



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I – CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL**

PALOMA SOARES DEMÉTRIO

**A CONTRARREFORMA NA POLÍTICA DE SAÚDE E SEUS IMPACTOS SOBRE A
ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA ATENÇÃO BÁSICA**

**CAMPINA GRANDE
2022**

PALOMA SOARES DEMÉTRIO

**A CONTRARREFORMA NA POLÍTICA DE SAÚDE E SEUS IMPACTOS SOBRE A
ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA ATENÇÃO BÁSICA**

Trabalho de Conclusão de Curso (artigo)
apresentado ao Departamento do Curso de
Serviço Social da Universidade Estadual da
Paraíba, como requisito parcial à obtenção do
título de bacharela em Serviço Social.

Orientadora: Prof^ª. Me. Sandra Amélia Sampaio Silveira

**CAMPINA GRANDE
2022**

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

D377c Demétrio, Paloma Soares.
A Contrarreforma na política de saúde e seus impactos sobre a situação do Assistente Social na atenção básica [manuscrito] / Paloma Soares Demétrio. - 2022.
31 p.
Digitado.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, 2022.
Orientação : Profa. Ms. Sandra Amélia Sampaio Silveira, Coordenação do Curso de Serviço Social - CCSA.
1. Contrarreforma do Estado. 2. Atenção básica. 3. Serviço Social. 4. Trabalho social. I. Título

21. ed. CDD 362.2

PALOMA SOARES DEMÉTRIO

A CONTRARREFORMA NA POLÍTICA DE SAÚDE E SEUS IMPACTOS SOBRE A
ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA ATENÇÃO BÁSICA

Trabalho de Conclusão de Curso (artigo)
apresentado ao Departamento do Curso de
Serviço Social da Universidade Estadual da
Paraíba, como requisito parcial à obtenção do
título de bacharela em Serviço Social.

Aprovada em: 07/04/2022.

BANCA EXAMINADORA

Sandra Amélia Sampaio Silveira

Prof^a. Me. Sandra Amélia Sampaio Silveira (Orientadora)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Thaís Simplicio Carneiro Matias

Prof^a. Dr^a. Thaís Simplicio Carneiro Matias
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Maria do Socorro Pontes de Souza

Prof^a. Me. Maria do Socorro Pontes de Souza
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	5
2	A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL A PARTIR DE 1988 E A REDEFINIÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA: BREVES CONSIDERAÇÕES.....	6
3	A CONTRARREFORMA DO ESTADO E SEUS REBATIMENTOS NA POLÍTICA DE SAÚDE.....	10
4	SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE E OS IMPACTOS DA CONTRARREFORMA NA ATUAÇÃO PROFISSIONAL: UMA ANÁLISE A PARTIR DOS CBAS DE 2016 E 2019	16
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	22
	REFERÊNCIAS.....	23
	APÊNDICE A – ROTEIRO DE LEITURA.....	28

A CONTRARREFORMA NA POLÍTICA DE SAÚDE E SEUS IMPACTOS SOBRE A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA ATENÇÃO BÁSICA

Paloma Soares Demétrio¹

RESUMO

Ao longo dos anos a contrarreforma do Estado vem fragilizando as políticas públicas e sociais, indo contra o que foi estabelecido na Constituição Federal de 1988. No que tange a política de saúde, os ataques contrarreformistas têm por intuito sucatear o Sistema Único de Saúde (SUS), através principalmente dos cortes orçamentários. Assim, o Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) ora apresentado, tem o objetivo de analisar os impactos da contrarreforma na política de saúde e suas implicações na atuação do assistente social na atenção básica, a partir das publicações nos anais do Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (CBAS) dos anos de 2016 e 2019. Os objetivos específicos que nortearam nosso estudo foram: compreender os impactos da contrarreforma na política de saúde; apreender as inflexões contrarreformistas na atenção básica e seus rebatimentos na precarização do trabalho do assistente social; e discutir a importância do assistente social na atenção básica. Tratou-se de uma pesquisa bibliográfica e documental, com abordagem qualitativa, que teve como principal fonte de dados os anais dos CBAS referentes aos mencionados anos. O levantamento de dados nos permitiu identificar 60 artigos, mas apenas 16 foram compatíveis com nosso objeto de estudo. A análise dos trabalhos foi pautada no método crítico dialético. Com base na pesquisa realizada, foi possível concluir que são postas muitas dificuldades para os assistentes sociais exercerem sua profissão num contexto de constantes ataques neoliberais, intensificados com a ascensão dos governos ultraneoliberais, como os baixos salários, os contratos temporários e a precariedade nos espaços de trabalho, o aprofundamento da questão social e conseqüentemente o aumento das demandas dos usuários, em um contexto de desmonte de direitos sociais. Apesar destas dificuldades, a categoria reforça a importância do assistente social nos serviços de saúde para a mediação do acesso aos direitos, para o processo de informação e mobilização dos usuários, na defesa da vida e da saúde como um direito universal e gratuito.

Palavras-chave: Contrarreforma do Estado; Atenção Básica; Serviço Social; Trabalho.

ABSTRACT

Over the years the counter-reform of the State has weakened public and social policies, going against what was established in the Federal Constitution of 1988. With regard to health policy, the counter-reform attacks aim to undermine the Unified Health System (SUS), mainly through budget cuts. Thus, the Final Paper presented here aims to analyze the impacts of counter-reform in health policy and its implications on the performance of social workers in primary care, from publications in the Brazilian Congress of Social Workers (CBAS) of the years 2016 and 2019. The specific objectives that guided our study were: to understand the impacts of the counter-reform on health policy; apprehend the counter-reformist inflections in primary care and its repercussions in the precariousness of the social worker's work; and discuss the importance of the social worker in primary care. This was bibliographic and documentary research that had as its main source of data the annals of the CBAS

¹ Graduanda em Serviço Social pelo DSS da UEPB, Campus I, Campina Grande- PB. E-mail: palomademetrio40@gmail.com

referring to those years. The data survey allowed us to identify 60 articles, but only 16 were compatible with our object of study. The analysis of the papers was based on the critical dialectical method. Based on the research carried out, it was possible to conclude that there are many difficulties for social workers to exercise their profession in a context of constant neoliberal attacks, intensified with the rise of ultra neoliberal governments, such as low wages, temporary contracts and precariousness in workspaces, the deepening of the social issue and consequently the increase in user demands, in a context of dismantling of social rights. Despite these difficulties, the category reinforces the importance of the social worker in health services for the mediation of access to rights, for the process of information and mobilization of users, in defence of life and health as a universal and free right.

Keywords: *Counter-reform State. Primary Care. Social Service. Work.*

1 INTRODUÇÃO

A partir da promulgação da Constituição Federal de 1988 e da criação do SUS, a saúde passou a ser direito assegurado por lei e o Estado tornou-se seu provedor. Entretanto, com a chegada da década de 1990, a política brasileira é redirecionada e impulsionada pelo processo de contrarreforma neoliberal, obedecendo aos ditames do capital internacional, em conformidade com a trajetória de dependência e subordinação que marca a nossa história enquanto país de capitalismo tardio.

A contrarreforma do Estado iniciada nos anos 1990 pauta-se na flexibilização, focalização, privatização e desfinanciamento das políticas sociais decorrentes de direitos sociais, desconfigurando o que foi garantido constitucionalmente em 1988. A política de saúde torna-se alvo do mercado privatista, impedindo a efetivação do SUS universal e gratuito. Se tomarmos por referência a atenção básica, considerada a porta de entrada dos serviços de saúde, verificamos que o aprofundamento desses ataques ocasionados pelo ideário neoliberal visa oferecer uma “cesta básica” de serviços, indo contra os princípios do SUS, como discutiremos posteriormente. As mudanças em torno da saúde e de todas as políticas setoriais, decorrentes da contrarreforma, têm como objetivo a desresponsabilização do Estado e a privatização do setor público.

A contrarreforma do Estado põe em curso um processo de mercantilização dos serviços da saúde e, conseqüentemente, a precarização das condições de trabalho dos profissionais inseridos nessa política, garantindo um Estado a favor das iniciativas privadas e mínimo para os serviços públicos. (SANTOS; SERPA, 2017).

Todo esse processo de contrarreforma inflexiona no trabalho do assistente social, inserido nas diversas políticas, pois na condição de trabalhador assalariado, a categoria está exposta ao processo de desmontes das políticas sociais decorrentes do avanço do neoliberalismo, impactando no seu exercício profissional, aprofundando a questão social expressa em inúmeras demandas postas diariamente aos profissionais, com um mercado pressionando por serviços emergenciais e seletivos.

Esse contexto de sucateamento das políticas setoriais, em especial a saúde, nos motivou a compreender melhor essa realidade. O interesse pela temática consolidou-se principalmente quando tivemos a oportunidade de participar do Projeto PET - Saúde Interprofissionalidade da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), vinculado ao Ministério da Saúde, que nos permitiu conhecer o exercício profissional do assistente social e as demandas postas à profissão na atenção básica. O componente curricular *Tópicos Especiais em Saúde* também contribuiu para despertar o interesse pela realização da pesquisa, ao proporcionar conhecimentos e discussões críticas em torno da política de saúde brasileira.

Nesse sentido, a pesquisa que fundamentou o presente artigo teve como objetivo geral analisar os impactos da contrarreforma na política de saúde e suas implicações na atuação do assistente social na atenção básica, a partir das publicações nos anais do Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (CBAS) realizados nos anos de 2016 e 2019. Os objetivos específicos que nortearam nosso estudo foram: compreender os impactos da contrarreforma na política de saúde; apreender as inflexões contrarreformistas na atenção básica e seus rebatimentos na precarização do trabalho do assistente social; e discutir a importância do assistente social na atenção básica.

Para a realização da pesquisa bibliográfica e documental que possibilitasse o entendimento do trabalho do assistente social na atenção básica no contexto de contrarreforma, nos debruçamos sobre os artigos publicados nos anais dos últimos CBAS (2016 e 2019), realizados respectivamente em Pernambuco e no Distrito Federal, além de recorrer a diferentes autores de relevância na temática para dar embasamento ao nosso estudo.

