

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

LUIZA SOARES GUTTERRES LIMA

**NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA E ATENÇÃO BÁSICA (NASF-AB)  
DE FLORIANÓPOLIS: UMA ANÁLISE DOCUMENTAL**

FLORIANÓPOLIS, 2021

LUIZA SOARES GUTTERRES LIMA

**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, da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial à obtenção do título de residente.

Orientadora: Profa. Dra Keli Regina Dal Prá

FLORIANÓPOLIS, 2021

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

Lima, Luíza Soares Gutterres  
Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica  
(NASF-AB) de Florianópolis: uma análise documental / Luíza  
Soares Gutterres Lima ; orientador, Keli Regina Dal Prá,  
2021.  
33 p.

Monografia (especialização) - Universidade Federal de  
Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Curso de  
Residência Multiprofissional em Saúde da Família,  
Florianópolis, 2021.

Inclui referências.

1.Saúde . 3. Serviço Social. 4. Atenção Primária em  
Saúde. I. Dal Prá, Keli Regina. II. Universidade Federal  
de Santa Catarina. Residência Multiprofissional em Saúde  
da Família. III. Título.

## **BANCA EXAMINADORA**

---

Profª Doutora Keli Regina Dal Prá  
Universidade Federal de Santa Catarina

---

Profª Doutora Marta Inez Machado Verdi  
Universidade Federal de Santa Catarina

---

Assistente Social Mestra em Serviço Social Débora Martini  
Universidade Federal de Santa Catarina

## RESUMO

Este trabalho tem por objetivo analisar as principais mudanças organizativas do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) em Florianópolis no período de 2008 a 2019. Teve como metodologia pesquisa documental com base nos documentos que orientam o funcionamento da APS em Florianópolis, quais sejam: Portaria n. 154/2008 do Ministério da Saúde, que institui o NASF, Portaria n. 22/2016 da Prefeitura Municipal de Florianópolis que orienta o funcionamento da APS e a Portaria n. 2979/2019 que trata do novo modelo de financiamento da APS. Buscou-se analisar as mudanças ocorridas nas três edições da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em 2006, 2011 e 2017. Também, buscou-se relacionar a pesquisa documental com a experiência como assistente social residente em um NASF-AB. Como principais resultados percebeu-se que desde a segunda edição da PNAB há um movimento de precarização da atenção primária à saúde, com flexibilização e avanço da privatização, bem como, desmonte do NASF em seu sentido original de apoio às equipes de estratégia de saúde da família.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, NASF-AB, Funcionamento Organizativo da APS.

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	6
2. CONTEXTUALIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE.....	8
3. ATENÇÃO BÁSICA EM FLORIANÓPOLIS/SC A PARTIR DA EXPERIÊNCIA COMO RESIDENTE EM SAÚDE DA FAMÍLIA.....	14
4. ANÁLISE DOCUMENTAL: AVANÇOS E RETROCESSOS NO ÂMBITO DA APS DE FLORIANÓPOLIS.....	17
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	28
REFERÊNCIAS.....	29

## 1. INTRODUÇÃO

Este Trabalho de Conclusão de Residência (TCR) foi construído a partir da vivência como assistente social residente no Curso de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (REMULTISF) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) no período de março de 2019 à fevereiro de 2021. A partir dessa inserção foi possível realizar aproximação sistemática com a realidade da Atenção Primária à Saúde (APS) e do Núcleo Ampliado em Saúde da Família (NASF) do município de Florianópolis, conjuntamente ao aprofundamento teórico sobre os preceitos basilares da Política de Saúde construído a partir das disciplinas, tutorias, e preceptorias vivenciadas ao longo do curso.

A experiência enquanto residente teve diversos atravessamentos históricos, claro todo momento é vivo em história, porém estes dois anos marcaram um endurecimento muito grande na contenção dos direitos sociais, e desfinanciamento das políticas públicas. A nível federal, com as políticas de austeridade de Jair Bolsonaro à política de Saúde, e também a política nacional das residências em saúde viveram muitas incertezas de continuidade dos programas. E quanto às relações no município, com a gestão do prefeito Gean Loureiro vivenciava-se uma volta intensa a um modelo de saúde médico centrado, o que motivou o desenvolvimento deste trabalho.

Neste contexto, estudar e defender o modelo de saúde que o SUS da Reforma Sanitária representa, vivenciando a riqueza da Residência Multiprofissional na prática, na troca com colegas e profissionais da rede, fazendo frente ao avanço neoliberal, foi poder estar no lugar e tempo certo. Proporcionou poder testemunhar o front de batalha de uma das pautas mais acirradas de nossos tempos enquanto usuária, estudante e profissional implicada com o destino da saúde do Brasil.

Além de vivenciar nesses 24 meses um acirramento da luta de classes, e desigualdades sociais, se somou a experiência de ser uma trabalhadora de saúde atuando em meio a maior crise sanitária do último século. Trabalhar com a garantia de acesso a direitos no âmbito da saúde durante a pandemia de Covid-19 durante todo o segundo ano de residência foi ser, por muitas vezes, a única alternativa acessível aos usuários para requerer suas demandas frente ao Estado. Dando conta de fazer a ponte entre os usuários e as diversas políticas, a partir de uma APS

sobrecarregada com o atendimento de primeiro nível a Covid-19 para além das suas atribuições habituais.

A APS consiste no primeiro nível de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS) e deve ser a principal porta de entrada e de comunicação com os demais serviços da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Rege-se pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) que tem como diretrizes a Universalidade, Integralidade e Equidade e consiste em um conjunto de ações individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde (BRASIL, 2017).

Um ponto importante da APS é o trabalho interdisciplinar previsto na PNAB através dos NASF com a presença de profissionais como assistentes sociais, psicólogos, fonoaudiólogos, farmacêuticos, educadores físicos, dentre outros. Compete aos NASF-AB atividades como: discussões de caso, atendimento individual, construção de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), educação permanente, intervenções no território, dentre outras. Também, destaca-se a construção de planejamento conjunto às equipes da APS que estão vinculadas. O NASF surgiu como uma proposta tanto para prestar assistência às demandas populacionais não alcançadas pelas equipes da Estratégia de Saúde da Família (eSF) como para apoiar a efetivação e ampliação de sua abrangência, (ANJOS, MEIRA, FERRAZ, VILELA, BOERY, SENA, 2013). Foi pensado para dar resposta a dois desafios históricos do SUS: resolutividade e integralidade.

No entanto, diversas questões interferem na efetivação do que seria o papel dos NASFs, que muitas vezes são entendidos como mera possibilidade de suprir demandas não alcançadas pelas eSF, seja por falta de qualificação profissional ou por escassez de recursos humanos, o que põe em xeque a principal função que seria de qualificação à assistência prestada e o compartilhamento das práticas em saúde nos territórios. Um dos desafios postos é o cuidado integral, visto a noção de saúde fragmentada promovida pela lógica privatista e neoliberal de saúde, sendo a saúde pública uma arena de lutas políticas entre projetos distintos e antagônicos, o projeto privatista x o projeto democrático defendido pela Reforma Sanitária.

