



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO SOCIOECONÔMICO  
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

Láine Motter Oliveira

**DO NASF-AB ÀS EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS: O SERVIÇO SOCIAL  
DIANTE DO DESMONTE DA ATENÇÃO BÁSICA EM FLORIANÓPOLIS**

Florianópolis

2022

Laíne Motter Oliveira

**DO NASF-AB ÀS EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS: O SERVIÇO SOCIAL  
DIANTE DO DESMONTE DA ATENÇÃO BÁSICA EM FLORIANÓPOLIS**

Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação  
apresentado ao Departamento de Serviço Social  
da Universidade Federal de Santa Catarina,  
como requisito parcial para a obtenção do título  
de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Profa. Dra. Keli Regina Dal Prá.

Florianópolis, novembro de 2022

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

Oliveira, Laine Motter

Do NASF-AB às Equipes Multiprofissionais: o Serviço Social diante do desmonte da Atenção Básica em Florianópolis / Laine Motter Oliveira; orientador, Keli Regina Dal Prá, 2022. 66 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro Sócio Econômico, Graduação em Serviço Social, Florianópolis, 2022.

Inclui referências.

1. Serviço Social. 2. Atenção Básica à Saúde. 3. Equipes Multiprofissionais da Atenção Primária à Saúde. 4. Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB). 5. Serviço Social. I. Dal Prá, Keli Regina. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Graduação em Serviço Social. III. Título.

Laíne Motter Oliveira

**DO NASF-AB ÀS EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS: O SERVIÇO SOCIAL  
DIANTE DO DESMONTE DA ATENÇÃO BÁSICA EM FLORIANÓPOLIS**

Esse Trabalho de Conclusão de Curso foi defendido para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social e aprovado em sua forma final pelo Curso de Serviço Social.

Florianópolis, 21 de novembro de 2022.

**Dra. Keli Regina Dal Prá - Orientadora**  
Departamento de Serviço Social  
Universidade Federal de Santa Catarina

**Dra. Fabiana Luiza Negri - Examinadora**  
Departamento de Serviço Social  
Universidade Federal de Santa Catarina

**Ma. Bia Cruz Freitas - Examinadora**  
Equipe Multiprofissional da Atenção Primária à Saúde  
Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis

## AGRADECIMENTOS

Fazer esse Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) e me formar assistente social atravessa o meu agradecimento a diversas pessoas que, de qualquer forma, passaram por mim durante e antes de todo esse processo de cinco anos, e também a quem historicamente lutou e ainda luta por um sistema de saúde público, universal e de qualidade. Aqui, em especial, agradeço toda minha família, em especial à minha mãe, que me deu todas as condições possíveis para que eu conseguisse chegar até aqui sem perder a força e a capacidade de olhar para o lado; à minha tia, que é minha segunda mãe, e que também me manteve firme e me apoiou a estudar em uma universidade federal; à minha avó (*in memoriam*), que abriu a porta para o meu olhar interventivo à saúde, durante os meses em que acompanhei ela na luta contra o câncer; ao meu avô (*in memoriam*), recém falecido, que sempre me manteve sensível ao mundo. Durante esse período de graduação, não posso deixar de mencionar o meu agradecimento às minhas amigas e futuras assistentes sociais Ana Cláudia dos Santos, Fabiana de Freitas Silveira, Cynthia Luiza Ribeiro do Amaral e Sabrina Neves Menezes; vocês foram e sempre vão ser essencial para mim e para o mundo. Essa trajetória também deve agradecimento à minha supervisora de estágio, Bia Cruz Freitas, e a cada pessoa que passou por nós naquele período, que me potencializou assistente social na luta pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

*Na primeira noite eles se aproximam  
e roubam uma flor do nosso jardim  
e não dizemos nada.  
Na segunda noite, já não se escondem:  
pisam as flores, matam nosso cão  
e não dizemos nada.  
Até que um dia, o mais frágil deles  
entra sozinho em nossa casa, rouba-nos a luz, e,  
conhecendo o nosso medo, arranca-nos a voz da garganta.  
E já não podemos dizer nada.*

Eduardo Alves da Costa, 1985.

## RESUMO

Atualmente, a Atenção Básica à Saúde (ABS) enfrenta um amplo desmonte em seu financiamento, com o Programa Previnde Brasil, apresentado/implantado pelo Ministério da Saúde em 2019. Conseqüentemente, passa-se a incentivar uma ABS baseada em números de atendimentos e não mais na qualidade destes, como também se tem o desmantelamento das equipes dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), as quais não foram mais cadastradas desde 2020, deixando a existência das equipes multiprofissionais à decisão dos gestores municipais. Assim, esse trabalho, que se origina da vivência enquanto estagiária de Serviço Social das recém-formadas Equipes Multiprofissionais da APS de Florianópolis tem como objetivo geral identificar as mudanças que afetam as assistentes sociais no contexto do desmonte da Atenção Básica em Florianópolis. Em termos metodológicos o estudo, de caráter qualitativo, foi desenvolvido por meio de pesquisa bibliográfica e documental, utilizando também de registros em diário de campo da autora. Como principais resultados, destaca-se que as assistentes sociais permanecem atuando nos Centros de Saúde, fortalecendo a ABS, porém sob condições que evidenciam a desproteção e a precarização do trabalho nesse espaço sócio-ocupacional, refletidas a partir da alta demanda para tão poucas profissionais atuantes, das formas de contrato precarizado e do teletrabalho.

**Palavras-chave:** Sistema Único de Saúde; Atenção Básica à Saúde; Equipes Multiprofissionais; Serviço Social.

## ABSTRACT

Currently, Primary Health Care faces a large dismantling in its funding, with the Previner Brasil Program, presented/implemented by the Ministry of Health in 2019. Consequently, an ABS is encouraged based on numbers of visits and not more in the quality of these, as well as the dismantling of the teams of the Expanded Family Health and Primary Care Centers, which have not been registered since 2020, leaving the existence of multidisciplinary teams to the decision of municipal managers. Thus, this work, which originates from the experience as a Social Work intern of the recently formed Multiprofessional Teams of PHC in Florianópolis, has the general objective of identifying the changes that affect social workers in the context of the dismantling of Primary Care in Florianópolis. In methodological terms, the qualitative study was developed through bibliographic and documental research, also using the author's field diary. As main results, it is highlighted that the social workers continue to work in the Health Centers, strengthening the ABS, but under conditions that show the lack of protection and the precariousness of work in this socio-occupational space, reflected from the high demand for so few professionals. workers, the forms of precarious contracts and telework.

**Keywords:** Health Unic System; Primary Health Care; Multiprofessional Teams; Social Service.

## **LISTA DE FIGURAS**

Figura 1: Diagrama de uma área mostrando todos os serviços.....	18
Figura 2: Total de atendimentos na APS de Florianópolis.....	44

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1: Condições de trabalho das assistentes sociais da ABS de Florianópolis.....	48
--	----

## LISTA DE ABREVIACÕES

ABS	Atenção Básica à Saúde
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
ADAPS	Agência para Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CaSAPS	Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CRAS	Centro de Referência da Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado da Assistência Social
DS	Distrito Sanitário
EC	Emenda Constitucional
ESF	Estratégia de Saúde da Família
eAB	equipe de Atenção Básica
eAP	equipe de Atenção Primária
eSF	equipe de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
NOB-SUS	Norma Operacional Básica do SUS
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
OS	Organização Social
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PMAPS	Política Municipal de Atenção Primária à Saúde
PMAQ	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade
PMM	Programa Mais Médicos
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PREVSAÚDE	Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família

RAS	Rede de Atenção à Saúde
SAPS	Secretaria de Atenção Primária à Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
TIC	Tecnologia de Informação e Comunicação
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNICEF	Fundo Internacional das Nações Unidas para a Infância
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>14</b>
<b>2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA PERSPECTIVA HISTÓRICA.....</b>	<b>17</b>
2.1 APONTAMENTOS CONCEITUAIS: ATENÇÃO PRIMÁRIA OU ATENÇÃO BÁSICA?.....	28
2.2 NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF) .....	31
<b>3 A ESTRUTURAÇÃO DA APS EM FLORIANÓPOLIS APÓS O DESMONTE DO NASF.....</b>	<b>40</b>
3.1 O SERVIÇO SOCIAL NA APS DE FLORIANÓPOLIS .....	45
3.1.1 Formas de contratação.....	49
3.1.2 Sobrecarga de trabalho .....	51
3.1.3 Complexificações do processo de trabalho intensificadas durante e após a pandemia do COVID-19.....	54
<b>4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>57</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>60</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) em Serviço Social parte da realidade vivenciada enquanto estagiária na Atenção Básica em Saúde (ABS) do município de Florianópolis, nos Distritos Sanitários Norte e Centro. O desenvolvimento do estágio ocorreu em meio à nítida consolidação do desfinanciamento da ABS, de novembro de 2021 a agosto de 2022, momento ao qual o Serviço Social deixou de compor as equipes do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e passou a compor as Equipes Multiprofissionais, reestruturando a maior parte da atuação nesse espaço sócio-ocupacional. Sob essa lógica, foi necessário compreender a atual conjuntura, atravessada pelo contexto da pandemia do novo coronavírus (COVID-19), de forma aprofundada, buscando entender o movimento de desmonte cada vez mais acirrado em contexto nacional e, conseqüentemente, municipal.

A compreensão do Projeto Ético-Político da categoria profissional, pautado na construção de um projeto societário de transformação social e uma nova ordem societária sem exploração e dominação, perpassa a defesa de um Sistema Único de Saúde (SUS) público, gratuito e de qualidade para toda a população, alinhando-se aos interesses do Movimento de Reforma Sanitária e não aos projetos privatistas, que se expandiram nas últimas décadas. Sob essa lógica, e considerando a atual conjuntura de intensificação da expropriação da classe trabalhadora, é de suma importância que assistentes sociais, atuando diretamente com as expressões da questão social e em contato direto com a população, reconheçam suas condições de trabalho e os processos e desafios aos quais, cada vez mais, apresentam-se à categoria profissional. Conseqüentemente, em terreno fértil e conhecido, é possível o planejamento de estratégias profissionais que, alinhadas à sociedade civil, possam fortalecer a defesa e a ampliação das políticas públicas, garantindo o que é de direito da população.

Sendo a Atenção Básica o primeiro nível de atenção do SUS, territorialmente estruturada nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), facilitando o acesso das pessoas aos cuidados em saúde, é inquestionável a sua defesa e a sua importância. No entanto, o desmonte da Atenção Básica vem sendo construído ano após ano. O Programa Previne Brasil, por exemplo, apresentando em contexto nacional ao final do ano de 2019, impacta negativamente no financiamento da ABS, propondo características quantitativas e não mais qualitativas, atingindo, conseqüentemente, a qualidade dos serviços prestados à população, aumentando a demanda reprimida e sobrecarregando os profissionais de saúde (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2009; MOROSINI, *et al*, 2020).

Posteriormente à divulgação do Programa Previne Brasil pelo Ministério da Saúde do Governo de Jair Messias Bolsonaro (2018-2022), os NASF-AB passam a ser desvinculados do mesmo, não sendo mais cadastrada nenhuma equipe. É importante evidenciar que essas equipes se constituem de forma multiprofissional, atuando em conjunto com as equipes de Saúde da Família (eSF) e ampliando as ações e serviços à população usuária. Isto é, com o fim do NASF-AB, fica a cargo de gestores municipais decidirem a permanência ou não dessas equipes na Atenção Básica. Contraditoriamente, o contexto de isolamento social, imposto por questões de segurança, devido à pandemia do COVID-19 impactou diretamente as condições sociais e econômicas da população brasileira, fazendo com que profissionais assistentes sociais, que também atuavam nos NASF-AB, sejam cada vez mais solicitados, considerando o emergente aumento das expressões da questão social (BRASIL, 2019; LIMA, 2021).

Desse modo, o objetivo geral desse trabalho, consiste em identificar as mudanças sofridas por profissionais assistentes sociais frente ao desmonte da Atenção Básica em Florianópolis, especialmente no que diz respeito à constituição das Equipes Multiprofissionais. Metodologicamente, tem-se uma pesquisa qualitativa, que busca compreender “a realidade humana vivida socialmente” (MINAYO, 1993, p. 23). Nesse sentido, entende-se que o tema a ser pesquisado parte de uma realidade material, compreendida a partir da teoria social e crítica, com vistas à percepção da totalidade e de suas contradições.

[...] considera-se que o fenômeno ou processo social tem que ser entendido nas duas determinações e transformações dadas pelos sujeitos. Compreendendo uma relação intrínseca de oposição e complementaridade entre o mundo natural e social, entre o pensando e a base material. Advoga também a necessidade de se trabalhar com a complexidade, com a especificidade e com as direções que os problemas e/ou objetos sociais apresentam. (MINAYO, 1993, p. 25).

Destaca-se, ainda, que a temática pesquisada possui “um substrato comum de identidade com o investigador” (MINAYO, 1993, p. 14), tendo em vista que a motivação da atual pesquisa parte da vivência no Estágio Obrigatório Supervisionado em Serviço Social, bem como do interesse de estudo na área da saúde. Através da aproximação da realidade do município e em meio às tantas mudanças na saúde, percebeu-se a necessidade de analisar a realidade do Serviço Social nas Equipes Multiprofissionais da ABS, derivando da pergunta central: “Como se configura o Serviço Social frente ao desmonte da ABS em Florianópolis?”, no intuito de caracterizar as mudanças que vem ocorrendo no âmbito do cotidiano profissional.

As informações que subsidiam o trabalho, no que se refere à configuração do Serviço Social na ABS em Florianópolis, na atuação junto às Equipes Multiprofissionais, advém dos registros da autora em diário de campo, quando do acompanhamento da supervisão de estágio, e de documentos públicos, como legislações, Cadernos de Atenção Básica, Carteira de Serviços, entre outros.

Dessa forma, o trabalho está organizado de modo a apresentar uma breve historicidade da Atenção Primária à Saúde (APS), além de evidenciar a discussão dos termos Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde. Posteriormente, apresenta-se o contexto histórico do NASF-AB e o atual processo de desvinculação das equipes multiprofissionais a este. Na sequência, tem-se a realidade de Florianópolis no que diz respeito ao processo gradual de desfinanciamento da Atenção Básica e, por fim, apresenta-se o Serviço Social na APS do município, evidenciando os impactos que a categoria profissional vem sofrendo, a partir da (re)organização de seu trabalho no território.

## 2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA PERSPECTIVA HISTÓRICA

Historicamente, a APS recebeu diferentes formas de interpretação no que se refere ao seu conceito/entendimento. Conforme a compreensão da necessidade de cuidados em saúde permanentes e preventivos se expandia mundialmente, a APS passa a ser estruturada e reformulada década após década, a partir das indicações do relatório final da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada na cidade de Alma-Ata, em setembro de 1978, que resultou em uma formulação mais qualificada de APS (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2009; RIBEIRO, 2007).

Anterior à Conferência de Alma-Ata, faz-se necessário resgatar a historicidade que permeia a incerteza presente no conceito de APS. Para isso, destaca-se que o termo atenção primária [minúsculo] será utilizado para se referir à atenção médica primária convencional, enquanto o termo Atenção Primária à Saúde será utilizado ao compreendê-la como um nível de atenção que garante maior equidade e incorpora as necessidades das comunidades e dos indivíduos<sup>1</sup> (STARFIELD, 2002).

Um dos primeiros registros de sistemas de saúde foi divulgado em 1920, na Grã-Bretanha. Em forma de texto oficial, foi apresentada a organização do sistema de saúde, caracterizado por três principais níveis de serviço: centros de saúde primários, centros de saúde secundários e hospitais-escola. Tal sistema foi desenhado por uma comissão liderada pelo médico Bertrand Dawson e seu relatório foi apresentado ao Ministério da Saúde da Grã-Bretanha e, posteriormente, traduzido para o espanhol pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Nesse relatório, o médico desenhou como seria formado o sistema de saúde regionalizado; nele, têm-se registrados os centros de saúde primários, estruturados próximos às casas das pessoas, contendo médicos generalistas que destinavam os pacientes, caso necessário, aos centros de especialidades e, estes últimos encaminhariam, se necessário, aos hospitais-escola. O mesmo ainda conseguiu prever os “serviços complementares”<sup>2</sup>, formados por equipes

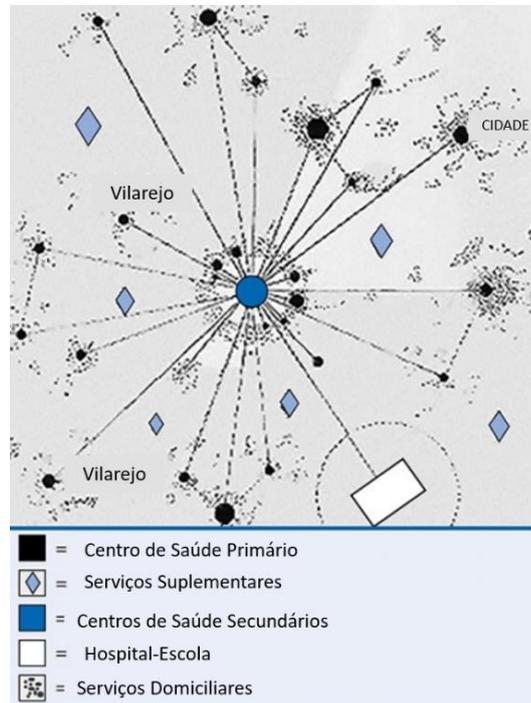
---

<sup>1</sup> “A intenção é sugerir que, ao aumentar a orientação dos serviços de atenção primária em direção à resposta das necessidades, tanto das comunidades como dos indivíduos que buscam atenção, a atenção médica primária convencional se aproximará da visão de APS de Alma Ata e em direção a uma maior equidade” (STARFIELD, 2002, p. 32).