Embora existam outras edições do CBAS, achamos relevante fazer esse recorte temporal a partir de 2016, pois esse ano é um marco no aprofundamento das medidas contrarreformistas, decorrentes da ascensão do governo ultraneoliberal de Michel Temer (2016-2019), após o golpe jurídico parlamentar que levou ao impeachment da Presidenta Dilma Rousseff. O método de análise utilizado foi o crítico dialético. Consideramos que este TCC pode vir a contribuir para a ampliação das discussões no âmbito acadêmico e profissional, com reflexões sobre a importância do assistente social na atenção básica, enquanto categoria que busca fortalecer o primeiro nível de atenção do SUS.

O presente artigo está estruturado da seguinte forma após esta introdução: no segundo item, fazemos uma breve discussão sobre a política de saúde no Brasil a partir de 1988 e a ênfase na atenção básica como instrumento de reorganização da atenção à saúde no SUS. No terceiro item, abordamos os desmontes das políticas públicas e os rebatimentos da contrarreforma do Estado sobre a política de saúde, especialmente na atenção básica. No quarto item, discutimos o serviço social na saúde e os impactos da contrarreforma na atuação profissional, a partir da análise dos artigos dos CBAS de 2016 e 2019. Também tecemos algumas considerações finais, em que destacamos sinteticamente alguns aspectos do tema pesquisado.

2 A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL A PARTIR DE 1988 E A REDEFINIÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA: BREVES CONSIDERAÇÕES.

A política de saúde no Brasil passou por uma série de modificações ao longo da sua trajetória até se consolidar como um direito. Nesse percurso histórico, cabe destacar a década de 1980, contexto em que ocorre a construção de propostas, mudanças e transformações necessárias na concepção de saúde e nos modelos de atenção, tanto no panorama internacional como no nacional, determinados pela organização da sociedade, visando superar o modelo biomédico² vigente e buscando melhorar as condições de vida da população.

O questionamento ao modelo biomédico ganhou força em meados dos anos 1970, com o Projeto de Reforma Sanitária Brasileira (RBS), traçado através das lutas dos movimentos sociais que se intensificaram nessa época buscando alcançar a transformação na realidade social da população (FLEURY, 2009). “Portanto, a Reforma Sanitária, enquanto

² O modelo biomédico, segundo Vasconcelos (2013), é focado numa atenção curativa e individual, tendo o médico como figura central e as demais profissões têm um papel secundário, além de voltar-se para as orientações do mercado lucrativo, seguindo os padrões da acumulação capitalista ao invés de responder às demandas de saúde da população.

proposta, foi resultante de um longo movimento da sociedade civil brasileira em defesa da democracia, dos direitos sociais e de um novo sistema de saúde” (PAIM, 2007, p.151).

Nesse processo de lutas, cabe destacar a importância da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em Brasília, no Distrito Federal em março de 1986. Trazendo como discussão central “A saúde como direito inerente à personalidade e à cidadania”, “Reformulação do Sistema Nacional de Saúde” e “Financiamento setorial”. Assim, as cerca de 4.500 (quatro mil e quinhentas) pessoas presentes buscavam debater sobre a saúde na sociedade brasileira (BRAVO, 2009).

O Brasil na década de 1980 é marcado por movimentos reivindicatórios, visando à garantia de direitos em vários âmbitos. “As modificações da década de 80, que culminam com a promulgação da Constituição Federal de 1988, [...] inaugura um novo sistema de proteção social pautado na concepção de Seguridade Social, que universaliza os direitos sociais [...]” (BRAVO, 2009, p.88).

Segundo Paim (2009), a saúde torna-se um direito social com a promulgação da Constituição Federal de 1988 (CF/88) em que, no artigo 196, a saúde passou a ser um “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). A saúde integra o tripé da Seguridade Social³ brasileira, juntamente com a assistência e previdência social, passando a ser responsabilidade do Estado.

Criado a partir da CF/88, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde (LOS), composta pelas leis 8.080/90 e a 8.142/90, que tratam sobre o funcionamento do SUS, ou seja, são normas que visam garantir a promoção, prevenção e recuperação da saúde, além da organização dos serviços e da participação popular na gestão.

De acordo com o artigo 7º da Lei 8.080/90, o SUS é regido pelos seguintes princípios: universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; integralidade de assistência; preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; igualdade da assistência à saúde; divulgação de informações; utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades; participação da comunidade; descentralização político-administrativa; conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população; capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos (BRASIL, 2006).

Paim (2009) reforça três diretrizes fundamentais para organização do SUS: a **descentralização**, que visa que o sistema se adeque à diversidade existente no país, gerada pelas diferentes realidades social, econômica e sanitária; a **integralidade**, que envolve a promoção, proteção e recuperação da saúde; e, por fim, a **participação da comunidade** na fiscalização dos serviços de saúde, com o controle social.

O SUS torna-se um marco para a política de saúde brasileira como fruto de uma conquista dos movimentos sociais, trazendo um novo olhar sobre o cuidado em saúde, buscando identificar os fatores condicionantes e determinantes sociais no processo saúde-doença, norteados pelos princípios e diretrizes que visa garantir ao indivíduo ter acesso a todas ações e serviços oferecidos pelo sistema, de maneira igualitária, sem caráter hierarquizado com ênfase na descentralização para adequar as necessidades do país e

³ “A Seguridade Social foi regulamentada pelas Leis da Seguridade Social (1991), Lei Orgânica da Previdência Social (1991), Lei Orgânica da Assistência Social (1993) e Lei Orgânica da Saúde (1990)” (BEHRING; BOSCHETTI, 2009, p.157).

incentivando a participação da população para o desenvolvimento do sistema de saúde (PAIM, 2009).

No decorrer dos anos 1990, são lançadas um conjunto de portarias pelo Ministério da Saúde (MS), as chamadas Normas Operacionais Básicas, que têm por objetivo a melhoria no atendimento da saúde, contribuindo também para as relações das esferas de governo com o financiamento e a descentralização do poder, como regem as diretrizes do SUS. São as NOB-91, NOB-92, NOB-93, NOB-96 (PAIM, 2009).

Nesse contexto, destacamos a NOB-96 que constituiu as bases para implementação da Atenção Básica (AB) no país, ou seja, as primeiras iniciativas por parte do MS, com o intuito de organizar os serviços de saúde com ênfase no primeiro nível de atenção do SUS, considerada a porta de entrada do sistema, que já vinha sendo discutida no cenário internacional na perspectiva de construção de um novo modelo de atenção à saúde.

Segundo Giovanella e Mendonça (2009), em 1977 ocorre a realização da Assembleia Mundial da Saúde, que antecede a Conferência sobre os Cuidados Primários de Saúde. Essa assembleia reafirma a saúde como direito fundamental e estabelece como meta “saúde para todos nos anos 2000”. Em 1978, ocorre a Conferência sobre os Cuidados Primários de Saúde promovida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), realizada na cidade de Alma Ata, no Cazaquistão. Posterior ao término do evento, foi emitido o documento *Declaração de Alma-Ata*, no qual a conferência destaca a importância da Atenção Primária para organizar os serviços de saúde e expandir os cuidados primários em todos os países do mundo, com ênfase nos países em desenvolvimento (OMS, 1978). A partir desse documento, registraram-se os princípios essenciais da Atenção Primária em Saúde (APS⁴) através do desenvolvimento socioeconômico, ampliando o conceito e a concepção de saúde, através do bem-estar físico, mental e social e não apenas associar o estar bem quando há ausência da doença (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2009).

Como destaca Giovanella e Mendonça (2009), a Conferência Internacional Sobre Atenção Primária em Saúde, realizada em Alma-Ata, questiona o modelo biomédico, buscando mudanças na organização dos serviços de saúde com foco na APS abrangente.

Starfield (2002) conceitua a APS como:

[...] aquele nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros. Assim, é definida como um conjunto de funções que, combinadas, são exclusivas da atenção primária. A atenção primária também compartilha características com outros níveis dos sistemas de saúde: responsabilidade pelo acesso, qualidade e custos; atenção à prevenção, bem como ao tratamento e à reabilitação; e trabalho em equipe (STARFIELD, 2002, p.28).

A APS é considerada a porta de entrada dos serviços de saúde, o primeiro contato dos usuários com o sistema de saúde, mas os atendimentos não vão se deter apenas ao nível primário, devendo ter um processo contínuo e articulado de atendimentos para que hajam a prevenção, promoção, cura e a reabilitação (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2009). Starfield (2002) reforça que a APS oferece um serviço que organiza as demandas, não prioriza apenas a

⁴ Optamos por utilizar a terminologia atenção básica (AB) no decorrer do nosso trabalho, considerando que essa é a noção que representa a história e a concepção do sistema de saúde brasileiro, termo assumido a partir da NOB/96, fundado nos ideais da Reforma Sanitária e nos princípios e diretrizes do SUS, que se contrapõe a perspectiva restrita veiculada no cenário internacional (FAUSTO, MATTA, 2007). Todavia, quando estivermos nos referindo a documentos oficiais que utilizam o termo APS, iremos usar essa nomenclatura.

enfermidade, mas todos os determinantes sociais, utilizando de todos os recursos necessários para promover a melhora no quadro da saúde e o bem-estar dos que buscam atendimento. Tais discussões sinalizam, portanto, uma perspectiva de APS abrangente.

Giovanella e Mendonça (2009) destacam o debate polissêmico que ocorre em torno da APS. Um ano depois da realização da Alma Alta, começa a ser formulada a concepção da APS restrita, regidas pelas propostas do Banco Mundial (BM), UNICEF e outras agências multilaterais. A APS restrita pontua-se em programas seletivos e focalizados em problemas específicos de saúde de populações em situação de pobreza, que tende a diminuição de gastos com a assistência em saúde, confrontando as propostas da Conferência sobre os Cuidados Primários de Saúde.

No Brasil, as primeiras iniciativas em torno de organização da atenção em saúde a partir da atenção básica se deram em 1991, quando foi criado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), pelo Ministério da Saúde, inspirado na experiência do programa desenvolvido no Ceará que, posteriormente, foi estendida para regiões Norte e Nordeste, visando combater algumas epidemias existentes (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2009). O PACS é visto como uma estratégia fundamental para o desenvolvimento do SUS. Por outro lado, as referidas autoras destacam que esse tinha um caráter focal e seguia os conceitos da APS seletiva.

