



Eixo: Política Social e Serviço Social.

Sub-eixo: Crise, trabalho e tendências contemporâneas das políticas sociais no capitalismo.

PROCESSO DE TRABALHO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE EM FLORIANÓPOLIS/SC: UM CONTEXTO DE CONTRARREFORMAS

ELLEN CAROLINE PEREIRA¹

Resumo: As contrarreformas que tem se aprofundado no Brasil, incidem diretamente no acesso aos direitos sociais, que constituídos a partir de uma economia dependente frente ao capitalismo mundial, assumiu especificidades desde sua consolidação, e é neste contexto que está inserido o Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro. Considerando esses aspectos, esse artigo - resultante da experiência como Residente Multiprofissional em Saúde da Família - tem por objetivo apontar algumas das contrarreformas que tem ocorrido no âmbito nacional no campo da saúde, e sua relação com as alterações na política municipal de Atenção Primária em Saúde (APS), na cidade de Florianópolis/SC.

Palavras-chave: Atenção Primária em Saúde; Processo de Trabalho; SUS.

Resumen: Las contrarreformas que se han profundizado en Brasil, inciden directamente en el acceso a los derechos sociales, que constituidos a partir de una economía dependiente frente al capitalismo mundial, asumió especificidades desde su consolidación, y es en este contexto que está el Sistema Único de Salud (SUS) brasileño. En este sentido, este artículo - resultante de la experiencia como Residente Multiprofesional en Salud de la Familia - tiene por objetivo apuntar algunas de las contrarreformas que ha ocurrido en el ámbito nacional en el campo de la salud, y su relación con las alteraciones en la política municipal de Atención Primaria en Salud (APS), en la ciudad de Florianópolis/SC.

Palabras clave: Atención Primaria en Salud; Proceso de Trabajo; SUS.

1. INTRODUÇÃO

A atual conjuntura do Brasil é resultante do processo de construção social de uma economia dependente, que nos últimos anos – associada ao mesmo ritmo do capitalismo mundial - opera de forma a intensificar a precarização das condições de vida da classe trabalhadora. Esses elementos se refletem nas próprias políticas sociais, as quais, em uma economia dependente são subsumidas às diretrizes internacionais, e cada vez mais,

¹ Estudante de Pós-Graduação. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. E-mail: <p.ellencaroline@gmail.com>

tendem a ser mercantilizadas, concomitante a isso, as condições de trabalho tem se constituído intensificando as relações flexibilizadas. Compreender o Brasil como um país periférico na organização do capitalismo mundial é compreendê-lo historicamente, desde a análise de que as economias dependentes são fundamentais nas relações de superexploração e expansão do capitalismo global, para os países hegemônicos.

O artigo que ora se apresenta, foi construído a partir de um dos eixos de análise desenvolvidos no trabalho de conclusão da Residência Multiprofissional em Saúde da Família (REMULTISF), esta, foi realizada na cidade de Florianópolis-SC, entre 2016-2018, a partir de uma parceria do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), com a Prefeitura Municipal de Florianópolis (PMF).

Como residente em saúde da família e profissional de serviço social, pude notar em minha prática cotidiana os impactos dos determinantes político-objetivos - anteriormente mencionados - e sua incidência sobre as condições objetivas e subjetivas de vida dos usuários dos serviços de saúde, e também, dos profissionais. Além disso, a partir da experiência na residência, e os espaços de militância política advindos desse momento, foi possível perceber o quanto as formas de gestão dessa política têm se afastado dos princípios inerentes a Reforma Sanitária, e nesse percurso, pontua-se que de maneira geral as políticas sociais têm sofrido inúmeros desmontes, sobre os quais buscamos discorrer na monografia da residência, apresentando aqui, um recorte desse debate.

Tomamos como ponto de partida algumas questões sobre o município a ser estudado. A cidade de Florianópolis é a capital do estado de Santa Catarina, e de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) a estimativa populacional em 2017 foi de 485.838 mil habitantes. Apesar de Florianópolis ser reconhecida por ter uma política de saúde “modelo” para o país na Atenção Primária em Saúde (APS), e que muitas vezes tenha-se escutado de gestores de que “havia 100% de cobertura nesse nível de atenção”, sabe-se que muitas são as contradições que perpassam esse título, pois se em muitos CS não temos as eSF completas (faltando Agentes

Comunitários de Saúde (ACS), médicos, técnicos e demais profissionais) podemos afirmar que os “100% de cobertura” não são reais, pois não tem como haver 100% de cobertura, se não há 100% de recursos humanos para efetivar essa cobertura.

Esses aspectos, dentre outros que pretendemos delinear no decorrer do trabalho, por si só, nos dão elementos para problematizar a dissenção desse nível de atenção para com muitos dos princípios do SUS e da própria política de APS. Contudo, ressalta-se que desde o ano de 2016 as problemáticas que perpassam a APS tem se aprofundado. Primeiramente, houve naquele ano um corte de 38 milhões de reais das verbas destinadas à saúde em Florianópolis, a qual comprometeu a realização de exames médicos, fornecimento de materiais de trabalho e medicamentos. No final do mesmo ano, foi aprovada a Política Municipal de Atenção Primária (PMAPS) a qual alterou significativamente questões organizativas do processo de trabalho, reduzindo, por exemplo, o número de encontros entre categorias profissionais e NASF; precarizando o processo de trabalho; dando ênfase à assistência, consequentemente reduzindo as possibilidades e trabalhos de promoção em saúde.