Desta forma, o objetivo geral deste TCR consiste em analisar as principais mudanças organizativas do NASF-AB em Florianópolis no período de 2008 a 2019, escopo de publicação da Portaria n. 154 de 24 de janeiro de 2008 do Ministério da Saúde, que institui o NASF, Portaria n. 22 de 09 de novembro de 2016 da Prefeitura



Municipal de Florianópolis e a Portaria n. 2979 de 12 de novembro de 2019 que trata do novo modelo de financiamento da APS, considerando os principais desafios e disparidades entre o proposto e o efetivado no cotidiano. Utilizar-se-á também da revisão dos documentos das Políticas Nacional de Atenção Básica (PNAB), como documentos complementares, para contextualização do processo constitutivo da APS.

Como metodologia utilizou-se a pesquisa documental dos documentos que orientam o funcionamento da APS no nível nacional e municipal: Portaria n. 154/2008 do Ministério da Saúde, que institui o NASF, Portaria n. 22/2016 da Prefeitura Municipal de Florianópolis e a Portaria n. 2979/2019 que trata do novo modelo de financiamento da APS. A pesquisa documental caracteriza-se por ser aquela em que os dados obtidos provêm estritamente de documentos, onde se objetiva extrair informações contidas neles com o propósito de compreender um fenômeno, (FLICK, 2009). Assim, optou-se pela análise de conteúdo conforme Bardin (1977) desenvolvida em fases como organização dos documentos, exploração do material (codificação), tratamento dos dados e momento de inferência de interpretações. As interpretações realizadas basearam-se no método dialético crítico de Marx, que pressupõe dois momentos inseparáveis:

[...] a investigação (ou a pesquisa) e a exposição (ou a apresentação). A investigação, ou o método de investigação, é o esforço prévio de apropriação, pelo pensamento, das determinações do conteúdo do objeto no próprio objeto, quer dizer, uma apropriação analítica, reflexiva, do objeto pesquisado antes de sua exposição metódica. E a exposição, ou o método de exposição, não é simplesmente uma auto-exposição do objeto, senão ele seria acrítico, mas é uma exposição crítica do objeto com base em suas contradições, quer dizer, uma exposição crítico-objetiva da lógica interna do objeto, do movimento efetivo do próprio conteúdo do objeto (CHAGAS, 2012, p.2).

Destaca-se que a utilização deste método de compreensão da realidade relaciona-se com o campo da Saúde Coletiva, que nasceu como crítica do positivismo básico das práticas sanitárias tradicionais alicerçadas no modelo biomédico (CAMPOS, 2000). Desta maneira, a teoria dialética crítica, é considerada como fundamento para realização da análise, utilizando-se as categorias do método; entre elas: as categorias de historicidade, totalidade e contradição, já que essas três categorias exemplificam o movimento em espiral que simboliza a dialética enquanto teoria não estática no olhar ao objeto de estudo.

## 2. CONTEXTUALIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

Para compreender o contexto de saúde pública brasileira atualmente faz-se necessário um resgate histórico do seu processo de constituição, que remonta ao cenário de lutas políticas e sociais travado na década de 1970. A efervescência desse período se deu a partir do acirramento entre os movimentos populares e de trabalhadores da saúde e o governo militar e seu projeto privatista de saúde.

Neste período a saúde tinha caráter de seguro e não de direito, sendo seu acesso vinculado ao contrato de trabalho formal, e viabilizado pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP's), construído em torno de categorias profissionais. Os IAP's foram criados em 1930 pelo presidente Getúlio Vargas em substituição às Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP's). Em 1966 ocorreu a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) que englobava todos os profissionais de carteira assinada, que passaram a receber assistência médica nos serviços do INPS, hospitais e ambulatórios. Em 1974 foi criado o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) para atendimento dos segurados do INPS, (PAIVA, TEIXEIRA, 2014).

Qual seja, a saúde pública era composta por serviços desarticulados entre si, sendo o acesso garantido mediante inclusão no mercado formal de trabalho e o financiamento dos serviços de acordo com cada categoria profissional. O INAMPS ampliou o escopo de atendimento para todos os profissionais assalariados urbanos, porém não tinha capacidade de cobertura de todos os segurados, desta forma, optou-se pela terceirização de serviços através dos credenciamentos realizados com a rede privada, (PAIVA, TEIXEIRA, 2014). Nesse sentido, então, a política pública voltada para a saúde “incentivou o desenvolvimento do mercado privado de saúde, tanto pela compra de serviços quanto pelos subsídios do governo para construção de unidades hospitalares” (MENICUCCI, 2014, p. 79).

Desta forma, como movimento contra-hegemônico, surgiu o movimento de Reforma Sanitária, que teve como principal objetivo a democratização do acesso à saúde. Este movimento foi bastante amplo e composto por profissionais, sanitaristas e usuários dos serviços de saúde, tendo como ponto importante a criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) em 1976 por um grupo de sanitaristas da Universidade de São Paulo (USP), com o objetivo de editar um periódico especializado que serviria como veículo de difusão do ideário do movimento, o

“Saúde em Debate” (ESCOREL, 1999; SOPHIA, 2012a, 2012b apud PAIVA; TEIXEIRA, 2014). Também destaca-se a criação da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) como forma de organização dos programas de pós-graduação no campo da saúde pública. Estas instituições proporcionaram a possibilidade de reunir profissionais e trabalhadores da saúde para discussão de teses e propostas de ampliação da saúde e responsabilização do Estado na garantia do mesmo. Pode-se dizer que a Reforma Sanitária constituiu-se em um fenômeno histórico e social, podendo ser analisada como proposta-projeto-movimento-processo:

(...) processo: idéia que se expressa em percepção, representação, pensamento inicial; proposta como conjunto articulado de princípios e proposições políticas; projeto enquanto síntese contraditória de políticas; movimento como articulação de práticas ideológicas, políticas e culturais; processo enquanto encadeamento de atos, em distintos momentos e espaços que realizam práticas sociais – econômicas, políticas, ideológicas e simbólicas (PAIM, 2008, p. 36).

Para trazer um pouco da concepção abordada de saúde neste trabalho, e que reflete a trajetória do Brasil, é necessário voltar às bases da Reforma Sanitária brasileira, mais especificamente para o evento que demarca esta virada na concepção sanitária, num momento em que se debatia a expansão dos direitos sociais, e o rompimento com o regime autoritário da ditadura militar no Brasil. A 8ª Conferência Nacional de Saúde, que ocorreu em 1986, foi um marco na história da saúde pública no Brasil, contou com mais de quatro mil participantes, entre trabalhadores e usuários da saúde pública, e 135 grupos de trabalho com objetivo de contribuir para a formulação de um novo sistema de saúde. Foram debatidos três temas principais: “A saúde como dever do Estado e direito do cidadão”, “A reformulação do Sistema Nacional de Saúde” e “O financiamento setorial”. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1987). A concepção de saúde defendida no evento foi:

Em seu sentido mais abrangente, a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso à serviços de saúde. É, assim, antes de tudo o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (...) A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1987, p. 04)

O momento de abertura democrática possibilitou diversos avanços no âmbito das políticas públicas e sociais, sendo a Constituição Federal de 1988 essencial para a consolidação dos direitos sociais. Na área da saúde, esta passou a ser compreendida como “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988, s/p). Tem-se, pela primeira vez, na constituição brasileira, artigos que dizem respeito à saúde como um direito universal. Como resultante deste movimento de trabalhadores e usuários dos serviços de saúde foi possível estabelecer um sistema de saúde gratuito e universal, a partir da consolidação do SUS, através da Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990, que possibilitou novas formas de olhar para a saúde no viés da integralidade e equidade.