<sup>2</sup> “Servicios complementarios -- Algunos servicios complementarios formarán parte esencial del esquema: se relacionarán con los centros primarios y secundarios de salud, a menudo atenderán a una extensa region y necesitarán de personal especial. Deben estar equipados para atender pacientes de tuberculosis, enfermedades mentales, epilepsia, ciertas enfermedades infecciosas, etc., y para aquéllos que necesiten de tratamiento ortopédico” (OPAS, 1964, p. 6).

para tratar tuberculose, pacientes terminais, pacientes com questões de saúde mental, entre outros (SANAR, 2019; STARFIELD, 2002).

Figura 1: Diagrama de uma área mostrando todos os serviços



Fonte: OPAS (1964).

O Informe Dawson foi a base para o conceito de regionalização, entendida enquanto um sistema organizado e planejado para responder aos níveis de necessidade dos serviços médicos da população, como também foi base para a reorganização dos serviços de saúde em diversos países, os quais conseguiram definir claramente os níveis de atenção em saúde, como também conseguiram ter uma atenção médica primária identificável e efetiva. Para além disso, o relatório também previa outras características de atenção primária, como a união da medicina preventiva e curativa, o entendimento de que os serviços de saúde deveriam ser prestados tanto para o indivíduo como para a comunidade, considerando as condições locais, entre outras (INFORME DAWTON, 1920; STARFIELD, 2002).

Dando seguimento, no contexto mundial da década de 1950, a Organização Mundial de Saúde (OMS) já entendia a necessidade do controle, prevenção, promoção e manutenção da saúde da população mundial, enquanto cuidados que devem ser permanentes. Com isso, em 1953, a OMS direciona apoio técnico para o desenvolvimento de serviços básicos de saúde, com o objetivo de responder aos problemas de saúde que atingiam a população em geral. Diante disso, a atenção primária foi estruturada tecnologicamente de modo a priorizar a cura das

doenças e enfermidades, não sendo acessada pela maior parte da população, tendo em vista o alto custo dos serviços prestados (RIBEIRO, 2007).

No Brasil, os serviços de saúde surgem relacionados ao modelo médico-biologicista, contemplados por uma forma repressiva de controlar e intervir na sociedade civil de forma individual e social. Ou seja, as políticas públicas apenas controlavam as doenças endêmicas e epidêmicas, controlando as condições sanitárias que poderiam acarretar problemas à exportação, enquanto a população era responsabilizada, individualmente, pelos problemas relacionados à saúde que não perpassavam à peneira do Estado (MENDES, 1995).

No contexto mundial, já na década de 1960, a noção de atenção primária começou a perpassar por novas estratégias. De forma geral, o que se entendia sobre saúde foi atravessado pelos determinantes sociais e econômicos, para além das condições biológicas, refletindo a possibilidade de superação do cuidado em saúde ser voltado apenas para o controle de doenças. No ano de 1966, foi divulgado o livro “*Medical Care in Developing Countries*” – em português: “*Cuidados Médicos em Países em Desenvolvimento*” – de Maurice King, que retratava as experiências de atendimento de saúde à população em situação de vulnerabilidade nos países periféricos e, conseqüentemente, tornou-se uma grande referência, naquela época, ao se tratar de atenção primária (RIBEIRO, 2007).

Para além disso, haviam programas de combate às doenças transmissíveis sendo desenvolvidos em inúmeros países, com intervenções seletivas e descontextualizadas e com uma abordagem vertical. Ainda, destaca-se que, foi nessa mesma década que foram expandidos os centros de saúde em contexto mundial, iniciando pela Inglaterra, em que foram construídos inúmeros centros de saúde, que contavam com médicos generalistas, enfermeiras, visitadoras domiciliares e assistentes sociais. No final dos anos de 1960, cresciam as críticas referente ao modelo biomédico de cuidado em saúde, exigindo, conseqüentemente, uma nova abordagem de atenção, que interiorizasse os determinantes sociais no processo de saúde-doença. Em 1968, mais especificamente, a Comissão Médica Cristã do Conselho Mundial de Igrejas teve papel primordial no que se refere à disseminação dos novos princípios da atenção primária, divulgando a proposta mundialmente, nos ministérios da saúde e para a OMS (RIBEIRO, 2007; GIOVANELLA; MENDONÇA, 2009).

Ao passo que o cenário mostrava-se relativamente precursor durante a década de 1960, evidenciando, pelo menos, as dúvidas e as críticas referentes ao modelo dominante de atenção em saúde, o processo de construção efetivo de APS foi acontecer somente ao longo da década de 1970. Com a expansão da crise econômica, com o baixo acesso da população urbana e rural aos serviços de saúde e com altas taxas de mortalidade e morbidade, a assistência médica

previdenciária<sup>3</sup>, enquanto principal serviço de saúde da época, mostrou-se ineficaz. Ressalta-se, ainda, que a prática médica previdenciária era baseada em processos curativos, assistencialistas e especializados, enquanto a saúde pública era orientada para a lucratividade, de forma hospitalocêntrica, bem como privilegiava os serviços de saúde privados (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2009; MENDES, 1995).

Com o movimento de crítica aos modelos de atenção em saúde seletivistas e biomédicos cada vez maior e com a expansão do debate sobre atenção primária, no cenário mundial, teve-se, nos anos de 1977 e 1978, conferências mundiais, realizadas pelo Fundo Internacional das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e pela OMS, que reuniu diversos especialistas em cuidados primários de saúde para debater o desenvolvimento da assistência primária da saúde nas estruturas políticas, econômicas e administrativas, com base nos sistemas já estudados. Além do mais, foi em 1977 que a OMS decidiu divulgar a meta de obtenção de um nível de saúde que permitisse uma vida saudável e economicamente produtiva a toda população do mundo até os anos 2000. Como resultado das conferências regionais e da meta proposta pela OMS, tinha-se os princípios estratégicos da APS formulados e o lema “*Saúde Para Todos no Ano 2000*”, ambas com grande impacto no que diz respeito à noção proposta de Atenção Primária, sendo referência, posteriormente, na Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde, em Alma-Ata (RIBEIRO, 2007).

Destaca-se, ademais, que foi na segunda metade da década de 1970 em que se defendiam os processos de independência nacional e, com isso, refletindo a construção de modelos de atenção à saúde com ênfase nos valores locais e não hegemônicos; conseqüentemente, criticava-se o elitismo médico e a especialização progressiva, defendendo-se as práticas populares articuladas com os serviços de saúde, como também a democratização do conhecimento médico. Ainda, é de suma importância ressaltar que, na mesma década, os países socialistas tinham, nos centros de saúde, predominantemente, modelos de atenção ambulatorial, contando com uma equipe de clínico geral ou internista, pediatra, gineco-obstetra, odontólogo, enfermeira e pessoal auxiliar, prestando serviços de saúde de forma inclusiva e integral à população, articulando o atendimento clínico e serviços preventivos, de acesso universal e gratuito, com recursos captados de impostos gerais (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2009).

---

<sup>3</sup> A assistência médica previdenciária foi instituída pela Lei Eloy Chaves, em 1923, em que se tem o marco inicial da responsabilização do Estado brasileiro na concessão de assistência médica, embora tenha sido, inicialmente, destinada a um grupo muito pequeno de trabalhadores. Em 1973, houve a expansão da cobertura previdenciária, abarcando quase toda a população urbana e a população rural, contudo, ainda assim, o modelo médico da época não era eficaz na forma de oferecer e prestar os serviços em saúde (MENDES, 1995).

É nesse contexto que, em setembro de 1978, é realizada a Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde, conhecida também como Conferência de Alma-Ata. Nessa conferência, a Atenção Primária foi compreendida como essencial, sendo ela “o primeiro componente de um processo permanente de assistência sanitária, cujo acesso deveria ser garantido a todas as pessoas e famílias da comunidade” (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2009, p. 576).

A conferência realizada em Alma-Ata em 1978 foi um importante evento que contou com representações de 134 governos (o Brasil esteve ausente) e recebeu mais de três mil delegados. Na ocasião, o documento Declaração de Alma-Ata foi aprovado, tendo sido ratificado em 1979 pela Assembléia-Geral da OMS, que lançou em âmbito mundial a Estratégia de Saúde para Todos no Ano 2000 (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2009, p. 578).

O relatório final da Conferência de Alma-Ata – Declaração de Alma-Ata – abordou uma noção ampla de APS, contemplando aspectos éticos e políticos, definindo as ações prioritárias, a integração entre as ações preventivas e curativas, ressaltando a importância da epidemiologia enquanto ferramenta de conhecimento das demandas de saúde da população, como também recomendava aos governos a incorporação dos cuidados primários à saúde nos planos nacionais, destacando a importância de um sistema nacional de saúde – sendo a APS o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com esse sistema – reafirmando a saúde a partir de seu entendimento abrangente e enquanto direito universal (RIBEIRO, 2007). De acordo com a Declaração de Alma-Ata,

VI - 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 o 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 possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (OMS, 1978).

Nesse sentido, entende-se que o relatório final da Conferência de Alma-Ata não apenas afirmou a responsabilidade do Estado sobre a saúde com a criação de sistemas de saúde nacionais, como também formulou, em geral, a Atenção Primária enquanto parte fundamental

desses sistemas. Entretanto, a Declaração de Alma-Ata recebeu diversas críticas a nível internacional, dando origem, nos anos posteriores, a uma resistência quanto à concepção de APS integral e abrangente, sendo defendida, então, uma Atenção Primária seletiva, que era dirigida à população marginalizada, com programas e recursos marginais, com baixa qualificação profissional e com soluções baratas aos problemas de saúde (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2009; MENDES, 1995).

Além do mais, mesmo com a movimentação proposta pela Declaração de Alma-Ata, Starfield (2002, p. 34) evidencia que não foram todos os países que fortaleceram a Atenção Primária em seus sistemas de saúde, considerando que, no século XX, havia uma grande tendência à especialização e à “inferioridade do generalista”. Embora os estudos da época mostrassem resultados amplamente positivos, no que diz respeito aos custos e à probabilidade de melhores níveis de saúde, de uma Atenção Primária fortalecida, alguns países não a implementaram, principalmente por conta do imperativo tecnológico da época (STARFIELD, 2002).

Pontualmente, em 1979, na Itália, foi realizada uma reunião promovida pela Fundação Rockefeller, em colaboração com o Banco Mundial, com a Fundação Fort e com agências canadenses e estadunidenses, em que se discutia a Atenção Primária seletiva, entendendo-a apenas como estratégia para o controle de doenças nos países periféricos (CUETO, 2004 *apud* GIOVANELLA; MENDONÇA, 2009).

Vale lembrar, para além disso, que, no Brasil, o final da década de 1970 também foi marcado pelo início do movimento contra hegemônico da saúde, o que significaria, posteriormente, que a defesa da Atenção Primária seletiva seria questionada, tendo em vista que o Movimento de Reforma Sanitária era respaldado pela compreensão de saúde como direito de cidadania e dever do Estado, não dialogando com as propostas da Atenção Primária seletiva (MENDES, 1995).

A Reforma Sanitária foi essencial para o apontamento de um novo modelo de proteção social, que buscasse abranger toda a população de forma democrática, justa e equânime, entendendo a saúde enquanto um direito de todos e dever do Estado, garantido através de políticas sociais e econômicas, visando reduzir riscos de doença e de outros agravos e pontuando o acesso universal e igualitário das ações e dos serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, direcionando essa compreensão à Constituição Federal de 1988 (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2009). Outrossim, a Reforma Sanitária defendia o entendimento de saúde também condicionado aos determinantes sociais, ambientais, econômicos e culturais da população. Starfield (2002, p. 20) ressalta que “a atenção médica

eficaz não está limitada ao tratamento da enfermidade em si; deve considerar o contexto no qual a doença ocorre e no qual o paciente vive”.

Embora a Atenção Primária seletiva fosse defendida à nível internacional, no contexto posto após a Conferência de Alma-Ata, mais precisamente na década de 1980, pode-se afirmar que, no sistema de saúde brasileiro, a atenção primária, inicialmente chamada de “Atenção Básica”, buscou diferenciar a proposta do Movimento de Reforma Sanitária, distanciando-se da proposta da APS seletiva e focalizada que estava sendo difundida pelas agências internacionais. Em consonância, é nessa década que o conjunto de serviços que, posteriormente, trata-se da atenção primária, vai sendo incorporado em uma “rede básica” que, no decorrer dos anos, adentra o Sistema Único de Saúde (SUS) (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2009; RIBEIRO, 2007).

Na segunda metade da década, houve a organização de um primeiro nível de atenção à saúde brasileiro, o qual tinha as unidades básicas a nível local responsáveis pelo desenvolvimento de ações preventivas e de assistência médica, integrando o sistema público de saúde e o sistema de saúde previdenciário, prestando atenção integral a toda população independente de contribuição à previdência social e ampliando a cobertura dos serviços básicos de saúde. Da mesma forma, foram implementados alguns programas destinados a populações específicas, como os Programas de Atenção Integral à Saúde da Mulher e os Programas de Atenção Integral à Saúde da Criança, servindo como modelo para os demais programas de atenção integral criados nos anos posteriores, voltados aos grupos de risco (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2009).

É também nos anos de 1980 que o Ministério da Saúde brasileiro e a assistência médica previdenciária – forma de acesso à saúde dominante no Brasil da época – propõem o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PrevSaúde), com o objetivo de expandir os benefícios nas cidades de maior porte, aprofundando, conseqüentemente, o debate sobre a necessidade de universalização da assistência médica à população (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2009).

Segundo diversos estudos, o PREV-SAÚDE foi um programa amplo, realista e avançado de reforma de estrutura de atenção à saúde no País e estratégia para a universalização dos serviços básicos de saúde. O debate que desencadeou demonstrou o quanto o governo estava pressionado pela necessidade de prestar assistência médica para novos continentes populacionais e pela incapacidade de responder diante da desorganização do sistema e o aumento do custo da atenção (RIBEIRO, 2007, p. 229).

Além disso, a VII Conferência Nacional de Saúde (CNS) também foi realizada em 1980, cujo tema era “Expansão das ações de saúde através dos serviços básicos”, debatendo os

serviços básicos de saúde e a articulação desses com os demais níveis de atendimento, como também os recursos humanos que cabiam a esses serviços básicos. A VII CNS serviu para aprofundar a proposta da atenção primária brasileira, como também foi estratégica para a discussão de reordenação do sistema de saúde, ao passo que abordava as questões de cunho ético, político, organizacional e das práticas de saúde (RIBEIRO, 2007). Nessa perspectiva, percebe-se que a penúltima década do século XX é marcada pela ampliação e pela intensificação dos debates sobre a universalização dos serviços de saúde e sobre a necessidade de uma atenção primária efetiva no Brasil.

Ainda, evidencia-se que, em 1986, foi realizada a VIII CNS, sendo essa a primeira conferência que contou com a participação da sociedade civil, mobilizando diversos segmentos populares da sociedade nos encontros de pré-conferência. Essa conferência debateu sobre as condições de saúde da população e a dívida social, a situação do sistema de saúde, como também discutiu os aspectos éticos e a organização geral da formulação de um novo sistema de saúde. Nesse sentido, com a VIII CNS, foram apontadas questões que precisavam ser aprofundadas para a organização da prática, conformando um sistema orientado pela atenção primária (RIBEIRO, 2007).

“Vê-se, assim, que havia passado 6 anos da VII CNS, que apontara a atenção primária como estratégia para extensão de cobertura e reordenamento do sistema de saúde, a questão não apresentava avanços significativos” (RIBEIRO, 2007, p. 202).

Com a Constituição Federal de 1988, formaram-se as bases legais e institucionais para a formulação do SUS, regulamentado, nos anos seguintes, pela Lei nº 8.080/1990 e Lei nº 8.142/1990. Em contrapartida, a década de 1990 inicia-se tanto com o avanço da agenda neoliberal no Brasil, quanto com o objetivo de assegurar os avanços da saúde trazidos pela Constituição Federal. Nessa lógica, a implementação do SUS se dá em meio ao conflito de interesses, haja vista que, de um lado, era preciso assegurar a constitucionalidade da saúde e, de outro, o Estado brasileiro estava enfrentando uma crise política e fiscal (RIBEIRO, 2007).