Já no ano de 2017, com a mudança de gestão no município outros fatores adensaram preocupações sobre o destino dessa política, tanto pela perspectiva da gestão sobre as políticas sociais, quanto pelo aprofundamento da precarização das condições de trabalho. O mês de janeiro de 2017 iniciou com uma greve de 38 dias dos municipais, inúmeros profissionais receberam seus salários parcelados sob a alegação de que a prefeitura municipal estaria sem recursos financeiros para tal. Ainda, foi submetido a aprovação da câmara de vereadores, um conjunto de medidas que previam a retirada de direitos trabalhistas dos servidores – especialmente o plano de carreira (sendo aprovado e posteriormente revogado) e demais direitos sociais dos usuários. Dentre esses projetos, estava o projeto de lei que regulamenta a instituição das parcerias-público privadas no município de Florianópolis, tanto na administração pública direta, quanto na indireta.

Simultaneamente à retirada de direitos trabalhistas e contingenciamento de recursos no município, a nível nacional, as contrarreformas aprovadas e

ainda previstas assumem o mesmo viés - com a aprovação da lei das terceirizações das atividades fins, Emenda Constitucional (EC) 95 que instituiu o congelamento dos gastos públicos destinados às políticas sociais por 20 anos, a contrarreforma trabalhista aprovada em novembro de 2017, e, tramitando ainda, a proposta de contrarreforma previdenciária – a tendência é de majoração de um estado de exceção, que se isenta das responsabilidades com o serviço público e os direitos sociais, em detrimento da manutenção de privilégios do grande capital.

Tendo em vista esses elementos, o objetivo desse artigo é apresentar – com base em análise realizada acerca das mudanças nas legislações e, diário de campo construído no decorrer da experiência da residência - as mudanças ocorridas no processo de trabalho da APS em Florianópolis/SC nos últimos dois anos, na sua relação com as mudanças da legislação federal. Entendemos que o processo de trabalho é um dos eixos estruturantes do projeto de saúde que o município tem construído. Sabe-se, pois, que o projeto de saúde, pode estar aliado aos princípios da reforma sanitária – o qual defendemos -, ou mesmo, a vertentes flexibilizadoras e/ou neoliberais, sendo esta última, impulsionadora das propostas de privatização da saúde através das Organizações Sociais (OS's) e outras modalidades.

2. TRANSFORMAÇÕES NO PROCESSO DE TRABALHO DA APS

Importa sinalizar que assim como o SUS se consolidou em um campo contraditório, de disputas e tensões entre a proposta do movimento de Reforma Sanitária e o projeto neoliberal de Estado brasileiro, a perspectiva da atenção primária – no caso do Brasil, intrínseca ao SUS -, também está alocada em um campo de disputas e tensionamentos, sendo que em nossa avaliação, se direcionada a partir da perspectiva da Reforma Sanitária, pode ser uma poderosa alavanca no avanço e materialização de um conceito ampliado de saúde, firmado na ideia de promoção e prevenção.

No Brasil, pode-se dizer que o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) criado no ano de 1991, e posteriormente, o antigo Programa Saúde da Família (PSF) (criado em 1994), demarcam o início das políticas

voltadas a APS. Posteriormente, em 2006 o PSF foi transformado em Estratégia de Saúde da Família (ESF), a partir da compreensão de que o mesmo não deveria tratar-se de um programa, e sim, de uma política de Estado. Resultante de todo processo de construção e consolidação da APS, em 2011 foi aprovada a lei 2488/2011, que dispõe sobre a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) no Brasil. Essa legislação caracteriza a Atenção Básica (AB), como 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, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos (BRASIL, 2011, s/p).

Sendo necessárias para a realização das ações da AB, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) que são direcionadas pelo trabalho das equipes de Saúde da Família (eSF) e Equipes de Saúde Bucal (eSB). A Estratégia pressupõe a

existência de equipe multiprofissional (equipe saúde da família) composta por, no mínimo, médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal (BRASIL, 2011, s/p).

Além das eSF e eSB, compõem a PNAB/2011, os Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASFs). A política do NASF foi criada pela Portaria n.154, no ano de 2008, e corresponde a uma,

equipe composta por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das Equipes Saúde da Família, das Equipes de Atenção Básica para populações específicas, compartilhando as práticas e

saberes em saúde nos territórios sob responsabilidade destas equipes. (BRASIL, 2018, s/p)

Ainda, as Equipes do Consultório na Rua, e eSF para o Atendimento da População Ribeirinha e População Fluvial (com a implementação de Unidades Básicas de Saúde Fluviais), também constituem a AB. Além disso, se incluem no rol de atividades deste nível de atenção, o Programa Saúde na Escola (PSE). Os trechos adscritos acima, advém da PNAB 2011. Contudo, em agosto de 2017, o governo Temer aprovou uma nova Política Nacional, esta, permeada de retrocessos no que compete a forma e organização dos serviços, em detrimento da Política anterior. Um dos pontos que receberam crítica, de acordo com o jornal do Fórum Catarinense em Defesa do SUS e Contra a Privatização, foi a não participação dos usuários, no debate acerca de alterações que modificam radicalmente os “pressupostos do cuidado a partir da concepção ampliada” de saúde. De acordo com o Fórum, a nova PNAB “1) retira a obrigatoriedade de que os Centros de Saúde (CS) operem sob a forma de Estratégia de Saúde da Família (ESF); 2) define que ficará a critério do gestor o número de usuários referenciados para cada CS”, quando um dos princípios fundantes da ESF é “a proximidade com os locais onde moram os pacientes” e o “atendimento, preferencialmente, pelos mesmos profissionais” (FÓRUM CATARINENSE, 2017). Portanto, quando é retirada a obrigatoriedade da ESF e, quando se flexibiliza o número de população referenciada às equipes, essa lógica é totalmente desmontada. Ainda a Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde, sinaliza que