O SUS surge então, dentro de um contexto de contradições, e representa uma grande conquista da classe trabalhadora em sua essência. A constituição de uma política universal, gratuita, e de responsabilidade do Estado, como preconiza a Lei n. 8080/1990, simboliza uma possibilidade de rompimento possível com o avanço do neoliberalismo do começo dos anos 1990, que comprometeu a efetivação da política em sua expressão mais democratizante. No entanto, percebe-se que este rompimento não ocorreu de fato devido a coexistência de distintos projetos de saúde pública, sendo as terceirizações, a lógica empresarial de gestão e o funcionamento os principais entraves que demarcam as diferenças entre o SUS necessário e o SUS possível.

No entanto, sem desconsiderar as diversas contradições existentes ainda no funcionamento do SUS, cabe ressaltar a importância da concepção de saúde que passou a ser compreendida não somente como ausência de doença, qual seja, passou a ser inserida em um contexto onde se consideram as demais questões relacionadas às formas de viver e existir de cada população. Os determinantes sociais em saúde, desta forma, são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população (BUSS, FILHO, 2007). Esta compreensão aparece na Lei n. 8080/1990 no Art. 3º que aponta que os níveis de saúde expressam a organização social do país, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros: alimentação, meio ambiente,

saneamento básico, renda, educação, atividade física, transporte, lazer, acesso à bens e serviços, etc, (BRASIL, 1990).

É neste viés que se estruturou o SUS, compreendendo que para incluir os determinantes sociais em saúde (DSS) na promoção de cuidado em saúde seria necessário um olhar para cada território e suas particularidades. A APS é considerada a porta de entrada para o SUS e deve se orientar pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização e da equidade (BRASIL, 2017). A Organização Mundial da Saúde (OMS) vem travando este debate desde a década de 1970 sobre a importância de se organizar uma APS como estratégia para alcançar o maior nível possível de saúde. Em sua Conferência Internacional sobre a Atenção Primária à Saúde realizada em 1978, em Alma Ata, República do Cazaquistão, aponta que a APS:

(...) representa o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde pelo qual os cuidados são levados o mais proximamente possível aos lugares onde as pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (OMS, 1978, p.1).

Segundo Starfield (2002), importante precursora na discussão acerca da APS, o que a configura é ser o primeiro contato na rede assistencial dentro do sistema de saúde, caracterizando-se, principalmente, pela continuidade e integralidade da atenção, além da coordenação da assistência, da atenção centrada na família, da orientação e participação comunitária e da competência cultural dos profissionais. São assim estipulados seus atributos essenciais: “o acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde, a continuidade e a integralidade da atenção, e a coordenação da atenção dentro do sistema” (BRASIL, 2010, p. 7).

A partir das discussões elaboradas em torno da necessidade de um primeiro nível de atenção à saúde forte e resolutivo, em especial a partir das contribuições de Bárbara Starfield, construiu-se a PNAB cujo primeiro documento foi publicado em 2006, a partir da Portaria n. 648, de 28 de março de 2006, posteriormente revogada e consolidada através da Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011, promulgadas durante o Governo do Presidente Luís Inácio Lula da Silva. Esta elaboração ocorreu mediante utilização de sólida base científica, dando início à discussão da organicidade institucional do sistema de redes de atenção, ao trazer recomendações

norteadoras para os serviços de saúde, composição das equipes, atribuições de cada categoria de profissionais, para o financiamento do sistema, dentre outros (GOMEZ, GUTTIERREZ, SORANZ, 2020).

Também, reconheceu-se a importância da família neste contexto, visto o seu papel de socialização e cuidado primário, priorizando então ações de impacto nos distintos territórios e no acompanhamento das famílias. Desta forma, estabeleceu-se a centralidade do cuidado na família a partir da constituição das Estratégias de Saúde da Família (ESF), definida como:

(...) a porta de entrada de um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde tendo sob sua responsabilidade um território definido, com uma população delimitada, partindo do conhecimento do perfil epidemiológico e demográfico de sua área de atuação, podendo intervir sobre os fatores de risco aos quais a comunidade está exposta, de forma a oferecer às pessoas atenção integral, permanente e de qualidade” (BRASIL, 2010, p.10).

Na lógica da APS brasileira, segundo o Caderno de Atenção Básica n. 27 cada equipe se responsabiliza pelo acompanhamento de até quatro mil pessoas de um determinado território, esta equipe então, passa a ter corresponsabilidade no cuidado à sua saúde desta população e território. A atuação das equipes ocorre principalmente, nas unidades básicas de Saúde da Família, mas também nas residências e nos espaços comunitários (BRASIL, 2010).

A partir desta noção de cuidado centrado na família foram criados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) pelo Ministério da Saúde, através da Portaria n. 154, de 24 de janeiro de 2008, republicada em 4 de março de 2008. O principal objetivo de sua criação foi apoiar a inserção da ESF na rede de serviços, assim como ampliar a abrangência e o escopo das ações da APS, desta forma aumentando a resolutividade desta, fortalecendo os processos de territorialização e regionalização em saúde (BRASIL, 2010).

A APS é composta por equipes multidisciplinares sendo a eSF mínima composta por médicos, enfermeiros, auxiliares e /ou técnicos de enfermagem, podendo contar com cirurgião-dentista. Também, através dos NASFs prevê-se a expansão do trabalho interdisciplinar, com a presença de profissionais como assistentes sociais, psicólogos, fonoaudiólogos, dentre outros, (BRASIL, 2017).

O NASF se apresentou como uma arrojada estratégia inédita para ampliar e aperfeiçoar a atenção e a gestão da saúde na APS, pois os atributos do NASF vão

além do conhecimento técnico específico, o apoio a certo número de eSF, e a corroboração com os princípios do SUS e da Saúde da Família através do desenvolvimento de habilidades. As ações inerentes ao NASF pressupõem a atuação intersetorial e interdisciplinar, provando uma mudança com o paradigma hegemônico na saúde, atuando com a promoção, prevenção, e reabilitação em saúde, (BRASIL, 2010).

Destaca-se o seu papel na humanização dos serviços, nos processos de educação em saúde, educação permanente dos profissionais, na promoção da integralidade e da organização nos territórios. “O NASF deve ser constituído por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, para atuarem no apoio e em parceria com os profissionais das equipes de Saúde da Família, com foco nas práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade da equipe de SF” (BRASIL, 2010, p. 10).

No entanto, embora se compreenda que o modelo da APS aumenta o acesso ao atendimento em saúde, há questões contraditórias sobre a qualidade do acesso, e as intenções do Estado de através desta de produzir uma “saúde pobre para pessoas pobres”, usando de referenciais de organismos internacionais, que propõe uma APS mais focalizada. Na própria conferência de Alma-Ata já existia tensão evidente entre duas distintas formas de conceber a atenção primária quais sejam, como parte de um sistema integrado de cuidados em saúde e, em contrapartida, um tipo de cuidado em saúde focado no ataque à pobreza e dirigido à população desprovida de acesso aos recursos e serviços (LITSIOS, 2002, apud VIANA, FAUSTO, 2005).

