para dar luz ao seu surgimento e desenvolvimento. O primeiro trata-se da própria natureza do capitalismo, seu desenvolvimento e as estratégias utilizadas para sua acumulação. O segundo é o Estado e seu papel na regulamentação e implementação das políticas sociais, tendo como terceiro o papel das classes sociais. Diante desse contexto as autoras destacam que não se pode explicar a gênese e

desenvolvimento das políticas sociais sem realizar uma articulação com a política econômica e a luta de classes.

Nesse cenário político é fundamental compreender qual o papel que o Estado estabelece e sua relação com os interesses das classes sociais. E principalmente na forma de conduzir as políticas econômicas e sociais no sentido de observar se a ênfase maior é nos investimentos sociais ou com privilégios nas políticas econômicas. “Se fortalece e respeita a autonomia dos movimentos sociais; se a formulação e implementação de direitos favorece os trabalhadores ou os empregadores”. “Ou seja, é necessário avaliar o caráter e as tendências das ações do Estado para identificar os interesses que diante desse contexto se beneficiam de suas decisões e ações” (BEHRING; BOSCHETTI, 2010, p.44).

Desse modo, para compreender o momento presente se faz necessário retomar a história com os olhos no futuro. Compreender a linha de acontecimentos contribui para vislumbrar os caminhos que podem nos levar até legado das décadas que nos aguardam. Iasi (2017, p. 113), parafraseando Karl Marx, indica que ainda que “a história seja feita pelos próprios seres humanos, nos contextos concretos de formação sociais concretas, no calor cotidiano da luta de classes, não se pode reduzir a história ao momento singular do acontecimento”. Por isso, consideramos importante retomar alguns pontos históricos sobre a relação das políticas sociais com o Serviço Social.

Esta conexão se manifesta no Brasil com o incremento da intervenção estatal a partir dos anos 1930. A expansão do papel do Estado associado às tendências mundiais após a grande crise de 1929 envolveu também a área social com o enfrentamento das expressões da “questão social” e foi acompanhada pela profissionalização do Serviço Social (BEHRING; BOSCHETTI, 2010).

Para Netto (2011), o Estado foi capturado pela lógica do capitalismo monopolista com uma integração orgânica entre os monopólios e instituições estatais. A explicação para o autor não se limita apenas na intervenção do Estado, mas nas estruturas que possibilitam a intervenção no sistema de poder político, tendo nos centros de decisão uma autonomia em relação às instâncias representativas. O Estado funciona ao capitalismo monopolista no nível das suas finalidades econômicas, proporcionando as condições necessárias à acumulação e a valorização deste capital. Sua relação é mediada pela correlação das classes e das forças sociais que não houve enfrentamento com um movimento democrático,

operário e popular sólido e maduro que pudesse estabelecer alianças sociopolíticas com objetivos determinados. Desta forma, as alternativas sociopolíticas que se apresentam no capitalismo monopolista são desprovidas de flexibilidade e inclusividade. Vão de um limite ao outro – Welfare State ao fascismo.

A compatibilidade da captura do Estado pela burguesia monopolista com o processo de democratização da vida sócio-política não é eludir o fenômeno real de que o núcleo dos sistemas de poder opera em favor dos monopólios – e, menos ainda que jogue no sentido de reduzir os conteúdos de direitos e garantias de participação política. Ao contrário, equivale a indicar que um componente, mesmo amplo, de legitimação é plenamente suportável, pelo Estado Burguês no capitalismo monopolista; e não só é suportável, como necessário, em muitas circunstâncias históricas, para que ele possa continuar desempenhando a sua funcionalidade econômica. Por outro lado, e nunca em último lugar, esta indicação desobstrui a via para a compreensão do rebatimento, no sistema estatal, das efetivas contradições que se desenvolvem na ordem social: a partir do momento em que procura legitimar-se mediante os instrumentos da democracia política, uma dinâmica contraditória emerge no interior do sistema estatal (NETTO, 2011, p. 28).

Para o autor, é uma lógica dominante em que sua função (do Estado) não exclui a tensão entre o embate das instituições a seu serviço. Com exceção das conjunturas em que há o esgarçamento dessa tensão e coloca em risco sua reprodução. É diante desse cenário, por um período longo que compreende de 1914 a 1939, e após a Segunda Guerra Mundial que as políticas sociais se intensificam. No pós-guerra há um longo período que vai até os fins da década de 1960 e com isso há um aumento na taxa de mais-valia e baixa dos preços das matérias primas que teve como consequência derrota do movimento operário. Esse contexto cria seus próprios reveses que se constituem na base do esgotamento de expansão capitalista no final dos anos 1960 (BEHRING, 2009). Nesse sentido,

É fundamental identificar as forças políticas que se organizam no âmbito da sociedade civil e interferem na conformação da política social, de modo a identificar sujeitos coletivos de apoio e/ou de resistência a determinada política social, bem como sua vinculação a interesses de classe. Essas forças sociais podem situa-se tanto no âmbito dos movimentos sociais de defesa de trabalhadores, quanto no de defesa de interesses de empregadores e empresariado, bem como de organizações não governamentais que muitas vezes se autoproclamam “imparciais”, mas que, submetidas a uma análise mais minuciosa, acabam revelando seus interesses de classe. (BEHRING; BOSCHETTI, 2010, p. 45).

Nesta dimensão, é preciso ter cautela nos períodos em que há uma retomada de valores liberais, de responsabilização individual pela condição de pobreza, resultado de uma focalização nas políticas sociais, pois as estratégias de hegemonia relacionadas às políticas sociais podem configurar uma direção intelectual e moral imbricadas aos projetos societários. Desta forma podem ocorrer implicações nas

concepções e legitimidade de determinados padrões de proteção (BEHRING; BOSCHETTI, 2010).

As reformas sociais que se encaminham no período pós Segunda Guerra Mundial seguem na relação de continuidade entre Estado liberal e Estado social, ou seja, não houve ruptura radical. O que houve foi uma mudança na perspectiva do Estado que atenuou os princípios liberais e incorporou orientações socialdemocratas em um contexto socioeconômico e de luta de classe. Passa a assumir um caráter social “democrático” e investe em políticas sociais. Nossa intenção não é marcar uma linha cronológica ou evolutiva entre o Estado liberal e Estado social, mas demarcar que ambos têm um ponto em comum quando reconhecem os direitos sociais sem colocar em xeque os fundamentos do capitalismo (BEHRING; BOSCHETTI, 2010).

É importante destacar que as políticas sociais, sendo um instrumento de produção e reprodução na relação capital/trabalho, devem ser analisadas de acordo com o contexto e momento histórico em que estão situadas, diante dos mecanismos que avançam e recuam no bojo das lutas sociais e das relações que se estabelecem entre Estado e classes sociais (CARDOSO, 2016).

Pois, é por meio da política social que o Estado burguês, no capitalismo monopolista, procura conduzir as expressões da “questão social” como forma de atender às demandas que são provenientes desta ordem monopólica. Nesse sentido, a intervenção do Estado no capitalismo monopolista consolida a política social em políticas sociais. Ou seja, as decorrências da “questão social” são recortadas como problemáticas, sendo particulares: desemprego, fome, insuficiência de habitação, falta de escolas, acidentes de trabalho, etc. - e assim enfrentadas (NETTO, 2011).

Conforme Paiva e Ouriques (2006) a política social é um mecanismo que socializa os custos da reprodução da força de trabalho para a sociedade. Se constitui em estratégia não apenas necessária, devido ao acirramento da luta de classes, mas especialmente possível a partir da ampliação do processo da extração da mais-valia na forma relativa sendo fundamental para o aproveitamento do excedente a ser valorizado. Ou seja, a política social é o produto da política do capitalismo e das transformações na esfera produtiva. Sua funcionalidade está diretamente vinculada a garantir a produção no processo de acumulação capitalista.

Se constitui ainda, como um espaço para operar a coerção, caracterizada pela condição da classe trabalhadora estar submetida à lógica capitalista. O Serviço Social nas políticas sociais expressa uma integração contraditória em que a vida da classe trabalhadora é mercantilizada. O assistente social imerso na realidade social tem a possibilidade de compreender esta contradição, em que transformar a condição de vida é parte de um começo de transformação revolucionária, coletiva. Mas transformar, contribuir para transformar a consciência dos indivíduos torna-se uma tarefa árdua e factível no cotidiano profissional. Pois, a política social frente as transformações contemporâneas, vai modulando as relações interpessoais e coletivas, tanto quanto as relações familiares no seu processo de responsabilização e disciplina. Assim como podemos dizer que somos moldados pelo Estado e/ou capital.

Diante disso, nossa intervenção no campo das políticas sociais se constitui como um espaço principal de atuação profissional na busca pela concretização dos direitos sociais como saúde, educação, previdência social, assistência social, moradia entre outros. São competências e atribuições profissionais realizadas de formas diferentes com relação direta (em sua maioria) com trabalhadores e trabalhadoras que têm seus direitos violados, e ao buscar o Serviço Social vêem uma possibilidade de informação e orientação para viabilizar o acesso a bens e serviços públicos. Behring e Boschetti (2016, p. 131) apontam que o Serviço Social “não se confunde com nenhuma política social nem se vincula exclusivamente a nenhuma delas, mas se institui e se consubstancia materialmente no processo teórico-político de condução das políticas sociais”. Nesse sentido,

Romper hegemonicamente com o conservadorismo e situar-se na mediação entre as necessidades sociais e a realização de direitos na sociabilidade capitalista obriga o Serviço Social a conviver permanentemente com tensões próprias das relações sociais capitalistas, inscritas no imperativo de permanente produção e reprodução do capital. [...] A contradição perene entre as demandas e lutas por direitos da classe trabalhadora e os ditames da acumulação do capital, que requer a mercantilização de bens e serviços, coloca a profissão no “fio da navalha dos antagonismos de classe. Coloca-se eticamente em defesa dos direitos da classe trabalhadora é postura ético-política e teórico essencial para assegurar emancipação política, mas não assegura a igualdade substantiva, nem garante a satisfação das necessidades da classe trabalhadora (BEHRING; BOSCHETTI, 2016, p. 131).

As autoras complementam que esta tensão se intensifica em tempos de crise com o avanço do conservadorismo, criminalizando as lutas sociais, de retenção dos direitos sociais com imposição de novos e antigos desafios aos assistentes sociais.

Toda esta tensão, lança ao assistente social a possibilidade de reconhecer e assumir que o Estado social, muito contraditoriamente ao aglutinar direitos que são resultados da luta de classe, possibilitou o alcance da emancipação política, mas não assegura a emancipação humana.

Os traços assistencialistas e de financeirização das políticas sociais colocam para os profissionais o desafio de reconhecer e distinguir as intensas e irreconciliáveis contradições no espaço de proteção social, permeado pela luta de classe. É fundamental ter claro esses limites e suas transformações no trabalho profissional, do contrário, tornam-se irreconhecível perceber a precarização do trabalho dos assistentes sociais, os processos de adoecimento, intensificação da jornada de trabalho, o declínio na vida e nas condições de trabalho (ALENCAR; GRANEMANN, 2009).

O Serviço Social concentra suas ações majoritariamente no setor de serviços, entretanto, os assistentes sociais são trabalhadores assalariados, sujeitos que também trocam sua força de trabalho por salários, e adensam nessa sociedade em que tudo se transforma em mercadoria. Enquanto profissional assalariado, não está “imune à dinâmica dos processos sociais contemporâneos que determinam a sua configuração técnico-profissional, com claras implicações em suas competências e atribuições, bem como nas suas condições de trabalho” (ALENCAR; GRANEMANN, 2009, p. 162).

Rachelis (2011, p. 423) observa que para identificar o “seu *sujeito vivo* como trabalhador assalariado, implica em problematizar como se dá a relação de compra e venda dessa força de trabalho a empregadores diversos, como o Estado, as organizações privadas empresariais, não governamentais ou patronais”, visto que a profissão traduz suas particularidades como parte do trabalho coletivo, sendo que este trabalho não está isolado do indivíduo, mas será sempre uma atividade coletiva de caráter eminentemente social.

Essa dinâmica de flexibilização/precarização atinge também o trabalho do assistente social nos diferentes espaços institucionais em que se realiza, pela insegurança do emprego, precárias formas de contratação, intensificação do trabalho, aviltamento dos salários, pressão pelo aumento da produtividade e de resultados imediatos, ausência de horizontes profissionais de mais longo prazo, falta de perspectivas de progressão e ascensão na carreira, ausência de políticas de capacitação profissional, entre outros (RAICHELIS, 2011, p.422).

A partir da exposição desses dois itens apresentados, é que tomaremos como fundamentação teórica e base de nossa análise para pesquisa, acerca do tema das

condições de trabalho das assistentes sociais na APS, com recorte de pesquisa no NASF. Apresentar essa discussão do cenário político e social, em como o Estado se manifesta frente às políticas sociais, que são um campo de atuação da categoria profissional, contribui enquanto pesquisadora pensar no objeto do presente estudo não de forma restrita, delimitando a compreensão que o tema propõe, mas pensar a partir da totalidade, das assistentes sociais como profissionais assalariadas.

3.2 CONDIÇÕES DE TRABALHO DAS ASSISTENTES SOCIAIS NOS NASF: OS RESULTADOS DA PESQUISA

Nesse item será apresentado os dados coletados por meio das entrevistas realizadas com as assistentes sociais e que foram posteriormente transcritas, seguidas de análise teórica acerca das condições de trabalho na APS com recorte nos NASFs. O conteúdo que foi sistematizado das entrevistas, seguindo a ordem do roteiro das mesmas, foi submetido a leitura atenta para identificação e definição dos eixos de análise. Esses eixos foram elaborados para responder aos objetivos à que esta pesquisa se propõe a responder.

Cabe destacar que nesses abordaremos os principais temas que essa pesquisa envolve e que esse espaço se torna insuficiente para apresentação de todo material coletado na sua totalidade. Assim, destacamos os seguintes eixos que serão base de análise da pesquisa em tela: *apontamentos iniciais de identificação profissional; condições de trabalho; NASF – entre o NASF ideal e o real e trabalho profissional: a velha contradição entre o assalariamento e a defesa do projeto ético político da profissão.*

Para manter o sigilo das profissionais entrevistadas, não iremos mencionar quais foram os municípios que foram realizados entrevistas, visto que alguns deles tem em seu quadro profissional apenas uma assistente social, o que identificaria as mesmas. Ainda, iremos nos reportar às assistentes sociais para manter o sigilo como: A1, A2, A3, A4 e A5.

3.2.1 Caracterização das profissionais

O roteiro para realização das entrevistas, conforme questionário disponível no anexo, inicia com uma identificação das profissionais do vínculo profissional, há quanto tempo atua no NASF e sua formação acadêmica bem como instituição de ensino – público ou privado. Para seguir uma apresentação cronológica, iremos iniciar esse eixo de análise pela formação profissional e vínculo de trabalho.

Das cinco profissionais entrevistadas, três possuem graduação profissional em instituição pública de ensino superior, sendo dessas, três graduadas pela UFSC e duas pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC-RS). Sobre o tempo de graduação, todas as profissionais estão formadas há mais de sete anos.

Nesse sentido, Iamamoto (2011) afirma que pensar o trabalho das assistentes sociais em tempo de capital fetiche, se faz necessário pensar também o processo de formação universitária dessas profissionais, que estão intrinsecamente sujeitas às injunções econômicas, políticas e ideológicas no que tange os interesses do grande capital e suas estratégias. As políticas públicas – educacionais, são atingidas por essa relação com profundas incidências na vida universitária e que implica diretamente na capacitação dos profissionais e pesquisadores.

Uma das condições fundantes para se garantir a adequação da formação profissional à dinâmica de nosso tempo, é implodir uma visão endógena do Serviço Social e da vida universitária, prisioneira em seus “muros internos”. Alargar os horizontes, voltados para a história da sociedade brasileira nos quadros do novo reordenamento mundial para aí melhor apreender as particularidades profissionais em suas múltiplas relações e determinações, densas de conteúdo histórico. Esse “salto para fora” os limites profissionais e da vida universitária não significa a diluição das condições e relações específicas nas quais se molda a formação profissional: ao contrário é mediação necessária para que ela possa adquirir inteligibilidade nos quadros do processo da vida social contemporânea, como totalidade social (IAMAMOTO, 2011, p. 170-171).

A autora ainda destaca a predominância das instituições privadas de ensino superior na área de Serviço Social em nível de graduação. Para tanto esta relação é tensionada pela dificuldade de posicionamento político do corpo de docentes e pesquisadores frente o debate do ensino privado (IAMAMOTO, 2011). O que se pretende colocar aqui não é uma diferenciação entre profissionais que tem sua formação em universidades públicas ou privadas, mas demarcar o tensionamento que é intrínseco à própria relação entre Estado e a mercantilização da educação.

Já sobre o tempo de atuação das profissionais, três assistentes sociais estão há dois anos no NASF, uma há um ano e a última há cinco meses. Todas as assistentes sociais são efetivas em seus cargos, ou seja, por meio de concurso

público. Desta forma, reconhecemos a possibilidade, no vínculo efetivo em ter maior condição de tensionamento nos seus espaços de trabalho, calcado na compreensão da contradição entre capital, Estado e política social, comparado a outras condições de contratos de trabalho.

Diante do questionamento sobre o vínculo de trabalho, as assistentes sociais relatavam o vínculo dos outros profissionais. Alguns municípios os profissionais são todos servidores efetivos, outros na sua maioria, possuem vínculos por meio de contrato de trabalho, o que em parte explica os relatos sobre a rotatividade de profissionais.

“O NASF hoje tem uma equipe de 6 profissionais efetivos, fono, nutri, psicóloga, fisio, farmacêutica e assistente social. Um de cada efetivos” (A4, 2020).

“Na verdade, desde que entrei no NASF ele teve algumas mudanças, posso dizer que pra melhor, perto de como a gente chegou. Em 2019 a empresa saiu e eles começaram a chamar o pessoal tanto do processo seletivo quanto os efetivos do concurso público. [...] Muitas mudanças de secretário de saúde, isso que dificultou também, dá uma continuidade no trabalho” (A3, 2020).

A rotatividade de profissionais, tanto de assistentes sociais, secretários de saúde, coordenadores e da própria equipe da APS, ficou notório em todas as entrevistas desde o início. Ela se repete mesmo em profissionais que são efetivos, justificados pela busca de melhores condições de trabalho no que tange melhores salários, carga horária e gratificação NASF, que falaremos mais adiante nos eixos a seguir. A carga horária de trabalho das profissionais também oscila na sua totalidade.

“Minha carga horaria, é 30 horas, a outra assistente social é 40 horas, a gente tem psicólogo 40 horas, todos fisio são 30 horas, educador físico são 30 horas, os médicos todos são 20 horas” (A2, 2020).

“Então toda vez que vem um profissional novo, a gente já fala pra nossa chefia: Oh, pré requisito pra vir pro NASF do nosso distrito tem que trabalhar pela manhã. Ah não pode trabalhar pela manhã? então vai pra outro NASF. Veio pra cá, tem que trabalhar pela manhã” (A2, 2020).

As dificuldades diante das diferentes cargas horárias dos profissionais das equipes NASF, mencionada pelas assistentes sociais, foi unânime sendo relatada como um fato que interfere na dinâmica do trabalho, pois provoca o desencontro desses profissionais associados à dinâmica das ESF.

“A fisio é 20 horas, a nutri e a farmacêutica são 30 e as outras são 40. O concurso da nutricionista, da farmacêutica e da fisioterapeuta não é um concurso específico pra NASF, foi um concurso da administração geral e

chamaram e elas pro NASF. O meu concurso, da fono e da psicóloga foram específicos pra NASF e já era 40 horas” (A4, 2020).

“todos os profissionais que fazem parte do NASF, fora eu, são 20 horas. Eu sou 40h” (A5, 2020).

Cabe demarcar aqui, a luta das assistentes pela jornada de trabalho de 30 horas sem redução salarial, conquistada pela lei 12.317/2010. Entretanto, a luta pela implementação desta lei não cessou e ainda é pauta do conjunto CFESS/CRESS. Mesmo após a sanção da lei, muitas assistentes sociais ainda tem carga de trabalho de quarenta horas, como por exemplo o relato da A5.