A proposta de revisão da Política Nacional de Atenção Básica não faz alusão clara a questões como financiamento, infraestrutura necessária para funcionamento, condições de trabalho, concurso público, garantia de direitos para os trabalhadores em saúde, acesso a serviços, medicamentos e insumos por parte dos usuários, nem tampouco a garantias de articulação da atenção primária à saúde com os outros níveis de atenção (média e alta complexidade). O que se pode identificar de maneira explícita é uma proposta de flexibilização da forma como a atenção primária à saúde é operacionalizada no Brasil, através da Estratégia de Saúde da Família (FNCPS, 2017).

A proposta da nova PNAB, exemplifica o processo de precarização e contrarreformas qual o SUS tem sido submetido, do ponto de vista estrutural - com retrocessos na própria lógica de operação da política - e também, da

concepção de saúde que direciona a nova política nacional. Pois, ainda que exista um tensionamento na própria constituição do SUS – a partir dos movimentos hegemônicos e contra hegemônicos que o fizeram – e, ainda que a APS seja resultante desses tensionamentos conforme já indicado, há que se reconhecer, que a política de AB no Brasil, tem avanços no entendimento da necessidade de um processo de trabalho interdisciplinar e olhar integral sobre os sujeitos, e, na compreensão da importância de trabalhar a saúde a partir dos conceitos de promoção e prevenção.

O município de Florianópolis, organiza seus serviços de acordo com as diretrizes nacionais correspondentes a 2011. Sendo que, atualmente todos os CS funcionam a partir do trabalho das eSF. De acordo com a política, “os Centros de Saúde (CS) são as estruturas responsáveis pelo provimento da ampla maioria dos serviços em APS e são unidades distribuídas pelo território do município, apresentando-se como porta de entrada preferencial da rede de atenção” (FLORIANÓPOLIS, 2016, p.19). Florianópolis conta com 51 CS, distribuídos de acordo com o contingente populacional e territorial de cada localidade. Estes recebem apoio dos Distritos Sanitários (DS), responsáveis pela “organização dos serviços de APS no território (FLORIANÓPOLIS, 2016). A legislação municipal indica a existência de cinco DS (Centro, Continente, Leste, Norte e Sul), contudo, desde a nova gestão municipal (2017), o DS Leste foi extinto, e os CS referenciados neste, foram redirecionados para outros DS.

Ainda, o município conta com o trabalho das equipes NASF. Essas são distribuídas nos respectivos DS, onde se organiza o processo de trabalho correspondente. Não encontramos disponível - nas páginas oficiais do município - informação sobre o atual número de equipes NASF, mas, estima-se que hoje, haja uma média de três a quatro equipes por DS. Os profissionais que compõe os NASF's Florianópolis são: assistente social; fisioterapeuta; psicólogo; nutricionista; profissional de educação física; psiquiatra; e pediatra. Já, as eSF são compostas por Agente Comunitário de Saúde (ACS), Auxiliar ou Técnico de Enfermagem, Enfermeiro e Médico de Família e Comunidade ou generalista, além disso, os CS's contam com as eSB, essa última constituída

por Auxiliar e/ou Técnico de Saúde Bucal e Cirurgião-Dentista (FLORIANÓPOLIS, 2016).

As diretrizes e organização da AB no município, são orientadas por dois documentos importantes, um deles é a Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (CSAPS), aprovada pela Portaria n.26/2014. O outro documento, é a Política Municipal de Atenção Primária à Saúde (PMAPS), regulamentada pela Portaria n. 22/2016, esta última, aprovada em novembro de 2016, que altera em grande medida a CSAPS. Entendemos que a Política Municipal seja a legislação superior, e que mesmo tendo sido aprovada após a Carteira de Serviços, esta última a complementa, pois a legislação não está revogando-a.

Conforme já mencionado, a política de APS de Florianópolis é reconhecida nacionalmente pelos “100% de cobertura em Estratégia de Saúde da Família”, essa informação, disseminada pela gestão, pode ser confirmada no “relatório de gestão – janeiro a dezembro de 2016”, no qual afirmam,

Em 2015, outra vez, a atenção primária de Florianópolis entra em destaque nacional ao ser a primeira capital brasileira com 100% de cobertura da Estratégia de Saúde da Família nos parâmetros utilizados pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB/MS) (SMS, 2017, p.2).

Contudo, embora o município ofereça atendimento via ESF em toda abrangência de seu território, frequentemente faltam profissionais para completar as equipes. Um dos pilares da Atenção Primária no Brasil são os ACS², no entanto, antes mesmo da PNAB-2017, o déficit de ACS no município já era significativo, sendo que há mais de anos não são convocados novos profissionais, gerando uma defasagem expressiva no serviço, pois, tampouco há reposição do quadro desses profissionais por aposentadorias, afastamentos ou desligamentos. Esse fato, descaracteriza, em nossa análise, “os 100% de cobertura” pois,

Com a expansão da Saúde da Família com cobertura de territórios em áreas urbanas de diferentes estratos socioeconômicos faz-se necessário fortalecer o papel do ACS, redefinindo e qualificando sua intervenção na comunidade como agente de saúde coletiva, elo entre o serviço de saúde e a população. O ACS conhece e reconhece as necessidades populacionais do território e devem ser contemplados

² Importante destacar que a reformulação da PNAB/2017, ameaça a presença dos ACS na APS.

com estratégias de educação permanente que apoiem seu trabalho de promotor da saúde, atuando na mobilização social para enfrentamento dos determinantes sociais e em ações estratégicas frente aos problemas de saúde da população (CEBES, 2017, s/p).