A Portaria 1.886 de dezembro de 1997 pontua que o agente comunitário de saúde (ACS) deve trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, ou seja, cada ACS torna-se responsável por acompanhar 150 (cento e cinquenta) famílias, no máximo, ou 750 (setecentos e cinquenta) pessoas. Outro requisito é que o ACS deve residir na área onde desenvolve seu trabalho, há pelo menos dois anos. Deve desenvolver atividades de prevenção das doenças e promoção da saúde, através de visitas domiciliares e de ações educativas, seja elas individuais ou coletivas, sob acompanhamento do enfermeiro na unidade básica de saúde da sua referência.

O PACS antecede o Programa Saúde da Família (PSF), criado em 1994, que posteriormente foi denominado Estratégia Saúde da Família (ESF), pois passou a ser uma estratégia para expansão da atenção básica. De acordo com o MS, esse programa visava à reorganização da atenção básica (AB) através da promoção em saúde, de acordo com os princípios do SUS. Assim, o objetivo do PSF seria:

Contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e população (BRASIL, 1997).

Desse modo, é necessário que o PSF conheça a realidade da população levando em consideração todos os contextos que aquele usuário está inserido, afirmando e promovendo a atenção e a promoção em saúde de acordo com as necessidades postas pela comunidade daquele território.

Em 2006, através da Portaria n° 648, o MS formula a primeira Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), ampliando a concepção de atenção básica, colocando a ESF como estratégia de expansão da AB e incorporando a concepção da APS abrangente. Essa portaria em 2011 é revisada e são estabelecidas as seguintes diretrizes:

I- Ter território adstrito sobre o mesmo, de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com impacto na situação, nos condicionantes e nos determinantes da saúde das coletividades que constituem aquele território, sempre em consonância com o princípio da equidade;

II - Possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção, acolhendo os usuários e promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde. [...];

III - Adscrever os usuários e desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado. [...];

IV – [...] articulando as ações de promoção à saúde, prevenção, [...], e reabilitação e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins e à ampliação da autonomia dos usuários e coletividades; trabalhando de forma multiprofissional, interdisciplinar e em equipe; realizando a gestão do cuidado integral [...] coordenando-o no conjunto da rede de atenção. [...];

V - Estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território, no enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, na organização e orientação dos serviços de saúde a partir de lógicas mais centradas no usuário e no exercício do controle social [...]. (BRASIL, 2012)

Em 2008, foi criado o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF⁵), através da Portaria n° 154 de 24 de janeiro do referido ano (BRASIL, 2010), que “se propõe a assessorar os profissionais de saúde da atenção básica por meio da inclusão de novos núcleos de saberes e novas modalidades de intervenção e cuidado na atenção básica.” (SAMPAIO, *et al.*, 2013, p. 48). Assim, o NASF vai ser um apoio matricial para as equipes da ESF, reforçando os princípios estabelecidos pelo SUS. Com o NASF, o MS coloca pela primeira vez o assistente social como integrante da equipe, inserido no nível de atenção básica.

A ESF impactou positivamente o desenvolvimento do SUS no país, através da sua capacidade de orientar e organizar o sistema de saúde, visando uma cobertura abrangente, atuação intersetorial, aproximando os profissionais dos usuários e intervindo conforme as particularidades de cada território. Portanto, essas ações incidem diretamente no processo saúde-doença e contribuem no modelo assistencial de saúde (ARANTES, *et al.*, 2016). Contudo, não podemos desconsiderar que a ESF enfrenta desafios decorrentes de questões relacionadas ao financiamento, gestão educacional e de pessoal, à formação dos profissionais, incentivo a iniciativas de participação social, etc. (ARANTES, *et al.*, 2016). Assim, o desenvolvimento da atenção básica depende dos investimentos por parte do Estado, que cada vez mais incentiva o setor privado ao invés do público, dificultando a organização da AB e de toda a política de saúde. Diante dos fatos expostos, nos deteremos no próximo item na apreensão dos impactos da contrarreforma na política de saúde ao longo dos anos.

3. A CONTRARREFORMA DO ESTADO E SEUS REBATIMENTOS NA POLÍTICA DE SAÚDE

O processo da contrarreforma, que começa a se instaurar no cenário brasileiro na década de 1990 e perdura até os dias de hoje, ocasiona transformações nas configurações do Estado, guiados pelos preceitos de valorização do capital, causando implicações na política de saúde e indo contra as conquistas de 1988 de um modo geral.

Para Behring e Boschetti (2011), no percurso dos anos 1990, é propagada uma campanha midiática em torno de reformas para o aparelho do Estado. Essas “reformas” operalizavam o ideário neoliberal, que surge como resposta à crise do capital posta em curso

⁵ O NASF é composto por diversos profissionais da saúde, como: Psicólogos, Assistentes Sociais, Nutricionistas, educadores Físicos, Farmacêuticos e Fisioterapeutas.

no cenário mundial a partir da década de 1970. Esse discurso ganhou força no governo Collor e se consolidou no governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC), marcado pelos avanços do que vai ser denominado de contrarreforma do Estado, através de “reformas” que davam ênfase para as privatizações das políticas sociais que viabilizam os direitos garantidos em 1988.

De acordo com as referidas autoras, o principal documento que vai reger esse processo é o Plano Diretor da Reforma do Estado (PDRE), elaborado pelo Ministério de Administração de Reforma do Estado (MARE), orientado por Bresser Pereira, que trazia a contrarreforma brasileira como “solução”. Seguindo a justificativa neoliberal, o Brasil precisava de uma reforma, pois o país estava tendo mais gastos do que arrecadação, dessa forma o Estado necessitava enxugar as despesas. Desse modo, o Estado tinha que deixar de ser o principal provedor das políticas sociais e passar a ter parcerias com organizações públicas não-estatais, mas para isso acontecer precisaria se tornar menos burocrático e mais flexível.

Sobre isso Bravo (2009), diz:

A Reforma do Estado ou Contra-Reforma é outra estratégia e parte do suposto de que o Estado desviou-se de suas funções básicas ao ampliar sua presença no setor produtivo, colocando em cheque o modelo econômico vigente. O seu Plano Diretor considera que há esgotamento da estratégia estatizante e a necessidade de superação de um estilo de administração pública e burocrática, a favor de um modelo gerencial que tem como principais características a descentralização, a eficiência, o controle dos resultados, a redução de custos e a produtividade. O Estado deixa de ser o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social para se tornar o promotor e regulador, transferindo para o setor privado as atividades que antes eram suas (BRAVO, 2009, p.100).

O verdadeiro objetivo do plano diretor do MARE manifesta as intenções de FHC, que são: privatizar a economia, afastar o Estado das suas funções produtivas, realizar a reforma que restrinja os direitos da população, seguindo o que Draibe (1993 apud BEHRING; BOSCHETTI, 2011) chama de trinômio do neoliberalismo para as políticas sociais, que consiste em privatização, focalização e descentralização. Dessa forma, o Estado vai ser mínimo para as políticas sociais e máximo para os interesses do capital.

O governo FHC intensifica o que foi iniciado no governo Collor, ou seja, há o desmonte do Estado e ocorre a valorização da lógica do capital no Brasil. Tristão (2011) destaca algumas medidas tomadas durante o governo de FHC, como a responsabilidade fiscal, que restringe os gastos por parte do Estado, fazendo as parcerias ente os setores públicos e privados se tornarem cada vez mais frequentes, além da reforma da previdência que vai rebater diretamente na classe trabalhadora com o aumento do desemprego. A referida autora ainda destaca que se buscou, através do superávit primário, uma harmonização dos juros causados pela dívida pública, que correspondia a 60% das despesas públicas da época, retirando recursos das políticas sociais para atender as demandas do capital. Mendes (2015) acentua que em 1994 foi criada a Desvinculação das Receitas da União (DRU)⁶, que se mantém até os dias de hoje, além dos repasses das atividades lucrativas para as Organizações sociais (OS).

Esse movimento de contrarreforma impasses e retrocessos no tripé da seguridade social, conseqüentemente, a política de saúde vai ser afetada, devido à apropriação do fundo

⁶ A DRU flexibiliza o uso de parte dos recursos do orçamento em qualquer despesa considerada prioritária e na formação de superávit primário, em razão da existência de uma rigidez orçamentária ditada por várias vinculações existentes. Esse mecanismo permite ao governo consumir, livremente, parte de sua arrecadação própria (BARBOSA, 2020, p.17). Assim, a DRU foi o mecanismo criado para possibilitar extrair os recursos de orçamento da união. Inicialmente, era autorizado retirar 20% dos rendimentos da Seguridade Social para saldar a dívida pública. Atualmente é de 30%.

público pelo capital privado, através dos incentivos às parcerias público-privadas. A saúde passa a ser vista como um campo rentável, ganhando notoriedade pelo setor privatista seguindo as propostas do Banco Mundial (BM), ocasionando a descentralização da responsabilidade do Estado e mostrando a parceria com as entidades privadas como a melhor alternativa (SOARES, 2010).

No decorrer dos anos 1990, acirra-se a disputa entre dois projetos no âmbito da saúde, o privatista (voltado para o mercado) e o projeto da reforma sanitária brasileira (defendendo o que foi inscrito na CF/88). A ampliação das propostas regidas pela lógica do mercado expressa a existência de dois planos voltados para a saúde: um destinado a garantir o mínimo para quem não poder pagar e outro voltado a quem pode custear os gastos, fortalecendo serviços de caráter focalizado e com estímulos aos seguros privados, indo contra o princípio da universalidade estabelecido pelo SUS constituído no projeto de Reforma Sanitária e aumentando as desigualdades sociais existente no país (BRAVO, 2009).

Segundo Silva (2014), foram se constituindo projetos políticos diferentes voltados para a saúde, disputando a hegemonia na sociedade brasileira:

O **projeto conservador** (reciclado pelo neoliberalismo) que trata a saúde e a doença como mercadorias na dependência do poder de compra do consumidor e orienta os serviços públicos para os pobres, preferencialmente por intermédio de uma cesta básica de recursos. O **projeto da Reforma Sanitária**, respaldado pela constituição e pelas leis em vigor, baseado nos princípios da universalidade, equidade, integralidade, descentralização e controle democrático, na medida em que assume a saúde como direito social; e o projeto “**reforma da reforma**”, que tanto significava a reconstrução de sistemas públicos de saúde na perspectiva do planejamento, da gestão e de práticas médico-sanitárias comprometidas com novos modelos de atenção, quanto a correção de certas debilidades gerenciais e do modelo assistencial, na perspectiva de reatualizá-lo em função da Reforma do Estado e da flexibilização (SILVA, 2014, p.34).

