

A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE: os impactos da contrarreforma evidenciados durante a pandemia da covid-19

Maria Alexandra Pereira de Mesquita¹

RESUMO: Este artigo tem como objetivo trazer a importância da atuação do Assistente Social na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), bem como apresentar as dificuldades advindas do processo de contrarreforma do Sistema Único de Saúde (SUS) evidenciados durante o período da pandemia da covid-19. Através da compreensão dessas vertentes, é possível analisar propostas para o enfrentamento de tais questões buscando a democratização do conhecimento, a efetivação dos direitos e emancipação dos sujeitos. A compreensão acerca da temática abordada para elaboração do presente artigo foi possível através de pesquisa bibliográfica.

PALAVRAS- CHAVES: Assistente Social; Atenção Básica de Saúde; Contrarreforma; Covid-19.

ABSTRACT: This article aims to highlight the importance of the role of the Social Worker in the National Primary Care Policy (PNAB), as well as to present the difficulties arising from the counter-reform process of the Unified Health System (SUS) evidenced during the period of the health pandemic Covid-19. Through the understanding of these aspects, it is possible to analyze proposals to face such issues seeking the democratization of knowledge, the realization of rights and the emancipation of the subjects. The comprehension about the theme approached for the elaboration of this article was possible through bibliographic research.

KEYWORDS: Social Worker; Primary Health Care; Counter-reform; Covid-19.

1. INTRODUÇÃO

Antes da conquista do Sistema Único de Saúde (SUS) a política de saúde no Brasil era pautada na medicina privatista e curativa. O acesso à saúde era limitado a uma parcela da população que exercia atividade remunerada e seus dependentes. Após intensas lutas e reivindicações da classe trabalhadora pela ampliação do acesso às ações e serviços de saúde, foi implementado o Sistema Único de Saúde pautado nos princípios da universalidade, integralidade e equidade. A saúde que antes era vista como a ausência de doença passou a ser vista como um conjunto de fatores

¹ Graduanda em Serviço Social pela Universidade do Grande Rio Professor José de Souza Herdy (6º período). Estagiária do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro. Agente Comunitário de Saúde (2014-2017) no CMS Alice de Toledo Tibiriçá. E-mail: mariamesquita@unigranrio.br.

condicionantes e determinantes, ou seja, a realidade vivenciada pelo indivíduo afeta diretamente na sua condição de saúde.

Ao longo do tempo foi visto que a maior parte das internações em hospitais especializados e emergências era devido a agravos de doenças e condições de saúde que caso acompanhadas corretamente poderiam ser controladas. Dessa forma a atenção básica de saúde passou a ser vista como o eixo estruturante do SUS. A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) constitui a porta de entrada para os serviços de saúde, realiza ações voltadas para a prevenção, promoção da saúde e educação em saúde, sendo caracterizada como a base de toda a estrutura da Rede de Atenção à Saúde (RAS). A atenção básica é composta por equipes básicas e equipes multiprofissionais.

O Assistente Social faz parte da equipe multiprofissional, atuando em meio as expressões da questão social provenientes do modo de produção capitalista. Dentro da política de saúde os Assistentes Sociais atuam principalmente com a democratização de informações acerca dos direitos dos usuários, dos serviços que são prestados pela unidade, e do funcionamento da rede de atenção à saúde, de forma a promover a autonomia dos sujeitos no seu processo de cuidado, orientá-los a compreender as particularidades da realidade em que se encontram inseridos e a lutar para efetivação de seus direitos.

O SUS tem sofrido ao longo dos anos com as contrarreformas que estão sendo impostas pelos governos e tem provocado o desmonte desse sistema. Os investimentos na Política de Saúde estão sendo diminuídos de forma gradativa e as unidades acabam sofrendo as consequências dessa falta. Faltam estruturas adequadas, insumos, medicação e profissionais em todas as unidades que fazem parte dos mais variados níveis de atenção. Atravessamos um período de pandemia da covid-19 em meio a essa crítica realidade de falta de acesso, o que impede um maior controle da proliferação da doença e do aumento no número de mortos e infectados.