A disparidade entre a variação da carga horária entre as profissões e a rotatividade de todos os profissionais da APS é um dado que requer atenção. O período de coleta de dados evidenciou os anseios das profissionais que relataram essa realidade. Os profissionais não conseguem manter uma rotina de trabalho entre equipes, organizar ações de promoção da saúde e consequentemente manter uma rotina de trabalho consonante com o que prevê o NASF, ou seja, integração entre as equipes, matriciamento dos usuários, entre outros.

*“A gente vem construindo, porque a equipe do NASF hoje ela está completa, o município tem uma característica, por exemplo **a gente não tem o repasse do NASF, a gente não recebe gratificação, a gente não tem nada, então há uma rotatividade de profissionais.** Nem sempre os profissionais ficam, então muda muito tanto no NASF quanto nas unidades de saúde. Enfermeiro, médico, tá sempre trocando. É uma coisa que a gente vem construindo, constrói e se desconstrói” (A4, 2020).*

A3 nos seus relatos destaca que não há vantagens em ser efetiva e ressalta a rotatividade de profissionais.

*“Só eu, uma das fisio e as 2 nutri são estatutárias. O restante todos processos seletivos. Uns encerram em agosto, uns em outubro, então quer dizer que a equipe vai mudar novamente, não é o ideal né. Ninguém recebe gratificação. **Inclusive o salário de efetivo é o mesmo de processos seletivos. Não tem vantagem nenhuma ser efetiva.** A justificativa é que não recebe gratificação. Ninguém da atenção básica recebe gratificação” (A3,2020).*

A organização social e técnica do trabalho dado às exigências impostas por seus empregadores, se colocam como requisições, impondo regulamentações que condicionam o próprio trabalho que é realizado e assim, se materializam no estabelecimento tanto das possibilidades quanto dos limites sob os propósitos profissionais (IAMAMOTO, 2011).

É nesse terreno denso de tensões e contradições sociais que se situa o protagonismo profissional. Ainda que os profissionais disponham, no mercado de trabalho, de uma relativa autonomia na condução de suas

atividades, os empregadores articulam um conjunto de condições que informam o processamento da ação e condicionam a possibilidade de realização dos resultados projetados, estabelecendo as condições sociais em que ocorre a materialização do projeto profissional em espaços ocupacionais específicos (IAMAMOTO, 2011, p. 219).

Nesse contexto, a própria condição de trabalhador assalariado, e esta não se diferencia entre empregador público e privado, coloca nessa relação o envolvimento necessariamente à agregação de “parâmetros institucionais e trabalhistas que regulam as relações de trabalho, consubstanciadas no contrato de trabalho, que estabelecem as condições em que esse trabalho se realiza: intensidade, jornada, salário, controle do trabalho e índice de produtividade” (IAMAMOTO, 2011, p. 218).

No cotidiano do NASF, os relatos evidenciaram que a organização dos trabalhadores concomitante a demanda intensa de trabalho e usuários a serem atendidos, não possibilita a articulação desses profissionais e ainda, impõe uma dinâmica de trabalho que individualiza o próprio trabalho para “dar conta” de uma demanda reprimida, por enxugar o quadro profissional. Na ausência de profissionais para atender as demandas da população e filas de espera, se impõe ao NASF, como equipe multiprofissional e especializada, atender em características de clínica.

3.2.2 Condições de trabalho no NASF

O número de equipes NASF, considerando a diferença populacional e territorial dos municípios, a quantidade de equipes citadas nas entrevistas não apresenta condições de atender à população dos municípios. A pesquisa ainda revela, que a demanda supera em todas as equipes o número de profissionais disponíveis. Município de A1 e A2 possui quatro equipes, A3 duas equipes que atendem toda a população, sem distinção de distritos e A4 e A5 uma equipe NASF. Nesse sentido A2 relata que:

*“Nem todos os distritos tem assistente social, então se surgir uma questão... há o ministério público está solicitando uma avaliação com a assistente social, vamos alocar uma outra assistente social. **A ordem é vertical, ou tu vai ou, Tu Não? Tem certeza? Tem um CAPS te esperando. É na base da ameaça.** Algumas unidades são descobertas de NASF. Ordem de cima: se virem, redistribuam e atendam. E aí a minha equipe por exemplo ficou com 15 equipes pra atender. Nós tínhamos 10 equipes, já estávamos acima, ficamos com 15” (A2, 2020).*

Diante desta fala, Silva e Raichelis (2015) demarcam que a categoria assédio moral passou a ser utilizada há pouco tempo. Se faz necessário problematizar essa questão pois ela causa adoecimento físico e mental dos trabalhadores. Os direitos trabalhistas estão fragilizados pela classe trabalhadora devido ao acirramento da superexploração promovida pelo capital e a intensificada pela lógica neoliberal, desmonte dos sistemas de proteção social, terceirização da força de trabalho, responsabilização dos indivíduos, a desresponsabilização do Estado diante os direitos sociais, privatizações, entre outros.

A Organização Internacional do Trabalho (OIT) reconhece o assédio moral como forma de violência psíquica e sua intensidade vem ocorrendo em escala mundial. É preciso estar atendo ao fenômeno que coloca como estratégia do capital o aprofundamento nos processos de dominação do trabalho “a partir de situações de violência que atingem a alma e o corpo do(a) trabalhador(a), provocando doenças físicas e psíquicas” (SILVA e RAICHELIS, 2015, p. 588).

*“**O processo foi nitidamente uma perseguição, foi por conta de discussão de recursos pra trabalhar.** Situação aconteceu numa sexta, na segunda me colocaram a disposição: surgiu uma vaga no CAPS eu vi uma vaga aqui no CAPS. Ai eu falei: eu não quero sair do NASF, eu não fiz nada de errado, eu estava trabalhando, nós vamos até as últimas consequências. Ai todas as equipes se colocaram ao meu favor. **Exigi por escrito num documento a razão de me colocar à disposição, agora vais ter que achar um problema e coloca num documento.** Eu não tenho um atraso,*

uma falta, meu trabalho está em dia. Foi rápido, mas foi muito sofrido, passei dois dias só chorando” (A2).

“Por exemplo, a ESF entende que não é eles, é o NASF, atendimento individualizado, e também entende que é do CRAS. Os companheiros, das mulheres em situações de violência, quando elas chegam falando lá na casa delas, eles associam meu nome, porque é isso. A gente já recebeu ameaça, já teve carro entrando, tipo na contra mão quando eu tava atravessando, acaba que fica... Agora vai perguntar o que o município tem pra oferecer, não tem, a gente tem por exemplo, o auxílio aluguel previsto em lei, e tá lá risco social, pessoal, agora pergunta se alguma mulher já recebeu, não recebeu” (A5).

Na direção dessas falas, Silva e Raichelis (2015) aponta que,

Nesse contexto, o(a) trabalhador(a) é submetido a situações vexatórias e humilhantes que se repetem e se prolongam durante a jornada de trabalho, provocando danos morais e doenças físicas e emocionais que fatalmente culminarão no afastamento do trabalho ou na demissão. No serviço público, pode levar a uma transferência do setor de trabalho ou à instauração de um processo administrativo visando à demissão, situação que acompanhada de intenso sofrimento e estresse no ambiente de trabalho e fora dele (SILVA E RAICHELIS, 2015, p. 600).

Diante desses relatos e acerca da temática que envolve assédio moral, não se pode desnaturalizar a contradição que ocorre entre a venda da força de trabalho e a desapropriação e o esgotamento da saúde e vida do trabalhador. Pois, não é pelo fato de o capital ter a apropriação da força de trabalho, sendo muitas vezes levada à exaustão que se possa justificar por estar pagando por essa mercadoria. As autoras Nogueira e Pereira (2016) defendem que para sua subsistência, o trabalhador até pode vender sua força de trabalho, mas não pode ser compelido a vender sua saúde, sua alma¹⁸ (RIOS, 2018).

O assédio moral, enseja uma das formas mais utilizadas para constranger o trabalhador. Vicente (2015, p. 571) destaca que o principal objetivo do assédio moral no trabalho das assistentes sociais é a

[...] quebra da ‘espinha dorsal’ da profissão. O uso do assédio moral como uma estratégia de gestão, no atual momento de aprofundamento da exploração do trabalho pelo capital, visa impedir que o (a) trabalhador(a) se pronuncie, questione, denuncie, exija garantias de direitos.

O assédio moral é algo tão grave, que fez com que o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) publicasse em maio de 2011 um manifesto denominado *Assédio moral nas relações de trabalho*. O objetivo desse manifesto foi discutir essa

¹⁸Parte desta presente reflexão foi desenvolvida no capítulo “Reflexões sobre as condições de trabalho dos assistentes sociais que adensa o livro: “Trabalho, Saúde e Direitos Sociais” (José Reginaldo Inácio e Ricardo Lara (ogs), 2018).

questão por haver um crescimento destas situações envolvendo assistentes sociais, além das repercussões negativas à saúde desses profissionais (SILVA; RAICHELIS, 2016)

O que fica claro, a partir das falas das assistentes sociais, é que mesmo diante de uma precariedade das condições de trabalho, aspecto que discutiremos seguir, há nos relatos das profissionais ações e atitudes que revelam o posicionamento teórico-metodológico e político que tensionam as relações diante de um contexto de assédio moral. O desafio está no agir consciente sobre essa realidade que se impõe de forma violenta como é o assédio moral. Para assim, ser possível vislumbrar o significado social da ação.

No que tange a caracterização dos locais/espços de trabalho em relação a infraestrutura do NASF se possui sala específica nas Unidade de Saúde ou prédio específico para a equipe, em todos os relatos ficou evidente a precarização de um espaço para realização do trabalho e desenvolvimento das ações.

“Essa é a piada. A nossa lógica de trabalho é diferente comparado outros municípios. Nós não temos gratificação NASF, até uns 4, 5 meses atrás, nós não tínhamos nem transporte. Algumas pessoas se locomoviam com próprio carro, entre as unidades, outras se negam totalmente e ficavam nas policlínicas. Aí quando tinha carro de visita ia, quando não tinha, não iam. Muitas vezes ficamos semanas, e semanas na policlínica, eu fui uma das que aderi ao fato de se eu não faço matriciamento, que pra mim é a lógica do NASF, como eu entendo o NASF, aí muitos profissionais tem uma visão diferente do que é o NASF. Se eu não faço matriciamento eu não tenho o start do meu trabalho, eu não vou lá fazer um atendimento pontual. Então se eu não faço matriciamento eu não vou pra unidade. Então eu fiquei acho que 4 ou 5 meses numa policlínica sentada, esperando... e eu não vou colocar meu carro pra fazer matriciamento se eu não tenho o recurso. Se a prefeitura não me dá o suporte pra isso. Comigo a grande maioria dos profissionais aderiram também, isso não foi uma iniciativa minha, foi uma iniciativa de equipe e a grande maioria aderiu” (A2, 2020).

“Nas unidades a gente não tem sala nenhuma, na verdade a do centro era pra gente ter uma sala, mas sempre falta. Em uma unidade, era pra gente ter uma sala mas a prioridade sempre é o medico, é o enfermeiro, e aí chega os profissionais e aí não tem sala. Eu por exemplo, eu faço visita domiciliar, eu não fico na unidade, porque não tem um computador, então eu prefiro até pra conhecer a realidade daquela pessoa. Mas aqueles que precisam atender nas unidades de saúde não tem um espaço. Cada dia o que sobrar fica com sala. Então as vezes te colocam na sala do dentista, as vezes te colocam na sala de vacina, as vezes é assim né” (A3, 2020).

Em todos os cinco municípios que se realizou as entrevistas, essa realidade se repete e se intensifica em alguns espaços. Não há um espaço específico em que a própria equipe construa sua identidade enquanto NASF, principalmente para

demarcar o próprio serviço NASF nos municípios. A forma como está estruturado, é a forma que se apresenta para a APS e ESF, arriscaria dizer, em forma de miragem.

“Nas unidades de saúde a gente não possui sala específica, a gente usa a sala que tiver disponível pra gente naquele momento. Mas a gente tem uma sala disponível para gente hoje que é aqui, e que fica toda equipe. É uma sala emprestada, provisória, então a gente fica nessa unidade que é a única unidade que tem uma sala pra gente ficar. Então a gente se organiza conforma as agendas das unidades pra que a gente possa fazer as visitas, pra que a gente tenha uma sala pra atendimento, pra grupo, enfim. Então a nossa ida pra as unidades vão depender da organização, mas a gente não tem uma sala própria, mas a gente solicita que tenha uma sala. A nossa locomoção é com carro da prefeitura a gente tem hoje um carro hoje só do NASF com motorista só pro NASF” (A4, 2020).

O contexto de precarização do trabalho, invadido por estratégias de intensificação do trabalho e acabam sendo incorporadas de forma sutil e gradativa no cotidiano das ações profissionais e “ganham concretude no ritmo e na velocidade do trabalho, na polivalência e na multiatividade, nas cobranças de metas de produtividade, no maior volume de tarefas, no peso da responsabilidade” (RAICHELIS, 2018, p. 59).

Nesse sentido, a autora afirma que é no setor de serviços, sendo públicos ou privados, onde podemos identificar a precarização e intensificação do trabalho de forma ampla. Nesse contexto as atividades são mais desvalorizadas, incide os menores salários, cresce o assédio moral, desgaste mental dos assistentes sociais e adoecimento desses trabalhadores por essa nova forma de organização nas políticas sociais, controle e gestão.

Ao mesmo tempo, é nessa ambiência societária de degradação do trabalho assalariado, que cresce e se diversifica o mercado de trabalho profissional para assistentes sociais no âmbito estatal, especialmente nas políticas de seguridade social, com maior ênfase no nível municipal, tendência que expõe um paradoxo: o alargamento de demandas profissionais no campo das políticas sociais de proteção social frente ao agravamento da “questão social”, e ao mesmo tempo e no mesmo processo, a expansão e o aprofundamento das diferentes formas de precarização aberta ou velada, das condições em que este trabalho se realiza, afetando, mesmo que com intensidade variadas, o conjunto dos trabalhadores (RAICHELIS, 2018, p. 59-60).

Essa realidade pode ser observada a partir da fala de uma das profissionais:

“Tem muita pressão que eu sinto que não é diretamente por conta do NASF, mas tem muita pressão, porque ao meu ver, um município, quando eu falo em município eu tô falando muito da gestão, não só de saúde, como da prefeitura. Assim como não tem entendimento do que faz de fato o assistente social, como não tem entendimento do que é o NASF, então acontece muito, além de nos pedir pra fazer muito mais do que a gente tem capacidade psíquica e de carga horária, tem muitos pedidos do que não é nossa competência, nossa atribuição, e aí se a gente falar sobre isso é uma guerra” (A5, 2020).

Para falar das competências e atribuições das assistentes sociais, se faz necessário mencionar a busca pela ruptura de um conservadorismo que acompanha a profissão e que incansavelmente ainda temos que explicar o que faz a profissão de Serviço Social nos espaços sócio ocupacionais. Matos (2015, p. 4) considera importante não trazer para o debate apenas as atribuições privativas, mas também as competências profissionais, pois desta forma não coloca a priori o que é definido em lei sendo exclusivo do Serviço Social, mas também as possibilidades que potencialmente podemos e devemos desenvolver no nosso trabalho profissional. “Afim, na lei de regulamentação da profissão (lei n. 8.662/1993), os artigos 4º e 5º tratam, respectivamente, das competências e atribuições privativas de profissionais de Serviço Social”.

As novas formas de acumulação e flexibilização nas relações de trabalho decorre para uma dualidade: o aumento da demanda e a retenção orçamentária dos serviços públicos, como por exemplo, a Emenda Constitucional n. 95/2016 que congela os gastos do governo federal por vinte anos, vão gerar intensificação do trabalho e tolher as ações que estão apresentando êxito. Os profissionais que atuam na área da saúde, e aqui em questão as assistentes sociais, mas considerando toda a classe trabalhadora, podem enfrentar profundo desgaste biopsíquico diante da precarização dos serviços e enfrentamento constante das demandas sensíveis que traduzem histórias de extrema vulnerabilização com crianças, adolescentes, mulheres, idosos e pessoas com deficiência, todas no enfrentamento de desempregos, subempregos, violências, doenças, drogadição, etc. Toda essa conjuntura exige dos profissionais um esforço profundo de respostas capazes de encontrar possibilidades e alternativas de ações, que possam garantir não apenas o direito às políticas sócias, o acesso, mas o enfrentamento daqueles problemas (LOURENÇO, 2019).

A partir do exposto, identificamos nos relatos as principais demandas atribuídas ao Serviço Social. Solicitado para atender situações de violência contra mulher, adolescentes, idosos e crianças, seguidas de cuidado com idosos no sentido de negligência¹⁹.

¹⁹ Precisamos enfatizar que esta pesquisa, não segue apenas seu curso de conclusão de mestrado, mas principalmente um ato político e sob ordem de manifestação desse cenário em relato, que a violência em todas as suas formas de opressão, vem tomando a casa, os espaços de trabalho, as

“Violência contra criança, contra idoso, abandono, questão de vacina das crianças, saúde mental, abandono familiar da pessoa com transtorno mental sabe. Aí tem os protocolos assim: a criança ou adolescente que são atendidos em determinada instituição para violência não e atendida no PAEFI, aí tu fica na dúvida porque tu vê tanta situação naquela família porque não e só uma situação de violência. Nunca é só uma situação de violência sexual. A violência só deu um start de atendimento. Aí eu fico se encaminhar pra aquela instituição, vai ficar várias situações sem ver. Porque se é encaminhado pra um não é atendido por outro” (A2, 2020)

*“Aqui é muita vulnerabilidade. **A gente tem muito caso de violência doméstica, muito caso de abuso sexual, criança e adolescente, negligência contra o idoso.** E a gente tem muita dificuldade com a rede, o município não tem uma rede muita extensa, então a gente não tem um local para as mulheres. **A rede é bem precária, a gente não tem muitos locais pra encaminhar.** Então, violência a gente recebe, eu discuto o caso com o CREAS, eles têm medo que acabe vazando as informações. Inclusive essa e já das dificuldades com as agentes de saúde, elas já estão há 14 anos, tem um vínculo muito grande, e daí acabar a ética. **Eu atendo essa demanda, não tem pra onde encaminhar a mulher, o que a gente vai orientar é que ela entre em contato com a rede, tanto de telefone quanto pessoalmente.** E a gente não tem delegacia da mulher e nem do idoso no município, só geral, então acaba encaminhando pra delegacia do município vizinho. Não tem uma pessoa capacitada lá pra atender. Mas o que mais aparece é negligência contra idoso, violência contra mulher, e abuso sexual é demais” (A3, 2020)*

“Violência contra mulher com certeza, situação de alcoolismo, outras drogas nem chega pra mi e pro próprio NASF, e a gente sabe que é uma questão também, não sei se é a questão moral, mas dificilmente chega pra mim um caso de uso abusivo de cocaína por exemplo ou de drogas coisas assim. Maconha que chega, de pais solicitando, pensando no NASF mesmo, violência contra mulher e alcoolismo” (A5, 2020).

É necessário demarcar que a violência é uma das expressões da “questão social” que está presente nos atendimentos das assistentes sociais. Entretanto, é fundamental que possamos assegurar uma concepção crítica, para não reproduzirmos frente a precarização e senso comum o preconceito e a culpabilização dos sujeitos.

A precarização do trabalho não está apenas na estrutura física dos espaços e instituições. Ela está no desgaste mental em que os profissionais tem em articular uma nova configuração de exercer suas atribuições, em dar conta de uma dinâmica que não acontece, digo isso na dinâmica em que o NASF deveria estar possibilitando a articulação e desses trabalhadores. Insegurança e incerteza são parte dessa precarização em que estamos nos referindo. A rotatividade de profissionais a todo momento, o constrói e desconstrói como citado por uma das

relações e a própria consciência da população em escala de propagação e disseminação dessas ações.

assistentes sociais entrevistadas, a instabilidade diária de ter espaço para atender os usuários ou não, são elementos base dessa precarização. Silva (2011) aponta que a precarização se instalou não apenas nas situações de trabalho, mas no mundo contemporâneo.