A proposta desenvolvida no Brasil de APS se aproxima mais desta perspectiva seletiva e focalizada, devido a sua concepção estreita de um programa, executada com recursos marginais, dirigidos a populações marginalizadas de regiões marginalizadas através da oferta de tecnologias simples e baratas, providas por profissionais de baixa qualificação profissional, com restrições a referência a níveis de maior complexidade tecnológica, e, no entanto, incluindo a retórica da participação comunitária, (MENDES, 1995). Como nos apresenta Pereira (2018) sobre a perspectiva da focalização, esta é baseada nas orientações de instituições internacionais como o Banco Mundial, que tem influência na formulação das políticas públicas por todo o globo. O Banco Mundial em relatório de 1993, orienta de maneira

clara, de que as ações do Estado devem ser mais restritivas, ficando encarregado de:

A intervenção direta do Estado ficaria restrita a: a) a serviços que produzem bens públicos, como o controle de doenças transmissíveis ou o sistema de informações; b) a serviços com grande externalidade, cujo consumo individual, como no caso das imunizações; c) prover diretamente ou financiar prestadores privados de serviços de atenção à saúde que tenham uma boa relação custo-benefício e uma abordagem socialmente aceitável para reduzir a pobreza; d) compensar os problemas gerados pela incerteza e insegurança do mercado, regulando os seguros privados ou através de seguros sociais. No caso do Estado envolver-se diretamente na prestação de serviços de atenção à saúde, dois aspectos devem ser observados (MISOCZKY, 1995, p. 5).

Assim como o SUS de maneira geral, a atenção básica também se constituiu na disputa e tensões entre o projeto da Reforma Sanitária, e o projeto neoliberal. E serve como exemplo emblemático da influência de organismos internacionais de regulação para as políticas sociais. Também, neste contexto, é importante mencionar a alteração mais recente da PNAB, em 2017, que promoveu diversos retrocessos que serão abordados adiante, como a flexibilização no número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e a priorização da chamada atenção básica tradicional e médico-centrada em detrimento da estratégia de saúde da família, com maior autonomia e flexibilidade para a gestão municipal, evidenciando que o principal efeito tende a ser o desmonte daquilo que fora conquistado até o momento, (MELO, MENDONÇA, OLIVEIRA, ANDRADE, 2018).



### **3. ATENÇÃO BÁSICA EM FLORIANÓPOLIS A PARTIR DA EXPERIÊNCIA COMO RESIDENTE EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

As Residências Multiprofissionais em Área da Saúde foram instituídas a partir da Lei n. 11.129 de 30 de junho de 2005, passando a ser reconhecida como uma modalidade de pós-graduação *lato sensu*. Devem se orientar pelos princípios e diretrizes do SUS e considerar as necessidades locais e regionais. São coordenadas de forma conjunta pelos Ministérios da Saúde e da Educação, através da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde - CNRS, instituída por meio da Portaria Interministerial nº1.077, de 12 de novembro de 2009, (UFSC, 2019).

A residência foi construída na perspectiva de fortalecimento da multidisciplinaridade, sendo caracterizada pela formação a partir da inserção no trabalho com o objetivo de possibilitar tanto a formação de profissionais quanto contribuir com a mudança do desenho tecnoassistencial do SUS (BRASIL, 2006). Enquanto estratégia de educação permanente a residência oportuniza uma aprendizagem em equipes inseridas na realidade concreta dos serviços de saúde, considerando o potencial de construção e reconstrução deste cotidiano através da ESF (BRASIL, 2006).

Em Florianópolis estabeleceu-se uma parceria entre a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e a Secretaria Municipal de Saúde, no ano de 1977, com o objetivo de construir espaços de articulação ensino-serviço, a fim de atender à necessidade de promover mudanças no modelo de formação dos profissionais de saúde, bem como, incentivar a formação em nível de pós-graduação no Programa de Residência Integrada em Saúde da Família de outras iniciativas de formação para os profissionais do SUS. Este processo possibilitou a organização da primeira turma de residência em saúde da família, no ano de 2002, contando com cerca de 24 residentes, (BRASIL, 2006).

O Programa REMULTISF, sob responsabilidade da UFSC, conta com seleção anual, atualmente dispondo de 13 vagas por ano, para profissionais da Enfermagem, Nutrição, Farmácia, Odontologia, Serviço Social e Educação Física. A carga horária distribui-se entre atividades teóricas (20%) e teórico-práticas (80%). No âmbito da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, o Programa está vinculado ao Setor de Educação em Saúde e envolve diferentes Unidades Básicas de Saúde.

A APS de Florianópolis está organizada através de 04 Distritos Sanitários<sup>1</sup> (DS): DS Centro, DS Continente, DS Norte e DS Sul. As atividades práticas da residência ocorrem nos diferentes centros de saúde destas regiões, sendo a inserção do profissional assistente social vinculado à atuação do NASF-AB. Cada NASF deve ser ligado a no mínimo oito e no máximo vinte equipes de saúde da família de um mesmo DS, devendo se co-responsabilizar, em conjunto com as eSF, pela população adstrita de seu território, dando suporte direto às ESF e realizando atendimentos específicos em suas áreas de atuação, que são, prioritariamente: saúde mental, saúde da criança, assistência social, atividade física e práticas corporais, alimentação e nutrição e assistência farmacêutica, (FLORIANÓPOLIS, 2010).

Como principais atividades realizadas neste período destacam-se: ações de matriciamento, educação permanente, acompanhamento individual, dentre outras. O matriciamento consiste em um arranjo organizacional que visa outorgar suporte técnico-pedagógico em áreas específicas às equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde para a população. Na APS esta atividade é possível, basicamente, por duas formas de apoio: clínico-assistencial, no qual os profissionais do NASF-AB ofertam atendimento individual ou coletivo aos usuários; e técnico-pedagógico, em que os profissionais do NASF compartilham saberes e práticas de seus núcleos profissionais com os trabalhadores da ESF, (BRASIL, 2003). Neste arranjo, a eSF responsável compartilha casos com a equipe do NASF e produz co-responsabilização, na medida em que se discutem intervenções junto às famílias e comunidades ou em atendimentos conjuntos (BRASIL, 2003).

O matriciamento tem um papel importante na promoção de saúde mental, visto que este cuidado deve ser realizado pela APS em um modelo de redes de cuidado com base territorial e atuação intersetorial com outras políticas que visem estabelecimento de vínculos e acolhimento. Há, no entanto, um despreparo dos profissionais da APS em relação às demandas de saúde mental, muitas vezes restringindo a abordagem ao atendimento clínico para prescrição de medicação, perpetuando um cuidado médico-centrado.

---

<sup>1</sup> Distrito sanitário compreendido como a unidade organizacional mínima do sistema de saúde deveria ter uma base territorial definida geograficamente, com uma rede de serviços de saúde com perfil tecnológico adequado às características epidemiológicas da população distribuída em seu interior.