Em 2002, foi eleito o candidato do Partido dos Trabalhadores (PT) (reeleito em 2006), Luiz Inácio Lula da Silva, trazendo um marco de esperança para a história brasileira. A vitória significou a reação da população contra o que vinha sendo aplicado no governo de FHC. Pela primeira vez no Brasil foi eleito um presidente que não era de um partido que representava a burguesia, nem oriundo dessa classe. Para muitos, o governo do PT ia inaugurar uma nova era na política do país, gerando uma expectativa na melhoria das políticas sociais universais e na participação popular, pondo fim às políticas de ajuste que estavam sendo implantadas desde os anos 1990 (MENEZES, 2015).

Contudo, ao contrário do que se esperava, ocorreu a continuidade da política aplicada no governo anterior, alavancando a contrarreforma no Estado, seguindo as regras recomendadas pelo Fundo Monetário Internacional (FMI) (BEHRING; BOSCHETTI, 2011). Podemos evidenciar que os parâmetros macroeconômicos da era FHC foram mantidos: o superávit primário; a Desvinculação de Receitas da União (DRU); as altas taxas de juros; apostas na política de exportação, com ênfase no agronegócio; e o interminável pagamento dos juros para amortizações da dívida pública (BEHRING, 2004).

Soares (2010) explicita que o governo petista gerou expectativas de melhorias na saúde, na defesa do projeto sanitário e na concretização do SUS. Porém, no primeiro momento, o governo do PT sinaliza um desafio da incorporação da agenda ético-política da reforma sanitária, mantendo em conservação a disputa entre o projeto da reforma sanitária versus o projeto privatista (BRAVO, 2009).

Destaca-se no mandado do referido presidente a implantação de um novo projeto, que tem por viés o favorecimento do setor privado, que é o SUS Possível, flexibilizando os

princípios do SUS, agravando a contrarreforma do Estado e inviabilizando o projeto do SUS proposto pela CF/88. (SOARES, 2010). Dessa forma, a política apresentada no governo Lula dá continuidade à política neoliberal do governo antecessor, oferecendo serviços focalizados, precarizados, terceirizados, com a valorização do setor privado e o desfinanciamento das políticas sociais para inviabilizar o que foi garantido na seguridade social.

Todo esse movimento de contrarreforma foi levado adiante nos governos petista, com a eleição da candidata Dilma Rousseff em 2011. A política macroeconômica foi mantida, mesmo seguindo um discurso baseado no crescimento econômico, na qualidade dos serviços prestados, a mesma ressalta as parcerias com o setor privado. (BRAVO; MENEZES, 2011).

Correia e Santos (2015) esclarecem que esse processo de contrarreformas fomenta os processos de privatizações, que:

[...] têm-se dado de várias formas, em especial através dos denominados ‘novos modelos de gestão’: Organizações Sociais (OS), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) e Fundações Estatais de Direito Privado (FEDP) e, mais recentemente, através da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). Trata-se da privatização e da terceirização dos serviços públicos, na medida em que o Estado abdica de ser o executor direto desses serviços, mediante repasse de recursos, de equipamento e instalações públicas e de pessoal para entidades de direito privado, permitindo fazer tudo o que o setor privado faz no espaço estatal e quebrando as amarras impostas pelo direito público (CORREIA, SANTOS, 2015, p. 36).

Diante desses impasses e na busca pela flexibilidade de gerenciamento, o governo lança a Lei 9.637/98 que valoriza as ações das OSs, as OSCIPS e as cooperativas que, segundo Correia e Santos (2015), têm o propósito de assumir a gestão da assistência à saúde e contribuem com o processo de flexibilização dos vínculos de trabalho que provocam a precarização do trabalho, pois os mesmos têm autonomia para definir os procedimentos que irão adotar nos serviços e compras, além do poder de contratação dos seus servidores. A tomada de tais medidas só reafirma o processo de terceirização e privatização dos serviços públicos, reforçando a ideia de Estado mínimo.

Em 2013, através da Lei 12.873, o Estado fortalece a atuação das instituições filantrópicas e das entidades sem fins lucrativos na área da saúde, considerando-as como complemento ao SUS, denominada Prosus. (CORREIA, 2015). Essa forma de privatização se torna despercebida, pois o setor privado atua dentro do serviço público estatal e quebra a lógica do direito público sobre a administração do Estado (COHN, 2009). Essa medida se torna recorrentes no SUS, com os repasses do sistema público de saúde para os modelos privatizantes.

Diante dessa conjuntura de retrocessos que implicam diretamente na política de saúde, por vias que vão contra a democracia, Michel Temer toma posse e se torna presidente do país no dia 31 de agosto de 2016, após o impeachment de Dilma Rousseff. Enquanto ocorre o processo de impeachment, no dia 21 de outubro de 2015, o partido PMDB lança o documento denominado de *Ponte para o futuro*, que irá reger as propostas do seu governo. O documento ressalta que o modelo vigente do Estado está ultrapassado e fortalece o discurso de que novas reformas são necessárias. O governo ilegítimo de Temer representa uma nova roupagem e restauração conservadora de um projeto político ultraneoliberal, que é a favor do capital e da classe dominante do país e agrava ainda mais a dependência ao capital financeiro internacional (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018).

O governo Temer não economizou os cortes direcionados às políticas sociais, os processos de privatizações e os retrocessos são acelerados e intensificados. A primeira grande ação do governo foi deturpar a implantação da Emenda Constitucional nº95 (EC 95), tendo

por objetivo congelar os gastos sociais por 20 anos, com o propósito de coibir o curso do crescimento dos gastos públicos e assim equilibrar as contas públicas. A medida irá atuar nas três esferas dos poderes - Executivo, Legislativo e Judiciário (REIS FILHO, 2017).

No governo Temer, a supervalorização das medidas contrarreformistas impactam diretamente no direito à saúde, através dos congelamentos dos recursos orçamentários para as políticas sociais (teto de gastos), dando sequência aos ataques aplicados pelos seus antecessores, mas com uma ênfase mais avassaladora, utilizando-se do discurso que o país está passando por uma grande crise, portanto a classe trabalhadora paga os efeitos causados pelas retiradas de direitos (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018).

Entre as medidas contrarreformistas aplicadas no Governo Temer, podemos destacar: os planos de saúde acessíveis, regulamentado pela Portaria n° 1.482, de 25 de outubro de 2016; as propostas de retrocessos e reformulação na política de saúde mental, através da Portaria n° 3.588, de 21 de dezembro de 2017, favorecendo a cultura dos manicômios; as mudanças na PNAB, publicada na Portaria GM/MS n° 2.436, de 21 de setembro de 2017; e a efetivação nas alianças com o setor privado, que prevê investimentos nos serviços particulares. Todos esses projetos de reformas são pautados na narrativa falaciosa que há necessidade de reduzir os gastos do SUS, pois o país não tem como custear e nem garantir o acesso universal, como está previsto na CF/88 (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018).

A situação se torna ainda mais grave com Jair Messias Bolsonaro, eleito pelo voto popular em 2018, que assume o cargo de presidente como representante dos interesses ultraneoliberais, com roupagem conservadora e neofascista. A vitória do referido candidato foi uma ascensão para a extrema direita do país, acelerando cada vez mais o que já vinha sendo posto anteriormente e aprofundado as contrarreformas que devastam o país, com base no programa de governo denominado *O caminho da prosperidade Brasil acima de tudo, Deus acima de todos* (PSL, 2018), que explicitam a valorização e submissão ao capital.

São direcionadas quatro páginas no mencionado documento à política de saúde, mas apenas uma menciona o termo SUS, mostrando a desvalorização para as políticas públicas, tirando a responsabilidade do Estado. O documento reforça que o Estado não tem como arcar os custos com a saúde, e demonstra valorizar a iniciativa privada em geral, como forma de equilibrar as contas públicas (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2019). Seguindo essa declaração falaciosa que é necessário conter os gastos públicos, o SUS mais uma vez sofre as consequências das contrarreformas que se intensificam desde seu surgimento, impossibilitando garantir um acesso universal, integral e de qualidade.

Entre as medidas contrarreformistas para a saúde, postas nos primeiros anos do governo Bolsonaro, podemos destacar: a) a defesa da municipalização da Política Nacional dos Povos Indígenas; b) instituiu o Programa Médicos pelo Brasil, com o intuito de tornar-se um “programa menos político e mais técnico”; c) na política de Saúde Mental foi emitido uma nota técnica de n° 11/2019 pela Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas que propõe a redução dos CAPS, defende o uso de instrumentos que fortalecem a volta dos manicômios, além da ascensão das comunidades terapêuticas; d) a defesa das OS, com a justificativa que hospitais dirigidos por essas são mais organizados, apoiando também os princípios estabelecidos pelo documento do BM para saúde; e) mudanças estruturais dentro do MS, com a criação das Secretarias de Atenção Primária à Saúde e a da Tecnologia da Informação, além da extinção da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa e a reestruturação do Departamento de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), além da criação um Departamento de Certificação e Articulação com Hospitais Filantrópicos e Privados, estabelecendo contratualização com setor privado (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2019).

Diante do contexto de contrarreformas, a atenção básica vai enfrentar vários desafios decorrentes da agenda neoliberal, afetando diretamente a ESF, que é a principal estratégia de organização do sistema, prevista como coordenadora do cuidado à saúde no Brasil.

Apesar dos progressos em torno da ESF, como a criação do Piso de Atenção Básica (PAB), da PNAB, Vasconcelos, Silveira e Xavier (2017) destacam que há contradições e limites postos para a sua concretização, que não podem ser esquecidos, pois levantam o questionamento do seu papel como estratégia nacional (re)organizadora do sistema de saúde. Paulino, Bedin e Paulino (2009) salientam que a falta de investimentos na estratégia e os baixos salários oferecidos aos profissionais dificultam a realização de um trabalho de qualidade voltado para o desenvolvimento da saúde. Desse modo, o MS prossegue seguindo os conceitos do BM, que valoriza a equipe mínima e os serviços de saúde com um caráter focalista e seletivo, que não podem oferecer serviços de coberturas universais, indo contra as diretrizes do SUS.