Os vínculos e relacionamentos humanos, nos mais diversos âmbitos, foram assim atingidos. Além do dilaceramento dos laços, também as mais diversas estruturas do âmbito social foram envolvidas nesse processo, inclusive a família. Atualmente, é possível desvelar o avanço assustador de outra precarização: aquela que invade a identidade e a própria subjetividade. Essa evidência certamente exige analisar implicações e desafios que dizem respeito à saúde mental (SILVA, 2011, p. 0).

A autora ainda completa que esses impactos vão se colocar tanto para o individual quanto para o coletivo da saúde. Nas políticas públicas e sob às competências dos profissionais de saúde, entre outras. O trabalho humano torna-se cada vez mais um trabalho predominantemente mental. O cansaço desse trabalho, que decorre de intensificação e exaustão emocional, não foram absorvidos nas reestruturações. Esta realidade tem ocorrido tanto nas indústrias quanto nos demais setores, com vista a um olhar preocupante na prestação de serviços, onde estão expostos a formas de violência intimamente articuladas à precarização social (SILVA, 2011).

Os relatos a seguir podem se tornar, um tanto quanto extensos. Entretanto, são relatos com intensa ilustração da realidade da dinâmica vivenciada por assistentes sociais, e demais profissionais da área da saúde, e requerem escuta. A pesquisa, teve a oportunidade de revelar temas muito maiores que as próprias condições de trabalho. Revelou uma realidade de uso do trabalho subjetivamente em meios de “dar conta”. Revelou o uso de tecnologia para não dar “brecha” as não possibilidades de idealizar as ações de matriciamento. Algumas das assistentes sociais indicaram que no impedimento de estar em todos os lugares. Porque de fato, não há possibilidades humanas de sermos onipresentes, que o matriciamento, a discussão dos casos, são realizados por e-mail e whatsapp.

Esta dinâmica de trabalho, revela o quanto o trabalho vivo, presente, articulado, está submetido à flexibilização. Deixou de ser fundamental, na realidade aqui, o matriciamento, discutido em grupo, em tempo real, avaliando possibilidades de articulações para ser discutido sozinho, por meio das tecnologias atuais, digamos whatsapp.

“Como os recursos humanos é bem reduzido, é presencial em alguns lugares e em outros ser referência a distância por matriciamento feito

por telefone, email e aí agendado a gente consegue ir na unidade. Presencial hoje em 5 unidades. As outras por email. A distância são muitas, tem várias. Porque agora eu tô sozinha. Claro que esse não é um cenário que vai ficar pra sempre, mas na saída de outra assistente social eu fiquei sozinha praticamente um ano. Hoje eu tenho uma estagiária. Então é bem caótico. Hoje o cenário do serviço social no NASF é caótico em todos os distritos, porque tem faltas, as pessoas adoecem, estão em licença, estão afastadas do trabalho e aí tem uma assistente social dando conta de um distrito. Porque tem muita demanda pra pouco profissional é fato. Um distrito tem afastamento pela profissional gestante, então o distrito ficou sem ela” (A1, 2020).

“E como tem muita rotatividade, é a nossa grande dificuldade porque aqueles que a gente já conversou, a gente já sabe como funciona, mas como eles tem muita demanda, eles tem essa dificuldade de ter tempo realmente pra encontrar com a gente, pra ter tempo assim. Mas na grande maioria a gente consegue discutir caso, tanto pelo whatsapp, muito a gente faz. Pelo nosso doc, que é o sistema de email, a gente consegue discutir casos. E as vezes no final da manhã nas unidades que a gente sabe que no início da manhã é mais corrido. Mas na grande maioria, e também às vezes vai de perfil do profissional. A gente consegue fazer matriciamento por esses meios, teve uma época que a gente tava fazendo educação permanente, falando sobre violência enfim, é aquela coisa, como tem uma assistente social, pra quantidade de equipes de saúde da família, pra poder encaixar. Mas a gente vai levando e vai se ajudando. Não tem uma rotina de matriciamento. Mas como cada unidade por exemplo, tem uma unidade aqui era pra ter mais umas duas equipes, eles já são em três. Eles atendem um grande número de habitantes, é muito cheia a unidade. Mas assim a gente tá conseguindo com as algumas mudanças que ocorreram, discutir alguns casos, mas as vezes não pessoalmente, pelo whatsapp, pelo e-mail, mais assim” (A3, 2020)

“Ainda mais que que trabalho 30 horas, principalmente pelo what, meu what está sempre tocando, eu chego em casa o meu horário é ate 13h30, sempre tem umas mensagens às 15h, às 16h, porque o posto de saúde vai até as 16h30, então eu não consigo, não deveria, eu olho, já respondo. No início, final de semana que eu estava mais empolgada, mas agora final de semana não mais. Mas no nosso grupo a gente tá sempre falando, então a gente acaba 24h por dia pensando NASF né, na tem como” (A3, 2020)

A era da escravidão digital, mencionada por Antunes (2018), coloca os assistentes sociais pensando e vivendo o trabalho em tempo integral. O uso de tecnologias para presença remota tem levado os trabalhadores a “estar no trabalho” o tempo todo. Como mencionado no relato das assistentes sociais, discussões de caso, matriciamento e outras tarefas são realizadas fora da sua carga horária de trabalho via e-mail e whatsapp. O adoecimento no trabalho não está apenas na relação concreta de falta de infraestrutura adequada para desenvolvimento de suas ações no assédio moral, na carga horária de trabalho extensas em muitas situações. Está também na subjetividade velada em o profissional ter que dar conta do seu trabalho e trabalhar mais, muito mais. Em prover meios para que o trabalho seja desenvolvido.

Nesse contexto, a profissional fica “impedido” em realizar uma análise crítica de que, se seu trabalho não está sendo suficiente, é devido a demanda ser imensa e o quadro profissional insuficiente, e não porque ele faticamente não está dando conta.

“Na verdade, assim, no ano passado eu tinha alguns grupos, mas pela questão da carga horária, eu tava me dividindo em um dia em duas unidades e eu não conseguia. Então eu tava fazendo muito mais do que minha carga horária, depois eu tirava folga, e eu tava trazendo trabalho pra mim mesmo, então eu falei pra mim mesma: Esse ano eu não vou fazer nenhum grupo, o que eu vou fazer é participar dos grupos. Então tem um grupo da fono, ela vai me convidar eu vou falar algo sobre serviço social, direitos enfim. Focar em visita domiciliar e focar em atender as outras unidades de saúde. Conversei com minha gestora, minha coordenadora e ela me autorizou a fazer hora extra, que eu sou 30 horas, e assistente social pode ser 40, e daí eu teria fixo durante as semanas as unidades que teriam mais demanda e a tarde eu faria as visitas pra aquela unidades que eu não conseguiria encaixar pela manhã. Mas basicamente isso, e fora que eu também falo muito com o CRAS, CREAS, então eu tenho que discutir os casos com esses profissionais, demais. Então a gente até combinou uma vez por mês eu fazer no CREAS, uma vez por mês no CAPS, porque a gente atende os mesmos usuários (A3, 2020)

*“Ah sim, mais assim por sentir que não está dando conta, ansiedade de ver que parece que não dá dando conta, que parece que o trabalho não tá saindo do lugar. Porque eu já pedi pra minha carga horária aumentar pra 40 horas mas tem uma burocracia, inclusive o próprio secretário me orientou pra trabalhar 60 horas, então quer dizer... **Agora eu consegui autorização da minha hora extra, que na verdade meu salário vai continuar o mesmo, o base, que não era o ideal, tinha que ser maior, pelo menos eu fico comigo mesmo porque eu sou muito crítica. Pelo menos eu iria conseguir atender as outras unidades. Porque coisa que eu não consigo encaixar imagina, 20 Esf, é muita equipe pra um profissional só. A demanda toda vem pra mim e eu sou uma só profissional”** só (A3, 2020).*

Sobre a realidade aqui impressa pelas assistentes sociais, é fundamental ter a compreensão da totalidade, na dinâmica da conjuntura para compreender os impactos no trabalho. Se faz necessário não cair de um discurso voltado para os valores radicalmente humanistas, sem conseguir de fato ter clareza e compreensão sobre as bases concretas para sua objetivação histórica.

Essa artimanha pode subverter a projetada intencionalidade progressista, correndo-se o risco de reforçar e atualizar uma dupla armadilha persistente na história do Serviço Social: de um lado, atualizar a clássica disjunção entre valores e conhecimentos, que afirma a apreciação moral das injustiças, mas no campo do conhecimento, não é capaz de desvendar os processos históricos e deles extrair suas contradições e potencialidades transformadoras. De outro lado, o risco de repor objetivos finalistas dissociados da dinâmica conjuntural e dos sujeitos que lhe dão sustentação histórica: a “missão” nos primórdios do Serviço Social, a consigna da transformação social, tal como empregada no movimento de reconceitualização e reciclada como serviço social alternativo no contexto latino-americano da profissão (IAMAMOTO, 2011, p. 229).

Assim nos cabe um questionamento: as profissionais que atuam nos NASF têm consciência da conjuntura e sua relação com a realidade de trabalho que vivem? Da contradição entre seu trabalho e seu assalariamento? Há compreensão da contradição de Estado e políticas sociais? Pois, se não houver, há uma tendência de se responsabilizarem pelo trabalho que não estão “conseguindo dar conta”, pelas demandas reprimidas que não conseguem atender ou pela não implementação do NASF. Mas isso não os isentarão de adoecerem, e sim a reflexão sobre essas contradições sociais e políticas podem os permitirem compreenderem os determinantes desta conjuntura.

O relato a seguir, revela uma realidade presente em muitos municípios em que as profissionais são chamadas para compor o quadro de profissionais NASF, mas também desenvolvem outras funções. São concursos públicos realizados para administração geral do município e após a tomada de posse, realocado onde há maior demanda ou necessidade do município. Entretanto, o NASF é, ou era com as alterações feitas pela nova PNAB, um serviço em que os municípios recebiam gratificação por compor equipes NASF, conforme estabelecia a Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008 que cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família, e recebiam incentivo custeados pelo Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde e ao Fundo de Saúde do Distrito Federal.

“Falando pra começar, do serviço social NASF, mais do que NASF em si, só pela minha situação... eu sou lotada na assistência social, esse CRAS aqui existe desde agosto do ano retrasado, mas antes eu trabalhava no corredor da secretaria de saúde, também não era na mesma área que o NASF, mas era uma placa que chamava assistência social. Eu tô aqui, o fundo municipal da assistência que me paga, meu vínculo direto é com assistência. Como nem o CRAS tem equipe e nem o NASF tem assistente social, passou um tempo e a coordenadora do CRAS passou assim: olha a gente faz a nossa rede, nosso vínculo é contigo, tem uma relação muito próxima e ai me inseriram no NASF. Antes dessa inserção formal, já acontecia. Na emergência acontece uma situação, ou não sabe como fazer, uma situação enfim, pobreza, preconceito, enfim, de direito, me contatam. Eu estou lá direto, a gente faz estudo de casos juntos, enfim, mas tô dizendo tudo isso pra dizer: Bom eu não estou lá com as demais profissionais do NASF diariamente, pensando NASF e atuando NASF, eu tô aqui na assistência, que é dentro do CRAS. Mas assim, esse CRAS aqui faz tudo da assistência porque a equipe é só eu. A Assistência tem uma assistente social que sou eu e o NASF tem uma assistente social que sou. Isso também reflete um pouco” (A5, 2020).

A nota técnica de janeiro desse ano (2020), sobre o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e Programa Previne Brasil, revoga

algumas normativas e indica o novo cenário de algumas mudanças que já estavam previstas com a PNAB (2017):

2.2. Dessa forma, a composição de equipes multiprofissionais deixa de estar vinculada às tipologias de equipes NASF-AB. Com essa desvinculação, o gestor municipal passa a ter autonomia para compor suas equipes multiprofissionais, definindo os profissionais, a carga horária e os arranjos de equipe. O gestor municipal pode então cadastrar esses profissionais diretamente nas equipes de Saúde da Família (eSF) ou equipes de Atenção Primária (eAP), ampliando sua composição mínima. Poderá, ainda, manter os profissionais cadastrados no SCNES como equipe NASF-AB ou cadastrar os profissionais apenas no estabelecimento de atenção primária sem vinculação a nenhuma equipe.

2.3. A revogação das referidas normativas também impactam no credenciamento de novas equipes NASF-AB. A partir de janeiro de 2020, o Ministério da Saúde não realizará mais o credenciamento de NASF-AB, e as solicitações enviadas até o momento serão arquivadas.

2.4. Compreendendo que o novo financiamento da APS é focado na pessoa assistida, nenhum componente desse novo modelo é exclusivo de determinado profissional ou equipe, pelo contrário, as equipes multiprofissionais são importantes para o desempenho da atenção primária do município em todos os componentes. A melhoria dos indicadores em saúde, por exemplo, está diretamente relacionada à capacidade resolutiva das equipes, às ações e serviços que ofertam e aos profissionais que as compõem. Dessa forma, quanto mais apropriada for a composição da equipe para resolver os problemas de saúde da população, melhor será o desempenho dessa equipe, caso ela trabalhe de maneira íntegra e efetiva.

2.5. Nesse cenário, diante da responsabilidade de garantir a melhoria e o cumprimento gradual desses indicadores, é importante que a gestão estruture a APS de modo a promover a atuação articulada entre as diversas categorias profissionais que influenciam qualitativamente todos os serviços da APS. Esse trabalho estruturado deve ampliar, de fato, a capacidade de cuidado e incidir sobre a melhoria da situação sanitária e epidemiológica da população, além de favorecer a vigilância das condições de saúde.

2.6. O novo modelo de financiamento da APS permite ainda que gestores municipais conheça melhor as necessidades em saúde da população e sua demanda local com base no cadastro da população e no resultado dos indicadores, que definem, respectivamente, os valores de repasse da captação ponderada e do pagamento por desempenho. Vale pontuar também que, a partir de 2021, conforme Portaria nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019, haverá um indicador relacionado à atuação de equipes. (NOTA TÉCNICA, 2020).

A conclusão desta nota fica explícita que os gestores municipais e estaduais terão autonomia para a aplicação dos incentivos do custeio federal, com o critério que seja destinado às ações e serviços da APS. Ou seja, o recurso poderá ser aplicado pelo gestor municipal no formato que mais julgar apropriado às necessidades locais. Diante da nota técnica do Ministério da Saúde, fica evidente o desmonte do NASF e da precarização que se anuncia na APS. Profissionais da saúde, conselhos de direito, sociedade civil e toda população necessita unir forças para uma conjuntura de tensionamento em defesa do SUS.

“Estamos desabrigados, porque a sala da policlínica que estávamos ia virar sala de pequenas cirurgias e a média complexidade estava exigindo essa

*sala, teoricamente nem pra onde ir a gente tem. Hoje eu não fico dentro do meu território, eu sinto muita falta de ficar perto da população” ... [...] bem difícil, tivemos uma promessa que a gestão ia participar da nossa reunião, entendia dos nossos problemas. **A própria prova é o descaso, a gente não tem local, estamos desabrigados. Ameaça que o NASF ia acabar, de que ia realocar os profissionais e pronto.** Eu acho que só não fizeram isso ainda por causa da verba que é do governo federal. Eu acho que hoje a prefeitura vê o NASF como um problema, se eles pudessem transformar o NASF em ambulatório eles faziam. Eles seguram um pouco a questão de transformar tudo em ambulatório por conta do repasse financeiro”. (A2, 2020).*

*“Até uma das pautas que foi do NASF, que a gente comentou lá, ainda não foi muito pra frente mas é algo que a gente quer pautar mais nesse ano, que é saber quanto o NASF tem de recurso, quanto está sendo usado, a gente até já recebeu uma prestação de contas, mas veio tudo misturado. **A gente solicitou as contas do NASF.** Aí veio conta do NASF, da ESF, de tudo junto. Aí a gente falou: não, não, a gente quer saber quanto de recurso o NASF tem e onde o dinheiro do NASF específico está. A gente não tem como analisar um extrato com tudo e saber o que é. Isso é uma coisa que a gente quer saber. Porque não é algo que a gente tem acesso. Como que tá sendo usado...” (A5, 2020)*

“A equipe do CRAS aqui sou eu e uma coordenadora comissionada. A gente atende telefone, recepção, e não é nem equipe do CRAS, é equipe da assistência, a gestão é nos duas também” (A5, 2020).

A história que o NASF vem construindo e buscando se afirmar na APS, não possibilitou ao tempo e aos ditames da lógica neoliberal, que não coloca a saúde como prioridade nas políticas públicas, se efetivar na lógica que o NASF se propõe desde sua “implantação”. Em todos os relatos ficou evidente que o NASF não tem espaços nas unidades de saúde, não é planejado para estar ali, na APS. Não há movimento para pensar a APS junto ao NASF, como equipe de apoio, e sim como mais profissionais que vão entrar para tentar dar conta da demanda infinitamente reprimida.

Enquanto isso, as profissionais vão assumindo outras atribuições, se tornando onipresente. Para algumas demandas e interesses da gestão são profissionais da secretaria de assistência social, em outros momentos são tratados como profissionais da secretaria de saúde. Atende telefone ao enquanto técnica ao mesmo tempo é sua própria “gestora”. O tensionamento está presente em diversos movimentos, mesmo diante de uma condição de trabalho precarizado. Quando profissionais tensionam e requerem informações de financiamento, há um movimento de fiscalização das ações públicas. De reafirmar que mesmo em determinada situação ainda estamos vivos e compreendemos o movimento contraditório do capital e Estado.

Como profissionais que compreendem a lógica, o aumento das demandas exige respostas à essas questões imediatas. Para tanto, as restrições que se apresentam e a ausência de investimentos nos serviços públicos de saúde, decorre para a desqualificação pela mídia, com ataque ao trabalhador público. Desta forma negligencia-se a discussão sobre os direitos sociais, as condições de trabalho e infraestrutura dos locais de trabalho e atendimento aos usuários do SUS (LOURENÇO, 2019).

3.2.3 NASF: o ideal e o real

Diante dos dois eixos de análise apresentados, se anuncia a compreensão entre um NASF que foi idealizado desde a portaria que o institui em 2008, para o NASF real, presente no cotidiano da APS e que se expressam nos relatos das profissionais entrevistadas. O NASF ideal, inscrito nos documentos e cadernos da APS, e tudo que foi vislumbrado para ser uma equipe de apoio para pensar a saúde como promoção de saúde, prevenção e plena integralidade do cuidado físico e mental aos usuários do SUS por intermédio da qualificação e complementaridade do trabalho das ESF, não foi o resultado que esta pesquisa indicou. Sobre as equipes do NASF A1 relata que:

“Nunca se encontram. Existe uma reunião prevista há cada 2 meses que o distrito autoriza que a gente faça, só que assim, funciona, e as vezes não funciona. As vezes marca e as vezes não marca. É uma reunião que parece que não flui muito. Não existe equipe NASF. Na minha opinião quando tu falas equipe NASF, eu acho que não. Eu acho que existe profissionais NASF que apoiam as equipes nas suas especialidades. Dificilmente, claro, é aí como eu te falo. É um movimento de cada profissional. Eu consigo acionar bastante gente do NASF. Mas eu faço esse movimento com pessoas que apostam também nesse trabalho. Por exemplo, educador físico, fisio, a psicóloga. A gente consegue trabalhar bastante junto. Porque assim, o serviço social atende muita demanda de saúde mental, então a gente entende que esses profissionais são bem importantes. Mas é assim, um movimento pessoal na tentativa de construir um projeto terapêutico. Se eu tô aqui, outro profissional não tem espaço pra estar aqui, só se ele tiver na mesma sala que eu. O ideal é que tivesse um outro espaço ou que a gente conseguisse se encontrar e tivesse uma atividade coletiva juntos. Mas é bem difícil. Porque a demanda é por agenda. É por atendimento individual. Então a nutri tem a agenda cheia, a psico tem a agenda cheia” (A1, 2020).