Em 1991, foi implantado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), nas regiões do norte e nordeste, expandindo para outras regiões do país somente em 1993/1994. Inicialmente, o PACS atendeu às demandas emergenciais e deu suporte à assistência básica, orientando a vacinação e ajudando no controle e combate da epidemia de cólera. Gradualmente, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) foram sendo capacitados para outras atividades como o cadastramento da população, diagnóstico comunitário, identificação de áreas de risco, entre outras, correspondendo a um programa de atenção primária seletiva. Com o passar do tempo, o PACS mostrou-se um programa essencial ao SUS, rompendo com ações centradas na figura

médica e desenvolvendo atividades na comunidade em geral (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2009).

Ainda, faz-se necessário destacar que, desde o início da década de 1990, o Ministério da Saúde cumpria uma tendência dominante de política gerencial, legitimando a Atenção Primária através do PACS e, posteriormente, através do Programa de Saúde da Família (PSF), no intuito de buscar um resgate da atenção primária. Nesse mesmo momento, o Ministério da Saúde também fortaleceu o caráter preventivo dos serviços de saúde, investindo em programas de ações básicas, reorganizando o próprio modelo de atenção, objetivando a promoção da saúde (RIBEIRO, 2007; GIOVANELLA; MENDONÇA, 2009).

Em dezembro de 1993, foi implementado o PSF em pequenos municípios brasileiros. O PSF, inicialmente, caracterizava-se de forma restritiva, absorvendo a demanda reprimida da Atenção Primária e mantendo uma baixa capacidade de cuidado contínuo. Sob esse olhar, o PSF constitui-se enquanto uma proposta institucional para a reorganização da atenção básica, buscando a mudança do modelo assistencial e reorientando os serviços básicos de saúde. Além disso, com a implementação do Programa, a APS alcança um novo sentido, de “principal recurso organizador do sistema” (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2009; RIBEIRO, 2007, p. 19).

Além do mais, o PSF também colaborou com a organização do processo de municipalização do SUS, estimulando tanto a integralidade do atendimento, como também a participação da sociedade civil (VIANA; DAL POZ, 1998 *apud* GIOVANELLA; MENDONÇA, 2009). O PACS e o PSF surgem, nesse contexto, estimulando os municípios a assumirem uma organização de atenção em âmbito local, especialmente os municípios pequenos, que não possuíam nenhuma ou com pequena rede de serviços de saúde formada (FAUSTO; MATTA, 2007).

A implementação do PSF, na primeira metade da década de 1990, teve papel essencial na formulação do entendimento de APS no Brasil e foi um elemento estratégico permanente para a consolidação do SUS, articulando a comunidade e os serviços de saúde, respaldando a participação popular. A partir do PSF, foram desenvolvidas algumas iniciativas para melhor definir o conteúdo da noção de Atenção Primária (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2009; RIBEIRO, 2007).

“Em sua trajetória, o PSF contribuiu para a preservação do papel do Estado brasileiro na organização dos serviços de saúde, ordenando a demanda, direcionando o financiamento e conciliando os interesses organizados em torno da saúde, [...]” (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2009, p. 605).

Em 1996, a Norma Operacional Básica do SUS (NOB-SUS) abordou a Saúde da Família como estratégia<sup>4</sup>, retomando o debate acerca do modelo de atenção que precisava ser construído. É a partir da NOB-SUS de 1996 que a atenção básica passa a ser compreendida enquanto primeiro nível de atenção à saúde, abordando também a incorporação de novas tecnologias, novos métodos de programar e planejar as ações dos serviços, bem como estabeleceu um modelo de transferência de recursos financeiros da União para os estados e para os municípios (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2009).

A implementação da Estratégia Saúde da Família (ESF) reorganizou a atenção básica no país, considerando que é uma estratégia de expansão, qualificação e consolidação. Sob essa perspectiva, a ESF favoreceu a ampliação da resolutividade e do impacto da situação de saúde das pessoas e das comunidades, propiciando, também, uma melhor relação custo-efetividade. Com a ESF, tem-se uma equipe multiprofissional, denominada de equipe de Saúde da Família (eSF), composta por, no mínimo, um médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico de Família e Comunidade, um enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, um auxiliar ou técnico de enfermagem e ACS, podendo acrescentar à composição profissionais de saúde bucal (cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família e auxiliar ou técnico em saúde bucal) (SAPS, 2022).

Nessa perspectiva, a ESF contempla o caráter multiprofissional de uma equipe de saúde, que trabalha com definição dos territórios de abrangência, cadastramento e acompanhamento da comunidade em que está inserida, criando vínculo com a população. As equipes devem conhecer as famílias de seus territórios, identificando os problemas de saúde que apresentam, bem como as situações de risco existentes em cada território, no intuito de programar ações que enfrentem os determinantes de risco no processo saúde-doença dessa população, de desenvolver atividades educativas e intersetoriais, prestando assistência integral às famílias (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2009; BRASIL, 2006).

Em 2003, a ESF foi expandida, haja vista que foi apoiada pelo Projeto de Expansão e Consolidação da Família – financiamento internacional para fortalecimento da atenção básica nas grandes cidades do Brasil. Em março de 2006, foi divulgada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a qual ampliou a concepção de atenção básica, incorporando as características de uma Atenção Primária à Saúde abrangente, entendendo-a enquanto principal porta de entrada

---

<sup>4</sup> A Saúde da Família caracterizada enquanto Programa tinha enfoque nas populações mais vulneradas, com restrição de serviços e com baixa articulação com o restante da rede socioassistencial. Já a Estratégia de Saúde da Família possui um caráter mais abrangente, tida como modelo para a Atenção Básica brasileira, devendo estar articulada com os demais níveis de atenção e orientando a reestruturação do sistema (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2009).

do SUS e como ponto de partida para a estruturação dos sistemas locais de saúde. Além do mais, a PNAB de 2006 abordou outras questões como as Unidades Básicas de Saúde (UBS), o processo de trabalho das equipes multiprofissionais, a educação permanente dos profissionais de saúde, a integração à rede de serviços, entre outros (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2009; BRASIL, 2006).

Os anos 2000 estiveram fortemente marcados pela expansão da ESF nos grandes centros urbanos, pela incorporação e ampliação das Equipes de Saúde Bucal (ESB) e pela criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf). Apesar disso, importantes nós críticos persistiram, tais como a infraestrutura inadequada, o subfinanciamento, o modelo assistencial e a dificuldade de atração de profissionais médicos (MENDONÇA, *et al*, 2018, p. 40).

Posteriormente, a PNAB foi alterada em 2011, destacando o Requalifica UBS, que abordava as reformas, ampliações, construções e informatizações das UBS, o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) e o Programa Mais Médicos (PMM). Além disso, a partir da PNAB de 2011, foram ofertados prontuários eletrônicos gratuitos para os municípios (e-SUS AB), modificando as normativas para ampliação e aprimoramento, como também foram implementadas novas modalidades de equipes, como as equipes de consultórios de rua e as equipes ribeirinhas e fluviais (MENDONÇA, *et al*, 2018).

Num contexto de agravamento da crise econômica e política no Brasil, atingindo substancialmente o SUS, a PNAB passou por uma terceira alteração em 2017<sup>5</sup>. Nessa, não são apresentadas mudanças muito significativas quando comparada à PNAB anterior, embora se tenha um maior detalhamento acerca das noções de rede e regiões de saúde. Além disso, na PNAB de 2017, discorre uma flexibilização expressa em diversos momentos, às vezes condicionada ao “discurso de adequação às necessidades locais”, rompendo com a prioridade para a ESF (MENDONÇA, *et al*, 2018, p. 45; GIOVANELLA, 2018).

Atualmente, a Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS) entende APS como

[...] o primeiro nível de atenção em saúde e se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de

---

<sup>5</sup> Com destaque para a Emenda Constitucional (EC) nº 95, aprovada em 2016, que congela os gastos em saúde e educação por um período de 20 anos, prevendo os reajustes apenas com base na inflação. Com base nisso, o ministro da saúde ampliou os discursos sobre eficiência econômica, defendendo planos privados de saúde e a desregulação do setor de saúde suplementar (MENDONÇA, *et al*, 2018).

saúde das coletividades. Trata-se da principal porta de entrada do SUS e do centro de comunicação com toda a Rede de Atenção dos SUS, devendo se orientar pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização e da equidade (SAPS, 2022).

Aponta-se, ainda, que a efetivação de uma Atenção Primária à Saúde abrangente, no Brasil, perpassa por diversos desafios, década após década. As pressões das “agências multilaterais” formulam a implementação de uma atenção primária focalizada e seletiva (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2009).

Dessa forma, com os avanços observados nos anos anteriores, ainda há uma lógica assistencial, com procedimentos previamente definidos, em contrapartida às reais demandas das populações. Os serviços de prevenção e promoção ainda possuem uma característica verticalizada, programática e campanhista. Investir em uma Atenção Primária à Saúde abrangente, com uma efetiva integração da rede de serviços, reorganizando o sistema de saúde, é também investir na redução das desigualdades sociais e regionais, efetivando o direito e o acesso à saúde no Brasil (FAUSTO; MATTA, 2007; GIOVANELLA; MENDONÇA, 2009).

## 2.1 APONTAMENTOS CONCEITUAIS: ATENÇÃO PRIMÁRIA OU ATENÇÃO BÁSICA?

Este subitem busca apresentar as reflexões sobre as diferenças entre os termos Atenção Primária em Saúde (APS) e Atenção Básica em Saúde (ABS), considerando a historicidade da implementação da atenção primária no Brasil. Os documentos oficiais, pelo menos uma parte deles, utiliza ABS, inclusive a própria Política Nacional.

A globalização da economia e, conseqüentemente, suas estratégias de uniformização do campo da saúde, apontam para o uso de termos e definições que procuraram apagar a historicidade e as especificidades políticas, sociais e culturais dos Estados Nacionais e suas populações (MATTA, 2005 *apud* FAUSTO; MATTA, 2007, p. 62).

As discussões feitas a partir das compreensões de APS precisam de um olhar político e de um contexto. Nesse sentido, é preciso pontuar a época, os sujeitos, a cultura e o objetivo do sistema de saúde no qual é proposto definir APS. Além do mais, não se pode descartar os aspectos econômicos, políticos e ideológicos que atravessam o direito à saúde, produzindo diferentes interpretações e características à APS, nos diferentes sistemas de saúde (FAUSTO; MATTA, 2007).

Diante das inúmeras compreensões, a APS pode ser entendida enquanto “ponto de entrada para o sistema de atenção à saúde, estando inter-relacionada aos outros componentes do sistema”, considerando que é nela em que ocorre o primeiro contato com o paciente e, a partir disso, é ofertado cuidado continuado, além de abordar a prevenção e a promoção da saúde (STARFIELD, 2002, p. 52).

Seguindo essa lógica, também pode se compreender APS como um conjunto de serviços e ações, que promovem, previnem e recuperam a saúde, sendo uma “estratégia” para organizar os sistemas de saúde e um “princípio” orientador para o restante do cuidado ofertado (VUORI, 1985 *apud* STARFIELD, 2002). Além do mais, APS pode ser interpretada como o nível do sistema de saúde que fornece atenção para todas as condições – menos as incomuns e raras –, definindo-a enquanto um conjunto combinado de funções que são exclusivas da APS, abordando os problemas mais comuns de um território, integrando a atenção quando se tem mais de um problema de saúde e lidando com o cenário no qual é dado as condições de saúde-doença da população (STARFIELD, 2002).

No contexto brasileiro, a atenção primária é compreendida, predominantemente, enquanto o primeiro nível de atenção no sistema de saúde, além de ser considerada estratégia essencial para a reorientação do modelo de atenção. No Brasil, a importância da atenção primária não era discutida diante da necessidade de ações e serviços de saúde, contudo, debatia-se o caráter simplista de uma atenção médica carente para a população mais pobre, mantendo como princípio a economia do Estado (TESTA, 1985, 1992 *apud* FAUSTO; MATTA, 2007).

Nessa perspectiva, o desenvolvimento mais efetivo da APS enquanto um conceito é construído a partir do PSF, o qual auxiliou em uma elaboração mais completa da APS brasileira, como também difundiu espaço para que a APS fosse experimentada, refletida e formulada, definindo com maiores detalhes as estratégias organizacionais, o processo de trabalho, a composição das equipes, as ações, os serviços, entre outros (RIBEIRO, 2007).

Durante a implementação do SUS, o Brasil adotou o termo “Atenção Básica” para designar a construção de uma APS. No contexto da década de 1980, a utilização desse termo buscou evidenciar a diferença do que foi proposto pelo movimento sanitário brasileiro e a proposta de uma APS seletiva e focalizada, defendida internacionalmente (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2009). Nesse sentido, o termo ABS, usado no Brasil, seria “uma descrição brasileira de uma concepção forjada historicamente no cenário internacional” (MATTA, 2006 *apud* FAUSTO; MATTA, 2007, p. 61).

Tanto a Política Nacional de Saúde quanto a NOB-SUS de 1996 fortaleceram a utilização do termo ABS estrategicamente. Do ponto de vista ideológico e político, havia uma

resistência em usar o termo APS na construção da política no Brasil, haja vista que a concepção seletiva era predominante internacionalmente e o Movimento de Reforma Sanitária defendia uma APS caracterizada como estratégia, sendo um instrumento de atenção integral à saúde, articulado a um sistema de saúde universal (SAMPAIO; SOUZA, 2002; FAUSTO, 2005 *apud* FAUSTO; MATTA, 2007).

Algumas instituições internacionais, como OMS, Banco Mundial e UNICEF, propõem e formulam a APS de modo generalista, com recomendações e diretrizes que não conversam com a singularidade de cada sistema nacional de saúde. Com objetivos econômicos, desconsideram os movimentos nacionais, o controle social e a saúde enquanto um direito de todos. Além disso, a APS formulada e difundida por esses organismos também era contrária aos princípios de universalidade e integralidade do SUS; conseqüentemente, o termo ABS foi ganhando preferência no Brasil, substituindo APS, principalmente a partir da NOB-SUS de 1996 (FAUSTO; MATTA, 2007; GIOVANELLA; MENDONÇA, 2009).

A ABS, nesse sentido, pode ser interpretada como o termo que mais evidencia a história e a concepção do SUS, considerando os ideais difundidos durante o Movimento de Reforma Sanitária e, posteriormente, formulando os princípios e as diretrizes do SUS (FAUSTO; MATTA, 2007).

Cabe evidenciar que, o movimento histórico de formulação dos termos utilizados no Brasil não infere no fato de que, no país, a APS ainda possui características seletivas e focalizadas, principalmente ao considerar os dias atuais. O PACS é um exemplo de APS muito seletiva que foi implementado no Brasil, bem como o PSF também possuía características seletivas e focalizadas (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2009).

[...] observa-se diversidade de modelos implementados nas diferentes experiências de APS no país. A tensão entre concepções de APS e a competição entre modelos assistenciais de APS persiste, e os termos atenção básica e atenção primária à saúde permanecem sendo utilizados com diferentes interpretações, ora como sinônimos, ora como termos que se contrapõem (GIL, 2006 *apud* GIOVANELLA; MENDONÇA, 2009, p. 620).

Ademais, ressalta-se que as imprecisões de ambos os termos podem corresponder a políticas bem distintas, implicando riscos à garantia do direito à saúde. Embora o movimento sanitário brasileiro tenha adotado o termo ABS para se contrapor à APS reducionista, tem-se abordagens contrárias em disputa no que se refere à implementação de políticas. A concepção de APS difundida em Alma-Ata aponta para o acesso universal, para os determinantes sociais e para a participação social, dialogando com as diretrizes e os princípios do SUS. No entanto,

a ABS também pode se aproximar “da ideia de serviços básicos de saúde, correspondendo a uma cesta de serviços médicos restritos, que antecedeu a Declaração de Alma-Ata, e que informou a proposta do PrevSaúde no final da década de 1970 e visava a ampliar a cobertura desses serviços no país” (GIOVANELLA, 2018, p. 2).

No Brasil, ainda que concordando com os autores de que existe certo consenso sobre o ideário de uma atenção básica estruturante de um SUS de qualidade, pode-se observar também uma tensão discursiva entre enfoques de nossa atenção básica/atenção primária à saúde, por vezes com contraposições entre promoção/prevenção X cuidado; saúde coletiva X clínica; ações programáticas X demanda espontânea; orientação comunitária X serviço de saúde; necessidades populacionais X acesso oportuno; atenção médica generalista X multiprofissionalidade (GIOVANELLA, 2018, p. 2).

Dessa forma, o debate conceitual de ABS e APS permanece atual, considerando todo o arcabouço histórico e teórico que esses termos carregam. Destaca-se, portanto, a importância de apreender a relação que existem entre o SUS e a ABS: “Ao mesmo tempo em que a qualidade e a abrangência de nossa atenção básica/atenção primária à saúde definem os rumos do SUS, os rumos do SUS são determinantes na abrangência de nossa atenção básica/atenção primária à saúde” (GIOVANELLA, 2018, p. 4).