Devido ao cenário de contrarreformas os serviços de saúde enfrentam diversas mudanças que tendem a aprofundar essas limitações e contradições da ESF e também do SUS. Destacam-se três medidas que rebatem diretamente na ESF: o projeto intitulado de “SUS Legal”, que se relaciona à alteração no modelo de repasse dos recursos da União para as demais esferas governamentais; o projeto dos “Planos de Saúde Acessíveis”, que fragiliza a APS com o enaltecimento ao acesso dos “planos de saúde popular”; e a nova PNAB, aprovada em 2017, que ameaça a viabilização da APS integral e universalista. (VASCONCELOS; SILVEIRA; XAVIER, 2017).

A nova PNAB aprovada em 30 de agosto de 2017 traz consigo novos padrões de atendimentos na AB, através de procedimentos básicos ou essenciais. Mascaradas com um discurso de melhoria, as alterações de caráter focalista não contribuem para o desenvolvimento da rede de atenção básica, rebatendo na ampliação da ESF e flexibilizando a cobertura dos serviços prestados. A presença dos ACS se torna relativa, não sendo requeridos na equipe mínima, fragilizando ainda mais a possibilidade da ESF contribuir para atender/resolver as demandas da população. A “PNAB 2017 significa que o Estado brasileiro atua, mais uma vez, em favor da ampliação da participação do setor privado na saúde, em detrimento de um sistema que nunca pôde ser inteiramente público”. (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018, p.22).

Desde a PNAB 2017, a AB vem sofrendo ameaças de retrocessos e tornando-se alvo da lógica mercantilista. A nova proposta de financiamento e reorganização da AB é o programa Previner Brasil que “altera de forma estrutural a lógica indutiva de organização da política de saúde e aporta três mudanças principais para a atenção básica: extingue os pisos fixo e variável (PAB); introduz o repasse dos recursos federais pelo número de pessoas cadastradas; e estabelece nova forma de pagamento por desempenho. “ (MOROSINI *et al.*, p.3, 2020).

Em dezembro de 2019, é criada a Lei 13.958, que institui o Programa Médicos pelo Brasil (MPB) e criou-se também a Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS). ADAPS, que tem como objetivo promover a execução de políticas de APS, promovendo articulação entre as entidades públicas e privadas, e estimular venda de produtos e serviços. Para Giovanella *et al.* (2020), a ADAPS é uma ameaça para AB, pois desloca a gestão pública da APS no nível federal para o âmbito privado, permitindo contratação de empresas privadas para compor a formação da APS no SUS, além de promover a mercantilização da AB, que historicamente tem sido o setor menos mercantil, mais eficiente e público do sistema único de saúde.

Diante dos retrocessos e mudanças no financiamento, que extinguem a prioridade para a ESF, atentam contra a universalidade e apoiam a focalizam do SUS, o país se depara com a pandemia da Covid-19.

No final de 2019, o mundo toma conhecimento do vírus SARS-CoV-2 (novo coronavírus) e da pandemia por ele gerada, que se alastrou tornando-se um desafio sanitário em escala global. O alto poder de transmissão e o pouco conhecimento científico em torno do assunto fizeram com que o vírus se alastrasse rapidamente, sem a certeza de que medidas tomar para o combate da doença e fazendo com que cada país traçasse sua estratégia preventiva. (WERNECK; CARVALHO, 2020).

Mesmo com a chegada da pandemia, os ataques ao sistema de saúde não estagnaram. No dia 27 de outubro de 2020, o presidente Jair Bolsonaro pede para avaliar a possibilidade de privatizar as Unidades Básicas de Saúde (UBS), através do decreto 10.530/2020⁷, que tem por objetivo ampliar as parcerias público-privadas na atenção básica, como parte dos estudos do Programa de Parcerias de Investimentos (PPI). Esse projeto trata-se de mais um desmonte ao SUS atingindo diretamente a AB, porta de entrada dos serviços públicos de saúde. Esse novo atentado de contrarreforma gerou uma imensa revolta⁸, fazendo com que o presidente revogasse o decreto.

Outra medida que atinge a AB é a nota técnica nº 3/2020-DESF/SAPS/MS⁹, que trata sobre o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e o Programa Previne Brasil. A composição de equipes multiprofissionais deixa de estar vinculada às tipologias de equipes NASF-AB. Dessa forma, o gestor municipal passa a ter “autonomia” para compor suas equipes multiprofissionais, definindo os profissionais, a carga horária e os arranjos de equipe (BRASIL, 2020). A nota alega que o NASF deixa de ser referência para atenção básica, diante disso a AB sofre mais desfinanciamento e desestruturação da sua equipe, uma vez que a União deixa de se responsabilizar por repasses financeiros relacionados ao NASF.

Nesse processo incansável de aniquilamento das políticas públicas em prol do capital, por parte dos governos brasileiros, o sistema de saúde e, conseqüentemente, os profissionais inseridos nele, sofrem diretamente esses ataques devido à superexploração e precarização do trabalho. A seguir, situaremos o Serviço Social como profissão da saúde, enfatizando os rebatimentos da contrarreforma sobre a atuação dos (as) assistentes sociais na AB e a importância da inserção desses (as) profissionais nesse nível de atenção.

4. SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE E OS IMPACTOS DA CONTRARREFORMA NA ATUAÇÃO PROFISSIONAL: UMA ANÁLISE A PARTIR DOS CBAS DE 2016 E 2019

Antes de nos determos nos dados da nossa pesquisa, é importante fazer algumas considerações, ainda que de forma breve, acerca do Serviço Social na área da saúde, uma vez que historicamente essa é uma das áreas que mais empregou assistentes sociais no Brasil, até meados dos anos 2000.

A relação do Serviço Social com a política de saúde se dá desde o início da profissão no país, sendo marcada, até a década de 1970, por uma atuação predominante nos hospitais e ambulatorios, com ações racionalizadoras ao “lidar com a contradição entre a demanda e o seu caráter excludente e seletivo” (BRAVO; MATOS, 2007, p.30). Segundo esses autores, apesar

⁷ Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/decreto-n-10.530-de-26-de-outubro-de-2020-284999568>. Acesso em 23 ago. 2021.

⁸ Fernando Pigato, Presidente do Conselho Nacional de Saúde, sobre a tentativa de privatização da UBS: “Não aceitaremos a arbitrariedade do presidente da república”. “Precisamos fortalecer o SUS contra qualquer tipo de privatização e retirada de direitos”.

⁹ Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/01/NT-NASF-AB-e-Previne-Brasil-1.pdf>. Acesso em 26 ago. 2021.

da profissão ter vivenciado o questionamento das práticas tradicionais a partir do movimento de reconceitualização iniciado em 1965, e a perspectiva de intenção de ruptura ter contribuído para um processo de amadurecimento teórico-metodológico que ganhou força especialmente na década de 1980, esse movimento interno da profissão não foi suficiente para influenciar os segmentos profissionais que atuavam na saúde a se engajarem de forma massiva nas lutas do Movimento da Reforma Sanitária. Esse processo de engajamento foi se afirmando de forma mais significativa no fim da década de 1980 e início dos anos 90. Cabe ressaltar que nesse período a atuação dos (as) assistentes sociais, ainda se dava basicamente nos níveis de média e alta complexidade.

Com o advento do SUS, a concepção de saúde é ampliada, ocorrendo o reconhecimento dos determinantes sociais no processo saúde-doença e a municipalização do SUS, dessa forma as demandas de trabalho para os assistentes sociais foram expandidas, permitindo a atuação dos mesmos em vários níveis de saúde e incluindo a atenção básica, inseridos em equipes da ESF e NASF (KRÜGER, 2010).

Mesmo com alta porcentagem de profissionais da categoria inseridos no campo da saúde, sua inserção na atenção básica não ocorreu de forma imediata, já que o assistente social não fazia parte da equipe mínima composta pelo MS, mas com a formação e regulamentação do NASF, a inserção dos assistentes sociais na AB foi ampliada, trazendo uma nova perspectiva para desenvolver as ações pautadas nas percepções dos determinantes sociais como parte do processo saúde-doença (MARTINI; DAL PRÁ, 2018). Assim, desenvolver o trabalho na AB baseado na interprofissionalidade e na intersetorialidade com a presença do/a assistente social vai se tornar essencial na viabilização dos direitos sociais para enfrentar o projeto privatista, que desresponsabiliza o papel do Estado.

Feitas tais considerações, nos voltaremos para a pesquisa que realizamos a qual se caracterizou como de natureza bibliográfica e documental. Recorremos aos anais dos trabalhos publicados nos Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (CBAS) dos anos 2016 e 2019 e optamos por esse recorte considerando que a contrarreforma do Estado brasileiro se alastra desde os anos 1990, mas se intensifica de forma significativa após o golpe de 2016 até os dias atuais. Delimitamos nossa pesquisa para identificar esse processo de aceleração do avanço neoliberal no país e seu incentivo às privatizações e à minimização do Estado sobre as políticas públicas e sociais, com foco na política de saúde.

No levantamento realizado nos anais do referido congresso, utilizamos os seguintes descritores temáticos para a identificação dos trabalhos relacionados com o nosso tema: atenção básica/primária; trabalho do assistente social na saúde; e contrarreforma na saúde. Diante da amplitude das publicações nesse evento, e considerando nosso objetivo de estudo, o critério inicial foi de artigos que apresentassem os descritores definidos, nos títulos ou nas palavras-chave.

A partir desse levantamento com base nos descritores mencionados, foram encontrados 13 artigos no CBAS 2016, porém, após uma leitura minuciosa dos mesmos consideramos que apenas 6 estavam relacionados com a nossa pesquisa. Já no CBAS 2019, identificamos 47 artigos, mas apenas 10 condiziam com nosso objetivo. Dessa forma a amostra da nossa pesquisa totalizou 16 artigos.