A fala de A1 revela que os trabalhadores do NASF atuam de forma individual e as demandas dos usuários do SUS são fragmentadas por especialidades profissionais. Se os profissionais direcionam suas ações na perspectiva do NASF e

se posicionam no tensionamento de não aderir à lógica de atender de forma ambulatorial, mesmo que timidamente ainda conseguem construir espaços, dá início a percepção de outros profissionais da ESF e vão construindo o conhecimento no que prevê e estabelece o próprio NASF. Ocorre que, diante de uma demanda intensa, filas de espera e pressão por produtividade, muitos profissionais acabam por ceder à essa lógica individualizada e ambulatorial, onde prevalece o atendimento clínico, sem considerar as múltiplas determinações sociais.

“Varia bastante também. Porque quando a gente fala em equipe a gente está falando de pessoas. Então assim, no entendimento do que a pessoa tem do que é um trabalho sistêmico e do que é um atendimento integral. Então com algumas equipes muito boas, e com outras tu não és tanto acionada. E vem várias questões, a gente não vai saber dizer o porquê não acionam, porque não acredito que seja porque não há demanda social numa unidade que atende 90% de vulnerabilidade social, mas quando tem é muito bom. E quando não tem é muitas vezes por decisão pessoal mesmo. Muito do movimento individual de cada profissional querer trabalhar junto ou não sabe” (A1, 2020).

“Como o município não tem outra equipe de saúde com assistente social, psico, enfim, com essas especialidades que tem no NASF, eles requisitam muito atendimento clínico para especialidades e para o serviço social, é muito, muito processo de medicamento, fórmula infantil e fralda. Basicamente era muito isso que eu fazia. Aí eu fui aos poucos tentando desconstruir, ainda faço, não consigo não fazer porque não tem outra assistente social pra fazer, mas a gente conseguiu deixar um dia único pra isso. Então as sextas feiras é um dia que a gente faz esses atendimentos. E de segunda a quinta somente atividade NASF” (A4, 2020).

Como estratégia relatada pela assistente social A4, o posicionamento não é negar a demanda e a realidade, é construir dentro das possibilidades um caminho para o enfrentamento em se posicionar frente suas atribuições no NASF. Enquanto categoria profissional há uma retórica em nos fragilizarmos pelas impossibilidades no desenvolvimento das nossas atribuições. Entretanto, é no movimento constante e diário que a construção do olhar crítico sobre a realidade se fundamenta. Se faz necessário que tanto estudantes quanto profissionais se utilizem de exemplos de possibilidades para o enfrentamento entre recuo e avanço nas formas de resistência ao que é imposto pelas instituições empregadoras. A conjuntura clama pelo compartilhamento de experiências exitosas e formas de resistência na contramão do movimento reformulador.

Iamamoto (2011, p. 253) enfatiza que o reconhecimento da dimensão contraditória da atividade profissional “não desconsidera a margem de autonomia dos assistentes sociais – nas condições sócio-históricas encontradas - interferir no direcionamento social e ético-político do exercício profissional”. É fundamental que

os sujeitos profissionais construam suas finalidades e o modo como irão conduzir esse direcionamento nas condições e relações de trabalho nos espaços sócio ocupacionais.

A questão de saúde mental, tanto como demanda quanto em organização dos processos de trabalho ficou evidente em todos os municípios. Há uma fragilidade em não compreender como esses fluxos de atendimento e protocolos acontecem e funcionam em rede. Não há clareza nos municípios no atendimento em saúde mental. Os serviços vão encaminhando os usuários e familiares para outros serviços. E assim, não há critérios de atendimentos de saúde mental, conforme relato das assistentes sociais.

“Não funciona como NASF, se pensar na lógica de bom, a ESF atende sim saúde mental e o NASF faria o matriciamento de saúde mental como apoio, isso ainda não funciona. Ah, chegou saúde mental na ESF, encaminha direto. A ESF não atende saúde mental. Encaminha direto, e esse encaminhamento ao meu ver é um pouco problemático por que daí a saúde mental é atendida basicamente pela psiquiatria, pela psicologia. Todos os profissionais q fazem parte do NASF, fora eu são 20 horas. Eu sou 40h. A psicóloga tem uma lista de espera gigantesca, a psiquiatria eu não sei te dizer se tem uma lista assim, mas esse é um município que tem questões bem conservadoras, bem moralistas, tem muitas coisas bacanas também, mas o que eu quero dizer que tem muitas coisas, muitos elementos da cultura que influenciam diretamente na saúde das pessoas. Na saúde mental das pessoas, e aí se a gente pensa que tem uma psicóloga 20 horas, uma só. Tem uma psicóloga que atua na educação também nos colégios municipais, mas na saúde é só uma e atende bom, são 13 mil habitantes. E aqui deve ter um pouco: há município pequeno, não deve ter tanto problema. Tem, só que eles estão bem escondidos dentro de casa. Estão muito escondidos dentro de casa porque as questões morais aqui são muito arraigadas. Não existe muito questão privada aqui, tudo vira meio público, todo mundo meio que tem opinião. Então eu tô falando tudo isso, porque acho que isso influencia diretamente e que isso exige do NASF um trabalho muito mais coletivo e nessa questão de saúde mental do que essa questão que acontece hoje assim” (A5, 2020).

O relato acima, revela que as demandas não são pensadas em equipe, tampouco há um planejamento coletivo com base nas demandas atendidas por cada profissional, para pensar estratégias de fluxos e processo de trabalho a partir dos recursos e instituições do município. Se determinado município não dispões de um CAPS, como será realizado o encaminhamento desses usuários. O relato expressa que as demandas vão chegando nos municípios e nos serviços considerados porta de entrada, ou seja, APS, e por lá vai se encaminhando os usuários para profissionais especializados, que vão repassando esses encaminhamentos. Em alguns desses relatos ficou claro que os profissionais que recebem essa demanda que não se tem a compreensão de quem é, e pra onde vai, acaba sendo

encaminhado para o assistente social que irá acionar a rede para esses atendimentos.

“A questão da saúde mental é algo que assim, as gestões não tem entendimento e aí a gente tem uma dificuldade muito grande de explicar a saúde mental. Por exemplo, não é uma portinha a mais, uma coisinha a mais que a gente tem que se preocupar, saúde mental basicamente é a base, principalmente aqui. Tem uma farmacêutica, ali na reunião do ano passado, chegou a relatar que tem dias que distribui 17 mil comprimidos psiquiátricos em um dia, numa população de 13 mil habitantes. Eu pelo menos vejo isso muito como um desafio, ainda estava falando isso hoje com minha coordenadora: A gente tem que admitir que a gente ainda não consegue exemplificar pro gestor o que é saúde mental, porque ainda não tem esse entendimento” (A5, 2020).

Para Lima (2018), a realização do trabalho coletivo não quer dizer que tenha que haver diluição dessas competências e atribuições profissionais. Pelo contrário, é necessário maior clareza na compreensão dessas mesmas para ter o cultivo da identidade profissional, para que assim tenhamos uma perspectiva de potencializar o trabalho em conjunto. A luta por direitos não é algo exclusivo do serviço social, é também um objetivo da Reforma Psiquiátrica Brasileira instituída pelo CAPS. Nesse sentido, compreendemos que a categoria profissional de assistentes sociais tem a possibilidade de sustentar o exercício profissional nos espaços sócio ocupacionais para os avanços de construções coletivas de conhecimento e ações que são realizadas nos CAPS.

Há uma contradição claramente estabelecida se pensar que o NASF foi criado para servir de apoio das ESF, e não como profissionais contratados nas suas especialidades para atender às demandas dos municípios, principalmente de forma individualizada, sob a lógica de agenda e de consultório. Há tantos elementos sobre a realidade dos municípios que as assistentes sociais relatam que poderiam ser pensados em ações sócio educativas, ações de promoção de saúde e da própria organização dos serviços condensadas em ações coletivas para pensar na coletividade, contudo, isso não atende, em grande parte os interesses da gestão que acaba por priorizar a oferta de atendimento particularizado por especialidades. Nesse sentido, há também que se refletir, sobre uma tímida, quando não ausente organização política dos trabalhadores envolvidos a fim de problematizarem tais questões de forma coletiva.

Quando questionadas entre o que define a proposta do NASF e o que ele se propõe, e ainda como se materializa no cotidiano das atividades nos seus espaços

de trabalho, todas as assistentes sociais ressaltam que não há NASF nos municípios.

“Acho que não é como deveria ser. Risos. Não existe assim, teve mudança nessa questão de NASF, na alteração de lei, é recente né. Não vejo equipe NASF, nunca vi. Não vejo equipe NASF, eu trabalhei em um CAPS. Então equipe CAPS é equipe CAPS, quando tu senta junto, vários profissionais pra discutir aquele caso, traçar estratégia de acompanhamento. Não é o que eu vejo. Eu vejo apoio técnico nas suas áreas. Apoio pedagógico na área do serviço social, apoio pedagógico na área da nutri para as equipes. Não vejo trabalho em equipe” (A1, 2020).

“Vai mais do esforço do profissional em tentar materializar do que realmente a gente tem de condições pra isso. O que eu vejo que a gente consegue realmente materializar é o apoio matricial, e o que a gente vê é que até a política está mudando quanto a isso. Quando a gente vê aí o núcleo ampliado de saúde assusta muito a gente, muito, muito, muito. Porque eu e minha equipe, posso falar por ela, a gente defende muito o apoio matricial, quando vem esse núcleo ampliado a gente sente que perde um pouco do matriciamento, e é com dor, é com pesar, até porque a gente brigou muito pra colocar, então é um ponto latente pra gente o matriciamento. Mas é uma coisa que está na política e se materializa. Porque isso não depende tanto da gestão. Quer dizer, mais ou menos porque a gente brigou muito por isso. Recentemente tivemos a proposta de fazer matriciamento a distância, nos posicionamos e falamos, não! A gente não vai fazer isso, a gente está discutindo vidas, histórias, saúde. A gente não vai discutir assim dependendo de sinal ruim, os computadores mal funcionam, quem dirá discutir. Tem médicos que não sabem usar o E-sus” (A2, 2020).

“Na verdade, a gente está começando. Desde o ano passado, metade do ano passado pra agora a gente tá tentando fazer com que ele realmente seja NASF pelo que está no papel, vamos dizer assim, como eu disse antes, eles achavam que o NASF ainda era um atendimento individualizado. Por exemplo, chegava ali, encaminha para um psico, como se fosse um psicólogo da policlínica. Então eles ainda têm essa dificuldade de entendimento. Não somente os profissionais de fora, os profissionais do NASF também, porque muitas pessoas as vezes entraram naquela época ou que informaram que era assim, eu por exemplo na faculdade tenho pouco saúde né. Pra gente ter esse entendimento é muita leitura, é muito matriciamento pra poder fazer com q eles entendam” (A3, 2020).

Os relatos acima revelam que há uma dificuldade em articular ações coletivas enquanto equipe NASF. Há uma dependência que o esforço individual de cada profissional tensiona as equipes de ESF e outros profissionais do NASF para um processo de implantação desse serviço de apoio para a APS. Contudo, alguns relatos demonstraram ao longo das entrevistas o processo contínuo entre construir um NASF, e quando ele inicia, mesmo que de forma tímida nos municípios, ele se desconstrói. Mudança de gestão, secretário de saúde, equipe NASF, equipe ESF ou, a que se aproxima, as mudanças na PNAB.

Essas mudanças na PNAB foram mencionadas por duas vezes nos relatos das profissionais A1 e A2, quando ressaltam a alteração na lei e núcleo ampliado,

respectivamente. A proposta do NASF caminha para uma desconstrução mesmo antes de se efetivar. O matriciamento, uma das ações centrais que é base para pensar o NASF, não é uma realidade que acontece nos municípios. Municípios onde atuam as profissionais A1, A2 e A3 conseguem realizar o matriciamento com as equipes. Entretanto, o matriciamento que acontece no município de A1 é em saúde mental.

*“A gente tem o matriciamento de saúde mental. Então toda terça feira é um cronograma, então cada terça pela manhã e à tarde, nós estamos numa unidade de saúde. Então assim, o psiquiatra hoje tem uma redução de carga horária. Ele trabalha 20h só. Ele geralmente só trabalha pela manhã. Então eu faço o matriciamento com ele pela manhã e com alguma psicóloga que trabalha pela manhã, e tarde eu e a psicóloga em outras unidades. Geralmente funciona assim porque ele não trabalha em outras unidades. A terça é destinada pra isso, ir no matriciamento e discutir os casos. O psiquiatra que puxa isso, tanto é que eu acho que não existe matriciamento de saúde mental com psicólogo e assistentes sociais. É um movimento dele de achar importante esse espaço. **A gente não participa da reunião de cada equipe. Não dá conta. Também por conta de espaço. As unidades não tem espaço, não tem sala.** Então quando o NASF consegue trabalhar: quando o médico sai pra fazer visita domiciliar, o médico tem reunião de equipe ou utiliza a coordenação, é bem, dependendo da unidade, é bem difícil. Agora que tivemos algumas ampliações de unidade de saúde, então já foi previsto umas salas assim. Algumas unidades tem sala específica pra NASF, outras não tem espaço, são unidades muito antigas. Algumas só tem duas salas das equipes, então pra algumas ainda é bem impossível” (A1, 2020).*

Diante da fala de A1 podemos observar que o matriciamento em saúde mental nesta determinada unidade, ocorre mais uma vez por um esforço individualizado pelos profissionais (psiquiatra e psicólogo) em fomentar esta prática. Fica evidente que as ESF não incorporaram a importância do NASF como equipes de apoio na APS. Esta realidade na saúde, vai sentindo o desmonte do SUS, tanto na APS quanto na média e alta complexidade. A precarização revelada por não ter espaços nas unidades de saúde para trabalhar, demandas com filas de espera imensas, rotatividade de profissionais, não recebimento de gratificações devidas, entre outros, traduzem elementos para pensar na compreensão desta realidade a partir da totalidade social em que permeia essas questões.

Os relatos indicam de forma pontual razões que levam a justificar a não efetivação dos NASFs nos municípios, como se dependesse apenas dos profissionais para sua realização. Não houve nas falas das assistentes sociais qualquer menção numa compreensão mais ampla sobre a “questão social”. Não houve sinais nas entrevistas de uma base ideológica que está calcada na precarização e contradição dessas instituições.

A assistente social A2 enfatiza que o matriciamento em seu município foi algo muito difícil de conquistar, e após esse processo e muito tensionamento para que as ESF tivessem o reconhecimento da importância para o desenvolvimento do trabalho do NASF pelo matriciamento, a gestão ainda se posiciona de forma a não compreender a importância dessa lógica de trabalho.

“A lógica matricial a gente brigou muito por isso, nós somos apoio matricial, que agora nem tanto, mas a gente brigou muito por isso. A gestão não entende muito isso acha que é perda de tempo, como assim uma manhã de matriciamento. O médico não está atendendo uma manhã pra fazer matriciamento para estar com o nasf? Mas as equipes compraram, isso falando do meu distrito. As equipes aderiram, compreendem, entendem, brigam por isso, fazem questão, entendem que o início do trabalho é o matriciamento e é a partir dele que vai acontecer todo o processo, e flui, acontece.” (A2, 2020).

Retomando a questão do matriciamento, A1 explica como foi o processo na busca por matricular os usuários que demandavam de apoio do serviço social.

“A gente faz atendimentos individuais. Geralmente são matriciados anteriormente e depois são colocados na agenda. Porém, como é muito grande o número de demanda de atendimento, os médicos não tem conseguido, nem as enfermeiras, tempo pra matricular antes. Eles estão atendendo de 5 em 5 minutos é uma demanda muito grande. É muito queixa conduta. Então assim, pra que tu consiga ter um olhar ampliado daquela pessoa, precisa tempo. E é uma coisa que as equipes não tem. Como a gente estava antes, eu tinha uma exigência antes: primeiro matricula antes pra gente começar e discutir o caso, aí minha agenda começou a ficar vazia. Aí eu fui entender porque minha agenda estava vazia. Porque as pessoas não tinham tempo de matricular comigo. Aí eu fui entender que essa condicionalidade que eu colocava impedia. Era uma coisa que estava dificultando a vida deles porque eles não conseguiam parar pra ter um tempo pra matricular. Aí eu comecei a pensar... Então vocês escrevam no prontuário qual a demanda pro serviço social pelo menos. Pra quando eu abrir o prontuário eu saber o que vocês precisam. Porque às vezes era assim: Ah cefaleia recorrente, e aí vem pro serviço social, sem matricular sem nada. Tá, mas o que que foi identificado. Então não tinha. Então agora eu liberei que agendasse, mas que pelo menos na evolução do prontuário tivesse o que eles identificaram que o serviço social podia auxiliar ali. E aí foi um pouco melhor. Mas é bem difícil. Não é fácil. As equipes estão muito atarefadas. É muita demanda. É atendimento de 5 min. É uma loucura” (A1, 2020).

A demanda nos municípios e a sobrecarga de trabalho das ESF, implica no desenvolvimento do trabalho de toda APS. Entretanto, se faz necessário ter consciência da conjuntura de desmonte e precarização do trabalho, pois esses determinantes sociais vão implicar no trabalho cotidiano. Na fala de A1, o atendimento individual intensificou ainda mais após a reconfiguração da dinâmica de atendimento das agendas.

Durante o processo de pesquisa com as assistentes sociais, podemos observar, que mesmo em alguns municípios tendo as informações dos usuários em

prontuários compartilhados, o atendimento individual ainda prevalece. Para que o matriciamento aconteça, ele precisa estar no planejamento das unidades de saúde, no planejamento de gestão e nos protocolos de processos de trabalho, compreendendo a importância dos momentos em que a coletividade pense e planeje sobre a realidade de seus territórios, para construir ações em conjunto. Nesse sentido, A5 relata:

“Eu acredito que é uma questão de gestão que não incorpora a coletividade, porque do meu ver, se existisse protocolo, se tivesse uma gestão de fato, se realmente existisse uma gestão do NASF, se as coisas funcionassem realmente em forma de gestão, as posturas individuais e profissionais seriam menos um problema, entende, mas como não tem, meio que depende do profissional que tá ali. Não tem protocolo de situação de violência, não tem protocolo de alcoolismo e outras drogas e então o fato de não ter protocolo cada um faz como quer. Então se a psiquiatra, o médico, não tem nem protocolo quando se encaminha pra psicóloga ou quando se encaminha pra psiquiatra por exemplo... Se quem tá atendendo tem uma via bem manicomial, e aí não importa que a pessoa esteja tropeçando em si mesmo de tanta medicação de que tá tomando, o procolo é esse, quer dizer a falta de protocolo é isso. Então eu acredito que seja uma questão de gestão. Porque se tivesse gestão a gente teria que sentar e conversar sobre essas coisas. Nas próprias reuniões do NASF já propus várias vezes, falei olha, vamos nas reuniões do NASF também pra discutir casos sabe, mas isso ainda que acaba que não acontece, e eu entende que não aconteça, se a gente for estudar casos, meio que vai dar uns bafão. Porque tem de fato perspectivas muito diferentes de fato, o que não é um problema, mas aí tem uma resistência né, de assim não querer mesmo discutir, mas se tivesse protocolo isso seria diferente” (A5, 2020).

A falta de protocolos e processos de trabalhos formalizados para o desenvolvimento das ações no cotidiano da APS, e de uma gestão que coloque em prática os serviços a partir de suas legislações e o que está preconizado a partir do Ministério da Saúde, é um fator que implica e impede o desenvolvimento do NASF e de outros serviços nos municípios como por exemplo, protocolos de atendimento à saúde mental. Entretanto, a classe trabalhadora precisa estar atenta nos movimentos de desmonte que acomete a saúde pública, partindo de uma política de governo e das próprias gestões que vão tendo rotatividade nos serviços.