## 2.2 NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF)

Como já evidenciado, a ESF foi de suma importância para a APS no Brasil, considerando que acarretou diversos avanços, principalmente no que diz respeito ao acesso da população ao SUS. No entanto, ressalta-se que haviam inúmeros desafios relacionados ao financiamento, à integralidade do cuidado, à integração das Redes de Atenção à Saúde (RAS), entre outros, os quais a ESF não deu conta de resolver na estruturação da ABS (BRASIL, 2014).

Em meio aos diversos desafios da ESF, a ampliação da equipe mínima movimentava diversas entidades representativas e gestores municipais em prol da demanda de inserção de outras profissões na ABS (ALMEIDA; MEDINA, 2021). No relatório da 11ª CNS, realizada no ano 2000, por exemplo, tem-se:

a) [...] No caso de opção por essas estratégias [ampliação da equipe mínima] como forma de organização, deverá ser garantida a sua adequação às necessidades e prioridades locais, sem modelos programáticos verticalizados, garantindo atuação de outros profissionais de saúde como psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais, odontólogos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos e outros, proporcionando uma atenção multiprofissional de

acordo com a realidade de cada município. A estruturação e definição das equipes deverá ser feita a partir dos critérios epidemiológicos de cada município, conforme prioridades elencadas nos Planos de Saúde, aprovadas pelos Conselhos de Saúde (BRASIL, 2001, n.p.).

Diante disso, foram implementados alguns programas e estratégias para o enfrentamento dos desafios postos, dando destaque para a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), implementados pela Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008, objetivando a ampliação da abrangência e do escopo das ações da ABS, aumentando a resolubilidade e apoiando a inserção da ESF na rede de serviços e também a territorialização e a regionalização a partir da ABS (BRASIL, 2008). Nessa lógica, o NASF era organizado por equipes multiprofissionais, que atuavam de forma integrada com as eSF e com a rede de serviços de saúde, não se caracterizando enquanto “porta de entrada”. De acordo com a Portaria de criação, havia duas modalidades de equipe: NASF 1 - composto por uma equipe de “no mínimo cinco profissionais de nível superior de formações não-coincidentes”<sup>6</sup> e NASF 2 composto por “no mínimo três profissionais de nível superior de ocupações não-coincidentes”<sup>7</sup>, ambas definidas pelos gestores municipais de acordo com os critérios de prioridade das necessidades locais e de acordo com a disponibilidade de profissionais (BRASIL, 2008; BRASIL, 2014).

A Portaria nº 154 ainda define outros parâmetros referente à atuação das equipes NASF, como, por exemplo, o número de eSF em que o NASF pode estar vinculado, conforme o número de habitantes dos municípios. Prevê ainda as ações e serviços a serem desenvolvidas em conjunto com as eSF, o repasse de recursos, o projeto de implantação e adesão dos NASF, entre outras questões (BRASIL, 2008).

Após a criação do NASF, foram produzidos/publicados diversos documentos, oficinas, cursos, fóruns e materiais para a qualificação do processo de trabalho das equipes vinculadas. Da mesma forma, algumas mudanças foram ocorrendo conforme a implementação das equipes NASF ampliava-se com o passar dos anos: o aumento dos repasses financeiros, a realização de oficinas e a inclusão do NASF no PMAQ (BRASIL, 2014).

---

<sup>6</sup> Poderiam compor as equipes NASF 1 os profissionais “Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional da Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; e Terapeuta Ocupacional” (BRASIL/MS, 2008).

<sup>7</sup> Poderiam compor as equipes NASF 2 os profissionais “Assistente Social; Profissional da Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Nutricionista; Psicólogo; e Terapeuta Ocupacional” (BRASIL/MS, 2008).

Destaca-se a publicação das Diretrizes do NASF no Caderno de Atenção Básica nº 27, em 2009, que buscou evidenciar para os trabalhadores e gestores, de forma mais nítida, as diretrizes do NASF.

A integralidade pode ser considerada a principal diretriz a ser praticada pelos Nasf. Ela pode ser compreendida em três sentidos: (a) a abordagem integral do indivíduo levando em consideração seu contexto social, familiar e cultural e com garantia de cuidado longitudinal; (b) as práticas de saúde organizadas a partir da integração das ações de promoção, prevenção, reabilitação e cura; além de (c) a organização do sistema de saúde de forma a garantir o acesso às redes de atenção, conforme as necessidades de sua população (BRASIL, 2009, n.p.).

Além da integralidade, o documento apresenta o território, a educação popular em saúde, a interdisciplinaridade, a participação social, a intersetorialidade, a educação permanente em saúde, a humanização e a promoção da saúde enquanto princípios e diretrizes, que devem orientar a atuação dos profissionais NASF. Ademais, trata de questões que atravessam a saúde da mulher, da pessoa idosa, das crianças e adolescentes, como também aborda os processos de trabalho de alguns profissionais que podem compor as equipes, a exemplo do Serviço Social. Nessa perspectiva, o Caderno de Atenção Básica nº 27 também aborda, especificamente, o apoio matricial, caracterizando-o enquanto uma das principais propostas do NASF, complementando o processo de trabalho das eSF, embora não seja a única proposta de atuação metodológica para as equipes NASF (BRASIL, 2009).

A PNAB de 2011, publicada em 21 de outubro, também refere à regulamentação do NASF, reforçando alguns apontamentos já evidenciados na Portaria nº 154 de 2008, e acrescentando novos detalhes, a fim de que a política contemplasse todos os municípios brasileiros, incentivando o aprimoramento dessas equipes multiprofissionais. Ademais, a PNAB de 2011 ampliou a possibilidade de profissionais<sup>8</sup> que poderiam compor as equipes (BRASIL, 2014).

Além do mais, a Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012, redefine alguns parâmetros de vinculação com as eSF e/ou equipes de Atenção Básica (eAB), referentes às modalidades de NASF 1 e 2, como também cria a modalidade NASF 3. Especificou-se questões

---

<sup>8</sup> Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional/Professor de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista/Obstetra; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; Terapeuta Ocupacional; Médico Geriatra; Médico Internista (clínica médica), Médico do Trabalho, Médico Veterinário, profissional com formação em arte e educação (arte educador) e profissional de saúde sanitaria, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas (BRASIL/MS, 2012).

de carga horária semanal mínima e máxima dos membros das equipes, bem como delimitou o número de eSF vinculadas<sup>9</sup>, ambas informações de acordo com cada modalidade de equipe NASF (BRASIL, 2012).

Ainda, há o Caderno de Atenção Básica nº 39, publicado em 2014, que aborda também sobre o NASF, no entanto, seu conteúdo é voltado à gestão e ao trabalho cotidiano. Esse documento aprimora ainda mais a discussão acerca dos NASF, tratando, mais objetiva e claramente, dos serviços prestados, das diretrizes, da implantação, etc, embasando a atuação prática e operacional das equipes. Cabe destacar que, nesse documento, aponta-se enquanto diretrizes do NASF ainda a integralidade, acrescida do “cuidado continuado e longitudinal, próximo da população”, considerando também as diretrizes da Atenção Básica (BRASIL, 2014, p. 18).

A PNAB de 2017 também abordou o NASF, denominando-o de Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e ressaltando que o NASF-AB é formado por uma equipe multiprofissional e interdisciplinar, dando suporte clínico, pedagógico e sanitário aos profissionais da eSF e eAB, atuando integralmente nas UBS, de forma horizontal, a partir das demandas, dos problemas e das necessidades das populações em cada território, e das dificuldades profissionais das equipes da ABS, auxiliando nos manejos e nas análises. Nessa última PNAB, especifica-se de forma mais detalhada as competências das equipes NASF, pontuando o planejamento em conjunto com as equipes de referência, contribuindo para a integralidade do cuidado, da mesma maneira que apresentou, de forma minuciosa, as atividades que deveriam ser desenvolvidas (BRASIL, 2017).

c. Realizar discussão de casos, atendimento individual, compartilhado, interconsulta, construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais de todos os ciclos de vida, e da coletividade, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da saúde, discussão do processo de trabalho das equipes dentre outros, no território (BRASIL, 2017, n.p.).

Todavia, como aqui já indicado, a PNAB de 2017 possui um caráter mais *flexibilizatório*, no que se refere às diretrizes e aos princípios do SUS. Alavancada pelos discursos de relativização da política de saúde, a última PNAB utiliza muitos termos de

---

<sup>9</sup> Cada equipe NASF 1 deverá estar vinculada a no mínimo 5 e no máximo 9 eSF e/ou eAB para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais); cada equipe NASF 2 deverá estar vinculada a no mínimo 3 e no máximo 4 eSF e/ou eAB para populações específicas; e cada equipe NASF 3 deverá estar vinculada a no mínimo 1 e no máximo 2 eSF e/ou eAB para populações específicas (BRASIL/MS, 2012).

recomendação e sugestão, afastando-se do caráter propositivo que uma política deve possuir, aproximando-se das concepções neoliberais. Além disso, a PNAB de 2017 demonstra posições ambíguas quanto a ESF, tendo em vista que a mantém como a principal estratégia da ABS, no entanto, considera e incentiva outros modelos de organização nos municípios (GIOVANELLA, 2018; MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

Para além disso, a PNAB de 2006 e a PNAB de 2011 desenhavam um caminho de expansão da ESF, buscando a cobertura universal. De acordo com o Ministério da Saúde, em outubro de 2017, a ESF alcançava 58% da população, sendo que a cobertura chegou a 100% em alguns municípios brasileiros, haja vista que foram implementados novos serviços e novas equipes na ABS, como, por exemplo, as equipes de Saúde Bucal e as equipes NASF. Já a PNAB de 2017 apresenta o caminho contrário, apontando para um significativo retrocesso das conquistas da ESF, inclusive restringindo 100% da cobertura às áreas de risco e vulnerabilidade social (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

Em um breve inventário, destacam-se alguns mecanismos da nova política que promovem a relativização da cobertura universal, a definição de padrões distintos de serviços, a recomposição das equipes e a reorganização do processo de trabalho na AB, entre outras mudanças importantes, que também devem ser consideradas. A revisão empreendida atinge principalmente as conquistas alcançadas pela ESF e os processos em curso, que pavimentam caminhos para se concretizar uma APS forte, parte fundamental de redes de atenção em um sistema universal de atenção integral à saúde (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018, p. 22).

Notoriamente, o NASF, em meio a isso, foi sofrendo as alterações neoliberais em conjunto com as mudanças que foram sendo propostas para a ABS. Ou seja, ao passo que a ESF avançava enquanto estratégia na ABS, o NASF expandia-se, ampliando o número de equipes nos municípios brasileiros. Da mesma forma, conforme as equipes NASF – e posteriormente, NASF-AB – foram se ampliando, a regulamentação da política foi se alterando, tendo em vista que a implementação dessas equipes também passou a ser objeto de discussão, de fóruns, de documentos, etc. No período inicial de implementação do NASF nos municípios, discutia-se e se refletia acerca da inserção dessas equipes na APS, sendo também objeto de estudos; a partir de 2013, gradualmente, passou-se a debater acerca do processo de trabalho das equipes NASF, perpassando pela relação com a eSF (SOUZA; MEDINA, 2018).

Ademais, vale ressaltar que a produção científica acerca do processo de trabalho do NASF, em geral, atravessa concepções e práticas heterogêneas, demonstrando pouca clareza sobre as atribuições dos profissionais que constituem as equipes NASF. Ao mesmo tempo que

alguns estudos apontam o predomínio de ações individualistas, clínicas e assistencialistas, outros evidenciam práticas de trabalho baseadas no apoio matricial e mais coletivas. Além disso, outros estudos evidenciam alguns obstáculos para o desempenho do trabalho cotidiano, como à falta de infraestrutura, a fragilidade de integração entre as equipes da ABS e o excesso de demandas, gerando muita demanda reprimida (ALMEIDA; MEDINA, 2021; JÚNIOR, *et al.*, 2020).

Embora o NASF tenha sido inovador à ABS, sua implementação também perpassa um viés *racionalizador*, enquanto uma “equipe de retaguarda para várias equipes da ESF” ao invés da ampliação de profissionais da equipe mínima, no horizonte de uma atenção integral à saúde. Ainda assim, as equipes NASF não deixaram de ser uma importante contribuição à APS brasileira (ALMEIDA; MEDINA, 2021, p. 13).

Com a Emenda Constitucional (EC) 95 de 2016 e a PNAB de 2017, os caminhos para o desmonte tanto da APS brasileira quanto para o fim do cadastramento das equipes multiprofissionais à tipologia NASF-AB estavam assinalados com a implementação do Programa Previne Brasil, instituído pela Portaria nº 2.979, em 12 de novembro de 2019, que estabelece o novo modelo de financiamento de custeio da ABS (MOROSINI, *et al.*, 2020; ALMEIDA; MEDINA, 2021; BRASIL/MS, 2019).

O Programa Previne Brasil propõe o repasse de recursos financeiros aos municípios a partir da captação ponderada, do pagamento por desempenho e do incentivo às ações estratégicas. Sob essa lógica, ele substitui um financiamento de repasse *per capita* aos municípios, passando a considerar o número dos cadastros dos usuários na ABS, rompendo com o princípio de universalidade do SUS ao levar em conta apenas a população coberta para o repasse financeiro (BRASIL, 2019; CISLAGHI, 2022).

Para além disso, o novo modelo de financiamento da APS impulsiona uma lógica individualizante, da mesma forma que converte a ABS à mercantilização e à privatização, afastando-se cada vez mais das conquistas que foram trazidas pela ESF na APS brasileira e rompendo com o compromisso constitucional da saúde enquanto um direito de todos e um dever do Estado, passando a atender os interesses da agenda neoliberal. A PNAB de 2017, nesse sentido, cumpre a função de orientar esse processo de desmonte da APS e de seus dispositivos, consolidando-se, mais especificamente, entre 2019 e 2020 (MOROSINI, *et al.*, 2020).

Evidencia-se, ademais, a Lei nº 13.958, de 18 de dezembro de 2019 e o Decreto nº 10.283, de 20 de março de 2020, que autoriza e institui a criação da Agência para Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS), caracterizada como uma instituição de direito privado sem fins lucrativos – “serviço social autônomo” –, podendo estabelecer

contratos para a prestação de serviços à APS tanto com pessoas físicas quanto com pessoas jurídicas. Ou seja, a criação da ADAPS permite ao Ministério da Saúde transferir suas responsabilidades gestoras, tornando a ABS um espaço possível de atuação direta das empresas privadas, acessando financiamento público (MOROSINI, *et al.*, 2020).

Entre as atribuições da ADAPS, divulgadas no *site*<sup>10</sup> oficial, tem-se a promoção do desenvolvimento e a incorporação de tecnologias assistenciais e de gestão relacionadas com a APS, a fim “de exercer todas as atribuições conferidas à ADAPS, nosso momento atual é de estruturar os pilares da Agência, que serão consolidados por meio do comprometimento e direcionamento de lideranças [...]” (ADAPS, 2020, n.p.). Atualmente, a ADAPS faz a gestão executiva do Programa Médicos pelo Brasil (PMB), sendo essa sua principal atuação, até então. Contudo, sabe-se que, pela sua recente criação e implementação, a ADAPS tem competência legal para ampliar sua atuação.

Instituindo a ADAPS foram criadas condições para que uma entidade privada assumira a gestão da atenção básica, incluindo a captação de recursos de outras fontes. Justifica-se pela necessidade de dar suporte ao PMB, mas o escopo de atribuições extrapola significativamente esta finalidade, constituindo uma nova e ampla porta de entrada para o setor privado no SUS (MOROSINI, *et al.*, 2020).

Não suficiente, o Ministério da Saúde também divulgou a nova Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS), em dezembro de 2019, que, embora tenha sido publicada para consulta pública, não se tem os resultados do que foi incorporado. Resultado de diversas críticas e preocupações, a CaSAPS apresenta uma redução significativa no escopo de ações que vinham sendo alimentadas na APS, de forma a adaptar a APS à gestão privada. Ainda, a CaSAPS aborda o NASF-AB de modo a reforçar a insegurança já trazida pelo seu possível desfinanciamento (MOROSINI, *et al.*, 2020).

Percebe-se que, a partir da PNAB de 2017, o desmonte gradual do SUS foi aprofundado de forma intensa e, conseqüentemente, o NASF-AB foi atravessado por tal. Com o Programa Previne Brasil, esse desmantelamento foi concretizado, dando argumentos para a posterior Nota Técnica nº 3/2020-DESF/SAPS/MS, publicada pelo Ministério da Saúde em janeiro de 2020, que trata do desfinanciamento das equipes NASF-AB, resultando na desvinculação das equipes multiprofissionais da APS com as tipologias NASF-AB e dando autonomia aos gestores municipais para a definição da composição, dos arranjos, da carga-horária e dos profissionais

---

<sup>10</sup> Disponível em: <https://www.adapsbrasil.com.br/quem-somos/>.

das equipes, tendo o Previne Brasil como pano de fundo. Desde a publicação da Nota Técnica, mais nenhuma equipe NASF-AB foi cadastrada no Ministério da Saúde (MOROSINI, *et al.*, 2020; BRASIL, 2020).