Há diversas possibilidades de trabalho com saúde mental na APS, como realização de escutas de saúde mental, que consiste em um espaço de acolhimento para que a pessoa possa contar e ouvir seu sofrimento de outra perspectiva, por intermédio de um interlocutor que apresenta sua disponibilidade de atenção para ouvir o que ele tem a dizer”, (BRASIL, 2013).

Também, há possibilidade de realização de grupos de saúde mental, visitas/intervenções domiciliares; diagnóstico, tratamento e acesso à medicação; trabalho de orientação e apoio aos familiares; construção de um projeto terapêutico singular (PTS) e de projeto terapêutico de cuidado à família, ações de prevenção através do Programa de Saúde na Escola (PSE), abordagem da redução de danos, dentre outras.

Desta forma, as ações de matriciamento servem tanto para fortalecer a abordagem multidisciplinar quanto para identificar fragilidades de conhecimento que podem ser abordadas em ações de educação permanente. Como educação permanente em saúde significa a produção de conhecimento no cotidiano das instituições de saúde, a partir da realidade vivida pelos atores envolvidos, tendo os problemas enfrentados no dia-a-dia do trabalho e às experiências vividas como base principal de interrogação e mudança, (CECCIM, FERLA, 2008). O cotidiano é central para pensar a saúde nos territórios, sendo entendido como espaço social, geográfico e humano, objeto da prática profissional, possibilitando, por meio da sua análise, identificar e conhecer a realidade, indicando alternativas de ação contextualizadas para a promoção da qualidade de vida (UFSC, 2019).

Neste período de residência foi possível também participar das ações de planejamento do NASF- AB, que ocorrem, quando possível, quinzenalmente por meio das reuniões de equipe, sempre em um centro de saúde antes das atividades de matriciamento. Porém, embora este espaço seja instituído, percebem-se diversas fragilidades na realização concreta do mesmo, seja pela dificuldade de contato com os demais profissionais do NASF-AB, pelo número de demandas e de centros de saúde de referência, etc. Percebeu-se certa fragmentação da atuação do NASF, justamente pelo número de centros de saúde adscritos, dentre outras questões que serão melhor abordadas adiante.

#### **4. ANÁLISE DOCUMENTAL: AVANÇOS E RETROCESSOS NO ÂMBITO DA APS DE FLORIANÓPOLIS**

Esta pesquisa foi realizada com base em três documentos relevantes para a compreensão dos processos que envolvem a atuação do NASF, quais sejam: a Portaria n. 154 de 24 de janeiro de 2008 do Ministério da Saúde, que institui o NASF, a Portaria n. 22 de 09 de novembro de 2016 da Prefeitura Municipal de Florianópolis, que dispõe sobre o funcionamento da APS e a Portaria n. 2979 de 12 de novembro de 2019 que trata do novo modelo de financiamento da APS. São três documentos organizativos que evidenciam uma tendência de distanciamento do SUS proposto pela Reforma Sanitária, como será evidenciado.

Outro eixo importante de análise são as PNABs, sendo a primeira publicada em 2006, sua edição em 2011 e a terceira em 2017. As primeiras duas legislações trazem em seu interior diretrizes que dialogam com os princípios do SUS, tratando da Atenção Básica como espaço ordenador do cuidado no sistema de saúde, e espaço para promoção, proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, redução de danos, manutenção de saúde, e reabilitação.

A PNAB de 2006 ampliou a concepção de AB da AB ao incorporar atributos da AP à saúde abrangente, reconheceu a saúde da família como modelo a ser utilizado para reorganização da AB. Além disso, revisou as funções das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e reconheceu a existência de diferentes modalidades. Percebeu-se, portanto, clara expansão das equipes de saúde bucal (SB) e a criação dos NASF (2008) na perspectiva de construir centralidade do papel da família, porém, percebeu-se dificuldades como a falta de infraestrutura, subfinanciamento, dificuldade de atração de médicos, dentre outras, (MELO, MENDONÇA, OLIVEIRA, ANDRADE, 2018).

A Portaria n. 154 de 24 de janeiro de 2008 do Ministério da Saúde, que institui o NASF surge para fortalecer as eSFs propostas na PNAB de 2006, com a ampliação dos núcleos profissionais presentes da APS, com o objetivo de ampliação da resolutividade e de inserção nos territórios a partir da regionalização. A portaria estabeleceu dois tipos de NASF, I e II, sendo o NASF I responsável por no mínimo 8 e no máximo 20 eSF, composto por no máximo 5 profissionais em ocupações não coincidentes. O NASF II deve se vincular a no mínimo 3 eSF. As profissões previstas são: Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional da Educação Física;

Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra e Terapeuta Ocupacional, decidida a sua composição a partir das decisões da gestão municipal, considerando as necessidades locais e das ESFs que serão apoiadas.

Das atividades que podem ser desenvolvidas pelo NASF destacam-se: desenvolver coletivamente, com vistas à intersetorialidade, ações que se integrem a outras políticas sociais como: educação, esporte, cultura, trabalho, lazer, entre outras; elaborar e divulgar material educativo e informativo nas áreas de atenção dos NASF; dentre outras. Qual seja, o papel do NASF surge em um momento de expansão da APS e com ações de promoção de saúde através de atividades educativas e transdisciplinares.

Em 2011, três anos após a instituição do NASF, publicou-se a segunda edição da PNAB, através da Portaria n. 2.488 de 21 de outubro de 2011, com o objetivo de avançar em relação às dificuldades apontadas na primeira portaria. É possível reconhecer diversos avanços como a criação de prontuários eletrônicos através do sistema E-SUS-AB, garantindo registro que viabiliza a continuidade do cuidado; reformas, ampliações, construção e informatização através do Requalifica UBS<sup>2</sup>, bem como, foram criadas modalidades diferentes de equipes, como consultório na rua, ribeirinhas e fluviais, dentre outras. O financiamento foi incrementado também com maior responsabilização dos municípios no custeio da APS, (MELO, MENDONÇA, OLIVEIRA, ANDRADE, 2018).

Em 2016 é publicada a Portaria n. 09 de novembro de 2016, que 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 APS no município de Florianópolis. Ao que parece há contradições explícitas neste texto, com os princípios fundamentais do SUS, na medida que privilegia a ênfase do atendimento/consulta direta e individual à abordagem interdisciplinar preconizada para o trabalho do NASF. Observa-se o seguinte excerto sobre a carga horária dos profissionais NASF:

§ 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).

---

<sup>2</sup>Instituído em 2011, o programa tem como objetivo criar incentivo financeiro para a reforma, ampliação e construção de UBS, provendo condições adequadas para o trabalho em saúde, promovendo melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica. Envolve também ações que visam à informatização dos serviços e a qualificação da atenção à saúde desenvolvida pelos profissionais da equipe. Disponível em: <<https://aps.saude.gov.br/ape/requalificaUbs>> Acesso em: 14 de fevereiro de 2021.

Faz-se necessário o questionamento da intencionalidade das escolhas da gestão municipal ao estabelecer que a carga horária dos profissionais NASF, ao poder ser de até 90% de atendimentos clínicos individuais, e não estabelecer mínimo de carga horária para a realização de ações de promoção de saúde coletiva, ou de demandas coletivas emergentes do território. É a escolha de priorizar um modelo de atenção que prioriza o atendimento individual, e desta maneira se afastando dos pressupostos da atuação interdisciplinar, inerentes ao NASF. Pois não prioriza a participação dos profissionais em espaços de formação continuada, da participação das reuniões de planejamento das unidades, como essenciais para a efetivação dos objetivos do NASF. Importante salientar que não se pretende desconsiderar a importância do atendimento individual direto, mas sim trazer que há uma legislação que traça preceitos para uma concepção ampliada de saúde, e que, no entanto, ainda há a reprodução de práticas conservadoras na execução destas políticas.