Os protocolos não possuem sua máxima eficiência e efetividade pelo simples fato de existir e estar em cumprimento no cotidiano. É necessário partir de uma consciência crítica no que tange as consequências que podem haver para esses protocolos que são estabelecidos. Para tanto, a velha mobilização com a sociedade civil, promover a reflexão crítica para tomada de consciência sobre a realidade social e apreender as múltiplas determinações societárias que incidem no trabalho das

assistentes sociais. É fundamental que a profissão, inicie um processo de retomada de leituras que compreenda essas determinações (IAMAMOTO, 2011).

Para que as assistentes sociais compreendam toda a precarização que está posta ao NASF e sua implementação enviesada, torna-se necessário e urgente às trabalhadoras assistentes sociais buscar compreender a formação histórica, social e econômica brasileira, com vista a entender as contradições antagônicas das relações de poder que fundam o Estado burguês na particularidade brasileira e sua relação com a sociedade civil, e assim refletir o papel que assume, ou pode ser tencionado, as políticas sociais o que determina o objeto de trabalho do assistente social. Nesse sentido, as respostas profissionais que respectivamente serão dadas a partir dos rumos ético-políticos podem indicar as transformações sociais e seu significado para a profissão no cenário da sociedade contemporânea (IAMAMOTO, 2011).

3.2.4 Trabalho profissional: a velha contradição entre o assalariamento e a defesa do projeto ético político.

O último eixo de análise da pesquisa, tem como objetivo fazer uma leitura de fechamento de todas as informações coletadas na pesquisa incorporando a análise a partir da contradição entre o assalariamento e a defesa do projeto ético político do serviço social. Para Iamamoto (2011) o exercício profissional está imbricado nas determinações sociais, estando o assistente social, ao ingressar no mercado de trabalho, assumindo a condição para exercer sua profissão como trabalhador assalariado. Assim, vende sua força de trabalho especializada e qualificada e sob a necessidade de compreender a qualidade de sua atividade, “sua particularidade na divisão técnica e social do trabalho coletivo, ou seja, sua natureza peculiar, os meios necessários à sua efetivação, a matéria que transforma e os resultados que produz, nas várias inserções profissionais” (IAMAMOTO, 2011, p.218)

Nesse sentido, Raichelis (2018) aponta que mesmo que o serviço social tenha sido regulamentado como “profissão liberal” no Brasil, os assistentes sociais são majoritariamente assalariados de instituições públicas ou privadas. Desta forma, algumas características são parte das “profissões liberais”,

Relativa autonomia na condução de seu trabalho, entre as quais: singularidade na relação com seus usuários; caráter não rotineiro de seu trabalho; capacidade de apresentar propostas de intervenção a partir de seus conhecimentos técnicos; presença de uma ideologia e de um Código

de Ética; regulamentação legal que dispõe sobre o exercício profissional, competências, atribuições privativas e fóruns para disciplinar e defender o exercício da profissão (RAICHELIS, 2018, p. 31).

Diante desses elementos, partindo dos fundamentos do serviço social e das mediações que são realizadas para explicar o trabalho no cotidiano das assistentes sociais, é preciso pontuar a atuação conservadora para os atendimentos as demandas, com ações focalizadas e fragmentadas como: crianças, adolescentes, idosos, portadores de necessidades especiais, etc. Essas demandas que são fragmentadas, todas em “caixinhas” se propagam nas políticas públicas submetidas aos ditames da perspectiva neoliberal, ocultando o pertencimento de classes e lutas coletivas dos sujeitos sociais. Iamamoto (2011) explica que esses segmentos:

Passam a ser lidos como ‘excluídos’, ‘vulneráveis’, ‘sujeitos ao risco social’ e as causalidades dessa condição deslocadas da sociedade de classes para os indivíduos pobres e de suas famílias, estigmatizados como portadores de dificuldades pessoais no acesso a recursos e oportunidades sociais, naturalizando-se o ordenamento social instituído. Essa linha de abordagem dos sujeitos sociais, prevalente no marco das políticas sociais, alimenta respostas profissionais imediatistas e erráticas, desvinculadas dos movimentos coletivos dos segmentos e classes sociais que atribuem visibilidade na cena pública ao caráter social das necessidades sociais dos indivíduos e grupos, impulsionando a luta por direitos (IAMAMOTO, 2011, p. 232-233).

Nesse contexto, a demanda para o trabalho das assistentes sociais e os processos de trabalho sofre interferência do mercado de trabalho que regula as condições em que são realizadas enquanto profissionais assalariados, desta forma as relações de trabalho passam a ser desregulamentadas e flexibilizadas (IAMAMOTO, 2011).

Contudo, vale lembrar que mesmo a profissão sendo resultado das relações contraditórias calcada no capitalismo dos monopólios e que ao serem recrutadas pela estruturação de um mercado de trabalho que as requisita “passam a ocupar lugares específicos na divisão social e técnica do trabalho, respondendo a requisições ditadas pela dinâmica da luta de classes e dessas com o Estado, no movimento progressivo de regulação e produção de respostas institucionais” (RAICHELIS, 2018, p. 38).

Tais elementos até aqui analisados e partindo da totalidade para pensar a dinâmica das relações sociais e suas mediações nas contradições, nos permite pensar entre a análise do trabalho e a realidade do trabalho. De fato, as equipes (que não há equipes) no seu sentido pleno e relatados em diversos momentos pelas assistentes sociais, os municípios com suas gestões que não compreendem a

dinâmica e objetivo do NASF, ou buscam dar outra direção e sentido, tendo em alguns casos uma assistente social para dar conta de toda a demanda dos municípios, e outras questões de estrutura física como os relatos explicitaram, pontuam o caminho para pensar e nos questionarmos: em que condições o trabalho é realizado?

Assim precisamos retomar e demarcar, como produto que nasce após esta pesquisa e tem a função social de produzir conhecimento, que o trabalho das assistentes sociais, resultado da contradição entre o assalariamento e a defesa do projeto ético político (IAMAMOTO, 2011). Desta forma, podemos compreender a necessária e dialética unidade entre teoria e prática, e assim não mais reproduzir o discurso da diferenciação entre essas duas dimensões.

Nas perguntas realizadas a partir das entrevistas, no item sobre a *Caracterização do Trabalho das Assistentes Sociais nos NASF*, em nenhum momento as assistentes sociais mencionaram a “questão social” e suas múltiplas expressões como objeto de seu trabalho.

“Muita orientação em relação a garantia de direitos, muita orientação, supervisão no sentido de violência contra mulher principalmente, de saber como proceder, como agir, e de pensar junto estratégia mesmo sabe, a questão de fortalecimento no sentido de quando a saúde emocional já tá bem agravada, isso bastante” (A5, 2020).

“Nós fazemos bastante atendimentos individuais. Geralmente são matriciados anteriormente e depois são colocados na agenda” (A1, 2020)

“Então, eu entrei aqui há pouco tempo como falei. E quando entrei aqui eu entrei com uma expectativa do NASF em si e não foi a realidade q eu encontrei. Porque tinha um grupo multi que fazia trabalhos separados e não de NASF, mas individuais. E aí eu comecei atender muito essas demandas que o município exigia de uma certa forma. Então a partir desse ano a gente tá fazendo diferente” (A4, 2020).

“Matriciamento mensal com todas as equipes, 15 equipes 1 vez ao mês. Uma colega ainda falou, em janeiro não sei se vou dar conta de matricular essas 15 equipes. A nossa lógica é se a gente não matricular a gente não vai atender. E todo mundo no matriciamento do meu distrito, a não ser que esteja de férias. Visita domiciliar, atendimento individual, atendimento compartilhado, grupo, reunião intersetorial, articulação intersetorial” (A2, 2020).

“Eu faço na base de 3 a 4 visitas por dia, por manhã, daí quando eu atendo de tarde é mais, é que tudo varia. Sim visitas todos os dias. Algumas visitas eu acabo ficando um pouco mais. Eu sempre vou com a agente de saúde, ou com o enfermeiro, mesmo se eu tiver com outro profissional do NASF. Porque a gente tenta ao máximo deixar claro que o usuário não é do NASF, ele continua sendo da unidade de saúde” (A3, 2020).

Ou seja, quando as assistentes sociais foram indagadas sobre seu processo de trabalho no NASF e para caracterizar o serviço social, a resposta foi diretamente vinculada aos instrumentais da profissão, sem mencionar o objeto de trabalho do serviço social que são as expressões da “questão social”. As cinco assistentes sociais entrevistadas, mencionaram na pesquisa acerca da caracterização do seu trabalho, os atendimentos individuais, orientações em relação à garantia de direitos sociais, matriciamento e visitas domiciliares. Diante disso, observamos que nas falas os instrumentais antecedem ao nosso objeto de trabalho.

Assim, cabe a análise que não são os instrumentais que explicam as demandas, ou seja, eles são o caminho para respondê-las. As assistentes sociais no desenvolvimento do seu trabalho não são apenas técnicos, mas “também críticos, já que o domínio do instrumental requisita-lhe um conhecimento das finalidades e das formas de alcançá-las, e estas não se encerram na razão de conhecer a profissão, suas condições e possibilidades” (GUERRA, 2011, p. 169).

Ao atribuir autonomia às metodologias de ação e ao instrumental técnico, ao separá-los e torná-los independentes do projeto profissional, o assistente social acaba por transformar o que é acessório em essencial. O fetiche, enquanto “escopo do mundo moderno”, também penetra as representações e auto representações dos assistentes sociais sobre os elementos que mediatizam a sua intervenção (GUERRA, 2011, p. 169).

As expressões da “questão social” apareceram nas entrevistas quando as assistentes sociais foram indagadas sobre quais eram as maiores demandas que eram encaminhadas para o serviço social.

“São os idosos, a questão de vulnerabilidade dos idosos, de não ter quem cuida, as condições de cuidado, família, a negligência em relação esse idoso. Depois do idoso seria a questão de psicológico mesmo, saúde mental e muito uso de psicofármacos, é bastante” (A4, 2020).

“Informações previdenciárias, benefícios assistenciais. A gente tem uma parceria muito grande com o CRAS. O tempo todo a gente trabalha com o CRAS. Um estreitamento mesmo, a gente parece uma grande equipe então. Isso é muito legal. É importante, porque os usuários que batem lá é o mesmo que bate aqui. É bem legal esse trabalho. Na minha agenda a questão da saúde mental predomina muito na minha agenda” (A1, 2020).

Na totalidade das assistentes sociais entrevistadas, A2, A3 e A5 a questão da violência contra criança, adolescente e idoso (violência doméstica e sexual) foram as demandas mais citadas pelas profissionais. Nesse contexto, em diversos estudos, produções de conhecimento, acadêmicas e profissionais, percebemos que não temos o hábito de valorizar as potências que as assistentes sociais realizam no seu cotidiano profissional. A posição de pesquisador nos coloca para lentes com maior

teor crítico, sem as vezes nos colocarmos no lugar e analisar a conjuntura e seu impacto no trabalho quando essa vela a compreensão da realidade.

Por essa razão é que temos a ciência que toda produção de conhecimento tem o dever de além de realizar análise crítica, indicar e mencionar as potencialidades que já são realizadas no cotidiano, pois as lentes do nosso olhar de pesquisador também, por momentos são velados sem conseguir visualizar esses movimentos.

*“Porque tem muita demanda adolescente com depressão, suicídio, com risco, questão de violência, auto mutilação, é algo que eu vejo que a gente pode ampliar no sentido de mais... Ano passado me chamaram **pra falar na escola sobre suicídio, eu digo pra escola, sim sim eu vou. Igual quando eles me chamam pra falar que as meninas tem que se comportar mais. Eu topo sabe, mas quando eu chego lá não é isso que eu falo, tipo, é o que faz me quererem lá, então eu vou. Mas eu falo de gênero né, mas não falo que elas têm que se comportar mais. Suicídio por exemplo, que é algo que eu bato bem forte assim, todo ano aqui tem campanha, o assunto do suicídio. Eu digo olha, não adianta a gente falar de suicídio se a gente não for falar de homofobia, de transfobia, de racismo, se a gente não falar de gênero... Bom aqui pode falar de suicídio mas não pode falar de gênero, então, não me adianta muito. Me chamaram pra falar de suicídio na escola e é claro eu falei dessas outras questões, porque racismo é uma coisa que a gente escuta muito. A gente tenta ir pra esses outros lados. Você pode falar de qualquer assunto comigo, mas você não pode falar que você é gay, que você apanha em casa, porque eu vou dizer: que pena que é assim mesmo o mundo. Então assim, a gente ir um pouco pra esses outros lados, porque se não de fato não vai diminuir isso. Bom, pelos menos eu não concordo de protocolos nacionais que dizem sobre isso, não vai resolver, tirar corda de frente da pessoa. Aí a pessoa vai lá e se joga na frente de um carro. Bom o que resolveu meu protocolo, a gente quer ampliar essa escuta. Até porque tanto o CRAS quanto o NASF, não têm capacidade de atender tudo que encaminham pra gente” (A5, 2020).***

Diante da fala de A5, destacamos que se faz necessário olhar para os limites do trabalho, as condições, o adoecimento, a precarização, concomitantemente para os momentos históricos. Em alguns desses ciclos históricos recuamos, outros avançamos, e para isso precisamos responder as demandas que nos são colocadas a partir do pensamento crítico, dialético, compreendendo as contradições e atuando conforme nosso projeto ético político. Responder as demandas que nos são solicitadas é se colocar como grande potência para o enfrentamento das expressões da “questão social” e como forma de resistência profissional. A estratégia no cotidiano profissional não é negar a demanda, é responder essa demanda de forma alternativa. Ou seja, requisitaram o assistente social pra falar em uma escola sobre comportamento das meninas. ela falou sobre gênero.

Essa fala nos revela o grande potencial que temos enquanto profissionais para realizar ações sócio educativas, mesmo na contramão do movimento de desmonte do SUS e direitos sociais. Outro trecho da entrevista que merece ser destacado, é quando a assistente social foi chamada para falar sobre suicídio, e a fala dela seguiu numa perspectiva de abordar homofobia, transfobia, racismo, e gênero como questões que são intrínsecas ao suicídio. A assistente social A5, poderia justificar que não faz parte de seu trabalho falar sobre o comportamento das meninas, mesmo que para muitas instituições se faça a relação do Serviço Social como conservador ou de contenção de conflitos. Entretanto, a profissional utilizou-se desse espaço para responder de forma alternativa a demanda que lhe foi colocada.

Guerra (2016) ressalta que faz parte da instrumentalidade responder à estas demandas que nos chegam, para compreender as determinações e necessidades sociais que suscitam. Desta forma é preciso se amparar dos fundamentos sócio históricos e políticos para que seja possível identificar as racionalidades. Para assim, ser possível estabelecer compromisso éticos e políticos.

Foi a análise crítico dialética que permitiu captar a instrumentalidade nas suas possibilidades, no seu vir a ser, ou seja, como mediação, conduto por onde passam as teorias, os valores, princípios que determinam a escolha dos instrumentos, das técnicas, das estratégias e das táticas, contendo a possibilidade de trazer à luz tais componentes do projeto profissional. Assim, falar de instrumentalidade é mencionar a relação meios e fins carregados de intencionalidade, a qual nada concede à suposta neutralidade profissional. Tal opção não é aleatória nem somente substantiva, mas uma escolha de um sujeito historicamente situado que analisa a realidade a partir das condições causais nas quais ele se encontra. E decide, escolhe, se posiciona e se compromete (GUERRA, 2016, p. 301).

A autora ainda completa que desenvolver a instrumentalidade com a capacidade de “criar, mobilizar, recriar os meios para alcançar objetivos é falar em projeto profissional. Para tanto, a busca das respostas sobre “o que”, “por que”, “para que”, “quando”, “onde”, “com que meios” e como fazer”? É fundamental (GUERRA, 2016, p. 301).

Contudo, esse eixo de análise apresenta-se como forma de pensar as potencialidades a partir da compreensão na contradição que é intrínseca ao assalariamento e a defesa do projeto ético político, engendrados numa profissão liberal. Diante do exposto, finalizamos a dissertação com o entendimento de que as condições de trabalho nos espaços organizacionais explicitam o processo de adoecimento e precarização do trabalho. Todavia, enquanto assistentes sociais,

precisamos ter clareza que as formas de acumulação e flexibilização dos mercados, calcada no trabalho assalariado, impõe impactos à classe trabalhadora. Esta que é acometida pela perda de direitos e a insegurança no presente e futuro. Entretanto, o caminhar profissional a partir do projeto ético-político profissional do serviço social, se coloca como posto estratégico de articulação e fortalecimento de contra tendências à ordem hegemônica do capital (RAICHELIS, 2018).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No desafio reunir os elementos analisados nesta pesquisa e assim complementar as análises, as considerações “finais” que este espaço permite realizar, constitui-se na atual conjuntura social e política da realidade brasileira, finalizar esse estudo com mais dúvidas e incertezas. Explico-me quando me refiro a incertezas. A vivência no desenvolvimento da realização desta pesquisa, e da própria dissertação que aqui se materializa, ouvir e sentir as aspirações das assistentes sociais acerca do seu trabalho nos NASFs, traduz um momento de fragilidade e desmonte no que tange o SUS, os direitos sociais e APS-NASF, lócus para pensar as condições de trabalho das assistentes sociais.

Diante disso, é preciso ressaltar que no rol das políticas sociais, a política de saúde nas últimas três décadas, vem sendo alvo de intenso desmonte e precarização, tanto na oferta de serviços e condições de trabalho para profissionais, quanto no aumento das demandas pela população, tendo como consequência a degradação e expropriação da vida e saúde dos usuários. Nesse tocante, a área da saúde é ou era, um dos maiores campos de atuação para os profissionais de serviço social e vem sendo um espaço em que as múltiplas expressões da “questão social” tem se intensificado.

Antes de iniciar as considerações acerca dos resultados da pesquisa, adentramos aqui sobre a necessidade de iniciar esse estudo sobre a discussão dos temas de APS e AB, pois durante o levantamento bibliográfico, ficaram muitas incertezas sobre que termo que realmente é usado no Brasil, qual seu propósito de usá-los em diferentes nomenclaturas, e se de fato havia alguma diferença entre eles. Assim, nossa compreensão a partir da leitura que os autores apresentaram como, Ribeiro (2017), Mendes (2015), Starfield (2002) e Giovanela e Mendonça (2012), é que no Brasil, o termo APS passa a ser promovido com o discurso de que temos uma estratégia de saúde baseada nos princípios de Alma-ata, mas de fato, o que temos é uma combinação de atenção seletiva e de organização dos sistemas.

Ao longo desta pesquisa fomos imprimindo a contextualização do SUS, uma política de saúde que vem sendo sofrendo desde seu marco constitucional em 1988. O caráter universal e público desta política não interessa ao BM, ao mercado, ao grande capital e a lógica neoliberal, e por esta razão vem sofrendo dificuldades na

sua implementação. Importante observar que a APS, é a porta de entrada do sistema de saúde em nível primário e o NASF é pensado para compor a APS como forma de apoio especializado às equipes, entretanto, não sendo porta de entrada.

A ESF, que antecede o NASF, foi criada com o objetivo de reorganizar as práticas assistenciais em saúde e tem como pauta ter em sua equipe o caráter multiprofissional. Desta forma para apoiar a ESF, o Ministério de Saúde criou o NASF com a sua primeira portaria n. 154, de 24 de janeiro de 2008 para consolidar a rede de serviços, ampliar a abrangência, resolutividade, a territorialização e ampliação das ações da APS no Brasil.

Reforçamos o que refere a primeira portaria do NASF que se constitui como equipe multiprofissional, para trabalhar de forma integrada às SF apoiando saberes. Destacamos ainda que a orientação para o desenvolvimento do trabalho do NASF é pelo referencial teórico-metodológico do apoio matricial, organizando seu trabalho a partir da integração das eSF e discutir as situações que são comuns de cada território, para posteriormente pensar em conjunto, alternativas e ações de promoção de saúde para tais realidades.