O direito à saúde, no Brasil, historicamente foi ameaçado pelos interesses das políticas neoliberais, ora de modo mais velado, outrora de forma mais cristalina. O cenário que está posto atualmente, parte de um discurso aparentemente resolutivo, destacando a necessidade de melhoria de acesso e de eficiência e eficácia da APS. Entretanto, a história se repete: por detrás de todos esses discursos de melhoria e resolutividade, tem-se o interesse na aceleração e no aprofundamento da privatização do SUS, em direção contrária à garantia do direito à saúde (MOROSINI, *et al.*, 2020).

Confrontados com os limites impostos às políticas públicas pela EC 95 37 e pelos efeitos nocivos à classe trabalhadora produzidos pelas contrarreformas trabalhista e previdenciária, os argumentos que defendem a necessidade e a positividade do pacote de medidas formuladas não demoram em se mostrar falaciosos. Ricos em retórica, não conseguem esconder, ao olhar crítico, os problemas no sentido e no modo de fazer a política (MOROSINI, *et al.*, p. 16).

Com a EC 95, tanto o envelhecimento, quanto o crescimento da população, demandam de financiamento crescente ao SUS, e não o contrário. Dessa forma, com o congelamento e a diminuição do repasse de recursos financeiros à APS, tem-se, como resultado, a redução da despesa *per capita* e, conseqüentemente, a precarização dos atendimentos e dos serviços de saúde em geral (MATHIAS, 2017).

Como aqui já posto, a ESF é uma grande conquista à APS brasileira, reduzindo internações, encaminhamentos, exames e também destacando a importância da prevenção e da promoção da saúde, dando base para a estruturação da ABS. Diante do atual cenário e do aprofundamento do desmonte do SUS, que vem sendo apresentado, principalmente, nesses últimos anos, observa-se o esfacelamento da ESF, aproximando a ABS de um modelo assistencial e mercantilista. A PNAB publicada em 2017 tem um papel importante no que diz respeito ao retrocesso aqui exposto, intervindo no controle e fiscalização dos municípios, flexibilizando a formação das equipes, sem critérios de cobertura e composição, reduzindo a atuação dos ACS, limitando a cobertura territorial aos territórios em vulnerabilidade, entre outras (MATHIAS, 2017).

Portanto, percebe-se que, no início da estruturação da APS brasileira, o Movimento de Reforma Sanitária buscou a desvinculação do que era posto como a APS seletiva mundialmente, indo de encontro aos princípios e às diretrizes posteriormente elencadas ao SUS. Diante do

atual contexto, os avanços e as conquistas reconhecidas historicamente na história do SUS e, em consequência, da ABS, estão na berlinda do ultraneoliberalismo, colocando em risco a garantia do direito à saúde no Brasil (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2009; MOROSINI, *et al.*, 2020).

### 3 A ESTRUTURAÇÃO DA APS EM FLORIANÓPOLIS APÓS O DESMONTE DO NASF

Diante da historicidade da ABS brasileira, Florianópolis iniciou a implementação da ESF nos anos de 1996 e 1997, sendo institucionalizada apenas em 2007, através da Portaria nº 283, que tinha como base a PNAB de 2006. Após a implementação da ESF no município, em menos de dez anos, houve uma expansão significativa de cobertura populacional, chegando a quase 80% de famílias cadastradas. No entanto, ao longo do tempo, ainda eram apresentados alguns problemas do ponto de vista organizacional da ABS, como as prioridades dos atendimentos, a realização de cuidados referentes à urgência e emergência e a distinta organização entre os diversos centros de saúde da cidade, entre outras questões que manifestam a dificuldade do município em consolidar a ABS enquanto porta de entrada do SUS, tanto para usuários, quanto para profissionais (SISSON; *et al*, 2011).

Apesar de 50% das famílias cadastradas indicarem o Centro de Saúde como porta de entrada preferencial (Centro de Saúde – 30%; Equipes de SF – 19%) e 87% dos médicos e enfermeiros indicarem a ESF como serviço de primeiro contato das famílias, o acolhimento, mecanismo de organização das demandas na rede básica de Florianópolis, é ainda incipiente como tecnologia operacional, e de organização muito diversificada entre as unidades, o que em parte colabora para que um percentual importante das famílias cadastradas utilize os serviços de pronto atendimento como fonte de cuidado regular (SISSON; *et al*, 2011, p. 996).

Ainda assim, Florianópolis construiu um modelo de APS, ancorada à ESF, que se tornou referência para o Brasil. Em 2018, o Ministério da Saúde, através de dados do PMAQ, divulgou que a ABS da cidade era a mais bem avaliada entre as cidades brasileiras. Anterior à intensificação do desmonte da ABS brasileira, em Florianópolis, a Política Municipal de Atenção Primária à Saúde (PMAAPS), regida pela Portaria nº 22/2016, considera a organização “de uma APS não seletiva, de ampla abrangência e que se pretende disponível a todos os cidadãos, independente de idade, gênero, situação de saúde, status de moradia, condição socioeconômica, escolaridade crença ou orientações de estilo de vida” (FLORIANÓPOLIS, 2016, p. 17; FLORIPAMANHÃ, 2018).

Para além disso, a PMAAPS de 2016 tem como base alguns “atributos essenciais” e, entre eles, tem-se a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação do cuidado. De acordo com a PMAAPS, por longitudinalidade entende-se que o serviço deve ser utilizado ao longo da vida dos usuários, sendo referência regular de atenção; quanto à integralidade, entende-se que a APS

deve integrar o cuidado a todos os tipos de atenção do SUS, considerando encaminhamentos e acompanhamentos; à coordenação do cuidado, compete a continuidade do cuidado através do compartilhamento de informações, sendo corresponsabilidade com os serviços, os níveis de atenção e a vigilância em saúde (FLORIANÓPOLIS, 2018; FLORIANÓPOLIS, 2016).

Em meio a isso, o NASF municipal é regulamentado pela mesma Portaria, que explicita quanto à carga-horária e as atividades exercidas no âmbito dos centros de saúde aos quais os denominados “profissionais apoiadores” das eSF, ou seja, profissionais do NASF<sup>11</sup>, são cadastrados. Cada NASF deve ter carga horária mínima de 200 horas semanais, em que cada ocupação contribui com no mínimo 20 horas e no máximo 80 horas semanais; entretanto, para fins de gratificação, os profissionais vinculados à tipologia NASF devem ter carga horária de 40 horas semanais.

Além disso, no que se refere aos “profissionais apoiadores”, a mesma PMAPS prioriza “os atendimentos clínicos ambulatoriais e outras ações de cuidado individual” (FLORIANÓPOLIS, 2016, p. 58) no apoio matricial, podendo esses tomar o máximo de 90% da carga horária mensal de cada categoria, com exceção à Farmácia e Educação Física. Consequentemente, não é estabelecido um mínimo de carga horária para a promoção de saúde coletiva, considerando as demandas de cada território. Da mesma forma, não se tem a priorização dos “profissionais apoiadores” em espaços de educação continuada, como também não se prioriza reuniões de equipe e de planejamento (LIMA, 2021).

Nota-se claro distanciamento do proposto até então para atuação do NASF, que em Florianópolis, embora seja vinculado à prefeitura, se aproxima de uma lógica de funcionamento ambulatorial focado no atendimento individual, com poucas ações de promoção de saúde intersetoriais (LIMA, 2021, p. 21).

Destaca-se, ainda, que a Portaria n. 3.124 de 2018, regulamentava que cada NASF 1 deveria estar vinculado de cinco a nove eSF e/ou equipes de Atenção Primária (eAP); cada NASF 2 deveria estar vinculado de três a quatro eSF ou eAP; e cada NASF 3 deveria estar vinculado de uma a duas eSF ou eAP. Considerando que, de acordo com a PNAB de 2011, cada eSF é responsável por, no máximo, quatro mil pessoas, a depender do contexto socioeconômico, uma equipe de NASF 1, vinculada à nove eSF ou eAP, é responsável por 36 mil pessoas (RIOS, 2020).

---

<sup>11</sup> “1. Os profissionais apoiadores da Saúde da Família estarão *preferencialmente* cadastrados em Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) conforme o disposto na Portaria n° 256, de 11 de março de 2013” (FLORIANÓPOLIS, 2016, n.p.; grifo meu).

Posto isso, nota-se que o NASF, no contexto municipal, não atuava de forma consoante ao previsto, mas regulamentava, de alguma forma, a atuação dos “profissionais apoiadores da Saúde da Família”.

Com o aprofundamento do desmonte da APS e o fim do cadastramento de equipes NASF, o estado de Santa Catarina, através da Deliberação 136/CIB/2021, manteve o incentivo estadual no valor de R\$ 2.701,59 por equipe multiprofissional – contando com no mínimo, dois, profissionais entre psicólogos, fisioterapeutas, educadores físicos, nutricionistas e/ou outras profissões relacionadas à área da saúde (SANTA CATARINA, 2021, n.p.). Em comparação, anterior a essa, a Deliberação 440/CIB/2013, vigente até 2021, mantinha o incentivo fiscal das equipes NASF 1 e NASF 2 no valor de R\$ 4.000,00 e R\$ 8.000,00, respectivamente (SANTA CATARINA, 2013, n.p.).

O município de Florianópolis, por sua vez, instituiu o Programa Previne Brasil por meio do Decreto nº 21.965, de 08 de setembro de 2020. Conseqüentemente, em 05 de abril de 2022, foram publicadas a Portaria nº 75/SMS/CAB/2022<sup>12</sup>, que institui a Comissão Gestora para a operacionalização do pagamento do incentivo por desempenho, como também a Portaria nº 76/SMS/GAB/2022, que regulamenta a operacionalização do pagamento por incentivo. Cabe destacar que a Portaria nº 76/SMS/GAB/2022 aponta critérios para o pagamento, como por exemplo, os profissionais aptos à avaliação e ao pagamento do incentivo por desempenho: “médico, enfermeiro, cirurgião-dentista, auxiliar/técnico de enfermagem, agente comunitário de saúde, técnico de higiene dental/atendente de consultório odontológico, assistente administrativo e coordenador local” (FLORIANÓPOLIS, 2022, p. 3-4). Além disso, a mesma Portaria sinaliza que se considera, enquanto um fator de ponderação para o repasse financeiro, a população ativa, sendo essa considerada como “o número de pessoas diferentes atendidas em consultas médicas, de enfermagem ou odontológicas nos últimos 02 (dois) anos, com CPF e equipe de acompanhamento preenchidos no cadastro” (FLORIANÓPOLIS, 2022, p. 3).

Nessa lógica, a capital de Santa Catarina perpassa algumas mudanças no que se refere à atuação das Equipes Multiprofissionais – antigas equipes NASF –, bem como se percebe uma

---

<sup>12</sup> De acordo com a Portaria nº 75/SMS/CAB/2022, “São objetivos da Comissão Gestora discutir, normatizar, implantar, monitorar e avaliar a operacionalização do pagamento do incentivo por desempenho na APS. Art. 2º. São atribuições da Comissão Gestora: a) Discutir, normatizar, implantar, monitorar e avaliar o pagamento do incentivo por desempenho na APS; b) Criar normatizações relacionadas ao incentivo por desempenho, com critérios claros e transparentes; c) Desenvolver estratégias para alcance das ações e dos indicadores previstos na proposta de incentivo de desempenho da APS; d) Estimular a gestão baseada em evidências, com disponibilidade de dados e informações de fácil acesso; e) Dirimir dúvidas relacionadas ao pagamento do incentivo por desempenho, reavaliando e reeditando as normas sempre que necessário” (FLORIANÓPOLIS, 2022, p. 2-3).

mudança na lógica de trabalho dos profissionais da ABS como um todo, tendo em vista a instituição do Programa Previne Brasil. Conforme a Nota Técnica nº 3/2020-DESF/SAPS/MS, os municípios que não optarem pelo fim das equipes multiprofissionais, podem vincular os profissionais às eSF ou às eAP, ampliando a equipe mínima. Contudo, como aqui já posto, sabe-se que tanto a PNAB, quanto a PMAPS de Florianópolis regulamentavam a atuação das equipes NASF e, a partir do fim do cadastramento dessas equipes, não há mais o que regulamenta a atuação das equipes multiprofissionais na APS. Em contrapartida, o que foi observado no município de Florianópolis perpassa a fragilidade nos novos contratos temporários de trabalho – o limite temporal dos contratos de trabalho vai na direção contrária do que propõe o cuidado longitudinal, previsto na ABS –, a sobrecarga dos profissionais das equipes multiprofissionais, a prioridade ainda maior aos atendimentos individuais, no intuito de gerar quantidade e não qualidade, etc (OLIVEIRA; FREITAS, 2022; LIMA, 2021).

É de suma relevância ressaltar que, atualmente, na particularidade de Florianópolis, a estimativa do número de habitantes, em 2020, é de 508.826, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), sendo o maior Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) entre as capitais brasileiras – 0,847. Em 2020, os gastos de saúde do município totalizaram 17,59% dos gastos gerais, resultando no total de R\$ 811,73 investidos por habitante/ano (SIOPS *apud* FLORIANÓPOLIS, 2022).

Atualmente, a cidade conta com 50 centros de saúde, quatro policlínicas de multiespecialidades, quatro Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dois centros de especialidades odontológicas, um laboratório de prótese, um laboratório de saúde pública, um centro de controle de zoonoses, um centro de bem-estar animal e três unidades de pronto atendimento (UPA) 24 horas. Além disso, Florianópolis instituiu o “Alô Saúde Floripa”, o qual funciona enquanto um programa de atendimento pré-clínico e clínico por telefone, com profissionais de saúde que têm como base algoritmos e protocolos capazes de oferecer informações e orientações adequadas, como também instituiu o Centro de Avaliação, Reabilitação e Desenvolvimento da Aprendizagem, em parceria das Secretarias de Saúde, Assistência Social e Educação, para crianças e adolescentes com transtornos do neurodesenvolvimento (FLORIANÓPOLIS, 2022).

Com o contexto social e econômico imposto pela condição sanitária da pandemia de COVID-19, a partir de março de 2020, o número de pessoas beneficiárias de planos de saúde privados sofreu uma queda drástica, considerando que a renda média da população em geral também diminuiu. Consequentemente, o SUS aumenta suas demandas, devido ao fato de ser público e gratuito, diferentemente de planos privados (FLORIANÓPOLIS, 2022).

Apesar de todo esforço empreendido nos últimos anos, em março de 2020, a SMS se deparou com uma mudança impactante de contexto em saúde advinda da chegada da COVID-19. Medidas não farmacológicas para promover o distanciamento social e diminuir a circulação viral foram adotadas, assim como medidas de preparação dos serviços de saúde para suportar a demanda que se impôs foram adotadas. A aplicação desse conjunto de medidas exigiu uma rápida atuação do município de Florianópolis com base no potencial de sua rede de saúde e em análises epidemiológicas e previsões a partir de dados atualizados, confiáveis e em tempo oportuno (FLORIANÓPOLIS, 2022, p. 12).

Para além disso, o impacto da pandemia também atravessou diretamente as determinações sociais do processo saúde-doença, aumentando os índices de adoecimento populacional, como também se observou o aumento das demandas reprimidas no sistema de saúde municipal. Ao mesmo tempo em que o SUS e a ABS se mostraram primordiais no contexto da pandemia, como se observa na Figura 2, há um processo de desfinanciamento da saúde pública, principalmente no contexto da ABS, em curso no país e no município, haja vista o Programa Previne Brasil e o fim do cadastramento de equipes NASF-AB (FLORIANÓPOLIS, 2022; MOROSINI, *et al*, 2020).

Figura 2: Total de atendimentos na APS de Florianópolis



Fonte: Plano Municipal de Saúde de Florianópolis 2022-2025 (FLORIANÓPOLIS, 2022, p. 16).

Na Figura 2, observa-se o crescente número de atendimentos na APS e, conseqüentemente, evidencia-se a importância da APS no município. É importante destacar que se demonstra uma estabilidade no total de atendimentos da APS no ano de 2020 devido à pandemia, “que gerou grande mudança tanto na dinâmica social, quanto na organização e na

oferta de serviços pela rede municipal de saúde” (FLORIANÓPOLIS, 2022, p. 17). Diante disso, sabe-se que o enfrentamento à pandemia de COVID-19 foi prioridade para o SUS a partir de 2020 devido à sua urgência, fazendo com que outras ações de cuidado à saúde ficassem, de certa forma, secundarizadas (FLORIANÓPOLIS, 2022).