Além disso, outra problemática no que se refere a situação dos ACS's é o fato de constantemente estarem em desvio de função, realizando outras atividades que não são de sua competência profissional, ou pelo menos, não estão no escopo das atribuições previstas nas diretrizes nacionais. A PNAB-2011, sinaliza que “é permitido ao ACS desenvolver outras atividades nos CS, desde que vinculadas às atribuições acima [que tratam de atividades específicas desses profissionais]” (BRASIL, 2012, p. 50). Contudo, no âmbito municipal, encontraram-se estratégias de regulamentar o desvio de função desses profissionais, sendo que a PMAS-2016, apresenta como uma das atribuições dos Agentes,

q) Participar da execução de atividades não exclusivas de profissionais de saúde, em regime de rodízio entre todos os Agentes Comunitários de Saúde, sob demanda da coordenação do Centro de Saúde visando à manutenção dos serviços assistenciais à população (FLORIANÓPOLIS, 2016, p. 65, grifos meus).

A exemplo, o que ocorre constantemente, é o direcionamento desses profissionais na realização de tarefas administrativas dos CS. Quando a gestão municipal não prioriza que esses profissionais estejam exercendo suas atribuições, e/ou, não reconhece a necessidade de contratação de novos profissionais, tanto ACS quanto técnico-administrativo – fazendo com que várias microáreas fiquem descobertas – em nosso entendimento, significa que a gestão não compreende a importância do trabalho desses profissionais para o funcionamento da proposta de saúde da família.

Além do mais, é frequente a falta de outros profissionais nas eSF, NASF e eSB. No que tange a Estratégia, dois exemplos valem ser citados. O CS Sapé, ficou cerca de um ano e meio sem médico de família em uma de suas equipes, sendo que para acolher as demandas de saúde da população usuária, a única médica da unidade atendia as demandas das duas áreas, o que dificultou seu processo de trabalho e sobrecarregou a profissional, bem como os demais membros das equipes. Além da sobrecarga, um fator importante de ser avaliado nessas situações é a qualidade do serviço prestado, e o quanto a

falta de profissionais compromete o andamento e a possibilidade de atendimento integral, pois, impossibilita muitas vezes a garantia das reuniões de equipe e matriciamento, de formação, e a qualidade da atenção, dentre outros fatores. Já, o CS Jardim Atlântico estava (até a realização da pesquisa) acerca de um ano - também -, sem médico em uma de suas equipes, o que resulta nas mesmas problemáticas vivenciadas pelo CS Sapé³. Ademais, tornou-se aceitável a constituição de equipes de ESF, tendo como profissionais de referência, os residentes em saúde (PEREIRA, 2016-2017).

Mas, em que essas questões se relacionam com os 100% de cobertura? Entende-se que, afirmar que um município tem total cobertura em Estratégia, quando na verdade, não existem equipes completas, e quando, o ACS – principal elo entre a comunidade e o CS – não é compreendido como fundamental para efetivação da saúde da família -, é falar de uma falsa cobertura, pois esta não atende os pressupostos da ESF, logo, da AB, pois, dentre os princípios da APS – indicados na própria legislação municipal, estão,

II - Longitudinalidade: pressupõe que o serviço seja fonte regular de atenção e seja utilizado ao longo do tempo. Desta forma o serviço deve ser capaz de identificar e vincular seus usuários. Esta identificação se reflete nos elementos de vigilância contínua do território e seus usuários e a vinculação se manifesta habitualmente com fortes laços interpessoais entre a equipe de saúde e a população (FLORIANÓPOLIS, 2016, p. 17). [...] IV - Coordenação do cuidado: implica na continuidade do cuidado por meio da atualização e do compartilhamento de informações, da corresponsabilização pelo cuidado do usuário com outros serviços e níveis de atenção e da vigilância em saúde continuada (FLORIANÓPOLIS, 2016, p. 18).

Será que é possível a longitudinalidade e a coordenação do cuidado, para materializar a ESF, sobre o argumento de 100% de cobertura, com a falta de tantos agentes de saúde e outros profissionais? Com essa afirmação, não negamos a cobertura, negamos sim, o discurso dos 100%. E trata-se desse mito, como algo importante a ser abordado, por partirmos da compreensão de que é impossível avançarmos na luta, sob o discurso que mistifica os dados da realidade, e, também, por sabermos que esse discurso não demonstra as reais

³Ambos CS são compostos por duas eSF e uma eSB, durante a residências atuamos nesses dois centros de saúde.

dificuldades presentes na APS, em grande medida, dadas pela falta de contratação de recursos humanos.