Entre as principais atribuições do NASF com certeza se destaca garantir a integralidade da atenção aos usuários do SUS, através de uma diversidade de ferramentas como a clínica ampliada, e a capacidade de trabalhar com os determinantes sociais em saúde. Como já citado, um ponto essencial para pensar a integralidade é a possibilidade dos profissionais NASF participarem dos espaços de reunião, tanto das reuniões de categoria profissional, quanto reunião entre cada núcleo do NASF, com as unidades de saúde, assim como reuniões intersetoriais. Como preconiza os documentos orientadores publicados pelo Ministério da Saúde, as ações de apoio desenvolvidas pelos profissionais NASF devem envolver discussões de casos, atendimentos conjuntos, interconsultas, construções conjuntas de projetos terapêuticos que devem ser realizados com as equipes e comunidade.

No entanto, no documento da PMPA, há a seguinte orientação: “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). Além de ser indicado no texto da legislação que os profissionais apoiadores devem participar das reuniões de planejamento mensais dos centros de saúde, apenas quando for solicitado pelos coordenadores por ter pauta específica que envolva o profissional NASF. O texto ainda indica que se o profissional estiver em uma unidade na semana que houver reunião de planejamento, este deve realocar-se adaptando sua agenda para prestar atendimento ambulatorial em outro centro de saúde.

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).

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.

Neste mesmo viés, com a publicação da última versão da PNAB em 2017, os NASF passaram a se chamar de Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB), suprimindo a noção de “apoio”. Ainda que a PNAB 2017 traga a educação permanente como importante para o processo de trabalho da atenção básica, é dada menor ênfase (MELO, MENDONÇA, OLIVEIRA, ANDRADE, 2018). A PNAB de 2017 também aponta para a diminuição do número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que anteriormente deveriam cobrir 100% da população adscrita à ESF, passando a cobrir 100% apenas da população em maior condição de risco e vulnerabilidade, sem parâmetros objetivos para esta categorização.

Em relação ao financiamento da APS, a implementação do Piso de Atenção Básica (PAB), através da Portaria n. 3.925 de 13 novembro de 1988, estabeleceu as diretrizes do financiamento da APS, sendo composto de uma parte fixa destinada à assistência básica e de uma parte variável relativa a incentivos para o desenvolvimento de ações estratégicas da própria atenção básica, constituindo um importante marco na expansão das ESF. A transferência de recursos destinados à APS, de forma regular e automática pelo Fundo Nacional de Saúde para Fundos

Municipais de Saúde, permitiu financiar serviços de saúde em municípios mais carentes e desprovidos de infraestrutura básica, promovendo uma mudança gradual e contínua no modelo de atenção à saúde. Em 2011 a PNAB publicada previu uma alteração neste modelo, sendo estabelecidos valores diferenciados para o cálculo do valor per-capita do PAB fixo, a partir de critérios de vulnerabilidade dos municípios, (MASSUDA, 2020).

Além disso, foi estabelecido o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), vinculando recursos ao PAB variável associados à avaliação de desempenho das equipes de ESF. Com base no número de equipes participantes e nos mais de 100 milhões de usuários envolvidos, o PMAQ foi considerado um dos maiores programas de remuneração por desempenho do mundo na APS, (MASSUDA, 2020, p. 1183-1184)

Este cenário foi alterado com a publicação da Portaria n. 2979/2019 que trata do novo modelo de financiamento da APS, denominado de “Programa Previne Brasil”, o financiamento passa a pautar-se no número de pessoas cadastradas em cada ESF e não com base na população adscrita ao território.

A proposta tem como princípio a estruturação de um modelo de financiamento focado em aumentar o acesso das pessoas aos serviços da Atenção Primária e o vínculo entre população e equipe, com base em mecanismos que induzem à responsabilização dos gestores e dos profissionais pelas pessoas que assistem. O Previne Brasil equilibra valores financeiros per capita referentes à população efetivamente cadastrada nas equipes de Saúde da Família (eSF) e de Atenção Primária (eAP), com o grau de desempenho assistencial das equipes somado a incentivos específicos, como ampliação do horário de atendimento (Programa Saúde na Hora), equipes de saúde bucal, informatização (Informatiza APS), equipes de Consultório na Rua, equipes que estão como campo de prática para formação de residentes na APS, entre outros tantos programas, (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021).

Qual seja, as transferências intergovernamentais passaram a ser calculadas a partir do número de pessoas cadastradas e de resultados alcançados sobre um grupo de indicadores e metas definidos pelo Ministério da Saúde. Algumas problemáticas identificadas neste novo financiamento dizem respeito à perda do caráter de universalidade do SUS, devido à diversidade de realidades dos municípios, apresentando diferentes capacidades administrativas para registro da população. Também, destaca-se que este novo financiamento não prevê as ações do NASF, ficando à cargo do município a responsabilidade pelo seu funcionamento.



Ocultam-se também, enrustido de modernização, uma atuação calçada na lógica de metas e produtividade.

Este modelo foi construído a partir de experiências internacionais, especialmente a Inglaterra, que foi pioneira na utilização de captação e avaliação de desempenho para remuneração do sistema de saúde. No entanto, estes modelos de saúde apontam para lógica privatista e individualizante, com a resolutividade medida pela quantidade de atendimentos, deixando de lado dimensões importantes da saúde como os processos grupais, de controle social, de educação em saúde, etc. Em Florianópolis uma das repercussões deste novo modelo foi a proposta realizada pela gestão municipal, de uma “Lista de Pacientes”, que resultaria no cadastramento dos usuários às eSF através de listas, conforme disponibilidade dos profissionais, e não mais pelos endereços de moradia, conforme prevê o pressuposto de população adscrita.

Ao ignorar os determinantes sociais do processo saúde-doença e permitir que o modelo baseado na Estratégia em Saúde da Família seja desvinculado do território, a implantação das listas é um passo a mais na direção da privatização da Atenção Básica. Isso porque, com as listas, não será sequer necessário uma Unidade Básica de Saúde no bairro. Basta o município contratar uma “Clínica de Saúde da Família” em qualquer localização da cidade – já pronta e desenvolvida na rede privada – para gerenciar a prestação de serviços à população. (SINTRASEM/SC, 2019, p. 2).

Destaca-se que por razões da pandemia do covid-19 e às diversas alterações no funcionamento e fluxos da APS este modelo não foi implantado, porém, é clara a intenção da gestão municipal de concretizá-lo. A seguir, sistematização que discorre sobre a APS em um sentido mais amplo, considerando portarias e legislações no âmbito federal e municipal.