Dessa forma, é inquestionável a importância do SUS para o Brasil, tendo em vista o contexto da pandemia do COVID-19, mas não só. A posição estratégica da ABS na estruturação do sistema de saúde demonstra a relevância de garantir acesso para os cuidados de saúde e para enfrentar desafios emergentes, dando ênfase para o fortalecimento da ESF e para o reconhecimento da necessidade de maiores recursos para que o SUS seja financiado adequadamente (DAUMAS, *et al*, 2020).

### 3.1 O SERVIÇO SOCIAL NA APS DE FLORIANÓPOLIS

O trabalho aqui proposto parte do município de Florianópolis, atentando-se para a realidade do Serviço Social diante da transição do desmonte das antigas equipes NASF e construção das atuais Equipes Multiprofissionais da APS. Para tal, cabe ressaltar que o Serviço Social, enquanto uma profissão historicamente consolidada, que tem definido um Projeto Ético-Político comprometido com os interesses da classe trabalhadora, insere-se mais concretamente na área da saúde a partir do conceito ampliado de saúde, dando ênfase para um trabalho multidisciplinar.

A categoria profissional, ao estruturar seu atual Projeto Ético-Político, acompanhou o que defendia o Movimento de Reforma Sanitária: a garantia dos direitos sociais e a universalização das políticas sociais (BRAVO; MATOS, 2012; CFESS, 2009).

Para um profissional comprometido com os interesses históricos da classe trabalhadora, diante das consequências da exploração do trabalho, que se concretiza nas diferentes expressões da questão social, coloca-se a exigência de um compromisso radical com a autonomia, a emancipação e a plena expansão dos indivíduos sociais; com a garantia dos direitos civis, sociais e políticos da classe trabalhadora; com a socialização da participação política e da riqueza socialmente produzida; com a democracia e com a concretização de uma nova ordem social sem dominação-exploração de classe, etnia e gênero, numa articulação clara com as forças sociais, locais, regionais, nacionais e internacionais que compactuam com essa direção social (VASCONCELOS; *et al*, p. 55-56).

Ressalta-se que a saúde foi uma das políticas que mais obteve avanços após a Constituição Federal de 1988, com a conquista do SUS, ainda que exista uma distância enorme

entre o que foi proposto constitucionalmente e o que realmente é efetivado. Com a implementação das equipes NASF, tem-se uma perspectiva menos médico-centrada para as ações da ABS, considerando, de fato, as determinações sociais da saúde. Nessa lógica, ter assistentes sociais atuando nas equipes multiprofissionais gera resultados junto às populações dos territórios, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida a partir da garantia do acesso aos direitos básicos (CFESS, 2009; MARQUES, 2016).

Assim, pode-se afirmar que o assistente social se insere, no interior do processo de trabalho em saúde, como agente de interação ou como um elo orgânico entre os diversos níveis do SUS e entre este e as demais políticas sociais setoriais, o que nos leva a concluir que o seu principal produto parece ser assegurar — pelos caminhos os mais tortuosos — a integralidade das ações (COSTA, 2000, p. 39).

Isso posto, cabe lembrar todo o processo potencial de desmonte que atualmente ocorre na ABS, refletindo notoriamente nos profissionais de saúde – entre eles, assistentes sociais. Tanto com a condição sanitária imposta pela pandemia da COVID-19, de sobrecarga e colapso do SUS e dos trabalhadores, quanto com o próprio desfinanciamento da ABS, percebe-se a precarização e a intensificação do trabalho, por meio do uso da tecnologização, da terceirização e da desregulamentação como um todo, aumentando agravamentos de saúde mental, adoecimentos, situações de assédio moral, entre outros (RIOS, 2020).

“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” (RIOS, 2020, p. 54).

Nessa lógica, cabe localizar a atuação de profissionais assistentes sociais frente à produção e à reprodução das relações sociais, em meio às políticas sociais, bem como se faz imprescindível entender e reconhecer as formas pelas quais se dá a venda da força de trabalho de tais profissionais, no bojo da relação capital *versus* trabalho, considerando que a intensificação da exploração proposta pelo sistema vigente enfraquece as políticas sociais e, com isso, alteram-se as condições de trabalho de profissionais assistentes sociais (RIOS, 2020).

Rios (2020), em sua dissertação de mestrado, analisou as condições de trabalho de assistentes sociais que atuam na APS e nos NASFs da Região Metropolitana de Florianópolis, através de entrevistas com as profissionais. A autora identificou algumas características notórias durante as entrevistas, como a rotatividade nos mais diversos âmbitos, tanto nas equipes NASF quanto na APS como um todo, bem como a oscilação referente à carga horária

de profissionais das equipes NASF, dificultando a rotina de trabalho, o planejamento e a organização com as equipes. Ademais, identificou-se a demanda intensa de trabalho dessas profissionais, que, por muitas vezes, são postas a suprir com a demanda reprimida, individualizando o trabalho, na direção contrária do que propõe o NASF. Ainda, tem-se relatos de assédio moral, a falta de espaço de trabalho para desenvolver ações e serviços, a sobrecarga e a flexibilização do trabalho intensificadas através do uso de Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC) como o *WhatsApp*, *Google Drive*, telefone e *e-mail* para matriciamentos, por ora realizados fora do horário de trabalho, entre outros (RIOS, 2020).

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 (RIOS, 2020, p. 80).

Marques (2016) também aponta em seu trabalho acerca das demandas e das condições de trabalho das assistentes sociais no NASF da região metropolitana de Florianópolis, que há falta de entendimento por parte da eSF com relação ao que era, de fato, o NASF e o que fazia o Serviço Social. Ademais, destaca que as demandas, majoritariamente, possuíam caráter emergencial, como também evidencia as diferentes formas em que essas demandas chegam até o Serviço Social, seja por *e-mail*, reuniões de equipe, estudos de caso e matriciamentos. No cotidiano profissional, a autora explica que as demandas surgem, majoritariamente, de forma individualizada e fragmentada, e que as demandas coletivas são direcionadas, em maior parte, às assistentes sociais que participam, de alguma forma, de algum espaço de controle social (MARQUES, 2016).

Nota-se que ambas as produções são referentes ao trabalho de assistentes sociais nas equipes NASF e, mesmo regulamentada pelas Portarias e pelos Cadernos de Atenção Básica, a atuação profissional da categoria mostrava-se bastante limitada, enfrentando problemas até mesmo de espaço físico. Nessa lógica, a recente mudança de equipes NASF para Equipes Multiprofissionais da APS também impõe condições mais hostis de trabalho e não ampara a atuação profissional, como era visto, por exemplo, nos Cadernos de Atenção Básica nº 27 e nº 39, os quais tratavam as diretrizes, princípios, serviços e ações do NASF.

Posto isso, em Florianópolis, tem-se nove assistentes sociais na rede de ABS municipal, atuando nas Equipes Multiprofissionais dos quatro Distritos Sanitários (DS) – Sul, Norte,

Centro e Continente. Seis profissionais são servidoras públicas e três profissionais possuem vínculos através dos contratos temporários de trabalho – processos seletivos<sup>13</sup>. Além disso, duas profissionais atuam na ABS e em algum outro nível de atenção à saúde do município, caracterizando a falta de profissionais e a sobrecarga de trabalho. A Tabela 1 apresenta uma sistematização dos dados, apontando para as principais questões a serem analisadas.

Tabela 1: Condições de trabalho de assistentes sociais da ABS de Florianópolis<sup>14</sup>

<b>Profissionais</b>	<b>Quantidade de eSF com que atua</b>	<b>Estimativa populacional que atua (hab.)</b>	<b>Forma de contratação</b>	<b>Carga horária semanal na APS</b>
AS <sup>15</sup> 1	19	46.685	Concurso público	40h
AS 2	05	9.922	Concurso público	24h
AS 3	20	59.550	Concurso público	40h
AS 4	10	27.665	Concurso público	20h
AS 5	12	30.395	Concurso público	40h
AS 6	15	38.383	Concurso público	40h
AS 7	20	46.764	Processo seletivo	32h
AS 8	20	45.930	Processo seletivo	40h
AS 9	17	58.469	Processo seletivo	40h

Fonte: Elaboração da autora, 2022.

Em linhas gerais, o município de Florianópolis conta com um total de nove assistentes sociais atuando na ABS, distribuídas em quatro Distritos Sanitários e suprindo a demanda de 49 Centros de Saúde, a considerar que seis desses estão descobertos, ou seja, sem contar com o trabalho de uma assistente social. Ainda, pode-se notar a alta estimativa populacional de cobertura de cada profissional, bem como as quantidades significativas de eSF as quais atuam em conjunto, sugerindo sobrecarga de trabalho.

<sup>13</sup> Esses dados são relativos ao mês de outubro de 2022.

<sup>14</sup> Os dados dessa tabela referem-se ao cenário exposto no mês de setembro de 2022.

<sup>15</sup> Utiliza-se AS para se referir à categoria profissional do Serviço Social que atua na ABS de Florianópolis, no intuito de não identificar nenhum/a profissional.

Diante disso, parte-se de três pontos principais para evidenciar os impactos para a área de Serviço Social com o desmonte da ABS e a desvinculação das equipes multiprofissionais ao NASF-AB no município de Florianópolis: as formas de contratação, a sobrecarga de trabalho e as complexificações do processo de trabalho advindas da pandemia da COVID-19, entendendo que esses três pontos a serem analisados se atravessam entre si.

### 3.1.1 Formas de contratação

Na sociedade atual, evidenciam-se novos processos e condições de assalariamento, trazendo à tona a *uberização* e a *intermitência do trabalho*, enquanto formas de desmantelamento da proteção do trabalho. Sob essa lógica, a desproteção do trabalho apresenta-se, nesse cenário, a partir da terceirização, da flexibilização, da informalidade, dentre outras formas, que têm o intuito de precarizar o trabalho de diversas formas e níveis, como, por exemplo, o aumento das jornadas de trabalho, os baixos salários, as formas de contratação instáveis, a falta de infraestrutura, etc (CAMARGO, 2021).

Nesse sentido, profissionais assistentes sociais, enquanto classe trabalhadora, acabam sofrendo alterações precárias no que diz respeito às formas de contratação, inclusive pelo Estado. Destacam-se os contratos temporários, efetivados a partir de processos seletivos, demonstrando a “erosão de empregos estáveis” (CAMARGO, 2021, p. 500).

O mercado de trabalho para os assistentes sociais vem sendo modificado não apenas em relação às demandas e às requisições profissionais; está revestido de uma intensa precarização das condições e relações de trabalho, e na constituição de novas modalidades de contratação e gerenciamento dessa força de trabalho (CAMARGO, 2021, p. 495).

No que condiz à realidade do município de Florianópolis, no cenário de setembro de 2022, três das nove profissionais assistentes sociais adentraram as Equipes Multiprofissionais por meio de processos seletivos. Ou seja, 1/3 das profissionais possuem contratos de trabalho temporários, caracterizando o que se entende como a intermitência do trabalho, que se manifesta enquanto uma das ferramentas mais potentes da desproteção do trabalho, fortalecendo a exploração (ANTUNES, 2020; CAMARGO, 2021).

Evidencia-se, ainda, que o conceito de trabalho intermitente ganha destaque a partir da Reforma Trabalhista, pela Lei nº 13.467/2017, que busca pela flexibilização trabalhista como um eixo norteador da legislação. O contrato de trabalho intermitente, então, condiz à uma

condição de subordinação, em que a prestação de serviços não é contínua, a depender da necessidade do empregador.

Para além disso, a EC nº 95/2016, que estabelece o teto dos gastos públicos, como aqui já exposto, também potencializou a diminuição dos concursos públicos, fazendo com que os processos seletivos se destacassem no cenário público, amplificando os contratos de trabalho temporários e, conseqüentemente, a precarização, a flexibilização e a desproteção do trabalho (AMORIM, 2018; SILVA, *et al*, 2018).

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 públicos (RIOS, 2020, p. 54).

A legislação que regulamenta as condições de trabalho intermitente também atravessa o direito ao seguro desemprego, impedindo os trabalhadores de acessarem, bem como dificulta a adesão à Previdência Social, tendo em vista que altera as características de contribuição referente à remuneração recebida do empregado. A partir da Reforma Trabalhista de 2017, tem-se o rompimento com as noções de jornada de trabalho, duração em um trabalho e salário, construídas historicamente, aniquilando com as possibilidades de vínculo trabalhistas (D'AMORIM, 2018).

Os contratos de trabalho temporários possuem efeitos nefastos até mesmo para a saúde mental dos profissionais, haja vista que podem ou não serem renovados, de acordo com a decisão do empregador. Sob essa lógica, profissionais atuam mais horas, produzem mais, no intuito de sensibilizarem as instituições para que renovem seus contratos, sugerindo maior sobrecarga de trabalho e maiores chances de adoecimento (CAMARGO, 2021). Na realidade do município, os contratos podem ou não serem renovados cada três meses, demonstrando notoriamente tal precarização.

A proletarização do trabalho do assistente social é evidenciada, aqui, tanto pelos contratos de trabalho temporário, como também pelas subcontratações feitas pelo mesmo empregador. As subcontratações, em suma, são muito evidenciadas na área da saúde, em que há uma contratação sob as condições de uma dupla função, “expressando a multifuncionalidade

da força de trabalho” (CAMARGO, 2021, p. 498). Nessa perspectiva, o profissional é contratado para atuar oito horas diárias, devendo administrar essas horas entre as duas funções (CAMARGO, 2021).

Ainda, a PMAPS de Florianópolis destaca a importância do cuidado em saúde longitudinal, que pressupõe uma continuidade na atenção e, conseqüentemente, vínculos duradouros entre profissionais e usuários. Contraditoriamente, tanto o Programa Previne Brasil quanto as atuais condições de contratação desses profissionais colocam em risco o cuidado longitudinal da população nos territórios, tendo em vista que, com contratos temporários de trabalho, rompem-se, de forma repentina, as formas de vínculo criadas ao longo do tempo de trabalho. Evidencia-se, também, que em Florianópolis, uma profissional assistente social é referência em mais de uma UBS, sendo, assim, referência para diversas eSF e, conseqüentemente, para um grande número de usuários, conforme apresentado na Tabela 1. Isto é, rompendo o vínculo trabalhista de uma profissional que é referência para uma média de 50 mil pessoas, já se tem uma perda estratosférica de vínculos e de continuidade do cuidado longitudinal (FLORIANÓPOLIS, 2016; MOROSINI, 2020; OLIVEIRA, FREITAS, 2022).

Tratando-se de refletir acerca das contratações temporárias dos assistentes sociais, que instantaneamente precariza o processo de trabalho e a garantia de direitos dos profissionais, ao passo que o Programa Previne Brasil é instituído no Brasil, favorecendo a necessidade de metas quantitativas de atendimentos individuais, tem-se um cenário que propõe, paulatinamente, a superexploração do trabalho e a baixa qualidade dos serviços. Tal realidade também reflete na alta rotatividade de profissionais que atuam na APS, considerando o que já foi apontado por Rios, em 2020 e refletindo, novamente a busca por melhores condições de trabalho não ofertadas nesse espaço sócio-ocupacional. Dessa forma, nota-se que a contratação temporária de uma parcela de assistentes sociais que atuam na ABS de Florianópolis atravessa condições precárias, que indicam a desproteção do trabalho e o desmonte da APS em geral, apontando para a ruptura dos vínculos entre profissionais e usuários, colocando em risco o cuidado longitudinal, ao qual foi proposto a estrutura da ABS tanto no município, quanto nacionalmente.

### **3.1.2 Sobrecarga de trabalho**

Seguindo essa mesma lógica, posta a partir do desmonte da proteção do trabalho, tem-se o aumento das jornadas de trabalho enquanto outra forma de evidenciar a precarização do trabalho na atual sociedade. Nessa perspectiva, ressalta-se que a categoria profissional do

Serviço Social, desde os primórdios, é constituída majoritariamente por mulheres<sup>16</sup>, muitas vezes mães, indicando a tendência à sobrecarga de trabalho. Além disso, mesmo que a desproteção do trabalho atinja mulheres e homens, nota-se que entre as mulheres há maior intensidade, tendo em vista as diversas tentativas de justificação a partir da “lógica reprodutora” e da maternidade (RAICHELIS, 2018; RIOS, 2020).

O atual cenário posto à ABS exprime, concretamente, a sobrecarga de trabalho de profissionais da saúde, potencializada pela pandemia da COVID-19. Assistentes sociais, enquanto profissionais da saúde também estão expostos às longas jornadas de trabalho, às metas quantitativas exigidas pelo Programa Previne Brasil, às subcontratações feitas pelo mesmo empregador, etc (MOROSINI, 2020; CAMARGO, 2021).

Conforme a Lei nº 12.317, de 26 de agosto de 2010, que acrescenta alguns elementos na Lei de Regulamentação da Profissão de Assistente Social – Lei nº 8.662/1993 –, a jornada de trabalho de profissionais assistentes sociais é de trinta horas semanais, sendo de competência do empregador, em conjunto dos profissionais, estabelecer a distribuição dessas horas. Além disso, a referida lei abrange todos profissionais assistentes sociais, independente da nomenclatura do cargo, desde que exerçam atividades compatíveis aos Art. 4º e 5º da Lei de Regulamentação (BRASIL, 2010; CFESS, 2011).