Entretanto, para pensar no desenvolvimento de cada profissão no NASF, é preciso ter muito claro o conceito de integralidade, e seus limites dentro da política de saúde. Mais ainda, que uma equipe multiprofissional, não quer dizer a composição de vários profissionais de áreas distintas, mas sim a realização destas ações em conjunto, compartilhando saberes e contribuindo com as eSF. O NASF não é um serviço independente, ele compõe a ASP e, portanto, se utiliza dos espaços das UBS para desenvolver seu trabalho em conjunto com a ESF.

Nesse processo de criação do NASF e tentativas de sua consolidação, é que o ano de 2016 foi marcado pela inserção na agenda nacional da revisão da PNAB, acompanhada por uma portaria que tornava facultativo a presença de ACS nas equipes e ainda previa a incorporação de mais técnicos de enfermagem (MELO et al, 2018). Uma torrente de retrocessos avança e em 2017, é aprovado a nova PNAB pela portaria nº 2.436, de 21 de setembro que traduz mais um dos retrocessos para o SUS, com o esvaziamento da ESF. A nova PNAB é aprovada e seu teor é descrito de forma nebulosa, sem deixar claro como ficará a organização dos NASF e da APS.

Como já mencionamos no decorrer desse estudo, nosso objetivo não é analisar as mudanças da nova PNAB. Acompanhamos as portarias, normativas e as próprias discussões que vínhamos acompanhando, sobre as implicações dessas

mudanças na APS. O desenvolvimento desta pesquisa foi realizado concomitante com essas mudanças, por esta razão não conseguimos analisar as mudanças que estão em movimento e na iminência de serem implementadas.

Nesse cenário da APS-NASF, os objetivos que foram propostos para a realização desta pesquisa permitiram analisar, em conjunto com o roteiro de entrevista, mais do que as condições de trabalho das assistentes sociais. Foi possível compreender como está, ressaltamos aqui, uma realidade datada, a organização de trabalho das equipes nos NASF. O período de coleta de dados, nos possibilitou a realização de apenas cinco entrevistas, de um total de oito municípios que possui assistente social no NASF, sendo que o nono município não possui assistente social. Mesmo não sendo possível a realização das entrevistas na totalidade dos municípios, consideramos que para análise dos objetivos propostos para esta pesquisa, os relatos trouxeram muitos elementos que possibilitaram pensar nas condições de trabalho das profissionais e acerca da implementação do NASF.

A composição dos dados para análise a partir dos relatos das entrevistas realizadas com as assistentes sociais, foi organizada a partir de quatro eixos de análise que permitiram a compreensão do material na sua totalidade. O primeiro eixo de análise: *apontamos iniciais de identificação profissional* nos mostrou que todas as assistentes sociais possuem vínculo efetivo, e que esta condição ao longo das falas revelou algumas potencialidades no que tange aos tensionamentos acerca das próprias condições de trabalho. Relembrando aqui, quando A2, ressalta que se negou a fazer visitas com seu carro particular pois o município não dispunha de transporte, e ainda quando exigiu documentação por escrito, após discussão por condições de trabalho e posteriormente foi “convidada” a ser lotada em outro serviço.

Nas situações em que o vínculo de trabalho é efetivo, isso pode permitir o exercício mais efetivo de um posicionamento político frente às precárias condições de trabalho. Os vínculos de trabalho por contratos, por si só são mais fragilizados, não que isso limite uma atuação profissional com consciência política da garantia de seus próprios direitos quanto trabalhadora e na defesa do não desmonte dos serviços e políticas sociais.

A questão da rotatividade foi um ponto que ficou patente em todas as falas. Mesmo as assistentes sociais que eram servidoras efetivas, há rotatividade com

objetivo da busca por melhores condições de trabalho. Há uma intensa variação sob o vínculo de trabalho nas equipes, uns são contratos, outros são efetivos, outros efetivos também não permanecem no NASF, e a própria equipe de ESF está sempre mudando o quadro profissional. Diante desse contexto, a rotatividade de toda APS interfere na qualidade dos serviços ofertados e na continuidade das ações. As assistentes sociais relataram que quando o NASF começa a ser construído, as equipes mudam, e aí há que se construir tudo novamente. A polaridade que organiza a carga horária dos profissionais foi citada com um fator que impede a realização de ações, pois, como trata-se de uma dinâmica em que a ESF está sempre tentando dar conta da demanda imensa nos municípios, os horários de trabalho não coincidem para realização das atividades.

No eixo sobre as *condições de trabalho*, a questão do assédio moral foi relatada com medo e angústia. Inclusive, a própria participação nesta pesquisa foi causa de preocupação para parte das assistentes sociais em relação às possíveis retaliações. Salientamos que a OIT reconhece o assédio moral como uma das formas de violência psíquica e vem ocorrendo em escala mundial. Nesse contexto. Os momentos que houve tensionamento nas falas das assistentes sociais, por melhores condições de trabalho, a resposta acontece por meio de assédio, como por exemplo na fala de A1 quando relata que quando o Ministério Público por exemplo solicita uma avaliação da assistente social, e tem que realocar as profissionais para responder a essa demanda que não faz parte do seu território, *“a ordem é vertical, ou tu vai, ou tu, não? Tem certeza? Tem um CAPS te esperando. É na base da ameaça”*.

Mesmo diante da presença do assédio moral em alguns municípios, há o posicionamento de algumas das assistentes sociais diante das mordidas do assédio moral, tendo uma compreensão crítica da realidade para assim, manter sua saúde mental atenta e respirável. De fato, esse agir consciente sobre a realidade não é tarefa fácil a ser realizada, mas nos faz ter maior compreensão, do que significa o próprio assédio em questão.

Para analisar as condições estruturais nos municípios, indagamos as assistentes sociais sobre esta realidade. Em todos os municípios não há estrutura física para a realização e operacionalização do trabalho do NASF, para os atendimentos, reuniões, planejamento, entre outros. As assistentes sociais relatam que realizam suas atividades nas salas que sobram. De forma sutil e gradativa,

desde a criação do NASF, a APS não foi preparada para esse novo serviço que vem inclusive para compor a APS. Os relatos revelam o confronto em APS e NASF. Assim a própria precarização da estrutura dos NASFs vai se tornando estratégia para sua não implementação.

Corroborando com Raichelis (2018), quando destaca que há uma ambiência societária na degradação do trabalho assalariado, em que ao mesmo tempo que cresce e se diversifica o mercado de trabalho profissional com ênfase nas políticas públicas de seguridade social, há uma tendência que caminha para um paradoxo. Ou seja, o aumento das demandas profissionais para o enfrentamento da “questão social” e concomitantemente e no mesmo processo, há o aumento das diferentes formas de precarização aberta ou velada para a realização desse trabalho, assim afetando o conjunto da classe trabalhadora.

Além do NASF não dispor de espaço físico na infraestrutura nas unidades para a realização das próprias atribuições relativas à dinâmica NASF, as assistentes sociais e outros profissionais de especialidades diferentes, são requisitados a atender demandas em que a fila de espera nos municípios está imensa. Uma das profissionais além de compor o NASF também é assistente social do CRAS, é recepcionista, atende telefone, faz atendimentos na assistência, entre outras funções. Essa realidade vai impondo aos profissionais serem onipresente nos espaços institucionais, mesmo quando não podem estar presentes, o uso das tecnologias como presença remota, apareceu fortemente em todos os relatos. Usado para discussão de casos e matriciamento.

Ainda nesse eixo de análise, as explicações das assistentes sociais acerca de quais eram as maiores demandas que chegavam para o serviço social, ilustram um pouco da conjuntura política deste início de 2020, em que “reforça” mesmo que subjetivamente, às formas de violência e opressão ideologicamente difundidas no cenário político brasileiro. A violência física e sexual, contra crianças, adolescentes e idosos, foram relatadas pelas assistentes sociais como as demandas em que o serviço social mais é acionado para realizar atendimentos. Nesse sentido, reafirmamos aqui que essa dissertação não cumpre apenas seu sentido em concluir o mestrado, mas principalmente com um ato político de manifestação e denúncia acerca da realidade.

O terceiro eixo de análise, intitulado: *entre o NASF ideal e o real*, destacamos que em todos relatos, com exceção do município de A2, as assistentes sociais mencionaram que o NASF que foi previsto não funciona nos municípios. As equipes

não se encontram, em sua maioria não conseguem realizar matriciamento. Quando esse é realizado é por meio de whatsapp ou email, ou pela equipe de ESF, solicitar atendimento do serviço social pelo prontuário no sistema das unidades. No município de A2, o matriciamento ainda acontece e de acordo com a assistente social, hoje é reconhecido pelas equipes da ESF após muitas lutas e enfrentamento para que ele aconteça. Entendem o matriciamento como pilar fundamental para pensar nas estratégias que o NASF enquanto equipe podem realizar.

Nesse processo os atendimentos individuais foram destaque para esse eixo de análise quando as assistentes sociais foram questionadas acerca de como é o NASF nos municípios comparado ao que ele foi proposto. Os atendimentos individualizados rompem a lógica do NASF fragmentando as demandas por especialidades profissionais. Desta forma, cada profissional atende clinicamente em sua “caixinha” não possibilitando a compreensão dos usuários na sua totalidade. As agendas dos profissionais estão cheias, a forma clínica de atender compilou a lógica do NASF. Assim, os profissionais não se encontram, não há espaço para pensar os caminhos a serem trilhados nessa conjuntura, pois todos estão em suas salas na busca de dar conta de uma fila de espera imensa, pois a quantidade de profissionais nos municípios é completamente insuficiente.

Entretanto, práticas exitosas podem se destacadas nos relatos, as assistentes sociais que, mesmo atuando em condição de trabalho precarizadas, relatam ações de enfrentamento e tensionamento, ainda que lentos, na busca de não negar a demanda e a realidade, mas construir dentro das possibilidades um caminho para o enfrentamento. Iamamoto (2011) observa que se torna fundamental ter consciência da dimensão contraditória da atividade profissional, para assim conseguir interferir no direcionamento social e ético-político do exercício profissional. O relato que claramente mostra isso, é o da A5, quando é chamada para ir nas escolas para falar do comportamento das meninas, e ela faz sua fala sobre a temática de gênero. Ou quando ela é convidada para fazer uma fala sobre suicídio e discute sobre homofobia, racismo e preconceito.

Há de se buscar estratégias de enfrentamento frente a realidade perversa de desmonte, precarização e adoecimento da classe trabalhadora. Diante disso, a questão de saúde mental foi outro tema que ficou evidente nos municípios, pois esses não possuem protocolos claros para o atendimento das demandas de saúde

mental e os encaminhamentos vão sendo realizados a depender das equipes que o atendem.

As mudanças da PNAB foram citadas em dois momentos no relato das assistentes sociais de forma sutil e sem dar nome (nova PNAB). Em um dos relatos de A2, a assistente fala que já receberam ameaças sobre o fim do NASF, e que o município iria realocar os profissionais para outros serviços. Esta fala revela o quanto se aproxima o real fim do NASF. Destacamos que as falas das assistentes sociais já mencionaram que não há, de fato o serviço NASF nos municípios. O NASF desde sua “implantação” busca se afirmar na APS. Entretanto, na ordem societária regida pela lógica neoliberal, a saúde enquanto uma política social que se expressa em serviços, tende a se tornar uma mercadoria cada vez mais interessante e desejada na dinâmica do capital.

Nesse tocante, elucidamos aqui a necessidade das assistentes sociais compreenderem toda essa precarização que está envolto do NASF e o porque de seu não funcionamento, o porquê ele não acontece de fato nos municípios. É preciso nutrir-se da história brasileira e entender a dinâmica das relações entre o Estado e a sociedade, para que nessas relações, possamos identificar o que determina nosso objeto de trabalho.

O último eixo de análise desse estudo, é um resgate sobre a leitura mais ampla dos dados coletados nas entrevistas. Intitulado: *Trabalho profissional: a velha contradição entre o assalariamento e a defesa do projeto ético-político*. Nesse eixo, trouxemos a discussão de lamamoto (2011) acerca do exercício profissional estar imbricado nas determinações sociais, estando o assistente social, ao ingressar no mercado de trabalho, assumir a condição de trabalhador assalariado para exercer sua profissão.

De todas as considerações e análises que realizamos ao longo desta pesquisa como, por exemplo, não há equipes NASF, os profissionais trabalham de forma individualizada, atendimento clínico e por agenda, ausência de estrutura física para realização do próprio trabalho, que nos permitiu identificar em que condições o trabalho as assistentes sociais atuam no NASF. Para somar com essas discussões, mediamos com as reflexões de lamamoto (2011) sobre a contradição entre o assalariamento e a defesa do projeto ético político do serviço social, para que seja base de nossa atuação, a compreensão que a prática não difere da teoria.

Diante disso, destacamos que em nenhum dos relatos foi mencionado o objeto de trabalho do serviço social e as respostas remetiam-se aos instrumentais da profissão e as demandas atendidas. Reafirmamos que os instrumentais podem explicar as demandas e podem se constituírem em caminhos para respondê-las, mas o contrário.

Contudo, ressaltamos que é fundamental percebermos e estarmos atentos para os limites do trabalho, das condições desse trabalho, das precarizações em que somos inseridos nas instituições, concomitantemente com os momentos e determinantes históricos em que vivemos. Nesse sentido, ter consciência que na história, em alguns momentos recuamos e outros avançamos, e para isso, precisamos responder as demandas que nos são apresentadas a partir do pensamento crítico e dialético e atuar conforme nosso projeto ético político.

REFERÊNCIAS

ALENCAR, Mônica Torres de; GRANEMANN, Sara. Ofensiva do capital e novas determinações do trabalho profissional. **Revista katálysis**, Florianópolis, v. 12, n. 2, p. 161-169, 2009.

ALVES, Giovanni. O Fardo Mórbido do tempo histórico do capital global. In: LOURENÇO, Edvânia Ângela de Souza (org.). **Saúde do trabalhador e da trabalhadora e serviço social: Estudos da relação trabalho e saúde no capitalismo contemporâneo**. Campinas: Papel Social, p. 15-19, 2016.

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. Serviço Social e política social: 80 anos de uma relação visceral. In: Maria Liduína de Oliveira e Silva (org.) **Serviço Social no Brasil: história de resistências e de ruptura com o conservadorismo**. São Paulo: Cortez, 2016, p. 119 - 140.

_____. Fundamentos de Política Social. In: MOTA, Ana Elisabete. et al (org.). **Serviço Social e Saúde**. 4. ed. São Paulo: Cortez; Brasília/DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009, p. 13-39.

_____; BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social: fundamentos e história**. 7ª Ed. São Paulo: Cortez, 2010.

BRAVO, Maria Inês Souza Bravo. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, Ana Elisabete [et al], (org.). **Serviço Social e saúde**. 4ª Ed. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009.

BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos. **Revista do Serviço Público**/Fundação Escola Nacional de Administração Pública - v.1, n.1 (nov. 1937), Ano 50, n.4 (Out-Dez/1999). Brasília: ENAP, 1937.

BRASIL. **Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm>. Acesso em: 16 mar. 2018.

_____. **Fórum nacional de entidades metropolitanas**. Região Metropolitana de Florianópolis. Disponível em: <<http://fnembrasil.org/regiao-metropolitana-de-florianopolis-sc/>>. Acesso em 05 jan. 2020.

_____. **Código de Ética do/a assistente social**. Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão. 9ª Ed. Brasília: Conselho Federal de Serviço Social, 2011.

_____. Controle Social na Saúde. In: MOTA, Ana Elisabete [et al], (org.). **Serviço Social e saúde**. 4ª Ed. São Paulo: Cortez; Brasília/DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009.

_____. **Emenda Constitucional n. 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm>. Acesso em 25 ago. 2018.

_____. **Lei complementar nº 636, de 9 de setembro de 2014. Institui a Região Metropolitana da Grande Florianópolis (RMF) e a Superintendência de Desenvolvimento da Região Metropolitana da Grande Florianópolis (Suderf) e estabelece outras providências.** Disponível em: <<http://server03.pge.sc.gov.br/LegislacaoEstadual/2014/000636-010-0-2014-001.htm>>. Acesso em: 21 ago. 2016.

BRASIL. **Lei n. 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm>. Acesso em: 16 mar. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 152 p.: il. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (**Caderno de Atenção Básica, n. 27**).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. 1ª Ed.; 1. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 56 p.: il. (**Cadernos de Atenção Básica; n. 28, v. 1**)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 116 p.: il. (**Cadernos de Atenção Básica, n. 39**)

_____. **O que é SUS.** Rio de Janeiro: Editora Fio Cruz, 2009.

_____. **Quais mudanças na atualização da PNAB.** Departamento de Atenção Básica. Ministério da saúde. 2017. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/noticias.php?conteudo=_&cod=2433>. Acesso em: 23 jul. 2018.

CARDOSO, Franci Gomes. Serviço Social e seus desafios contemporâneos. In: MOTA, Ana Elizabete; AMARAL, Ângela, (org.). **Cenários, contradições e pelejas do Serviço Social brasileiro.** São Paulo: Cortez, p. 15-26, 2016.

CORREIA, Maria Valéria Costa. **O Conselho Nacional de Saúde e os rumos da política de saúde brasileira:** mecanismos de controle social frente às condicionalidades dos organismos financeiros internacionais. Tese (Doutorado). Universidade Federal de Pernambuco. Recife, 2005.

EVANGELISTA, Olinda. Apontamentos para o trabalho com documentos de política educacional. In: ARAÚJO, Ronaldo Marcos de Lima; RODRIGUES, Doriedson S. (Org.) **A pesquisa em trabalho, educação e políticas educacionais**. Campinas: ed. Alínea, 2012.

GIOVANELLA, Lígia; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, Lígia (org.). GIOVANELLA, Lígia; ESCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa (et al). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

GUERRA, Yolanda. Transformações societárias, Serviço Social e cultura profissional: mediações sócio-históricas e ético-políticas. In: MOTA, Ana Elizabete; AMARAL, Ângela, (org.). **Cenários, contradições e peijas do Serviço Social brasileiro**. São Paulo: Cortez, p. 83-110, 2016.

HILLESHEIM, Jaime. Aprendendo com a história: táticas sindicais que contribuíram para a contrarreforma trabalhista. **Revista Textos & Contextos** (Porto Alegre), v. 16, n. 2, p. 297 - 312, ago./dez. 2017. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/geociencias/todos-os-produtos-geociencias/18354-regioes-metropolitanas-aglomeracoes-urbanas-e-regioes-integradas-de-desenvolvimento.html?=&t=o-que-e>. Acesso em: 09 jan. 2020.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e “questão social”**. 5ª Ed. São Paulo: Cortez, 2011.

IASI, Mauro. **Política, Estado e ideologia na trama conjuntural**. São Paulo: ICP, 2017.

LIMA, Camila Ávila de. Reforma Psiquiátrica e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). In: RAICHELIS, Raquel (et al). **A nova morfologia do trabalho no serviço social**. São Paulo: Cortez, 2018. p. 222-244.

LIMA, Luciana Dias de. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 11-24, jan. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000100011&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 28 jan. 2020.

LOURENÇO, Edvânia Ângela de Souza. Saúde do trabalhador e trabalhadora no capitalismo contemporâneo. In: LOURENÇO, Edvânia Ângela de Souza (org.). **Saúde do trabalhador e da trabalhadora e serviço social: Estudos da relação trabalho e saúde no capitalismo contemporâneo**. Campinas: Papel Social, p. 27- 47, 2016.

LOURENÇO, Edvânia Ângela de Souza; et al. Condições de trabalho de assistentes sociais da área da saúde e repercussões psicossociais. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 28, n. 1, p. 154-168, mar. 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902019000100011&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 fev. 2020.

MARIANO, Cynara Monteiro. Emenda constitucional 95/2016 e o teto dos gatos públicos: Brasil de volta ao estado de exceção econômico e ao capitalismo do desastre. **Revista de Investigações Constitucionais**, Curitiba, vol. 4, n. 1, p. 259-281, jan./abr. 2017.

MARTINI, Debora. **A intervenção do Assistente Social no NASF e no PAIF no município de Florianópolis**. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social. Florianópolis, SC, 2017.

MARX, Karl. **O capital**: crítica da economia política. Livro I. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001.