## 1- Quadro síntese dos documentos estudados acerca da APS

PESQUISA DOCUMENTAL - FUNCIONAMENTO APS				
Documento	Conceitos importantes	Funcionamento Organizacional	Avanços	Retrocessos
PNAB 2006	Promoção de saúde; Resolutividade;	Porta de entrada do SUS;	Proporcionou revisão das	A PNAB de 2006 não é considerada um

	Longitudinalidade; Território; Rede de atenção à saúde (RAS); Controle social.	Pauta-se no vínculo com o território, Ações individuais e coletivas (atendimentos clínicos ou com enfermagem ou grupos de promoção de saúde).	funções da US; Estabeleceu a saúde da Família como centro ordenador da RAS no SUS;	retrocesso, foi importante ao instituir conceitos fundantes da APS e significou o início da construção de uma saúde pública pautada nos territórios, sendo posteriormente qualificada em 2011.
Portaria n. 154/2008 que institui o NASF	Matriciamento; Educação Permanente;; Território; Corresponsabilização; Intersetorialidade.	Não constitui porta de entrada do SUS, pois atua no apoio às eS, através de: Reuniões; Atividades coletivas; Atendimentos individuais; Discussão de casos; Ações intersetoriais.	Marco legal que institui o trabalho multidisciplinar no âmbito do SUS, através da clínica ampliada e de uma noção de saúde coletiva.	No decorrer dos anos percebeu-se que a proposta do NASF é incompatível com o modelo de saúde privatista, que mede resolutividade através de produtividade - (número de atendimentos), tornando-se um desafio constante a sua defesa nos moldes que foi proposto.
PNAB 2011	Permanece com a mesma concepção de APS, porém inclui vigilância de saúde e cuidados paliativos.Reconhece a existência de redes de atenção à saúde (RAS).	Permanece o mesmo funcionamento, porém expande-se com incorporação de novas equipes. Incorpora o NASF, o Programa de Saúde na Escola, Consultório de Rua, dentre outros.	Proporcionou ampliação do acesso - institui novas modalidades de equipes (ribeirinhas, fluviais, etc). Informatização através do Requalifica UBS.	Não considera-se a portaria um retrocesso, visto que de todas publicadas esta é a que mais expandiu o trabalho multidisciplinar e a valorização das DSS ao instituir diversas modalidades de equipes.
Portaria Municipal que Regulamenta APS - 2016	Educação permanente; Coordenação do cuidado; Integralidade;	Estabelece o funcionamento dos DS e dos NASF, sendo responsáveis por até CS.	Construção de uma política voltada para às necessidades do município e que menciona a importância da educação permanente.	Como retrocesso entende-se a atribuição de prioridade de atendimentos clínicos e individuais ao NASF, assim como a impossibilidade de participação nas reuniões de equipe.
PNAB 2017	Permanece com a mesma concepção de APS.	Expande o trabalho do NASF, passa a cobrir também as UBS. Impõe atribuições compartilhadas para os ACS e Agentes Comunitários de Endemias (ACES). Orienta a oferta de um “ <b>pacote mínimo</b> ” de serviços.	Em um sentido geral, a PNAB de 2017 permaneceu com as mesmas diretrizes da anterior, porém com menos ênfase à educação permanente.	Não traz mudanças quanto às categorias profissionais, porém, há mudança de nomenclatura que aponta outra concepção de trabalho. -Flexibilização no número de ACS, é exigido somente um por eSF.

Portaria n. 2979/2019 que trata do novo modelo de financiamento da APS.	População cadastrada; Vulnerabilidade Socioeconômica; Desempenho;	Funciona através do número de pessoas cadastradas e do atingimento de metas e indicativos.	Pelo que se propõe, aumentaria o número de cadastramento - pessoas vinculadas e responsabilização das eSF	No entanto, apesar deste avanço proposto, nota-se que propõe uma saúde pautada em metas e restringe mais o acesso, visto que diminui o financiamento de municípios com dificuldades no cadastramento, seja por falta de recursos ou de difícil acesso à população adscrita geograficamente.  -Não prevê financiamento do NASF.
---	---	--	---	--

Fonte: Elaboração da autora (2021)

É importante destacar que em relação às PNABs são diversas alterações ocorridas no decorrer destes anos, sendo pontuadas somente algumas mais importantes neste trabalho. A última PNAB demonstra seu descomprometimento com a noção de universalidade e integralidade, pois, sob o argumento de valorização das especificidades locais, segmenta a resolutividade entre o atingimento de padrões essenciais e ampliados. Os padrões essenciais são as ações e procedimentos básicos, ou mínimos, remetendo a uma noção básica esvaziada do sentido proposto inicialmente, de base de um sistema universal, devendo ser capaz de resolver 80% dos problemas de saúde da população.

Nota-se que as legislações apontam um movimento de ampliação dos direitos sociais, onde, inicialmente, corresponderam a um contexto mais amplo de democratização e de reforma do estado. Esta reforma, no entanto, sofreu o que alguns autores denominam de contrarreforma. De acordo com Behring e Boschetti (2011) essa fase conhecida como contrarreforma do Estado ocorrida a partir dos anos 1990 se deu a partir das formulações do Plano Diretor da Reforma do Estado, amplamente afinado com as formulações de Bresser Pereira, na época à frente do Ministério da Administração e da Reforma do Estado (MARE). Constitui em uma série de reformas que visam destruir os avanços conquistados pela Constituição Federal de 1988.

De acordo com Behring (2003) para Bresser Pereira (1996) o Estado social-liberal se dá no comprometimento ora com a implementação dos direitos sociais do século XIX, ora com o mercado, pois o Brasil passou a integrar o processo de

globalização, orientando suas reformas para o mercado. A contrarreforma do Estado teve diversos impactos nas políticas públicas e sociais, pois, ao incorporar os interesses do mercado e construir narrativas em torno da relação de participação da sociedade civil e do Estado, favoreceu o surgimento das Organizações Sociais e das (OSs) e das Organizações Sociais da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs). Essas instituições surgem a partir do apelo moral e voltado ao desenvolvimento social com ênfase na sociedade civil.

É sob esta lógica que as administrações municipais vêm construindo seus procedimentos de gestão e de execução de programas e serviços sociais, com ampla participação do setor público não estatal, cujas ações de indivíduos e grupos contribuem direta e indiretamente na materialização da perspectiva de descentralização, focalização e privatização das políticas sociais e, no mesmo curso, para a despolitização da sociedade civil, (SIMIONATO, 2011, p. 217).

No âmbito da saúde esta relação evidenciou-se através da disputa entre os modelos de saúde privatista e democrático, sendo um exemplo recente a aprovação da PEC 55/16, “Novo Regime Fiscal”, que congelou os gastos com a seguridade social durante 20 anos. Essa disputa evidencia-se através da restrição de verbas para o SUS e sua conseqüente incapacidade de promover a universalidade do acesso, restando um serviço pauperizado e de acesso somente das classes subalternas, reiterando a lógica de que aquilo que vem do Estado é inferior ao que vem do mercado. Estas são expressões de um contexto de afunilamento do capitalismo em sua fase monopolizada, que cada vez mais propõe a saúde privada em detrimento da pública.