O/a assistente social, como profissional da saúde (conforme estabelecem as resoluções 218/97 e 287/98 do Conselho Nacional de Saúde) também estão submetidos a condições aviltantes de trabalho como longas jornadas de 40 ou 44 horas, baixos salários, duplo vínculo, realização de atividades sob constante pressão. Entre os profissionais da saúde, o/a assistente social, ao lado do médico e do enfermeiro, é o que apresenta um dos maiores índices de estresse, fadiga mental, desgaste físico ou psicológico; [...] (CFESS, 2010, p. 02).

A aprovação das 30 horas de trabalho semanais de assistentes sociais foi resultado de mobilizações coletivas desde 2007, possibilitadas por espaços de debates e articulações, buscando estabelecer o limite das horas de trabalho sem a redução salarial. No entanto, a Portaria nº 97 de 2012, da Secretaria de Gestão Pública do Ministério de Planejamento, Orçamento e Gestão, excluiu o assistente social das categorias profissionais que possuíam jornada de trabalho diferente. A Lei nº 12.317 de 2010 permanece em vigor, contudo, o que foi

---

<sup>16</sup> No Brasil, o percentual de profissionais mulheres, de acordo com pesquisa realizada pelo CFESS, em 2022, é de 92, 92%. Além disso, cabe ressaltar que a maioria das profissionais se identificam como pessoas pretas/negras/pardas (50,34%), enquanto 46,98% se autodeclararam pessoas brancas. Em Santa Catarina, 96% do perfil profissional corresponde a mulheres, majoritariamente brancas (83,39%).

posto em risco foi a aplicabilidade das 30 horas semanais para servidores públicos (SILVA, 2018; CFESS, 2014).

Referente à realidade de Florianópolis, conforme a PMAPS de 2016, profissionais que anteriormente eram vinculados ao NASF poderiam ganhar gratificação prevista se trabalhadas 40 horas semanais, incluindo assistentes sociais. Atualmente, todas assistentes sociais atuam 40 horas semanais no serviço público, entretanto, algumas profissionais dividem essas horas em mais de um espaço de trabalho e, conseqüentemente, em mais de um nível de atenção à saúde (FLORIANÓPOLIS, 2016).

Além disso, percebe-se o expressivo número de eSF com que cada assistente social de Equipes Multiprofissionais da ABS de Florianópolis atua, demonstrando notoriamente mais uma característica de sobrecarga de trabalho, advinda do desmonte das equipes NASF-AB. Como anteriormente posto, a Portaria nº 3.124 de 2018 regulamentava a quantidade de eSF ou eAB em que cada tipologia NASF poderia estar vinculada [*vide* página 37 desse trabalho], sendo que, no máximo, cada NASF 1 poderia estar vinculado à nove eSF – às outras tipologias de NASF, remetem-se números de eSF inferiores à nove. Em contrapartida, de acordo com o cenário de setembro de 2022, há assistentes sociais que chegam a atuar com vinte eSF, mais do que o dobro regulamentado pelas antigas equipes NASF-AB.

Se cada eSF é composta por um profissional médico de Saúde da Família, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e, em alguns casos, ACS, supõe-se que cada eSF possui, no mínimo, quatro profissionais de saúde que possuem apenas uma assistente social como referência; considerando profissionais que atuam com vinte eSF, tem-se um total de, no mínimo, 80 profissionais de saúde aos quais a profissional é referência, sem contar com a atuação profissional que envolve outros profissionais da saúde e de outros serviços, como Conselho Tutelar, escolas, Centros de Referência da Assistência Social (CRAS), Centros de Referência Especializados da Assistência Social (CREAS), etc.

Conseqüentemente, o número de habitantes ao qual as profissionais são referências também é bastante significativo. De acordo com os dados da Tabela 1, as assistentes sociais atuam com 40.418 habitantes, em média. Profissionais que foram contratadas por processo seletivo, ou seja, que possuem contrato de trabalho temporário, possuem as estimativas de habitantes com que atuam mais altas, considerando que os/as três assistentes sociais que são contratadas são referências de, em média, 50.388 habitantes.

Dessa forma, percebe-se que o movimento de precarização dos contratos de trabalho de profissionais assistentes sociais que atuam na ABS de Florianópolis acompanha a intensificação do processo de trabalho, a qual é evidenciada tanto pelo número de eSF, quanto pela estimativa

populacional em que as/os assistentes sociais são referência. Além disso, aponta-se a subcontratação como outra forma de reiterar a sobrecarga de trabalho, haja vista que alguns/as profissionais atuam em mais de um nível de atenção à saúde, dedicando parcela da carga horária à ABS.

### **3.1.3 Complexificações do processo de trabalho intensificadas durante e após a pandemia de COVID-19**

Diante da pandemia de COVID-19, assistentes sociais, enquanto profissionais da saúde, tiveram diversos impactos que atravessaram (e ainda atravessam) a atuação profissional, como a tecnologização, alterações nos fluxos de serviços, a dificuldade de acesso da população aos seus direitos, entre outros. Concomitantemente, tem-se o governo reacionário de Jair Messias Bolsonaro (PL), que negou as medidas sanitárias de segurança, bem como negou a eficácia da vacina, fazendo com que houvesse o atraso da vacinação no Brasil. Para além disso, o governo de Bolsonaro, enjambrado nas políticas ultraneoliberais, agudizou as privatizações e colocou em risco a garantia do direito à Seguridade Social como um todo, não apenas à saúde. No entanto, sabe-se que a política de saúde foi a mais atingida pela pandemia, dada a sobrecarga de trabalho dos profissionais, a precarização dos recursos, etc (MATOS, 2021; SOARES, 2021).

O SUS, mesmo demonstrando tamanha importância no cenário da pandemia da COVID-19, não deixou de ser alvo do processo de privatização durante os últimos três anos; pelo contrário, a privatização continuou sendo ampliada por meio da gestão das Organizações Sociais (OS). Diante disso, profissionais assistentes sociais atravessaram as mais diversas formas de desproteção, precarização e sobrecarga na esfera do trabalho, aprofundando um cenário ao qual já existia e evidenciado pela falta de equipamentos de proteção individual, pelo baixo ritmo de contratação durante a pandemia, além do entendimento equivocado das competências e atribuições de assistentes sociais pelo próprio Ministério da Saúde, que recomendou, no documento “Manejo de corpos no contexto do novo coronavírus covid-19”, de março de 2020, que equipes psicossociais e/ou “assistência social” comunicassem a familiares os óbitos decorrentes (SOARES, 2021; BRASIL, 2020).

Assim, em meio às contradições da política de saúde, com intensa precarização, desfinanciamento, privatização e fragmentação, sem articulação e coordenação de enfrentamento em nível federal, com expressões de uma política genocida ao mesmo tempo que extremamente privatista e ultraliberal,

o Serviço Social é requisitado a reproduzir o perfil profissional tecnicista, voluntarista e conservador (SOARES, 2021, p. 126).

Evidencia-se, ainda, o agravamento da desigualdade social, que resultou em 33,1 milhões de pessoas, ou seja, 15,5% da população passando fome e 125,2 milhões de pessoas ou 58,7% da população convivendo com algum grau de insegurança alimentar. Isso significa que políticas como a Assistência Social, e os programas de transferência de renda, ganham destaque na busca por melhores condições de vida, fazendo com que assistentes sociais sejam cada vez mais necessários na atual conjuntura do país (PENSSAN, 2022; RAICHELIS, 2021).

Ao passo que o cenário posto, principalmente, pela pandemia de COVID-19, evidenciava a necessidade de assistentes sociais, tem-se a desproteção do trabalho desses profissionais, bem como o desmonte das políticas públicas; ambos resultados são atravessados pelas tecnologias da informação e comunicação (TICs), sendo essas caracterizadas como um novo e central elemento do mundo do trabalho atual. De modo geral, as TICs têm função estratégica no que diz respeito à precarização do trabalho, prolongando o tempo de trabalho e de produção, tendo em vista que aumenta a dinamicidade (RAICHELIS, 2021).

O teletrabalho ganhou espaço o qual já estava sendo ampliado no mercado de trabalho e que, com a pandemia e a necessidade de isolamento social, generalizou-se. Novamente, a Reforma Trabalhista de 2017 já abordava um capítulo específico (Capítulo II-A) sobre essa modalidade de teletrabalho, o qual pode ser realizado de forma contratual, de forma temporária ou não. Além disso, a Reforma Trabalhista, ao tratar do teletrabalho, não aborda a jornada de trabalho, nem a respeito dos equipamentos tecnológicos utilizados em período de trabalho, deixando uma lacuna a ser preenchida em contrato escrito, sem regulamentação (RAICHELIS, 2021; BRASIL, 2017).

Diante disso, as TICs são ferramentas de trabalho cotidiano das assistentes sociais das Equipes Multiprofissionais da ABS de Florianópolis. Com o isolamento social, os Centros de Saúde intensificaram o uso de meios de comunicação como o *WhatsApp* e, conseqüentemente, as assistentes sociais passaram a ter um número de contato específico para contato de usuários – agendamento de horários de atendimento, elucidação de dúvidas, devolutivas, avisos, vídeo chamadas, etc. Para além do contato dos usuários, outros profissionais de saúde também passaram a se contatar por *WhatsApp*, matriciando e encaminhando usuários. Considerando que as assistentes sociais das Equipes Multiprofissionais atuam em diversas UBSs, organizando-se de modo a estar presencialmente em uma UBS de referência por dia, o contato por *WhatsApp*, de certa forma, facilita o acesso à comunicação, no entanto, sobrecarrega ainda mais as

profissionais, que, conseqüentemente, atendem demandas de diversos Centros de Saúde em um mesmo dia.

[...] embora o capital se aproprie hegemonicamente das tecnologias digitais para ampliar os níveis de produtividade e de superexploração do trabalho, é preciso adotar estratégias para tensionar e utilizar essas tecnologias na perspectiva contra-hegemônica de fortalecimento dos valores ético-políticos que orientam o projeto profissional (RAICHELIS, 2021, p. 147).

Portanto, além de toda a sobrecarga de trabalho já identificada nesse trabalho – quantidade de eSF, subcontratação, estimativa populacional com que as profissionais atuam, entre outros –, o efeito colateral das TICs fortalece a intensificação da jornada de trabalho, ampliando ainda mais as condições de excesso, precarizando ainda mais o trabalho das assistentes sociais e, com isso, desarticulando cada vez mais os princípios históricos da ABS, considerada principal porta de entrada do SUS.

#### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Historicamente, a ABS é objeto de disputa no Brasil, entendendo-a como parte fundamental do SUS, formando a rede de comunicação das RAS e a porta principal do sistema de saúde. Diante disso e entendendo a saúde enquanto um direito de toda a população e um dever do Estado, o Movimento de Reforma Sanitária, defendeu uma ABS universal e integral no território brasileiro, de modo contrário ao que estava sendo proposto mundialmente – APS seletiva. Atualmente, a ABS é considerada o primeiro nível de atenção à saúde, que busca a promoção, a proteção e a prevenção de agravos e doenças em cada território, em que se têm distribuídas as UBS (MENDES, 1995; GIOVANELLA; MENDONÇA, 2009).

Nessa perspectiva, tem-se a ESF, enquanto estratégia de principal avanço da ABS no país, especialmente no que se refere à cobertura populacional – organizada territorialmente –, que foi nacionalmente incorporada pela maioria dos municípios, dando ênfase para a expansão, a qualificação e a consolidação da ABS nacionalmente. Diante disso, a ESF apresentou-se resolutiva ao incorporar as equipes multiprofissionais, eSF, à ABS, mostrando resultado custo-eficiência. Ainda assim, a ESF enfrentava diversos desafios na construção da ABS (SAPS, 2022).

Como resultado do enfrentamento de um desses desafios, criaram-se os NASF, enquanto equipes complementares às eSF, no intuito de aumentar a resolutividade e potencializar a inserção da ESF, apoiando na territorialização e na regionalização. Em meio a isso, incluem-se diversas categorias profissionais que podem atuar na ABS, de acordo com a necessidade de cada território, incluindo profissionais assistentes sociais (ALMEIDA; MEDINA, 2021).

A categoria profissional do Serviço Social, de acordo com as defesas do Movimento de Reforma Sanitária, tem como horizonte, pautando-se no Projeto Ético-Político, a defesa dos direitos da classe trabalhadora. Consequentemente, profissionais assistentes sociais compromissados com a ética, devem atuar em defesa de um SUS público, universal e de qualidade, na garantia do acesso à saúde para a população como um todo. Defender um SUS com esses princípios é também defender uma ABS ampla, territorializada e preventiva (CFESS, 2009).

No que se refere à Florianópolis, a ABS foi estruturada a partir da ESF, construída gradativamente sob o olhar da longitudinalidade, da integralidade e da coordenação do cuidado, sendo esses os princípios fundamentais da ABS no município, instituídos através da PMAPS,

publicada em 2016. Diante disso, o Serviço Social atuava, até recentemente, nas equipes NASF-AB, também regulamentadas no município pela PMAPS (FLORIANÓPOLIS, 2016).

Com o atual desmonte nacional da ABS, essencialmente a partir do Programa Previne Brasil, em 2019, as equipes NASF-AB foram desmanteladas, não havendo mais nenhum cadastramento no Ministério da Saúde desde 2020. Como resultado, os gestores municipais podem decidir acerca da continuidade ou não da atuação de equipes multiprofissionais, anteriormente equipes NASF-AB, na ABS de cada cidade, podendo cadastrar os profissionais dessas equipes vinculados às eSF ou eAB (BRASIL, 2020).

Nesse cenário, o estado de Santa Catarina manteve o incentivo financeiro às equipes multiprofissionais da ABS e, no município de Florianópolis, as equipes NASF-AB mantiveram-se atuantes, formando as chamadas Equipes Multiprofissionais da APS. As assistentes sociais, nessa lógica, continuaram atuando nos Centros de Saúde, contudo, sob novas configurações que evidenciam a proletarização, a desproteção e a precarização do trabalho, aumentando o número de usuários, ampliando as demandas atendidas e as formas de contrato.

No que diz respeito à constituição das Equipes Multiprofissionais, percebe-se que o número de profissionais assistentes sociais é insuficiente para tantas demandas e tamanha população, fazendo com que haja sobrecarga de trabalho. Considerando a quantidade de 50 CS no município, em que apenas 09 assistentes sociais atuam como referência de, em média, 40 mil pessoas (profissionais concursadas) ou 50 mil pessoas (profissionais contratadas), fica expressa tamanha desproporção de trabalho. Destaca-se, ainda, que o atual cenário se põe num período delicado com relação à pandemia da COVID-19, em que se tem o aumento da desigualdade social e o aprofundamento das expressões da questão social.

[...] AS que atuam na saúde podem enfrentar profundo desgaste biopsíquico ante a precarização dos serviços e o contato constante com demandas sensíveis que traduzem histórias de vida de crianças, adolescentes, mulheres, idosos e pessoas com deficiência, imersos em contextos de desemprego, subemprego, violências, doenças, drogadição etc. que exigem dos(as) profissionais respostas capazes de encontrar possíveis alternativas de ação, que garantam não apenas o direito às políticas sociais, mas o enfrentamento daqueles problemas (LOURENÇO, *et al*, 2019, p. 156).

Os desafios postos à profissão e aos trabalhadores de modo geral, no mercado de trabalho, são diversos. Aqui, foram destacadas questões que tratam da realidade do município acerca das formas de contratação das profissionais assistentes sociais que atuam na ABS, que atravessam as questões de sobrecarga de trabalho e também transpassam as condições que foram agravadas durante o período da pandemia, como o uso das TICs e o teletrabalho. Essas

relações se permeiam de forma a se complementarem, caracterizando a superexploração do trabalho cotidiano das assistentes sociais.

Dessa forma, faz-se necessário que a categoria profissional, antes de tudo, reconheça as características dessa superexploração e as formas pelas quais ela se manifesta nos espaços de trabalho, seja pelo contrato ou pela falta de infraestrutura para atuar adequadamente. Com isso, buscam-se formas de enfrentamento, entendendo que profissionais assistentes sociais são uma parte da classe trabalhadora. Ou seja, compreender essas relações de superexploração e as formas como elas se dão no cotidiano profissional é entender parcela da reprodução do trabalho na sociedade de classes, já que elas se dão em toda a classe trabalhadora (CAMARGO, 2021).

A proximidade do Serviço Social e seus(as) trabalhadores(as) com diferentes segmentos das classes trabalhadoras e populares cria condições para o conhecimento das suas reais necessidades, seus modos de vida, de trabalho e de luta pela sobrevivência, suas fragilidades e fortalezas lapidadas pelo duro cotidiano. A socialização de informações, assim como a denúncia sobre violação de direitos, são instrumentos potentes a ser mobilizados (RAICHELIS, 2021, p. 149).