Outro fator que nos interessa sinalizar se refere a ênfase dada pela gestão – tanto no Governo atual, quanto no anterior – ao atendimento direto e individual, como prioritária no processo de trabalho da AB. A Política Municipal explicita que “§ 1º. Os serviços assistenciais são as estruturas responsáveis pela atenção direta à população, visando proteção, manutenção, reabilitação, prevenção e promoção à saúde” (FLORIANÓPOLIS, 2016, p. 18). Nossa interpretação, permite compreender que a atenção direta não se dá necessariamente no atendimento assistencial, ou seja, em “consultas”. A atenção direta, pode e deve ser compreendida como todo o processo de trabalho que permite a assistência, desde a discussão de casos, reuniões que dizem respeito ao serviço, e a própria formação que reverbera na qualificação profissional para melhor atendimento direto, além disso, a própria legislação, propõe que as ações assistenciais fazem parte desse rol de atividades, quando indica a proteção, manutenção, reabilitação, prevenção e promoção em saúde, como características da assistência. O que nos parece, é que na mesma legislação o município se contradiz, quando prioriza na maioria de seus direcionamentos a ênfase no atendimento/consulta direta, como assistência, reduzindo o conceito da mesma. Onde esses fatos podem ser observados? Primeiramente, quando a PMAS trata da carga horária dos profissionais NASF, indica,

§ 10. Quanto à distribuição da capacidade assistencial do profissional apoiador da Saúde da Família:

I - Os atendimentos clínicos ambulatoriais e outras ações de cuidado individual são os componentes prioritários do apoio matricial e devem representar **no mínimo 60% e um máximo de 90% da carga horária mensal de atividades de cada categoria**, exceção feita à Farmácia e Educação Física que devem adequar-se às necessidades das Equipes de Saúde da Famílias e de seus territórios de atuação conforme análise das Gerências dos Distritos Sanitários e priorizado pela Diretoria de Atenção Primária à Saúde (FLORIANÓPOLIS, 2016, p. 58).

Na medida em que a gestão define que a carga horária de um profissional NASF pode ser, de até 90% em atendimentos clínicos ambulatoriais e outras ações de cuidado individual, mas, não garante um mínimo dessa carga horária, para atividades que estejam voltadas a promoção da saúde e/ou

ao atendimento e planejamento de demandas coletivas do território – está priorizando um modelo de atenção voltado ao atendimento direto, e, sem garantir inclusive, que esse atendimento direto tenha pressupostos interdisciplinares⁴, por exemplo, pois não prioriza a formação coletiva, os espaços de reunião, como importantes para atuação desses profissionais. Trazer essa problemática, não é afirmar que o atendimento direto não é importante, mas sim, evidenciar, que mesmo com uma legislação que aponte em seus princípios preceitos do cuidado em uma concepção ampliada de saúde, as bases técnicas desse cuidado, ainda estão voltadas ao modelo tradicional. Afinal, a atribuição do NASF, está direcionada a

buscar contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS principalmente por intermédio da ampliação da clínica, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários. São exemplos de ações de apoio desenvolvidas pelos profissionais dos NASF: discussão de casos, atendimento conjunto ou não, interconsulta, construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais e da coletividade, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da saúde, discussão do processo de trabalho das equipes etc. (BRASIL, 2012, p. 70).

Outro fato que demonstra a problemática indicada acima, é a reorganização das reuniões NASF e de categorias profissionais, que ocorreu após a aprovação da atual PMAS. Na Carteira de Serviços, constava:

A Equipe NASF poderá realizar 4 (quatro) horas mensais de reunião com todos os profissionais, para discussão de questões administrativas; planejamento de ações, educação permanente e discussão de problemas clínicos e sanitários. Este espaço poderá ser em um único momento mensal de 4 horas ou dividido em dois momentos mensais de 2 horas. O calendário será organizado em conjunto com o Distrito Sanitário (FLORIANÓPOLIS, 2014, p. 20).

Com a aprovação da nova Política, as reuniões NASF passaram a ser bimestrais, intercaladas, com as reuniões municipais de categoria profissional, “III - Os profissionais apoiadores da Saúde da Família vinculados poderão realizar reunião distrital bimestral de até quatro horas em alternância com as reuniões municipais de núcleo profissional” (FLORIANÓPOLIS, 2016, p. 39).

⁴ Há que se ter cautela com o debate sobre a interdisciplinaridade, para não reproduzirmos a partir desse discurso, a ideia de um trabalhador “multifuncional” que corresponda a precarização do trabalho. Defendemos a interdisciplinaridade, contudo, de maneira crítica, sem deixarmos enganar pelos discursos de gestão, que fazem confundir esse processo.

Além disso, a gestão indica na própria legislação que esses profissionais - que são apoiadores e logo, deveriam discutir com as equipes de saúde da família, o planejamento e realidade do território, o que possibilitaria um amplo trabalho de promoção em saúde – devem participar das reuniões de planejamento mensais dos CS, apenas quando solicitados com pauta específica. Ademais, se estiverem em uma unidade na semana em que houver reunião da mesma, devem realocar suas agendas, de modo a priorizar o atendimento ambulatorial

b) Nas semanas em que houver reunião, as agendas dos profissionais apoiadores da Saúde da Família deverão ser rearranjadas de forma a priorizar a oferta assistencial direta (FLORIANÓPOLIS, 2016, p. 39).

[...]

c) A participação dos profissionais apoiadores da Saúde da Família nas reuniões de planejamento não deve ser rotineira, sendo reservada somente às situações em que houver pauta específica e sob repactuação da agenda do profissional com o Distrito Sanitário (FLORIANÓPOLIS, 2016, p. 50).