Em Florianópolis os centros de saúde estão sob a administração do município, sendo os funcionários do quadro efetivo concursados. Os trabalhadores de atividades como limpeza e segurança são contratados sob o regime da terceirização. A privatização no município vem avançando através dos demais níveis da saúde que respondem ao nível estadual de gestão, como o SAMU, o Hospital de Florianópolis, Centro de Pesquisas Oncológicas (Cepon) e Centro de Hematologia e Hemoterapia de Santa Catarina (Hemosc), onde ocorreram diversas dificuldades como atrasos de salário, falta de material, alta rotatividade de pessoal e em vários casos de negligência no atendimento além de fechamento de serviços a bel prazer

da empresa. Em relação às OSs, destaca-se que as mesmas não passam pela fiscalização do controle social, são apenas fiscalizadas por uma comissão chamada comissão de avaliação e fiscalização, na qual a maioria dos membros é do governo e da organização social e onde o controle social possui apenas uma vaga (FÓRUM CATARINENSE, 2017).

No âmbito da APS a gestão municipal de Florianópolis demonstra que, apesar de não haver privatização ainda, os caminhos traçados são de um funcionamento sob a lógica empresarial. Focado no atendimento individual, os NAFS funcionam de acordo com a alteração feita na última PNAB, que propõe a supressão do termo “apoio”, devendo se priorizar atendimentos clínicos e individuais, sendo cerca de 60% à 90% de seu horário de funcionamento. Nota-se, com o passar do tempo, que a existência dos NASFs no seu modelo proposto é um ato de resistência e vem sendo gradativamente esvaziado de seu sentido fundamental, evidenciando-se a importância de discutir junto aos territórios, através de espaços coletivos e controle social, a importância do NASF no horizonte da saúde integral.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O município de Florianópolis têm sido um celeiro para diversas experiências inéditas em um modelo de gestão mais associado ao gerenciamento empresarial, que se distancia de princípios do SUS como a territorialidade e a multidisciplinaridade. Em virtude desses movimentos, há resposta nos movimentos de resistência realizados pela participação popular em saúde, e pelos trabalhadores. Neste sentido entender as mudanças é criar condições de conseguir analisar quais são os impactos esperados por estas inovações, e quais são suas implicações com as incertezas e indefinições depois da legislação do novo financiamento modelo mais tecnicista.

Ao analisar os documentos que orientam o funcionamento da APS e relacioná-los com a experiência construída como assistente social residente foi possível perceber disparidades em relação ao papel previsto do NASF. Atua-se, conforme orientação da Prefeitura, priorizando o atendimento individual e clínico, com poucas ações de promoção de saúde junto aos territórios. As reuniões de planejamento junto aos centros de saúde ocorrem menos do que seria necessário. Destaca-se também a lógica de funcionamento estabelecida a partir do novo financiamento, com a imposição de metas que leva a saúde pública a organizar-se de forma empresarial onde a resolutividade é entendida como número de atendimentos/procedimentos em detrimento de ações coletivas de educação em saúde

A lógica privatizante, aliada às mudanças nas legislações e políticas, evidencia o avanço de um projeto de saúde privatista contrário à Reforma Sanitária. Cabe aos profissionais, trabalhadores e usuários do SUS, por meio de mobilização e controle social, denunciar o desmonte do SUS. O NASF, neste contexto, existe de forma fragmentada, resistindo às diferentes formas de precarização, demonstrando a importância do trabalho multidisciplinar nos territórios.

## REFERÊNCIAS:

ANJOS, K. F. MEIRA, S. S. FERRAZ, C. E. VILELA, A. B. BOERY, R. N. SENA, E. L. **Perspectivas e desafios do núcleo de apoio à saúde da família quanto às práticas em saúde.** Revista Saúde em Debate, V. 37, Rio de Janeiro, RJ: 2013.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo.** Lisboa: Edições 70, 1977.

BEHRING, Elaine R; BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social: fundamentos e história.** 9 ed. São Paulo: Cortez, 2011.

BEHRING, Elaine. **Brasil em contra-reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos.** São Paulo, Cortez, 2003.

BRASIL. **Lei no 8080 de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, 1990, Set. 20.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil:** promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)>. Acesso em: 10 de fevereiro de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos da Atenção Básica (27): Diretrizes do NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família.** Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários.** In: Brasil. MS. Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília: MS; 2003. p. 77-84.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília, DF, 2011.

BRASIL. Ministério de Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília, DF, 2017.

BRASIL. **Residência Multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios.** Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

BUSS, Paulo Marchiori. PELLEGRINI FILHO, Alberto. **A saúde e seus determinantes sociais.** Physis [online]. 2007.

CAMPOS, Gastão. W. S. **Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas.** Ciências & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 219-230, jul./dez. 2000.

CECCIM, Ricardo. FERLA, Alcindo. **Educação Permanente em Saúde**. In: PEREIRA, Isabel B. LIMA, Júlio César F. (Orgs). Dicionário da educação profissional em saúde. Rio de Janeiro, 2008.

CHAGAS, Eduardo, F. **O método dialético de Marx: investigação e exposição crítica do objeto**. IFCH - UNICAMP. Cadernos CEMARX. Campinas, São Paulo: 2012.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. Trad. Joice Elias Costa. 3. ed., Porto Alegre: 2009.

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/0B2gchcprnmkN0dWR3RjVhbXY4T0E/view>> Acesso em: 10 de fevereiro de 2021.

GOMES, Clarissa B. GUTIERREZ, Adriana C. **Política Nacional de Atenção Básica de 2017: análise da composição das equipes e cobertura nacional da Saúde da Família**. Revista Ciências & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro/RJ: 2020.

MASSUDA, Adriano. **Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso?** Revista Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2020.

MELO, Eduardo A. MENDONÇA, Maria Helena M. OLIVEIRA, Jarbas R. ANDRADE, Gabriella C. L. **Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios**. Revista Saúde e Debate, V. 42, Número Especial, 1. P. 38-51, Rio de Janeiro, 2018.

MENICUCCI, Telma M. G. **História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual**. Revista História, Ciências, Saúde, Rio de Janeiro: 2014.

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.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **8º CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE**, 1986. Anais. Brasília: 1987.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Previne Brasil**. Disponível em: <<https://aps.saude.gov.br/gestor/financiamento>>. Acesso em: 10 de fevereiro de 2021.



MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria n. 2979 de 12 de novembro de 2019.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2019.

MISOCZKY, Maria Ceci. **A agenda para reformas do Banco Mundial e a política de saúde: algumas notas para reflexão.** Saúde em Debate. Londrina: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, n. 47, jun. 1995, p.4-7.

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.

PAIVA, Carlos H. A. TEIXEIRA, Luís A. **Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores.** Revista História, Ciências e Saúde, Rio de Janeiro: 2014.

PAIM, Jairnilson. **A reforma sanitária como um fenômeno sócio-histórico.** In: Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

PREFEITURA DE FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. Portaria n. 22 de 09 de novembro de 2016. Diário Oficial Municipal, 2016.

SIMIONATO. **Estado e sociedade civil em tempos de contrarreforma: lógica perversa para as políticas sociais.** Revista Textos e Contextos, V. 10, Pg. 215-216, Porto Alegre, 2011.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA (UFSC). **Guia do Residente 2019-2021.** Florianópolis, 2019.

VIANA, Ana L. FAUSTO, Márcia C. **Atenção básica e proteção social: universalismo x focalismo e espaço não mercantil da assistência.** In: Proteção social: dilemas e desafios, 2005.