MATOS, Maurílio Castro de. Considerações sobre atribuições e competências profissionais de assistentes sociais na atualidade. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 124, p. 678-698, Dec. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em 16 fev. 2020.

MELO, Eduardo Alves et al. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe1, p. 38-51, Sept. 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 27 jan. 2020.

MENDES, Áquilas; MARQUES, Rosa Maria. O financiamento da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família no Sistema Único de Saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 900-916, Dec. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 05 jun. 2018.

MENDES, Eugênio Vilaça. **A Construção Social da Atenção Primária à Saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira; NETO, Otavio Cruz; GOMES, Romeu. **Pesquisa Social**: Teoria, método e criatividade. 30º ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

MIOTO, Regina Celia Tamasso; NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. Política Social e Serviço Social: os desafios da intervenção profissional. **Rev. katálysis**, Florianópolis, v. 16, n. spe, p. 61-71, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-49802013000300005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 set. 2018

MOROSINI, Márcia V. G. C; FONSECA, Angélica F; MENDONÇA, Maria H. M. Atenção primária à saúde e o perfil social do trabalhador comunitário em perspectiva histórica. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 11 n. 3, p. 525-552, set./dez. 2013. Disponível em: < <https://www.scielo.br/pdf/tes/v11n3/v11n3a05.pdf>>. Acesso em: 21 dez. 2019.

NETTO, José Paulo. **Capitalismo monopolista e Serviço Social**. 8ª Ed. São Paulo, Cortez, 2011.

NOGUEIRA, Claudia Mazzei; PEREIRA, Maria Coutinho de Carvalho. A relação do trabalho no século XXI com o agravamento à saúde dos/as trabalhadores/as assistentes sociais judiciais/as In: **Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora e Serviço Social**: Estudos da relação trabalho e saúde no capitalismo contemporâneo. Campinas: Papel Social, p. 213-227, 2016.

OMS/UNICEF. **Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde**. Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978. Brasil, 1979.

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

PAIVA, Beatriz Augusto de; OURIQUES, Nildo Domingos. Uma perspectiva latino-americana para as políticas sociais: quão distante está o horizonte? **Rev. katálysis**, Florianópolis, v. 9, n. 2, p.166-175, dez. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141449802006000200004&lng=ptnrm=iso>. Acesso em: 9 ago. 2017.

RAICHELIS, Raquel. Serviço Social: trabalho e profissão na trama do capitalismo contemporâneo. In: Raquel Raichelis (et al). **A nova morfologia do trabalho no serviço social**. São Paulo: Cortez, 2018.

_____. O assistente social como trabalhador assalariado: desafios frente às violações de seus direitos. **Revista Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 107, p. 420-437, Sept. 2011. Disponível em < <http://www.scielo.br/scielo> >. Acesso em: 22 jul. 2017.

RIBEIRO, Fátima Aparecida. **Atenção Primária em Saúde (APS) e sistema de saúde no Brasil**: uma perspectiva histórica. Dissertação. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Departamento de Medicina Preventiva. São Paulo, 2007.

RIOS, Schaianny Lima. Reflexões sobre as condições de trabalho dos assistentes sociais. In: José Reginaldo Inácio e Ricardo Lara (org.). **Trabalho, saúde e direitos sociais**. 1ª Ed. Bauru: Calal 6, 2018. (Projeto Editorial Práxis), p. 269-290.

ROSA, João Guimarães. **Grande Sertão**: veredas. 15ª ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 1982.

SCATENA, João Henrique Gurtier; TANAKA, Oswaldo Yoshimi. Os instrumentos normalizadores (NOB) no processo de descentralização da saúde. **Saúde soc.**

[online]. 2001, vol.10, n. 2, p .47-74. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v10n2/05.pdf>>. Acesso em: 21 set. 2019.

SILVA JUNIOR, Luiz Carlos da. O princípio da vedação ao retrocesso social no ordenamento jurídico brasileiro. Uma análise pragmática. **Revista Jus Navigandi**, ISSN 1518-4862, Teresina, ano 18, n. 3651, 30 jun. 2013. Disponível em: <<https://jus.com.br/artigos/24832>>. Acesso em: 25 set. 2018.

SILVA, Ociana Donato da; RAICHELIS, Raquel. O assédio moral nas relações de trabalho do(a) assistente social: uma questão emergente. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 123, p. 582-603, Sept. 2015. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 30 jan. 2020.

SILVA, Ociana Donato; RAICHELIS, Raquel. Assédio moral no trabalho de assistentes sociais: estratégia de gestão em tempos de crise do capital. In: **Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora e Serviço Social: Estudos da relação trabalho e saúde no capitalismo contemporâneo**. Campinas: Papel Social, p. 119-134, 2015.

STARFIELD, Barbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p.

STEVANIM, Luiz Felipe. Quem banca o essencial? In: **Revista Radis**, dez 2017, número 183. Disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/noticias/pdf/VERS%C3%83O_FINAL_RELATORIO_DESCRITIVO_GT_ANS_PROJETO_PLANO_DE_SAUDE_ACESSIVEL_FINAL_.pdf. Acesso em 10 mai. 2018

TEIXEIRA, Mary Jane de Oliveira. O Programa Saúde da Família, o Serviço Social e o Canto do Rouxinol. In: BRAVO, Maria Inês Souza; PEREIRA, Amazoneida Pereira (organizadoras). **Política Social e democracia**. 3ª Ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2007.

TONET, Ivo. **Método científico: uma abordagem ontológica**. São Paulo: Instituto Lukács, 2013.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

VASCONCELOS, Ana Maria. **A/O assistente social na luta de classes: projeto profissional e mediações teórico-práticas**. São Paulo: Cortez, 2015.

VICENTE, Damares. Desgaste mental de assistentes sociais: um estudo na área da habitação. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 123, p. 562-581, set. 2015. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282015000300562&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 fev. 2020.

APÊNDICE A – Roteiro de entrevista

ENTREVISTA PESQUISA CONDIÇÕES DE TRABALHO DOS ASSISTENTES SOCIAIS QUE ATUAM NOS NASF DA REGIÃO DA GRANDE FLORIANÓPOLIS

1. IDENTIFICAÇÃO PROFISSIONAL

Nome:
Município:
NASF/região:
Tipo de VÍNCULO de trabalho (?):
Quanto tempo atua nesse NASF:
Ano em que se formou:
Instituição de ensino:

2. ORGANIZAÇÃO DO NASF's

Pode relatar sobre como está estruturado/organizado o NASF no município?

- Quantidade de equipes NASF;
- Cobertura populacional;
- Profissionais que compõem as equipes NASF;
- Caracterização dos locais/espacos de trabalho em relação a infraestrutura do NASF (possui sala específica nas UBS ou possui prédio específico para a equipe, etc.);
- Carga horária de trabalho semanal dos profissionais do NASF;

Relate como é a relação da gestão do seu município, com a equipe NASF.

Relate como é a relação de trabalho entre a equipe NASF em que atua e a ESF.

Relate como é a relação de trabalho entre os profissionais do NASF em que atua.

3. CARACTERIZAÇÃO DO TRABALHO DAS ASSISTENTES SOCIAIS NOS NASFS

Pode descrever/caracterizar as atividades profissionais que desenvolve no NASF?

Quantos usuários atende em média?

Quais são as principais demandas da população usuária do NASF que você atende?

Entre o que define a proposta do NASF e o que ele se propõe, como se materializa no cotidiano as atividades no seu espaço de trabalho?

Você realiza atividades profissionais do NASF em casa, finais de semana ou após seu horário de trabalho?

Você reconhece alguma pressão no trabalho relacionada à produtividade?

Você reconhece se adoeceu por conta do trabalho no NASF?

Você reconhece se algum colega de trabalho no NASF adoeceu por conta do trabalho?

Você já sofreu ou viu algum colega sofrer assédio moral durante o período de trabalho no NASF?

Como avalia suas condições de trabalho no NASF?

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Termo de Consentimento Informado Livre e Esclarecido

Eu, Schaianny Lima Rios, assistente social, mestranda do Curso de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), estou realizando uma pesquisa sobre as condições de trabalho das assistentes sociais que atuam nos Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) da Região Metropolitana de Florianópolis, sob a orientação da professora Dra. Keli Regina Dal Prá. O objetivo desse estudo é analisar as condições de trabalho das assistentes sociais que atuam em uma Política de Atenção Básica em uma região metropolitana de Santa Catarina, sendo esta Florianópolis.

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa, através de uma entrevista, a qual poderá ser gravada para facilitar o meu trabalho de coleta das informações, cuja transcrição você tem o direito de ter acesso se desejar. A sua participação é totalmente voluntária e caso você decida não participar ou queira desistir durante a entrevista, poderá fazê-lo.

Você não terá benefícios diretos participando deste trabalho, mas estará contribuindo para a produção de conhecimento científico que poderá trazer benefícios de uma maneira geral à sociedade e aos profissionais, visto que, dando visibilidade às condições de trabalho das assistentes sociais, os resultados da pesquisa pode ser utilizado para pensar propostas no que tange a atuação do Serviço Social na área da saúde.

É importante ressaltar que os resultados dessa pesquisa poderão ser publicados em forma de artigo, relatório ou livro, mas sua identidade será preservada, pois será mantido absoluto sigilo de informações que possam identificá-lo (a). Os registros das mesmas serão mantidos pelo período de cinco anos, para consultas e após serão incinerados.

Coloco-me à disposição, em caso de dúvida ou se desejar obter mais informações a respeito da pesquisa, através do telefone: (48)9 9671-4061, ou pelo e-mail: schaiannyrios@hotmail.com.

Consentimento:

Eu, _____, concordo em fornecer informações solicitadas, através de entrevista, para a pesquisa acima mencionada. A pesquisadora me informou o caráter voluntário da entrevista, o direito de negar o meu consentimento, e o direito ao tratamento sigiloso das informações que irei responder. Eu entendi que me será fornecido uma cópia assinada deste termo. Concordo, livremente em participar dessa pesquisa.

Data:

Assinatura do (a) entrevistado (a):

Assinatura da pesquisadora

ANEXO A – Nota técnica n. 3/2020-DESF/SAPS/MS

28/01/2020

SEI/MS - 0013259951 - Nota Técnica



Ministério da Saúde
Secretaria de Atenção Primária à Saúde
Departamento de Saúde da Família

NOTA TÉCNICA Nº 3/2020-DESF/SAPS/MS

1. ASSUNTO

1.1. Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e Programa Previne Brasil.

2. ANÁLISE

2.1. Com o novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde (APS), instituído pelo Programa Previne Brasil por meio da Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, alguns instrumentos normativos foram revogados, dentre os quais as normativas que definem os parâmetros e custeio do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB): Seção II do Capítulo II do Anexo XXII da Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017; e Seção II do Capítulo I do Título II da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017.

2.2. Dessa forma, a composição de equipes multiprofissionais deixa de estar vinculada às tipologias de equipes NASF-AB. Com essa desvinculação, o gestor municipal passa a ter autonomia para compor suas equipes multiprofissionais, definindo os profissionais, a carga horária e os arranjos de equipe. O gestor municipal pode então cadastrar esses profissionais diretamente nas equipes de Saúde da Família (eSF) ou equipes de Atenção Primária (eAP), ampliando sua composição mínima. Poderá, ainda, manter os profissionais cadastrados no SCNES como equipe NASF-AB ou cadastrar os profissionais apenas no estabelecimento de atenção primária sem vinculação a nenhuma equipe.

2.3. A revogação das referidas normativas também impactam no credenciamento de novas equipes NASF-AB. A partir de janeiro de 2020, o Ministério da Saúde não realizará mais o credenciamento de NASF-AB, e as solicitações enviadas até o momento serão arquivadas.

2.4. Compreendendo que o novo financiamento da APS é focado na pessoa assistida, nenhum componente desse novo modelo é exclusivo de determinado profissional ou equipe, pelo contrário, as equipes multiprofissionais são importantes para o desempenho da atenção primária do município em todos os componentes. A melhoria dos indicadores em saúde, por exemplo, está diretamente relacionada à capacidade resolutiva das equipes, às ações e serviços que ofertam e aos profissionais que as compõem. Dessa forma, quanto mais apropriada for a composição da equipe para resolver os problemas de saúde da população, melhor será o desempenho dessa equipe, caso ela trabalhe de maneira integrada e efetiva.

2.5. Nesse cenário, diante da responsabilidade de garantir a melhoria e o cumprimento gradual desses indicadores, é importante que a gestão estruture a APS de modo a promover a atuação articulada entre as diversas categorias profissionais que influenciam qualitativamente todos os serviços da APS. Esse trabalho estruturado deve ampliar, de fato, a capacidade de cuidado e incidir sobre a melhoria da situação sanitária e epidemiológica da população, além de favorecer a vigilância das condições de saúde.

2.6. O novo modelo de financiamento da APS permite ainda que gestores municipais conheçam melhor as necessidades em saúde da população e sua demanda local com base no cadastro da população e no resultado dos indicadores, que definem, respectivamente, os valores de repasse da capitação ponderada e do pagamento por desempenho. Vale pontuar também que, a partir de 2021, conforme Portaria nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019, haverá um indicador relacionado à atuação de equipes

ANEXO B – Portaria Nº 99, DE 7 DE FEVEREIRO DE 2020**DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO**

Publicado em: 11/02/2020 | Edição: 29 | Seção: 1 | Página: 57
Órgão: Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção Especializada à Saúde

PORTARIA Nº 99, DE 7 DE FEVEREIRO DE 2020

Redefine registro das Equipes de Atenção Primária e Saúde Mental no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

O Secretário de Atenção Especializada à Saúde, no uso de suas atribuições,

Considerando a Portaria de Consolidação nº 1/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde;

Considerando a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde;

Considerando a Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que que consolida as normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde;

Considerando a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que que consolida as normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde; e

Considerando a solicitação da Secretaria de Atenção Primária em Saúde para ajustes nas regras de registro das equipes sob sua gestão, no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, resolve:

Art. 1º Fica redefinido o registro das Equipes de Atenção Primária e de Saúde Mental no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), de forma que a classificação de Tipo de Equipe de Saúde passe a vigorar conforme as definições do Anexo I desta Portaria.

Parágrafo único. Os gestores municipais e estaduais terão o prazo de 3 (três) competências após a implementação do disposto nesta Portaria para reclassificar as equipes no novo formato.

Art. 2º A classificação de Serviços Especializados da Atenção Primária passa a vigorar conforme as definições do Anexo II desta Portaria.

Parágrafo único. Os gestores municipais e estaduais terão o prazo de 3 (três) competências após a implementação do disposto nesta Portaria para reclassificar as equipes no novo formato.

Art. 3º A classificação de Motivo de Desativação de Equipes de Saúde passa a vigorar conforme as definições do Anexo III desta Portaria.

Art. 4º As regras de consistência relacionadas à composição das equipes, carga horária e outras que sejam necessárias ao gerenciamento das Equipes de Saúde de Atenção Primária e de Saúde Mental, passarão a ser realizadas por sistema de gestão e monitoramento sob a responsabilidade da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS/MS), e não serão mais realizadas no CNES.

Art. 5º As regras de cadastro das equipes de Atenção Domiciliar e equipes Multidisciplinares de Atenção à Saúde Indígena serão definidas por portarias específicas da SAES.

Art. 6º Caberá aos estabelecimentos de saúde, através de seus responsáveis técnicos ou responsáveis administrativos, bem como aos gestores estaduais, municipais ou do Distrito Federal, o cadastramento e a manutenção dos dados cadastrais dos estabelecimentos e equipes a estes vinculadas, conforme definido na Portaria nº 311/SAS/MS, de 14 de maio de 2007 e na Portaria de Consolidação nº 1/GM/MS, de 28 de setembro de 2017.

Art. 7º Caberá à Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS/MS), fornecer orientações técnicas relativas ao cadastramento das informações no módulo de Equipes de Saúde sob a sua gestão, aplicação de regras de negócio relativas a esse módulo, bem como a análise da base de dados em nível federal e aplicação das regras de pagamento conforme Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), Portarias de Consolidação e financiamento.

Art 8º Fica mantida a Regra Contratual "71.11 Estabelecimento de Saúde sem geração de crédito - NASF, exceto FAEC", de inserção descentralizada.

Parágrafo único. Caberá ao Gestor Municipal, Estadual e do Distrito Federal a responsabilidade de informar a regra contratual, descrita no caput deste artigo, no cadastro do estabelecimento, para não geração de crédito de procedimentos de Média e Alta Complexidade no Sistema de Informação Ambulatorial (SIA), realizados por estabelecimentos que realizam o serviço 159 - Atenção Básica, classificação 006 - Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Primária.

Art. 9º Ficam desativadas as Adesões de Programas e Projetos 09.11 - Adesão do Município ao programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade (PMAQ), 09.16 - Programa Saúde na Hora - USF 60 horas, 09.17 - Programa Saúde na Hora - USF 60 horas com saúde bucal e 09.18 - Programa Saúde na Hora - USF 75 horas com saúde bucal e os incentivos "81.16 - ESP em municípios com GH = 1 e taxa de população prisional <1%" a "81.39 - ESP em municípios com GH = 6 e taxa de população prisional >10%".

Parágrafo único. Os estabelecimentos atualmente registrados com os códigos descritos no caput deste artigo receberão alteração, na competência final, nessas marcações, assim que houver implementação das alterações previstas nesta Portaria no sistema do CNES.

Art. 10 Cabe à Coordenação-Geral de Gestão de Sistemas de Informações em Saúde do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle (CGSI/DRAC/SAES/MS), como área gestora do CNES, formalizar junto ao Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS/SE/MS), a demanda para operacionalização desta Portaria no CNES.

Art. 11 Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, com efeitos operacionais a partir da disponibilização da versão do CNES que contemple as modificações, conforme cronograma disponível no site <http://cnes.saude.gov.br>.

Art. 12 Ficam revogadas as Portarias nº 749/SAS/MS, de 10 de outubro de 2006, publicada no DOU nº 197, de 13 de outubro de 2006, seção 1, páginas 78 e 79, Portaria nº 750/SAS/MS, de 10 de outubro de 2006, publicada no DOU nº 197, de 13 de outubro de 2006, seção 1, páginas 79 a 82, Portaria nº 154/SAS/MS, de 15 de maio de 2009, publicada no DOU nº 92, de 18 de maio de 2009, seção 1, página 87 e 88, Portaria nº 334/SAS/MS, de 7 de outubro de 2009, publicada no DOU nº 194, de 9 de outubro de 2009, seção 1, página 130, Portaria nº 576/SAS/MS, de 19 de setembro de 2011, publicada no DOU nº 181, de 20 de setembro de 2011, seção 1, páginas 79 a 81, Portaria nº 703/SAS/MS, de 21 de outubro de 2011, publicada no DOU nº 33, de 15 de fevereiro de 2012, seção 1, páginas 66 a 69, Portaria nº 941/SAS/MS, de 22 de dezembro de 2011, publicada no DOU nº 246, de 23 de dezembro de 2011, seção 1, páginas 68 a 70, Portaria nº 160/SAS/MS, de 1º de março de 2012, publicada no DOU nº 43, de 02 de março de 2012, seção 1, páginas 74 a 76, Portaria nº 17/SAS/MS, de 15 de janeiro de 2013, publicada no DOU nº 12, de 17 de janeiro de 2013, seção 1, páginas 37 e 40, Portaria nº 256/SAS/MS, de 11 de março de 2013, publicada no DOU nº 50, de 14 de março de 2013, seção 1, páginas 43 e 44, Portaria nº 142/SAS/MS, de 28 de fevereiro de 2014, publicada no DOU nº 43, de 5 de março de 2014, seção 1, páginas 59 e 60, Portaria nº 305/SAS/MS, de 10 de abril de 2014, publicada no DOU nº 70, de 11 de abril de 2014, seção 1, páginas 71 e 72, Portaria nº 973/SAS/MS, de 29 de setembro de 2014, publicada no DOU nº 188, de 30 de setembro de 2014, seção 1, página 73, Portaria nº 1.142/SAS/MS, de 29 de outubro de 2014, publicada no DOU nº 210, de 30 de outubro de 2014, seção 1, páginas 103 e 104, Portaria nº 13/SAS/MS, de 8 de janeiro de 2015, publicada no DOU nº 7, de 12 de janeiro de 2015, seção 1, página 22, os artigos 4º, 5º e anexo I da Portaria nº 554/SAS/MS, de 7 de maio de 2018, publicada no DOU nº 117, de 20 de junho de 2018, seção 1, páginas 31 e 23 e Portaria nº 634/SAS/MS, de 27 de maio de 2019, publicada no DOU nº 103, de 30 de maio de 2019, seção 1, página 69.