Entende-se que ao reduzir esses espaços de reunião - que são pensados para garantir a educação continuada, discussão de processo de trabalho, dentre outros temas -, tonaliza-se o modelo de saúde que se pretende. Em vários momentos – reunião NASF, espaços de debate público, reunião do Conselho Municipal de Saúde -, membros da gestão, se pronunciaram deixando indicativos de que a ênfase do trabalho na APS deveria se dar no atendimento ambulatorial (PEREIRA, 2016-2017). Ora, como se faz promoção em saúde, nessa realidade?

Além do discorrido, denota-se que está havendo no município, um desmonte da perspectiva e proposta do NASF. Primeiramente, identificamos na nova Política, uma série de propostas que precarizam⁵ ainda mais o trabalho desses profissionais, dentre elas, apontam que os profissionais NASF poderão vincular-se há mais que um Núcleo, além de, em casos “excepcionais” atender a outros DS – como podemos verificar:

4. A disposição dos profissionais pelo território obedecerá a critérios específicos para cada categoria, levando em conta as especificidades

⁵ Importa destacar que atualmente já existem profissionais NASF que são responsáveis por mais de um Núcleo. Esse é o caso das assistentes sociais, que em sua maioria respondem a três NASFs. Também, quando algum profissional se afasta (as vezes por períodos de licença que se aproximam de um ano), a gestão direciona profissionais de outros NASF's como referência, o que sobrecarrega os mesmos (PEREIRA, 2016-2017).

técnicas e de oferta por categoria, além de critérios de risco e vulnerabilidade e as necessidades de saúde detectadas para cada conjunto populacional.

4.1. Um profissional vinculado a um NASF poderá exercer atividades de apoio a outros Centros de Saúde pertencentes ao mesmo Distrito, desde que tal arranjo esteja justificado pela demanda do território e não implique em carga horária adicional para o profissional, sendo o provimento adequado das equipes ativas competência da gestão municipal.

4.2. Excepcionalmente um profissional vinculado a um NASF pode realizar o apoio matricial a Centros de Saúde de outros Distritos Sanitários guardando as mesmas ressalvas do item anterior.

4.3. Os arranjos referentes aos itens anteriores devem ser compatíveis com a carga horária do profissional.

4.4. O provimento adequado de número suficiente de profissionais é de competência da gestão municipal (FLORIANÓPOLIS, 2016, p. 33).

Outro fato intrigante, é que a PMAS-2016, passou a chamar os profissionais integrantes do Núcleo, também de Apoiadores de Saúde da Família, intercalando a nomenclatura. A proposta de trabalho do NASF, é de que o mesmo aconteça em conjunto com a Estratégia, a partir da discussão das demandas e do trabalho interdisciplinar, que pense coletivamente o atendimento das mesmas. A Carteira de Serviço, indicava que os NASF's

Não são portas de entrada do sistema, sendo núcleos voltados para fortalecimento das Equipes de Saúde da Família e para retaguarda assistencial no âmbito da atenção primária. Acesso por encaminhamento da atenção primária ou por outros fluxos previamente pactuados (FLORIANÓPOLIS, 2014, p. 8).

[...]

Os encaminhamentos/atendimentos da equipe NASF são regulados pelas ESF salvo quando: (a) encaminhados de acordo com fluxos ou critérios previamente definidos pela gestão municipal ou pelas equipes ESF e NASF em comum acordo; (b) em situações urgentes ou imprevistas em que o profissional NASF seja o recurso mais acessível no momento (FLORIANÓPOLIS, 2014, p. 22).

A nova Política, reforça que o Núcleo não é “porta de entrada” salvo em casos em que o profissional NASF seja o recurso mais acessível, mas, ao mesmo tempo, indica que

a) Os atendimentos clínicos e assistenciais prioritários, assim como de apoio à demanda espontânea realizados por profissionais apoiadores da Saúde da Família, não necessitam obrigatoriamente de discussão prévia com a Equipe de Saúde da Família, devendo prevalecer como condição prioritária a necessidade do paciente assim como a facilidade de acesso ao profissional que naquele momento melhor responda a sua necessidade de saúde (FLORIANÓPOLIS, 2016, p. 57).

De forma alguma, entendemos que a desburocratização do fluxo, seja um problema, e compreendemos que existam situações em que não há tempo hábil para discussão prévia ao atendimento, contudo, percebemos em nossa prática, que de alguma forma – em determinadas equipes - esse fluxo (do atendimento sem discussão) se tornou uma prática rotineira – há uma naturalização da não discussão de caso pela falta de tempo, e isso é resultante da precarização do trabalho e não da falta de vontade dos profissionais -, fazendo com que o NASF torne-se uma especialidade dentro da própria AB. Ademais, foi construído um grupo de trabalho – reivindicado pelos profissionais NASF – para discutir o processo de trabalho dos mesmos, com o fim de fortalecer o Núcleo e afinar suas propostas – contudo, a gestão da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), utilizou desse espaço para solicitar que os processos de trabalho fossem discutidos pelas categorias profissionais, e não enquanto núcleo (PEREIRA, 2016-2017). Esse fato, junto da mudança da nomenclatura – de NASF para Apoiador – caracterizam uma fragmentação do trabalho desempenhado, representando um retrocesso frente ao que se avançou no âmbito interdisciplinar, voltando-se para uma concepção uniprofissional – esta que também revela uma concepção de saúde. Isso quer dizer que não deve haver trabalho individual na APS? Defender o trabalho interdisciplinar não significa não realizar intervenções individuais, tampouco, significa que as categorias profissionais não tenham atribuições privativas e/ou especificidades, mas em nossa compreensão, a ideia de construção interdisciplinar do trabalho, diz respeito a forma de ver e entender o processo de trabalho, e que cada qual e que todas as trocas, são fundamentais para a garantia de um conceito ampliado de saúde que não se limite ao conceito, e sim, reflita na prática. O que a gestão da saúde está propondo com essas alterações, é o caminho de volta para um modelo de atenção uniprofissional, que entende o/a usuário/a de forma fragmentada.