O Serviço Social atua, sobretudo, em locais estratégicos, mantendo relação direta com toda a população, ampliando, assim, a comunicação nos mais diversos espaços de controle social, possibilitando a coletivização da realidade de trabalho, que atravessa não somente a categoria profissional. Assim sendo, é no próprio cotidiano de trabalho, imerso aos mais diversos desafios postos à classe trabalhadora, que existem possibilidades de combater tal realidade (RAICHELIS, 2021).

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, E. R.; MEDINA, M. G. A gênese do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) na agenda da atenção primária à saúde brasileira. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 10, Rio de Janeiro: ESPJV/FIOCRUZ, 2021, p. 01-16.

ANTUNES, Ricardo. Trabalho intermitente e uberização do trabalho no limiar da indústria 4.0. ANTUNES, Ricardo (org.). **Uberização, trabalho digital e indústria 4.0**. São Paulo: Boitempo, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS): versão profissional da saúde e gestores**. Brasília - DF. MS: 2020. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/casaps\\_versao\\_profissionais\\_saude\\_gestores\\_completa.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/casaps_versao_profissionais_saude_gestores_completa.pdf). Acesso em: 15 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica: Diretrizes do NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, 2009, 160 p. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno\\_atencao\\_basica\\_diretrizes\\_nasf.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf). Acesso em: 01. ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica: Núcleo de Apoio à Saúde da Família - Volume I**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, 2014, 116 p. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo\\_apoio\\_saude\\_familia\\_cab39.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf). Acesso em: 15 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica nº 3/2020-DESF/SAPS/MS – Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e Programa Previne Brasil**. Brasília, DF. 2020. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/01/NT-NASF-AB-e-Previne-Brasil.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Maior sistema público de saúde do mundo, SUS completa 31 anos**. Brasília, DF. 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2021-1/setembro/maior-sistema-publico-de-saude-do-mundo-sus-completa-31-anos>. Acesso em: 29 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **11ª Conferência Nacional de Saúde: o Brasil falando como quer ser tratado**. Brasília, CF: Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, 2001, 198 p. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/11\\_cns.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/11_cns.pdf). Acesso em: 06 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manejo de corpos no contexto do novo coronavírus COVID-19**. Brasília, DF: Secretaria de Vigilância em Saúde, 2020. Disponível em: [https://www.saude.sc.gov.br/coronavirus/arquivos/manejo\\_corpos\\_coronavirus\\_versao1\\_25mar20\\_rev3.pdf](https://www.saude.sc.gov.br/coronavirus/arquivos/manejo_corpos_coronavirus_versao1_25mar20_rev3.pdf). Acesso em: 15 set. 2022.

BRASIL. **Portaria nº 154 de 24 de janeiro de 2008**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154\\_24\\_01\\_2008.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html). Acesso em:

30 jun. 2022.

BRASIL. **Portaria nº 3.124 de 28 de dezembro de 2012.** Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde. 2012. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3124\\_28\\_12\\_2012.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3124_28_12_2012.html). Acesso em: 30 jun. 2022.

BRASIL. **Portaria nº 97 de 28 de fevereiro de 2012.** Altera a Portaria SRH nº 1.100 de 2006, que publica a relação dos cargos cuja jornada de trabalho é inferior a quarenta horas semanais. Brasília, DF: Secretária de Gestão Pública do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=238201>. Acesso em: 10 ago. 2022.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016.** Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Brasília (DF), 2016. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm). Acesso em: 20 jul. 2022.

BRASIL. **Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html). Acesso em: 07 jul. 2022.

BRASIL. **Portaria nº 2.979 de 12 de novembro de 2019.** Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt2979\\_13\\_11\\_2019.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt2979_13_11_2019.html). Acesso em: 07 jul. 2022.

BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C. Reforma sanitária e projeto ético-político do Serviço Social: elementos para o debate. MOTA, A. E. et al. (orgs.). **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional.** São Paulo: Opas: OMS: Ministério da Saúde, 2012, p. 25-47.

CAMARGO, Maria Angelina. Relações e condições de trabalho do assistente social na atualidade: a proletarização da profissão. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 142, p. 488-507, set./dez. 2021.

CARNUT, L.; MENDES, Á. **Novo modelo de financiamento para qual Atenção Primária à Saúde?** 2019. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/formacao-e-educacao/novo-modelo-definanciamento-para-qual-atencao-primaria-a-saude-artigo-de-aquilas-mendes-e-leonardocarnut/43609/>. Acesso em: 22 jul. 2022.

CFESS, Conselho Federal de Serviço Social. **Parâmetros para atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde.** Brasília: CFESS. 2009. Disponível em: [http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros\\_para\\_Assistentes\\_Sociais\\_na\\_Saude\\_-](http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_Assistentes_Sociais_na_Saude_-)

[\\_versao\\_preliminar.pdf](#). Acesso em: 09 ago. 2022.

CFESS, Conselho Federal de Serviço Social. **Esclarecimento sobre a implantação da jornada de 30 horas para assistentes sociais sem redução salarial**. Brasília, 2011. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/manifestacaocfess30horas.pdf>. Acesso em: 29 set. 2022.

CFESS, Conselho Federal de Serviço Social. **Porque o conjunto CFESS-CRESS defende 30 horas de jornada semanal para assistentes social**. Brasília, 2010. Disponível em: [http://www.cfess.org.br/arquivos/documentofavoravel\\_plc152-2008\\_final.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/documentofavoravel_plc152-2008_final.pdf). Acesso em: 29 set. 2022.

CFESS, Conselho Federal de Serviço Social. Perfil de Assistentes Sociais no Brasil: formação, condições de trabalho e exercício profissional. Brasília: CFESS, 2022. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/2022Cfess-PerfilAssistentesSociais-Ebook.pdf>. Acesso em: 26 nov. 2022.

CISLAGHI, J. F. Financiamento e privatização da saúde no Brasil em tempos ultraneoliberais. **Revista Humanidades e Inovação**, v. 8, n. 35. Tocantins: UNITINS, 2022.

COSTA, M. D. H. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos assistentes sociais. **Serviço Social e Sociedade**. Ano XXI, nº 62. São Paulo: Cortez, março de 2000.

D'AMORIM, M. C. **O contrato de trabalho intermitente**. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de Direito - Universidade Federal da Bahia. Salvador: UFBA, 2018.

DAUMAS, R. P.; SILVA, G. A.; TASCIA, R.; LEITE, I. C.; BRASIL, P.; GRECO, D. B.; CAMPOS, G. W. S. O papel da atenção primária na rede de atenção à saúde no Brasil: limites e possibilidades no enfrentamento da COVID-19. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 6. Rio de Janeiro: ESPJV/FIOCRUZ, 2020, p. 01-07.

FAUSTO, M. C. R.; MATTA, G. C. Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas. MOROSINI, M. V. G. C.; CORBO, A. D. (orgs.). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: ESPJV/FIOCRUZ, 2007, p. 43-67.

FLORIPAMANHÃ. **Florianópolis tem a melhor saúde primária entre as capitais do país**, 2018. Disponível em: <https://floripamanha.org/2018/11/florianopolis-tem-a-melhor-saude-primaria-entre-as-capitais-do-pais/>. Acesso em: 19 set. 2022.

FLORIANÓPOLIS. **Decreto nº 21.965 de 08 de setembro de 2020**. Institui o componente municipal do modelo de financiamento da Atenção Primária à Saúde estabelecido pelo Ministério da Saúde, na forma de incentivo de desempenho, em substituição ao componente municipal do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica - PMAQ-AB. Florianópolis, 2020. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a/sc/f/florianopolis/decreto/2020/2197/21965/decreto-n-21965-2020-institui-o-componente-municipal-do-modelo-de-financiamento-da-atencao-primaria-a-saude-estabelecido-pelo-ministerio-da-saude-na-forma-de-incentivo-desempenho-em-substituicao-ao-componente-municipal-do-programa-de-melhoria-do-acesso-e-da-qualidade-na-atencao-basica-pmaq-ab>. Acesso em: 15 ago. 2022.

FLORIANÓPOLIS. **Portaria nº 22/2016**. Aprova a Política Municipal de Atenção Primária à Saúde para organização dos serviços e gestão e direcionamento das ações de educação permanente no âmbito da Atenção Primária à Saúde no município de Florianópolis. Florianópolis, 2016. Disponível em: [http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/29\\_11\\_2016\\_16.17.33.73c009e15b1538cd39469d1b7ec80eb2.pdf](http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/29_11_2016_16.17.33.73c009e15b1538cd39469d1b7ec80eb2.pdf). Acesso em: 19 set. 2022.

FLORIANÓPOLIS. **Portaria nº 75/SMS/GAB/2022**. Institui a Comissão Gestora para a operacionalização do pagamento do incentivo por desempenho, no âmbito da Atenção Primária à Saúde do município de Florianópolis. Florianópolis, 2022. Disponível em: [https://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/diario/pdf/07\\_04\\_2022\\_23.56.05.8beefcce2a7a550aaea30ba2a72d102a.pdf](https://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/diario/pdf/07_04_2022_23.56.05.8beefcce2a7a550aaea30ba2a72d102a.pdf). Acesso em: 08 ago. 2022.

FLORIANÓPOLIS. **Portaria nº 76/SMS/GAB/2022**. Regulamenta a operacionalização do pagamento do incentivo por desempenho, no âmbito da Atenção Primária à Saúde no município de Florianópolis. Florianópolis, 2022. Disponível em: [https://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/diario/pdf/07\\_04\\_2022\\_23.56.05.8beefcce2a7a550aaea30ba2a72d102a.pdf](https://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/diario/pdf/07_04_2022_23.56.05.8beefcce2a7a550aaea30ba2a72d102a.pdf). Acesso em: 08 ago. 2022.

FLORIANÓPOLIS, Secretaria Municipal de Saúde (SMS). **Carteira de Serviços**. Florianópolis: Prefeitura Municipal de Florianópolis; 2019. Disponível em: <https://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?cms=carta+de+servicos+da+sms&menu=0>. Acesso em: 10 ago. 2022.

FLORIANÓPOLIS, Secretaria Municipal de Saúde (SMS). **Plano Municipal de Saúde de Florianópolis 2022-2025**. Florianópolis, 2022. Disponível em: [https://www.pmf.sc.gov.br/sites/psms/PMS\\_pdf/PLANO%20DE%20SA%20C3%9ADE%2022-2025.pdf](https://www.pmf.sc.gov.br/sites/psms/PMS_pdf/PLANO%20DE%20SA%20C3%9ADE%2022-2025.pdf). Acesso em: 29 jul. 2022.

GIOVANELLA, L. Atenção Básica ou Atenção Primária à Saúde?. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 8. Rio de Janeiro: ESPJV/FIOCRUZ, 2018.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção Primária à Saúde. GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C. L.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**, 1ª ed., 2009, p. 575-626.

GIOVANELLA, L.; SISSON, M. C.; ANDRADE, S. R.; ALMEIDA, P. F.; FAUSTO, M. C. R.; SOUZA, C. R. P. Estratégia de Saúde da Família em Florianópolis: integração, coordenação e posição na rede assistencial. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 4. São Paulo, 2011, p. 991-1004.

LIMA, L. S. G. **Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) de Florianópolis: uma análise documental**. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família - Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis: UFSC, 2021.

LOURENÇO, E. A. S.; SANT'ANA, R. S.; GALLO, M. Condições de trabalho e saúde de assistentes sociais que atuam no SUS. **Anais do 6º Encontro Internacional de Política Social e 13º Encontro Nacional de Política Social**. Vitória: UFES, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/einps/article/view/20110>. Acesso em: 10 set. 2022.

LOURENÇO, E.; GOULART, P.; ANUNCIACÃO, L.; LACAZ, F. A. C. Condições de trabalho de assistentes sociais da área da saúde e repercussões psicossociais. **Saúde e Sociedade**, v. 28, n. 01. São Paulo, 2019, p. 154-168.

MARQUES, G. L. **O Serviço Social no NASF: as condições de trabalho e as demandas do exercício profissional**. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Serviço Social - Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis: UFSC, 2016.

MATHIAS, M. A crise por trás da nova PNAB. Revista POLI. **Saúde, educação e trabalho**, nº 53, set/out de 2017. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/poliweb53.pdf>. Acesso em: 08 set. 2022.

MATOS, M. C. O neofascismo da política de Saúde de Bolsonaro em tempos perigosos da pandemia da COVID-19. **Revista Humanidades e Inovação**, v. 8, n. 35. Tocantins: UNITINS, 2021.

MENDES, E. V. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: MENDES, E. V. (org). **Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. 3 ed. São Paulo. Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1995, p. 19-91.

MENDONÇA, M. H. M.; MELO, E. A.; OLIVEIRA, J. R.; ANDRADE, G. C. L. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde Debate**, v. 42, n. 1. Rio de Janeiro, 2018, p. 38-51.

MINAYO, M. C. de S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. (Org). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 1993.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; BAPTISTA, T. W. F. Previde Brasil, Agência de desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica? **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro: ESPJV/FIOCRUZ, 2020, p. 01-20.

OLIVEIRA, L.; FREITAS, B. C. A desvinculação das equipes multiprofissionais da Atenção Básica à tipologia NASF-AB em Florianópolis. **Anais do IV Seminário Nacional: Serviço Social, Trabalho e Política Social - SENASS**. Florianópolis: UFSC, 2022.

OLIVEIRA, L.; FREITAS, B. C. A revogação do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica e o desmonte da Atenção Primária à Saúde. **Anais do IV Congresso Internacional de Política Social e Serviço Social: desafios contemporâneos**. Londrina: UEL, 2022. Disponível em: <http://www.uel.br/pos/sersocial/pages/arquivos/Congresso%202022/Politica%20social%20seguridade%20social%20e%20protecao%20social/6498-407568-56605-2022-04-03.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Declaração de Alma-Ata**. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma-Ata, URSS, 6- 12 de setembro de 1978. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao\\_alma\\_ata.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf). Acesso em: 15 abril 2022.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. **Informe Dawson sobre el futuro de los servicios médicos y afines**. Tradução feita pela Oficina Sanitaria Panamericana. Washington, 1964. Disponível em: [https://docs.google.com/file/d/0Bz2f5jZf\\_tC4MmNNVTZmeXJtOEE/edit?resourcekey=0-Ft1alqi-ZrFTJdQ7c2AUvw](https://docs.google.com/file/d/0Bz2f5jZf_tC4MmNNVTZmeXJtOEE/edit?resourcekey=0-Ft1alqi-ZrFTJdQ7c2AUvw). Acesso em: 30 mai. 2022.

PENSSAN. Olhe para a fome, 2022. Disponível em: <https://olheparaafome.com.br/>. Acesso em: 15 set. 2022.

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

RAICHELIS, R.; ARREGUI, C. C. O trabalho no fio da navalha: nova morfologia no Serviço Social em tempos de devastação e pandemia. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 140, p. 134-152, jan./abr. 2021.

RIBEIRO, F. A. **Atenção Primária (APS) e Sistema de Saúde no Brasil: uma perspectiva histórica**. Dissertação (mestrado) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2007.

RIOS, S. L. **Condições de trabalho das assistentes sociais dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF) dos municípios da região metropolitana de Florianópolis**. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2020.

SAMPAIO, L. F. R.; SOUZA, H. M. Atenção Básica: política, diretrizes e modelos coletâneos no Brasil. NEGRI, B.; FARIA, R.; VIANA, A. L. (orgs.) **Recursos Humanos em Saúde - política, desenvolvimento e mercado de trabalho**. São Paulo: NEPP, Unicamp, 2002.

SANTA CATARINA, Governo do estado. Secretaria de Estado de Saúde. **Deliberação 136/CIB/2021**. Aprova o incentivo estadual para o cofinanciamento para as Equipes Multiprofissionais - EM. Florianópolis, 2021. Disponível em: <https://www.cosemssc.org.br/wp-content/uploads/2021/07/DELIBERA%C3%87%C3%83O-CIB-136-2021.pdf>. Acesso em: 25 jul. 2022.

SILVA, R. S.; PAIVA, S. D. T.; GOMES, V. L. B. Trabalho e saúde de assistentes sociais na Seguridade Social. **Anais do 6º Encontro Internacional de Política Social e 13º Encontro Nacional de Política Social**. Vitória: UFES, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/einps/article/view/20272>. Acesso em: 10 set. 2022.

SOARES, R. C.; CORREIA, M. V. C.; SANTOS, V. M. Serviço Social na política de Saúde no enfrentamento da pandemia da Covid-19. **Serviço Social e Sociedade**, n. 140. São Paulo, jan/abril de 2021, p. 118-133.

SOUZA, T. S.; MEDINA, M. G. Nasf: fragmentação ou integração do trabalho em saúde na APS? **Saúde Debate**, v. 42, n. 2. Rio de Janeiro, 2018, p. 145-158.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p. Disponível em:

[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_primaria\\_p1.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf) . Acesso em: 20 mai. 2022.