Art. 13 Torna sem efeito a Portaria nº 18/SAS/MS, de 7 de janeiro de 2019, publicada no Diário Oficial da União (DOU) nº 7, de 10 de janeiro de 2019.

FRANCISCO DE ASSIS FIGUEIREDO

ANEXO I

REFORMULAÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO DE EQUIPES DE SAÚDE

Ficam incluídas os seguintes tipos de equipes: 70 - eSF - Equipe de Saúde da Família, 71 - eSB - Equipe de Saúde Bucal, 72 - eNASF-AB - Equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Primária, 73 - eCR - Equipe dos Consultórios na Rua, 74 - eABP - Equipe de Atenção Primária Prisional, 75 - eMAESM - Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental e 76 - eAP - Equipe de Atenção Primária.

Ficam excluídos os seguintes tipos de equipes: 01 - ESF, 02 - ESFSBM1, 03 - ESFSBMII, 04 - EACS, 05 - EPEN, 06 - NASF1, 07 - NASF2, 10 - EACSSBM1, 11 - EACSSBM2, 12 - ESFR, 13 - ESFRSBI, 14 - ESFF, 15 - ESFFSB, 16 - EAB1, 17 - EAB2, 18 - EAB3, 19 - EAB1SB, 20 - EAB2SB, 21 - EAB3SB, 24 - ESF1, 25 - ESF1SBM1, 26 - ESF1SBM2, 27 - ESF2, 28 - ESF2SBM1, 29 - ESF2SBM2, 30 - ESF3, 31 - ESF3SBM1, 32 - ESF3SBM2, 33 - ESF4, 34 - ESF4SBM1, 35 - ESF4SBM2, 36 - ESFTRANS, 37 - ESFTRANSBI, 38 - ESFTRANSBI2, 39 - ESFRSBI, 43 - ESBMI, 44 - ESBMII, 45 - NASF3, 40 - ECRMI, 41 - ECRMII, 42 - ECRMIII, 49 - EAP, 50 - EABP1, 51 - EABP1SM, 52 - EABP2, 53 - EABP2SM, 54 - EABP3, 58 - EMAESM1, 59 - EMAESM2, 60 - EMAESM3.

TIPO DE EQUIPE
08 - EMSI - Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena
22 - EMAD tipo I - Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar Tipo I
23 - EMAP - Equipe Multidisciplinar de Apoio
46 - EMAD tipo II - Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar Tipo II
47 - EAD - Equipe de Cuidados Domiciliares
70 - eSF - Equipe de Saúde da Família
71 - eSB - Equipe de Saúde Bucal
72 - eNASF-AP - Equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Primária
73 - eCR - Equipe dos Consultórios na Rua
74 - eAPP - Equipe de Atenção Primária Prisional
75 - eMAESM - Equipe Multiprofissional Atenção Especializada em Saúde Mental
76 - eAP - Equipe de Atenção Primária

Correlação entre a Classificação de Equipes de Saúde anterior e nova

ANTES	DEPOIS
01 - ESF - Equipe de Saúde da Família	70 - eSF - Equipe de Saúde da Família
02 - ESFSB M1 - ESF com Saúde Bucal - Modalidade I*	
03 - ESFSB M2 - ESF com Saúde Bucal - Modalidade II*	
04 - EACS - Equipe de Agentes Comunitários de Saúde	
10 - EACSSB_M1 - Equipe Agentes Comunitários com Saúde Bucal - MI*	
11 - EACSSB_M2 - Equipe Agentes Comunitários com Saúde Bucal - MII*	
12 - ESFR - Equipe de Saúde da Família Ribeirinha	
13 - ESFRSBI - ESF Ribeirinha com Saúde Bucal MI*	
14 - ESFF - Equipe de Saúde da Família Fluvial	
15 - ESFFSB - ESF Fluvial com Saúde Bucal*	
16 - EAB1 - Equipe de Atenção Básica tipo I	
17 - EAB2 - Equipe de Atenção Básica tipo II	
18 - EAB3 - Equipe de Atenção Básica tipo III	
19 - EAB1SB - Equipe de Atenção Básica tipo I com Saúde Bucal*	

20 - EAB2SB - Equipe de Atenção Básica tipo II com Saúde Bucal'	
21 - EAB3SB - Equipe de Atenção Básica tipo III com Saúde Bucal'	
24 - ESF1 - Estratégia de Saúde da Família tipo I	
25 - ESF1SB_M1 - ESF tipo I com Saúde Bucal modalidade I'	
26 - ESF1SB_M2 - ESF tipo I com Saúde Bucal modalidade II'	
27 - ESF2 - Estratégia de Saúde da Família tipo II	
28 - ESF2SB_M1 - ESF tipo II com Saúde Bucal Modalidade I'	
29 - ESF2SB_M2 - ESF tipo II com Saúde Bucal Modalidade II'	
30 - ESF3 - Estratégia de Saúde da Família tipo III	
31 - ESF3SB_M1 - ESF tipo III com Saúde Bucal modalidade I'	
32 - ESF3SB_M2 - ESF tipo III com Saúde Bucal modalidade II'	
33 - ESF4 - Estratégia de Saúde da Família tipo IV	
34 - ESF4SB_M1 - ESF tipo IV com Saúde Bucal modalidade I'	
35 - ESF4SB_M2 - ESF tipo IV com Saúde Bucal modalidade II'	
36 - ESFTRANS - ESF Transitória	
37 - ESFTRANSSB_M1 - ESF Transitória com Saúde Bucal MI'	
38 - ESFTRANSSB_M2 - ESF Transitória com Saúde Bucal MII'	
39 - ESFRSB_MII - ESF Ribeirinha com Saúde Bucal MII'	
43 - ESB MI - Equipe de Saúde Bucal modalidade I'	71 - eSB - Equipe de Saúde Bucal'
44 - ESB MII - Equipe de Saúde Bucal modalidade II'	
06 - NASF1 - Núcleo de Apoio a Saúde da Família modalidade 1	72 - eNASF-AB - Equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Primária
07 - NASF2 - Núcleo de Apoio à Saúde da Família modalidade 2	
45 - NASF3 - Núcleo de Apoio à Saúde da Família modalidade 3	
40 - ECR MI - Equipe dos Consultórios na Rua Modalidade I	73 - eCR - Equipe dos Consultórios na Rua
41 - ECR MII - Equipe dos Consultórios na Rua Modalidade II	
42 - ECR MIII - Equipe dos Consultórios na Rua Modalidade III	
05 - EPEN - Equipe de Atenção à Saúde do Sistema Penitenciário	74 - eAPP - Equipe de Atenção Primária Prisional
49 - EAP	
50 - EABP1 - Eq Atenção Básica Prisional tipo I	
51 - EABP1SM - Eq Atenção Básica Prisional tipo I com Saúde Mental	
52 - EABP2 - Eq Atenção Básica Prisional tipo II	
53 - EABP2SM - Eq Atenção Básica Prisional tipo II com saúde mental	
54 - EABP3 - Eq Atenção Básica Prisional tipo III	
58 - EMAESM1 - Eq. multiprof. Atenção espec. saúde mental M I	75 - eMAESM - Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental

59 - EMAESM2 - Eq. multiprof. atenção espec. saúde mental M II	
60 - EMAESM3 - Eq. multiprof. atenção espec. saúde mental M III	

* As Equipes de Saúde Bucal deverão ser desvinculadas das outras estratégias de atenção primária, e gerar um número de Identificação Nacional de Equipes (INE) específico para as equipes 71 - eSB.

ANEXO II

REFORMULAÇÃO DO MODELO DE INFORMAÇÃO - MÓDULO EQUIPES

O modelo de informação do Módulo de Equipes foi elaborado utilizando a seguinte notação:

Coluna 1 (Nível): indica a relação de dependência do elemento aos demais. Um número maior significa que aquele item depende ou está subordinado ao de número menor e anterior à ele no modelo. Assim, um elemento de nível 2 é subitem de um elemento de nível 1, um de nível 3 é subitem de um de nível 2 e assim sucessivamente.

Coluna 2 (Ocorrência): demonstra a obrigatoriedade e a quantidade de ocorrências do elemento:

[O] - indica que o elemento é opcional;

[1] - indica que o elemento é obrigatório;

[1] - indica que o elemento só pode ocorrer uma única vez;

[N] - indica que o elemento pode ocorrer várias vezes.

Coluna 3 (Seção/Item): descrição do elemento ou de um agrupador de elementos (seção).

Coluna 4 (Tipo de Dados): demonstra a forma de representar o elemento.

Coluna 5 (Conceito): conceitua ou esclarece o elemento.

Nível	Ocorrência	Seção/Item	Tipo de Dado	Conceito
1	[1..N]	Equipes		
2	[1..N]	Identificação da Equipe		
3	[1..1]	CNES	07 Caracteres Alfanuméricos	Número de registro do estabelecimento de saúde no CNES ao qual a equipe está vinculada
3	[1..1]	Nome Fantasia	Caracteres Alfanuméricos	Nome Fantasia do estabelecimento de saúde ao qual a equipe está vinculada
3	[1..1]	Identificador Nacional de Equipes (INE)	10 Caracteres Numéricos	Número identificador de equipes multiprofissionais preconizadas por Políticas Nacionais.
3	[1..1]	Tipo de Equipe	Tabela de Domínio	Identifica a estratégia de atenção preconizada em Política Nacional no formato ao qual a equipe atua.
3	[1..1]	SubTipo de Equipe	Tabela de Domínio	Detalhamento da estratégia de atenção preconizada em Política Nacional no formato ao qual a equipe atua
3	[1..1]	Nome de Referência	Caracteres Alfanuméricos	Nome pela qual a Equipe é identificada pela gestão local ou usuários do SUS
3	[1..1]	Data de Ativação	Data	Data de início da atuação da equipe naquele estabelecimento
3	[0..1]	Data de Desativação	Data	Data de início de desativação da equipe naquele estabelecimento
3	[0..1]	Motivo da Desativação	Tabela de Domínio	Motivo pelo qual a equipe foi desativada
2	[1..1]	Composição da Equipe		
3	[1..N]	CNS	Seleção	Cartão Nacional de Saúde do profissional que participa da equipe
3	[1..1]	Nome do Profissional	Seleção	Nome do profissional que atua da equipe

3	[1..1]	CBO	Seleção	Ocupação em que o profissional atua na equipe conforme Classificação Brasileira de Ocupações (CBO)
3	[1..1]	CHS na Equipe	02 Caracteres Numéricos	Carga horária semanal em que o profissional atua na equipe
3	[1..1]	Data de Entrada na Equipe	Data	Data de início da atuação do profissional naquela equipe
3	[0..1]	Data de Saída da Equipe	Data	Data de final da atuação do profissional naquela equipe
2	[0..1]	Identificação Complementar		
3	[0..N]	Unidades de Apoio	Secção	Identifica as Unidade de Apoio (Satélite) identificadas conforme programação visual padronizada das unidades de saúde do SUS
4	[0..N]	Nome de Referência	Caracteres Alfanuméricos	Nome de Referência do endereço complementar utilizado como Unidade de Apoio
4	[1..1]	Data de Ativação	Data	Data de ativação do endereço complementar
3	[0..N]	Apoio à Estabelecimentos / Equipes	Secção	Identifica quais estabelecimentos ou equipes recebem apoio de uma outra equipe
4	[0..N]	CNES	Seleção	Número CNES do Estabelecimento apoiado pela equipe
4	[0..N]	INE	Seleção	Número INE de equipe apoiada pela equipe
3	[0..N]	Embarcações de Apoio	Secção	Embarcações de pequeno porte para o deslocamento dos profissionais da equipe identificadas conforme programação visual padronizada das unidades de saúde do SUS
4	[0..N]	Número da Embarcação	Caracteres Alfanuméricos	Número da embarcação identificada conforme programação visual padronizada das unidades de saúde do SUS
4	[0..N]	Nome da Embarcação	Caracteres Alfanuméricos	Nome de referência da embarcação conforme programação visual padronizada das unidades de saúde do SUS
3	[0..N]	Mapeamento Indígena	Secção	Apenas para equipes 08 EMSI
4	[0..N]	DSEI	Seleção	Identifica o Distrito Sanitário Especial Indígena aos quais pertencem as aldeias atendidas pela Equipe Multidisciplinar de Atenção à Saúde Indígena
4	[0..N]	Polo Base	Seleção	Identifica os Polos Base aos quais pertencem as aldeias atendidas pela Equipe Multidisciplinar de Atenção à Saúde Indígena
4	[0..N]	Aldeia	Seleção	Identifica as aldeias atendidas pela Equipe Multidisciplinar de Atenção à Saúde Indígena

ANEXO III

REFORMULAÇÃO DO SERVIÇO ESPECIALIZADO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Fica alterado o nome do serviço especializado 159 Atenção Básica e de sua classificação 001 Atenção Básica para Atenção Primária.

Ficam incluídas no Serviço Especializado 159 - Atenção Primária, as classificações 004 - Estratégia de Saúde da Família, 005 - Saúde Bucal, 006 - Núcleo de Ampliado à Saúde da Família e Atenção Primária, 007 - Atenção Primária para População Ribeirinha, 008 - Consultório na Rua, 009 - Atenção Básica para população Prisional e 010 - Atenção Primária para Adolescentes em Unidade Socioeducativa.

Ficam excluídos os serviços especializados 100 - Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário, 101 - Estratégia de Saúde da Família, 102 - Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde, 109 - Atenção à Saúde dos Adolescentes em Conflito com a Lei, 147 - Serviço de Apoio à Saúde da Família, 161 - Consultório na Rua e a classificação 002 - Atenção Básica com Saúde Bucal do serviço especializado 159 - Atenção Primária;

O processo de reclassificação automático dos serviços especializados será descrito no leia-me da versão de implementação das alterações no CNES.

CÓD E DESCRIÇÃO DO SERVIÇO	CÓD. E DESCRIÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO	GRUPO	CBO E OCUPAÇÃO
159 Atenção Primária	001 Atenção Primária	1	2251* - Médicos Clínicos ou 2252-50 - Médico Ginecologista e Obstetra
			2235* - Enfermeiros e Afins
	003 Academia da Saúde	1	2628* - Artistas da Dança (exceto Dança Tradicional e Popular)
2241E1 - Profissional de Educação Física na Saúde			
2			251605 - Assistente Social
3761* - Dançarinos Tradicionais e Populares			
3			1312-25 - Sanitarista ou 2236-05 - Fisioterapeuta Geral ou 2237-10 - Nutricionista ou 2238-10 - Fonoaudiólogo ou 2239-05 - Terapeuta Ocupacional
	ou 2263-05 - Musicoterapeuta ou 2263-10 - Arteterapeuta ou 2515-10 - Psicólogo Clínico ou 5153-05 - Educador Social		
004 Estratégia de Saúde da Família	1	2251* - Médicos Clínicos	
		2235* - Enfermeiros e Afins	
		3222-05 - Técnico de Enfermagem ou 3222-45 - Técnico de Enfermagem da Estratégia de Saúde da Família ou 3222-30 - Auxiliar de Enfermagem ou 3222-50 - Auxiliar de Enfermagem da Estratégia de Saúde da Família	
		5151-05 - Agente Comunitário de Saúde	
005 Saúde Bucal	1	2232* - Cirurgiões-dentistas	
		3224-05 - Técnico em Saúde Bucal ou 3224-15 - Auxiliar em Saúde Bucal ou 3224-25 - Técnico em saúde bucal da estratégia de saúde da família ou 3224-30 - Auxiliar em saúde bucal da estratégia de saúde da família	
006 Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Primária	1	1312-25 - Sanitarista ou 2233-05 - Médico Veterinário ou 2234* - Farmacêuticos ou 2236* - Fisioterapeutas ou 2237-10 - Nutricionista ou	
		2238-10 - Fonoaudiólogo Geral ou 2239-05 - Terapeuta Ocupacional ou 2241* - Profissionais da educação	
		física ou 2251* - Médicos Clínicos ou 2252-50 - Médico Ginecologista/Obstetra ou 2515* - Psicólogos e psicanalistas ou 2516-05 - Assistente Social ou 5153-05 Educador Social	
007 Atenção Primária para População Ribeirinha	1	2251* - Médicos Clínicos	
		2235* - Enfermeiros e Afins	
		3222-05 - Técnico de Enfermagem ou 3222-45 - Técnico de Enfermagem da Estratégia de Saúde da Família ou 3222-30 - Auxiliar de Enfermagem ou 3222-50 - Auxiliar de Enfermagem da Estratégia de Saúde da Família	
008 Consultório na Rua	1	2235-05 - Enfermeiro ou 2515* - Psicólogos e psicanalistas ou 2516-05 Assistente Social ou 2251* - Médicos Clínicos ou 2252-50 - Médico Ginecologista/Obstetra ou 5153-10 Agente Social ou	
		2239-05 Terapeuta Ocupacional ou 3222-50 Auxiliar de Enfermagem da Saúde da Família ou 3222-45 Técnico de Enfermagem da Saúde da Família ou ou 2241* - Profissionais da educação física ou 5153-05 Educador Social	
009 Atenção Primária para População Prisional	1	2251* - Médicos clínicos ou 2252-50 - Médico Ginecologista e Obstetra	
		2235* - Enfermeiros e Afins	
		3222-05 - Técnico de Enfermagem ou 3222-30 - Auxiliar de Enfermagem	
		2239-05 - Terapeuta Ocupacional	
		2236* - Fisioterapeutas	
			2515* - Psicólogos

da versão de implementação das alterações no CNES.

			2516* - Assistente Social
			2234* - Farmacêuticos
			2237* - Nutricionistas
	O10 Atenção Primária para Adolescentes em Unidade Socioeducativa	1	2251* - Médicos Clínicos ou 2252-50 - Médico Ginecologista e Obstetra
			2235* - Enfermeiros e Afins
			2251-33 - Médico Psiquiatra ou 2515* - Psicólogo ou 2516-05 - Assistente Social ou 2235-50 - Enfermeiro Psiquiátrico ou 2239-05 - Terapeuta Ocupacional

* Poderá ser utilizada qualquer CBO desta família de ocupações.

ANEXO IV

TABELA DE MOTIVO DE DESATIVAÇÃO DE EQUIPES DO CNES

Ajusta o nome do Motivo de Desativação 02 para Reorganização da Atenção Primária.

Ficam excluídos os motivos de desativação: 01 - Reorganização da Estratégia de Saúde da Família, 03 - Dificuldade de Contratação de Profissional Médico, 04 - Dificuldade de Contratação de Profissional Enfermeiro, 05 Dificuldade de Contratação de Profissional Cirurgião Dentista, 06 - Dificuldade de Contratação de Profissional de Nível Médio, 10 - Dificuldade de Contratação de Profissional Técnico ou Auxiliar de Enfermagem, 11 - Dificuldade de Contratação de Profissional Técnico ou Auxiliar de Saúde Bucal, 12 - Dificuldade de Contratação de Profissional Psicólogo, 13 - Dificuldade de Contratação de Profissional Assistente Social, 14 - Dificuldade de Contratação de Profissional Terapeuta Ocupacional, 15 - Dificuldade de Contratação de Profissional Fisioterapeuta e 16 - Dificuldade de Contratação de Profissional Nutricionista.

COD	MOTIVO DE DESATIVAÇÃO DE EQUIPES
02	Reorganização da Atenção Primária
07	Problema de estrutura física
08	Auditoria/Supervisão
09	Falta de Equipe Mínima*

* Aplicável apenas às equipes de Atenção Domiciliar e Saúde Indígena.

Este conteúdo não substitui o publicado na versão certificada.