Além do mais, uma das formas de intervenção previstas para o NASF, é baseada no atendimento compartilhado. Ora, as demandas são compartilhadas, porque esse recurso precisa ser usado criteriosamente? Por

que não tornar essa modalidade uma prática comum, respeitando a decisão e interesse dos usuários?

d) Atendimento compartilhado entre profissional apoiador da Saúde da Família e profissional das Equipes de Saúde da Família e Equipe de Saúde Bucal é recurso de construção de autonomia e capacidade da Atenção Primária à Saúde e deve ser utilizado de forma criteriosa em casos selecionados de comum acordo entre os atores envolvidos, com a concordância dos usuários e buscando manter, à máxima extensão, a capacidade de oferta clínica individual tanto dos membros da Equipe de Saúde da Família e Equipe de Saúde Bucal quanto dos profissionais apoiadores da Saúde da Família (FLORIANÓPOLIS, 2016, p. 57).

Como a própria legislação indica, parece que essa conduta se dá pela necessidade de aumentar a produtividade em detrimento da qualidade e priorizar os números de atendimentos individuais. Importa ainda, registrar, como medida intrínseca a esse processo de fragmentação e descaracterização do NASF, a ida dos médicos psiquiatras para as policlínicas. Desde meados do segundo semestre de 2017, esses profissionais, que fazem parte da equipe NASF, passaram a realizar atendimentos – que dizem respeito a saúde da família -, nas policlínicas municipais, que correspondem a atenção secundária em saúde, e não, atenção primária. De acordo com análise do Coletivo Catarinense de Residentes em Saúde, esse fato desconfigura o NASF,

Sabe-se que as policlínicas fazem parte de atenção secundária, logo, esses profissionais estarão distantes da Atenção Primária à Saúde (APS) como prevê as Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Estas mesmas diretrizes também colocam o NASF como uma forma de enfrentamento às linhas de produção tayloristas, ou seja, fragmentados por categorias, pois considera que a organização por categorias profissionais traz uma característica corporativista e não centrada no usuário, e também ressalta que uma gerência em comum à todas as categorias que compõem o núcleo objetiva uma interação positiva entre os membros, capaz de romper com a fragmentação [...]. Então, com essa ação da gestão, de colocar os profissionais NASF nas policlínicas, com acesso regulado, propõe uma fragmentação com as diretrizes nacionais do NASF e são pautadas no produtivismo através do maior número de atendimentos individuais, bem como, o desmonte e desvalorização do SUS. [...] Alguns profissionais de saúde, por sua vez, vem se reunindo para questionar a ida dos profissionais médicos psiquiatras para as policlínicas, já que isso representa enorme dificuldade aos usuários, que tampouco, possuem condições objetivas e subjetivas para acessar esse atendimento distante de sua moradia (CCRS, 2017a, s/p).

Na prática, já se percebe a diferença na qualidade do serviço prestado a população – especialmente no que se refere a saúde mental -, pois esses

profissionais não mais estão nos CS para o matriciamento das demandas. Além disso, é uma medida que retira a autonomia da eSF em dialogar, organizar e pensar a agenda junto do profissional, de acordo com as prioridades, pois quem articula essa agenda, no momento, é um regulador, que não está na saúde da família acompanhando os casos e discutindo os mesmos com as equipes.

No entanto, importa registrar que já no início de 2017, tivemos sinais de que passaríamos por um processo negativo de reestruturação dos atendimentos das demandas de saúde mental na AB, quando as reuniões distritais de saúde mental⁶ foram suspensas, a Comunicação Interna (CI) de número 35, lançada em 04 de abril de 2017, afirmava que se tratava de uma “suspensão temporária das reuniões distritais de saúde mental” (PEREIRA, 2017^a), contudo, já em 2018 (quase um ano depois), elas não foram retomadas. Sendo afirmado pela gestão em reunião de Conselho Municipal de Saúde (CMS), que foram suspensas porque os profissionais não queriam mais essas reuniões por serem improdutivas (PEREIRA, 2017). Embora, não tenhamos identificado nenhuma pesquisa com os profissionais sobre o tema, tampouco algum esforço da gestão em qualificar o espaço. É, em nossa concepção uma tomada de decisão “de cima para baixo” e que repercute na qualidade do serviço em saúde mental, demonstrando mais uma vez, a ênfase no atendimento ambulatorial, como “melhor alternativa para a saúde”.

Esse panorama – que trata de algumas das problemáticas presentes na APS em Florianópolis, não pretende desqualificar os avanços dessa política, contudo, partimos do pressuposto, de que esse processo de trabalho, revela uma concepção de saúde, as aparentes “sutilezas” dessas mudanças, podem parecer “inofensivas” – principalmente no discurso da gestão, porém, a fragmentação e individualização da atenção e do cuidado e a prioridade de atendimentos ambulatoriais, sinalizam um modelo de saúde, que certamente, não dialoga com o projeto de Reforma Sanitária. De acordo com Bravo (2007, p. 15)

⁶ Destinadas a discussão de casos entre os psiquiatras, psicólogos e assistentes sociais NASFs e representantes os Centros de Atendimento Psicossocial – CAPS (CAPS Infantil, de Álcool e Drogas e II).