Após a definição da amostra, a coleta de dados foi norteada por um roteiro de leitura (anexo), que buscou contemplar a identificação de informações relacionadas aos objetivos da pesquisa, contida nos artigos publicados nos congressos de 2016 e 2019. Na leitura dos artigos, inicialmente direcionamos nosso olhar para o resumo e a introdução, com o intuito de identificar a abordagem da prática do profissional no contexto de contrarreforma, posteriormente selecionamos trechos em torno do nosso objeto de estudo, para codificar e analisar o material. Em seguida, organizamos nossa categorização a partir da numeração para identificação de cada artigo, por exemplo: Art.1/2016 ou 2019 e assim sucessivamente.

Partindo de uma abordagem qualitativa para compreendermos os significados e concepções postas, realizamos a seleção do material bibliográfico e documental. A análise dos dados foi norteada pelo método crítico-dialético, para a compreensão da realidade em sua totalidade, aprendendo os aspectos sociais, políticos e históricos que são intrínsecos ao nosso objeto de estudo.

Tendo como objetivo analisar os impactos da contrarreforma na política de saúde e suas implicações na atuação do assistente social da atenção básica, a partir das publicações no CBAS, buscamos identificar nos artigos publicados no referido congresso, em suas edições de 2016 e 2019, como esse processo de desmonte na política de saúde afeta o trabalho do assistente social da atenção básica.

Os artigos pesquisados trazem a análise da contrarreforma da saúde relacionada às transformações societárias decorrentes do projeto neoliberal implementado a partir da década de 1990, que vão redirecionar as políticas públicas e a economia do país:

No Brasil, as décadas de 1980-1990 são marcadas pelo condicionamento de reformas na esfera política combinando, por um lado, as conquistas de cunho democrático - cuja expressão mais forte foi a Constituição Federal de 1988 - e por outro lado, a contrarreforma neoliberal (Art.6/2016, p.1).

A Contrarreforma do Estado Brasileiro, levada a cabo desde os anos 1990 no Brasil, minimizou o Estado, privatizando-o, mercantilizando as esferas da vida social. A Seguridade Social foi sendo descaracterizada de sua integralidade como política pública, seu financiamento reduziu-se gradativamente e o Estado foi se desresponsabilizando, dando lugar às instituições filantrópicas e caritativas. Nesse sentido, a opção política até os dias atuais continua sendo a neoliberal privatista contraposta a de democracia de massas (Art.9/2019, p.2).

O SUS foi descrito na maioria dos artigos como um grande marco para a história da política de saúde, com destaque para a discussão dos dois projetos vigentes no cenário político em torno da saúde:

A política de saúde brasileira convive com duas perspectivas: de um lado o SUS, de outro lado os planos de saúde privados, que estão cada vez mais presentes no orçamento das pessoas, com a lógica de mercado entranhada em cada relação mercantil (Art.1/2016, p.6).

As proposições da Reforma Sanitária brasileira compreendem a definição das responsabilidades do Estado em relação à saúde e questionam o direcionamento do sistema capitalista dado à saúde como mercadoria. [...]. Porém, as transformações a partir dos anos de 1990, com o ideário neoliberal, tem impactado o campo dos direitos sociais no Brasil. No que diz respeito à saúde, a abertura para a participação de planos privados nessa área, desde esse período tem impactado a qualidade dos serviços prestados pelo SUS para a população (Art.5/2016, p.5).

O processo de contrarreformas, instituído desde 1990, vem ganhando ainda mais fôlego no cenário atual, acarretando impactos nefastos à Seguridade Social. [...] o Sistema Único de Saúde (SUS) tem sido questionado e acirram-se emendas constitucionais de incentivo ao desfinanciamento e precarização das políticas sociais e dos serviços de saúde. O projeto de Reforma Sanitária, pautada na universalidade do acesso à saúde e na responsabilidade do Estado, tem perdido espaço para propostas privatistas, tais como: planos de saúde populares; diminuição da cobertura assistencial pelo SUS [...] (Art.8/2019, p.1).

As tendências de análise do processo de contrarreforma na política de saúde seguem uma lógica de argumentação pautada em um referencial crítico. Entendemos que isso corresponde ao amadurecimento da categoria, que, orientada pelo seu projeto ético-político, tem apresentado ao longo das últimas décadas uma produção intelectual crítica e uma ativa militância na defesa dos direitos sociais que se expressa em vários artigos analisados.

No tocante à atenção básica, buscamos identificar nos trabalhos pesquisados como esses ataques contrarreformistas impactam no desenvolvimento da AB, considerada a porta de entrada dos serviços de saúde, em que ocorre o primeiro contato dos usuários com o serviço público:

[...] os serviços de APS no Brasil tem padecido com a lógica neoliberal que, desde 1990, tem diminuído os repasses de recursos financeiros, o que ocasiona um efeito cascata: sucateia os serviços, diminui a oferta, desvaloriza os profissionais, flexibiliza as relações de trabalho, entre outros. O modelo médico-curativo já “falido”, em termos resolutivos em saúde, ainda gera lucro quando falamos da cobertura privada e/ou do uso da alta tecnologia e mais diversidade de especialidades médicas (Art.7/2019, p.10).

As iniciativas privatizantes intensificadas no contexto neoliberal recente indicam ao Estado a possibilidade de garantir apenas serviços básicos voltados para a APS e para a população que não pudesse arcar com as despesas de saúde via mercado. Tal proposta inicial de racionalização de recursos tem sido retomada com força na atualidade, haja vista que o Brasil, a partir dos anos 1990, passa a investir na APS. Nesse período, no país, o termo APS foi substituído por atenção básica, remetendo ainda mais à lógica da reforma, de atendimento básico, serviços mínimos para a população que não tivesse condições de arcar com os custos de um plano de saúde privado (Art.11/2019, p.7).

Os artigos mostram como esse sucateamento e desfinanciamento do Estado impactam no SUS e consequentemente na atenção básica:

Os serviços de saúde tornaram-se cada vez mais espaços de supercapitalização e relevante fonte de investimento e lucratividade capitalista. As diversas formas de capital, em tempos de dominância financeira, conectam a cadeia de mercadorias e serviços desde o espaço da produção e comercialização até as finanças: indústria de medicamentos, equipamentos médico-hospitalares e insumos, sistema público de saúde, redes de hospitais, clínicas, farmácias, planos privados de saúde, seguros saúde, bolsa de valores, linhas de crédito e financiamento bancários, entre outros (Art.3/2016, p. 3).

O direito à saúde pública tornou-se espaço de expansão do capital, havendo uma correlação significativa entre a privatização da saúde e a precarização dos serviços públicos como parte integrante do modelo de desenvolvimento brasileiro (Art.3/2016, p. 8-9).

Tal desmonte das políticas sociais impacta na integralidade da saúde prevista nos princípios do SUS, posto que, sem acesso às demais políticas públicas e sociais que garantam seus direitos sociais, as (os) usuárias (os) não conseguem atingir a dimensão biopsicossocial que compõe o conceito ampliado da saúde, bem como, outras questões, que asseguram sua qualidade de vida digna, como alimentação, habitação, educação, cultura, lazer, saneamento básico (Art.9.2019. p.10).

Diante disso, buscamos identificar nos trabalhos como é abordada a prática profissional dos assistentes sociais e se a discussão da contrarreforma é relacionada com as inflexões desse processo no cotidiano profissional:

Essa precarização do trabalho afeta, de mesmo modo, as assistentes sociais inseridas na política de saúde e em diferentes espaços sócio-ocupacionais. A assistente social, sendo ela parte da classe trabalhadora, se encontra com condições precárias de trabalho e ao mesmo tempo lida com a precarização dos usuários que chegam até ela, bem como, das políticas sociais e com as contradições da sociabilidade capitalista (Art.9/2019, p.10).

Além da preponderância das demandas assistenciais e emergências, identificamos também outras duas grandes áreas em que se situam as demandas ao Serviço Social na saúde reatualizadas de acordo com os fundamentos e mecanismos da contrarreforma: demandas relacionadas à tecnificação/assessoria à gestão e demandas socioeducativas e politizadoras que reproduzam a racionalidade hegemônica do sistema (Art.3.2016. p. 8-9).

[...] as expressões da questão social estão presentes na realidade de uma Unidade Básica de Saúde, a qual sofre com o avanço do conservadorismo e das políticas neoliberais que interferem na efetivação da política de saúde, trazendo rebatimentos para a profissão no seu exercício profissional, enfrentando assim, muitos desafios para materializar o projeto ético-político frente a uma conjuntura completamente cruel de retrocesso de direitos (Art.12.2019. p.2-3).

Verificamos que nos artigos pesquisados há um reconhecimento de que as medidas contrarreformistas atingem as condições de trabalho do assistente social e impactam diretamente na realidade dos serviços prestados à população. Enquanto trabalhador assalariado, os mesmos passam a enfrentar os contratos temporários, o pluriemprego, fazendo com que o profissional se insira em mais de um campo de atuação, baixos salários, na descontinuidade do exercício profissional e precariedade nos espaços de trabalho. Todas essas medidas vão interferir e limitar as ações voltadas para o enfrentamento da questão social e dos determinantes sociais do processo saúde-doença, passando a ser oferecidos serviços emergenciais, imediatistas, meramente instrumentais (GUERRA, 2010).

Essa valorização desenfreada do capital que repercute na oferta de serviços seletivos e focais para a população vai incidir na AB, que no contexto brasileiro é considerada como o que desenvolve o serviço mais eficiente, com maior resolutividade, entre os níveis de saúde pública. Os artigos a seguir expressam o entendimento do desmonte realizado neste nível de atenção após a PNAB de 2017:

Ainda no campo das iniciativas de regressividade, tem-se: na Política de Atenção Básica, através da Portaria Nº 2436/17, a revisão de diretrizes para a organização da atenção básica, no âmbito do SUS. A sua aprovação é considerada um retrocesso por flexibilizar critérios e regras, uma vez que possibilita a diminuição da quantidade e especialidades de profissionais que vão atender à população e o fim da ideia de acompanhamento contínuo das famílias, marca da Estratégia Saúde da Família (ESF). A ESF continua sendo a estratégia prioritária, mas as mudanças permitem o reconhecimento de outras formas de organização nos territórios. Há mudanças também na forma de financiamento, que poderão ser realizados para equipes de atenção básica menores ou fora do antigo padrão. Essa revisão revoga a prioridade do modelo assistencial da ESF, rompe com a centralidade na organização do SUS, ameaça a presença do agente comunitário de saúde como integrante dos profissionais de atenção básica e introduz o conceito de cesta básica de serviços em consonância com as recomendações do BM (Art.10/2019, p.5-6).