A universalidade do direito - um dos fundamentos centrais do SUS e contido no projeto de Reforma Sanitária - foi um dos aspectos que tem provocado resistência dos formuladores do projeto saúde voltada para o mercado. Esse projeto tem como premissa concepções individualistas e fragmentadoras da realidade, em contraposição às concepções coletivas e universais do projeto contra-hegemônico.

Assim, se faz imprescindível o entendimento de que as técnicas revelam os interesses e pressupostos que percorrem a saúde, como já sinaliza Mendes (1995, p. 20) “estabelece-se uma luta constante nos planos político, ideológico e técnico, o que faz com que qualquer proposta de saúde seja decodificada, por um ou por outro, de acordo com seus pressupostos e seus interesses”. Arriscamo-nos a dizer que as proposições de mudanças na APS de Florianópolis, vão ao encontro da proposta da nova PNAB. Esta, indica a desestruturação do modelo de saúde da família, que como já afirmamos – mesmo constituído de contradições e tensionamentos, como o é, o próprio SUS por ser inerente as contradições da sociedade de classes – representa também, um avanço em relação a modelos anteriores, e, disputarmos as técnicas e a própria organização do serviço, corresponde a uma disputa de projeto de saúde.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo em vista os elementos percorridos, entendemos que as mudanças na legislação nacional têm impactado diretamente na conjuntura municipal, e que ambos os processos, apontam para uma precarização ainda maior da política de saúde. Assim, esse panorama da realidade aponta para a existência de um projeto de saúde distante dos princípios da Reforma Sanitária. Observamos ainda – no decorrer da residência e que pudemos concluir na monografia - que além das transformações no processo de trabalho, há um sucateamento da saúde que se adensa pelas precárias condições de trabalho dos municipais e nos cortes dos recursos orçamentários destinados a saúde e que convergem com os projetos que vem sendo aprovados pelo do governo federal. Portanto, concluímos que esses aspectos, associados as novas legislações que o município de Florianópolis aprovou - indicando a construção de OS's para os serviços de saúde e educação – demonstram que a APS, está

a passos curtos de ser privatizada, evidenciando a hegemonia predominante que o projeto neoliberal de saúde ocupa, na esfera nacional e municipal.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Portaria n. 2488, de 21 de outubro de 2011.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para Estratégia Saúde Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: 11 Fev. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** - Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em 11 Fev. 2018.

_____. **O que é o NASF?** NASF. Ministério da Saúde, acesso a informação. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/nasf_perguntas_frequentes.php. Acesso em: 11 Fev. 2018

BRAVO, M. I. A política de saúde no Brasil. In. MOTA, A. E. et al (orgs). **Serviço Social e saúde.** São Paulo: Cortez, 2007. (versão on-line) Disponível em: http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto1-5.pdf. Acesso em: 11 Fev. 2018.

CCRS – Coletivo Catarinense de Residentes em Saúde. **Nota do Coletivo Catarinense de Residentes em Saúde a respeito da reestruturação do Núcleo de Apoio a Saúde da Família em Florianópolis.** Florianópolis, 2017^a. Disponível em: <http://remultisf.ufsc.br/files/2017/10/Nota-sobre-NASF-PMF.pdf>. Acesso em 11 Fev. 2018.

CEBES - Centro Brasileiro de Estudos em Saúde. **Contra a reformulação da PNAB – nota sobre a revisão da Política Nacional de Atenção Básica.** Julho, 2017. Disponível em: <http://cebes.org.br/2017/07/contra-a-reformulacao-da-pnab-nota-sobre-a-revisao-da-politica-nacional-de-atencao-basica/> Acesso em 11 Fev. 2018.

FLORIANÓPOLIS. **Portaria n. 26 de março de 2014.** Dispõe sobre a Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (CSAPS).

_____. **Portaria .22 de 08 de novembro de 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.

FNCPS – Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde. **Proposta de revisão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)**. Nota Política, 2017. Disponível em:
<http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/files/Nota%20da%20FNCPS%20so bre%20a%20revisa%CC%83o%20da%20PNAB.pdf>. Acesso em: 11 de Fev. 2018.

FÓRUM CATARINENSE - Fórum Catarinense em Defesa do SUS e Contra as Privatizações. **Bastidores da nova Política Nacional de Atenção Básica**. In: Jornal do Fórum, setembro de 2017. Disponível em:
<https://drive.google.com/file/d/0B2gchcpnmkN0dWR3RjVhbXY4T0E/view>. Acesso em: 11 Fev. 2018.

IBGE. **Florianópolis, dados de**. Disponível em:
<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sc/florianopolis/panorama>. Acesso em: 11 Fev 2018.

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.

PEREIRA, Ellen Caroline Pereira. **As tendências da política de atenção primária em saúde do município de Florianópolis em um contexto de contrarreformas do estado**. 2018. Monografia (REMULTISF) – Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC.

_____. **Diário de Campo** – 2016. (anotações da autora não publicado). REMULTISF – Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC.

_____. **Diário de Campo** – 2017. (anotações da autora não publicado). REMULTISF – Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC.

SMS – Secretária Municipal de Saúde. **Relatório de gestão - período de janeiro a dezembro de 2016**. SMS, 2017. Disponível em:
<http://www.pmf.sc.gov.br/sites/psms/index.php?cms=relatorio+anual+de+gesta o>. Acesso em 11 Fev. 2018.