Com relação à revisão da Política Nacional de Atenção Básica, [...] ressalta-se que a mesma não foi analisada no Conselho Nacional de Saúde e não foi discutida junto à sociedade, restringindo esse debate a uma consulta pública por meio eletrônico, em curtíssimo espaço de tempo. Apesar de o texto afirmar que a Saúde da Família continua como a estratégia prioritária para a expansão e consolidação da Atenção Básica no Brasil, o mesmo rompe com sua centralidade e institui formas de financiamento para outros arranjos assistenciais que não contemplem equipes multiprofissionais com a presença de agentes comunitários de saúde (ACS), possibilitando a organização da Atenção Básica com base em princípios opostos àqueles norteadores da Atenção Primária à Saúde (APS) (Art.15/2019, p.4).

A ESF vem se tornando alvo da lógica mercantilista e cada vez mais o Estado deixa de ser o provedor das políticas públicas, repassando suas funções para o âmbito privado, desmontando o serviço contínuo da AB, rompendo com a promoção, prevenção de saúde, retirando o vínculo dos profissionais e favorecendo um serviço de acordo com o conceito restrito das agências internacionais.

Essa incansável aniquilação de direitos pauta-se no discurso de crise para beneficiar o capital, o que ocasiona um processo de desmonte na saúde, afetando a qualidade dos serviços oferecidos e nos direitos dos trabalhadores:

Os profissionais não conseguem atender todas as demandas dos usuários visto que, há a escassez de profissionais e a busca intensa desse serviço torna o trabalho dos profissionais cada vez mais precarizado. Assim, o que se percebe [...] é que devido à ausência de profissionais em número necessário para atender a demanda, os que estão inseridos no serviço precisam se desdobrar atendendo o máximo possível, com uma demanda intensa, em condições precárias, o que muitas vezes compromete a saúde do próprio trabalhador que passa agora a trabalhar por dois (Art.2/2016, p.6-7).

Cabe destacar a presença do assistente social na saúde e como a categoria vem apresentando um comprometimento e uma intervenção profissional na luta pela efetivação do direito social à saúde diante de tantos ataques que a política de saúde vem sofrendo desde sua efetivação como um direito universal. Cabe ressaltar as demandas postas ao serviço social e como as necessidades dos usuários chegam aos profissionais atuantes na atenção básica:

[...] as demandas por acesso aos serviços de saúde não chegam ao Serviço Social isoladas, mas acompanhadas de outras necessidades sociais. As necessidades trazidas pela população na atenção básica são necessidades de saúde na sua concepção ampliada, envolvendo a educação, assistência social, trabalho, habitação e direitos previdenciários. Esse conjunto de necessidades em saúde e também necessidades sociais revelam a enorme vulnerabilidade na proteção social em que vive grande parte da população. A grande maioria dos usuários não tem acesso a esses serviços sociais, por desconhecimento desse direito ou porque os serviços descritos nas legislações como direitos muitas vezes não saíram do papel. Também chegam para o assistente social demandas de usuários que têm conhecimento da existência do serviço, mas por analfabetismo, carência socioeconômica ou falta de apoio familiar não conseguem acessá-lo (Art.11/2019, p.10).

Desse modo, percebemos que o assistente social parte dos determinantes sociais que interfere diretamente no processo saúde-doença, buscando, nesse contexto, identificar as necessidades do usuário e a construção de mediações para viabilizar os direitos garantidos em lei e muitas vezes desconhecidos pelo usuário e seus parentes.

Assim, a presença do/a assistente social na AB, desenvolvendo um trabalho baseado na interprofissionalidade e na intersetorialidade, é bastante relevante para a viabilização dos

direitos sociais e para enfrentar o projeto privatista. Para isso, buscamos, nos artigos pesquisados, identificar a importância da inserção do assistente social na AB, como pode ser expresso nos trechos abaixo:

[...] A contribuição do Serviço Social na área da saúde se faz principalmente pela abrangência que a profissão emprega sobre os fenômenos, aplicando um olhar sobre a perspectiva da totalidade social e a apreensão histórica sobre as relações sociais. Pois compreende-se que o processo de cuidado não se constitui no processo mecânico entre saúde-doença, em relação de causa e efeito, mas o compreende a partir de determinantes e condicionantes da saúde, os quais se constituem das relações societárias (Art.4/2016, p. 8).

Diante do cenário brasileiro atual, com a privatização de vários serviços que deveriam ser garantidos pelo Estado, torna-se essencial a força conjunta do assistente social com a classe trabalhadora, para o fortalecimento de um projeto societário coletivo, comprometido com a justiça social e em favor do enfrentamento das expressões da questão social na saúde (Art.5/2016, p.12).

O Serviço Social, ao inserir-se na equipe multiprofissional na Atenção Básica, protagoniza a construção de ações coletivas que ultrapassam as práticas meramente curativas. Nessa direção, estimula a equipe no fortalecimento de ações que visam o alcance da saúde individual e coletiva e às suas determinações, as quais impelem o acesso aos bens e serviços indispensáveis à garantia dos direitos sociais, sobretudo em situações cujos determinantes advêm de condições precárias de vida. Envolve-se, portanto, interdisciplinarmente e intersetorialmente na resolução dos problemas de saúde através da sua expertise em construir metodologias de ação direcionadas a indivíduos e famílias, articulando-as ao contexto social ao construir redes e ao estimular a inscrição, na esfera pública, das demandas que devem ser debatidas coletivamente em prol da garantia de direitos (Art.11.2019. p.10-11).

Em suma, a atuação profissional dos assistentes sociais é cercada por inúmeros desafios no atual contexto de contrarreformas. Porém, torna-se um profissional fundamental na luta para romper esses limites postos por esse cotidiano adverso, através do seu olhar crítico, da sua intervenção, buscando estratégias para democratizar o acesso da população ao que foi garantido constitucionalmente e na luta pela defesa da saúde universal.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Constituição Federal de 1988 é um marco para a efetivação dos direitos, conquistados a partir das lutas dos movimentos sociais e da Reforma Sanitária Brasileira. Aqui destacamos o Sistema Único de Saúde (SUS) como uma conquista fundamental, tornando a saúde um direito de todos, com um caráter universal e igualitário.

A criação da Estratégia Saúde da Família (ESF), como orientadora das ações na Atenção Básica, foi mais um passo importante, pois buscou reorganizar os serviços de saúde oferecidos nesse nível de atenção, através da promoção, prevenção e proteção, favorecendo a integralidade dos cuidados em saúde.

Entretanto, desde os anos 90, devido ao avanço do ideário neoliberal, o SUS torna-se um campo rentável, fazendo com que o setor privado lucre em cima dele, já que o Estado passa a se eximir do seu papel de provedor se desresponsabilizando do financiamento do setor público e privilegiando ações de contrarreformas. As contrarreformas do Estado vão oferecer uma saúde focal e seletiva, baseada no assistencialismo, mostrando as parceiras público-privadas como melhor saída e corrompendo os princípios do SUS.

Essas consequências se agravaram ainda mais com o golpe de 2016, pois as medidas contrarreformistas passaram a ser avassaladoras e constantes. O desmonte na política de

saúde, e em particular na atenção básica, precariza todos os princípios estabelecidos pelo SUS, quebra o trabalho contínuo oferecido pela AB e recai sobre os profissionais de saúde inseridos nele.

Entre todo esse processo de tensionamento, encontra-se o assistente social que atua na política de saúde e também tem o Estado como seu maior empregador. As contrarreformas atingem diretamente a sua atuação profissional, pois sucateiam as políticas públicas e sociais.

Com a análise dos artigos dos CBAS 2016 e 2019, percebemos que a categoria pontua os impactos da contrarreforma na política de saúde, através dos desmontes aplicados nos serviços oferecidos pelo SUS, inviabilizando o avanço da Atenção Básica, devido às incansáveis tentativas de privatização, desestruturando o espaço de trabalho do assistente social e impactando na vida da população e no que foi garantido na Constituição de 1988.

A partir do exposto, verificamos a importância do assistente social na saúde, e no primeiro nível de atenção, contribuindo para a orientação voltada à viabilização de direitos, na democratização do acesso à informação, na luta para manutenção das políticas sociais e no fortalecimento da participação social na defesa do SUS.

Nesse cotidiano adverso, a categoria inserida nesse espaço é desafiada a exercer um trabalho baseado na reflexão crítica, de forma coletiva e articulada, pautado no Projeto Ético-Político, para reafirmar a defesa dos direitos da classe trabalhadora e se ver como parte desse processo, pois a contrarreforma implica na sua atuação e na precarização do seu trabalho e ameaça constantemente os direitos sociais.

REFERÊNCIAS

ARANTES, Luciano José; SHIMIZU, Helena Eri; MERCHÁN-HAMANN, Edgar. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 21, n.9, p. 1499-1510, 2016.

BARBOSA, Eliedna de Sousa. **Desvinculação de receitas da união e déficit de accountability**: um estudo na política pública de saúde no Brasil. 2020. 184 f. Tese (Doutorado em Ciências Contábeis) - Universidade de Brasília (UnB), Brasília, 2020.

BEHRING, Elaine Rosseti. Políticas Sociais no Governo Lula: uma reflexão. **Revista INSCRITA**, Brasília, CFESS, n. 9, p. 20-35, 2004.

BEHRING, Elaine Rosseti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política social**: fundamentos e história. São Paulo: Cortez Editora, 2011.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 06 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Coletânea de Normas para o Controle Social no Sistema Único de Saúde**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 208 p. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/coletanea_miolo.pdf. Acesso em: 15 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial.** Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Oficina de qualificação do NASF.** 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica – PNAB.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 1.886 de dezembro de 1997.** Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, p. 11-13, 22 dez. 1997. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria1886_18_12_97.pdf . Acesso em: 03 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção à Saúde. **Nota técnica n° 3/2020 de SF/SAPS/MS.** Brasília, DF, 2020.

BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo. A saúde nos governos Lula e Dilma: algumas reflexões. In: BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo. (Orgs). **Cadernos de Saúde.** Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal universal, gratuito e de qualidade. Rio de Janeiro: UERJ/Rede Sirius, 2011. p. 43-49.

BRAVO, Maria Inês Souza; PELAEZ, Elaine Junger; DE MENEZES, Juliana Souza Bravo. A saúde nos governos Temer e Bolsonaro: o SUS totalmente submetido ao mercado. In: Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais, 2019, Distrito Federal, **Anais do Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais.** [S. l.], 2019. 1-13.

BRAVO, Maria Ines Souza; PELAEZ, Elaine Junger; PINHEIRO, Wladimir Nunes. As contrarreformas na política de saúde do governo Temer. **Argumentum,** [S. l.], v. 10, n. 1, p. 6-23, 2018.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, Ana Elizabete *et al.* **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional.** 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009. p. 88-110.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de. Reforma sanitária e projeto ético-político do Serviço Social: elementos para o debate. In: BRAVO, Maria Inês Souza; VASCONCELOS, Ana Maria; GAMA, Andrea de Sousa; MONNERAT, Giselle Lavinias. **Saúde e Serviço Social.** São Paulo: CORTEZ, 2007. p. 25-47.

COHN, Amélia. Saúde e desenvolvimento social. **Saúde e Sociedade,** [S. l.], v. 18, n.19, p. 41-47, 2009.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DA SAÚDE, 1978, Alma-Ata. Declaração de Alma-ata. In: BRASIL, Ministério da Saúde. Secretária de Políticas da Saúde. Projeto Promoção da Saúde. Cartas da promoção da saúde. Brasília, DF, 2002. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocaoção.pdf. Acesso em: 12 dez. 2021.

CORREIA, Maria Valéria Costa. Entre a Reforma Sanitária e o SUS: os interesses do Capital na Saúde. In: CORREIA, Maria Valéria Costa. SANTOS, Viviane Medeiros dos (org). **Reforma Sanitária e a Contrarreforma na Saúde: os interesses do Capital em Curso**. Maceió: EDUFAL, 2015. 67-89.

CORREIA, Maria Valéria Costa de; SANTOS, Viviane Medeiros dos. Privatização da saúde via novos modelos de gestão: as Organizações Sociais em questão. In: BRAVO, Maria. Inês. Souza *et al.* (Orgs). **A mercantilização da saúde em debate: as Organizações Sociais no Rio de Janeiro**. 1ª ed. Rio Janeiro: UERJ- Rede Sirius, 2015. 33-49.

FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues; MATTA, Gustavo Corrêa. **Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas**. Rio de Janeiro: EPSJU, 2007.

FLEURY, Sonia. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, p. 743-752, 2009.

GIOVANELLA, Lúgia; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, Lúgia *et al.* (org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz/Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, 2009. p. 575-625.

GIOVANELLA, Lúgia; FRANCO, Cassiano Mendes; ALMEIDA, Patty Fidelis de. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 25, n. 82, p. 1475-1482, 2020.

GUERRA, Yolanda. **Serviço Social: dilemas da precarização e estratégias de enfrentamento**. Crise contemporânea e serviço social. Maceió: Edufal, 2010. p. 85-110.

KRÜGER, Tânia Regina. Serviço social e saúde: espaços de atuação a partir do SUS. **Serviço Social e Saúde**, Unicamp Campinas, v. 9, n. 2, p. 123-145, 2010.

MARTINI, Débora; DAL PRÁ, Keli Regina. A inserção do assistente social na atenção primária à saúde. **Argumentum**, [S. l.], v. 10, n. 1, p. 118-132, 2018.

MENDES, Áquilas. A saúde pública brasileira no contexto da crise do Estado ou do capitalismo? **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, supl. I - p. 66-81, 2015.

MENEZES, Juliana Souza Bravo de. **Os governos do PT e as políticas sociais: nada de novo no front**. UERJ: Cadernos de saúde, 2015.

MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães Cardoso; FONSECA, Angélica Ferreira; LIMA, Luciana Dias de. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 11-24, 2018.

MOROSINI, Marcia Valeria Guimarães Cardoso; FONSECA, Angélica Ferreira; BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria. Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica?. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 9, p. 1-30, 2020.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

- PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma Sanitária Brasileira: Contribuição para a compreensão Crítica**. 2007. Tese (Doutorado em CURSO) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, 2007.
- PAULINO, Ivan; BEDIN, Livia Perasol; PAULINO, Livia Valle. **Estratégia Saúde da Família**, São Paulo; Ícone; 2009.
- PSL. **O caminho da prosperidade**. Proposta de Plano de Governo. Brasília: Partido Social Liberal. 2018. Disponível em: https://flaviobolsonaro.com/PLANO_DE_GOVERNO_JAIR_BOLSONARO_2018.pdf. Acesso em: 12 dez. 2021.
- REIS FILHO, José Carlos Ramos dos. **A Emenda Constitucional 95 e a política de saúde: em defesa do SUS**. Brasília: 69f, 2017.
- SAMPAIO, Juliana *et al.*. Núcleo de apoio à saúde da família: refletindo sobre as acepções emergentes da prática. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, [S. l.], v. 17, n. 1, p. 47-54, 2013.
- SANTOS, Maria Aparecida Nunes dos; SERPA, Moema Amélia. A particularidade do trabalho do assistente social na saúde no contexto de contrarreforma. In: SILVA, Alessandra Ximenes; NÓBREGA, Mônica Barros da. MATIAS, Thaísa Simplício Carneiro. **Contrarreforma, intelectuais e serviço social: as inflexões na política de saúde**. Campina Grande: EDUEPB, 2017. 289-306.
- SILVA, Alessandra Ximenes. **Lutas sociais e contradições dos sujeitos políticos no processo de reforma sanitária brasileira**. 2014. Tese (Doutorado em CURSO) - Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife, 2014.
- SOARES, Raquel Cavalcante. **A contrarreforma na política de saúde e o SUS hoje: impactos e demandas ao Serviço Social**. 2010. Tese (Doutorado em Serviço Social) Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2010.
- STARFIELD, Bárbara. **Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. – Brasília: UNESCO, 2002.
- TRISTÃO, E. A opção neoliberal do primeiro mandato do governo Lula. **SER Social**, [S. l.], v. 13, n. 28, p. 104–128, 2011. DOI: 10.26512/ser_social.v13i28.12684. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/12684 . Acesso em: 11 ago. 2021
- VASCONCELOS, Kathleen Leal. **Promoção de Saúde e Serviço Social: uma análise do debate profissional**. Recife, 2013, Tese (Doutorado em Serviço Social). Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2013.
- VASCONCELOS, Kathleen Leal; SILVEIRA, Sandra Amélia Sampaio; XAVIER, Alexandra Bonifácio. Contrarreforma na Atenção Primária à Saúde: A estratégia Saúde da Família em Foco. In: SILVA, Alessandra Ximenes; NÓBREGA, Mônica Barros da. MATIAS, Thaísa Simplício Carneiro. **Contrarreforma, intelectuais e serviço social: as inflexões na política de saúde**. Campina Grande: EDUEPB, 2017. p. 229-248.

WERNECK, Guilherme Loureiro; CARVALHO, Marília Sá. A pandemia de COVID-19 no Brasil: crônica de uma crise sanitária anunciada. **Cadernos de saúde pública**, [S. l.], v. 36, n. 5, p. e00068820, 2020.

APÊNDICE A - ROTEIRO DE LEITURA

- Identificação do CBAS
 - 1) Ano da publicação:
 - 2) Título:
 - 3) Autor (a):

- Identificação da temática
 - 1) Leitura do resumo e introdução para identificar o objeto de estudo.
 - 2) Identificar como é tratada a contrarreforma na política de saúde nos artigos e a relação que é feita com a atenção básica.
 - 3) Verificar se os artigos discutem os impactos da contrarreforma no trabalho do assistente social na atenção básica.
 - 4) Identificar a importância do assistente social na atenção básica.

- Observações:

AGRADECIMENTOS

Quero agradecer primeiramente a Deus, por sempre me guiar e abençoar em todos os momentos da minha vida.

A minha intercessora no céu, minha Nossa Senhora das Graças, por atender meus pedidos e me agraciar com sua bondade.

Aos meus pais, Ramon e Suely, por serem minha fonte de amor, por sempre me apoiarem a conquistar meus sonhos, por serem meu abrigo. Essa conquista é nossa, amo vocês!

A minha Vó Maria (*in memoriam*), por sempre me incentivar a estudar, por todo seu amor e cuidado, que são meu combustível diário para perseverar. Vó, como prometido, conseguimos!

Aos meus tios, Sandro e Célio, por serem minha alegria e por me darem tanto amor, isso foi fundamental no meu crescimento. Ao meu Vô Noé, por ser o maior incentivador da educação e ser minha fonte de inspiração. A toda minha família, vocês são a parte mais bonita da minha história. Amo vocês!

A Danillo, meu namorado, amigo e companheiro, obrigada por me apoiar, me incentivar e acreditar em mim em todos os momentos, você tornou essa caminhada mais leve. Te amo!

As minhas companheiras de curso, que compartilharam os desafios da graduação comigo, que tiraram risadas nos momentos de angústia, que juntas aprendemos que o amor e amizade são fundamentais. Mariana, Marlene e Débora, vocês tornaram-se irmãs e companheiras de luta. Essa vitória é nossa!

Ao departamento de Serviço Social, minha gratidão pelo compromisso e dedicação com a nossa formação.

A minha querida orientadora, Sandra Amélia, por sua compreensão, por estar comigo nessa caminhada desde o segundo período, por fazer meus olhos brilharem ao partilhar seus conhecimentos, por virar minha inspiração, por ser minha luz nos momentos de dúvidas, por acreditar em mim e tornar essa etapa mágica. Conseguimos!

À banca examinadora, Socorro e Thaisa, por serem tão importantes nos momentos de descoberta da graduação, por fazer me apaixonar pela área da saúde, vocês são peças fundamentais na minha formação. Obrigada por tudo!

A todos meus amigos que contribuíram de alguma forma para que esse processo de conquista fosse realizado, obrigada!

A todos que lutam por um sistema de saúde universal e gratuito, que sabem o poder da educação como agente transformador da realidade.

Muito obrigada!