Os Assistentes Sociais acabam sofrendo com esses desdobramentos por fazerem parte dos trabalhadores da saúde que atuam em meio as dificuldades apresentadas, e por atuarem diretamente com as desigualdades produzidas por esse processo de desmonte a saúde pública. É necessário analisar os processos que antecedem as

atuais condições, e a buscarmos estratégias para o enfrentamento dessas questões que tem afetado a toda a população brasileira.

A proposta acerca do presente estudo caracteriza-se em trazer a importância da atuação do Assistente Social na Política Nacional de Atenção Básica, bem como evidenciar os impactos relacionados ao desmonte do SUS, através das contrarreformas que vem sendo impostas até os dias atuais, e que estão sendo evidenciados de forma crítica durante a pandemia da covid-19. Tal necessidade de trazer o conhecimento das temáticas abordadas se deve a experiência adquirida atuando na atenção básica de saúde como agente comunitário de saúde.

2. A REFORMA SANITÁRIA NO BRASIL

Durante o período do Brasil Colonial até o Império não houve avanços na saúde brasileira. O acesso ao tratamento das enfermidades era limitado aos que possuíam alto poder aquisitivo. As Santas Casas de Misericórdia prestavam assistência à população mais vulnerável, mas devido à ausência de recursos não possuíam capacidade de prestar um atendimento efetivo.

No período da República o Brasil era visto como um país hostil devido ao grande número de doenças, o que implicava na vinda de mão de obra estrangeira. Devido a essas condições foram realizadas reformas urbanas e sanitárias principalmente em grandes cidades e áreas portuárias.

O crescimento econômico só seria possível com uma população saudável e produtiva. Através desse pensamento foram realizadas diversas ações e campanhas de saúde visando o combate de endemias que teve a frente o médico sanitário Oswaldo Cruz. Todavia as condições de saúde e moradia da maior parte da população permaneciam precárias e insalubres.

Instituída a partir da Lei Eloy Chaves as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPS) foram uma medida criada pelos trabalhadores, financiada através de contribuição dos empregados e empregadores, que garantiam o apoio na doença e na velhice. Era limitada apenas a algumas categorias profissionais até o governo de

Getúlio Vargas, onde se tornou Instituto de Aposentadorias e Pensões (IAPS) e foi ampliado a outros setores.

Contudo, as ações e os serviços prestados pelos IAPS eram totalmente focalizados em endemias e epidemias, e as verbas arrecadadas eram deslocadas para o financiamento da industrialização. Em 1964 a saúde permaneceu sofrendo com a redução de verbas. Houve também um aumento no número de endemias e de mortalidade infantil. Após uma grande pressão popular em 1966 foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) com o intuito de unificar os IAPS. A atenção primária passou a ser vista como responsabilidade dos municípios, e os serviços especializados como responsabilidade dos governos estadual e federal.

Somente após a 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986 foi possível o debate sobre a responsabilização do Estado pela promoção da saúde, a ampliação do acesso a toda a população, a reformulação do Sistema Nacional de Saúde e o financiamento setorial. A 8ª Conferência Nacional de Saúde foi a primeira a ter a participação da população, e foi base para elaboração do capítulo da Saúde posteriormente na Constituição Federal de 1988.

64

2. O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Através da Constituição Federal de 1988 o acesso a saúde pública passa a ser ampliado a toda população brasileira. O artigo 196 dispõe que:

A saúde é 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 Lei 8080 de 19 de setembro de 1990 que instituiu o Sistema Único de Saúde, é fruto de intensas lutas da classe trabalhadora por acesso à melhores condições de saúde. O processo de saúde e doença passam a ser compreendidos, pós Reforma Sanitária, a partir dos desdobramentos do modo de produção capitalista, das relações antagônicas entre a classe dominante e a classe trabalhadora, e as desigualdades advindas desse sistema. O SUS é constituído por princípios e diretrizes, ou seja, direitos fundamentais, que garantem o acesso aos usuários, e se caracterizam como:

- A universalidade do acesso, onde todos os brasileiros têm direitos aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência, sem nenhum tipo de contribuição direta, e sem discriminação;
- O princípio da equidade que diferente de igualdade, reconhece que todos os usuários precisam de atenção, mas que nem todos possuem o mesmo acesso aos serviços. Todos os usuários têm direito a saúde, e o acesso deve ser promovido observando as particularidades de cada indivíduo;
- A integralidade que permite o acesso a ações de orientações básicas de higiene até serviços mais complexos de transplante de órgãos. A saúde é vista como um conjunto de fatores determinantes e condicionantes que incluem “a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.” (Brasil, 2008);
- A descentralização permite que os serviços principais sejam o mais próximo possível da residência dos usuários dos serviços, e não nos grandes centros. O principal objetivo da descentralização é “(...) prestar serviços com maior qualidade e garantir o controle e a fiscalização por parte dos cidadãos.” (Brasil, 2008). A descentralização permite autonomia aos municípios para promover à atenção à saúde de acordo com o perfil populacional da sua região;
- O controle social proporciona à população o direito de fazer parte da construção do SUS, decidindo onde e como as ações e os serviços serão inseridos através dos Conselhos e Conferências de Saúde, ou de organizações populares locais;
- A regionalização e a hierarquização definem a organização dos serviços em níveis de complexidade, de forma crescente, as regiões e a população que será atendida.

3. A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA

A atenção básica ou atenção primária consiste no primeiro nível de atenção em saúde, e tem como base permitir o acesso efetivo às ações e serviços de saúde da Rede de Atenção em Saúde (RAS). As políticas de saúde existentes apresentavam custos elevados e baixa resolutividade. Nas regiões mais pobres a população sofria com a ausência de cuidados básicos e altos índices de mortalidade materno-infantil, reflexo da precariedade de condições sociais, econômicas e sanitárias. A proposta da atenção básica é atuar por meio de ações de prevenção e promoção da saúde,

possibilitando o controle de doenças e agravos, e diminuindo a demanda para os serviços especializados.

De acordo com a Portaria nº 2488 de 21 de outubro de 2011, a Política Nacional de Atenção Básica é definida como:

Conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. (BRASIL, 2011)

O processo de trabalho na Política Nacional de Atenção Básica é realizado de forma democrática e participativa, onde as ações são realizadas por equipes que se tornam responsáveis pela população de um território delimitado. As ações propostas envolvem o acompanhamento de grupos vulneráveis e possibilitam o protagonismo dos usuários e suas famílias dentro do seu processo de cuidado.

A atenção básica de saúde é determinada como porta de entrada e porta aberta dos serviços de saúde, através do acolhimento definido através de "(...) uma prática constitutiva das relações de cuidado(...)." (Brasil, 2011), entre trabalhadores e usuários. A atenção básica não é capaz de promover atenção integral aos usuários, mas tem como objetivo principal a resolução das demandas apresentadas, seja na própria unidade ou realizando encaminhamentos e se responsabilizando por esse diálogo de forma articulada com toda a rede.

Conforme a Portaria nº 2488 de 21 de outubro de 2011 são fundamentos e diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica:

- “Ter território adstrito sobre o mesmo, de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais” (Brasil, 2011). As unidades prestarão serviços e ações à população de um território delimitado, observando os fatores determinantes e condicionantes, promovendo o princípio da equidade;
- “Possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde (...). A unidade de saúde deve receber e ouvir todas as pessoas que procuram os seus serviços, de modo universal e sem diferenciações excludentes.” (Brasil, 2011) O acolhimento

deve ser realizado com o intuito de resolver as demandas apresentadas, encaminhando-as para os demais serviços quando necessário, e se responsabilizando pela resposta a ser dada por esses serviços.

- Responsabilização entre as equipes e a população adstrita, promovendo o acompanhamento contínuo, e tornando os profissionais como referência através da construção de relações de confiança. “A longitudinalidade do cuidado pressupõe a continuidade da relação clínica, (...) evitando a perda de referências e diminuindo os riscos de iatrogenia decorrentes do desconhecimento das histórias de vida e da coordenação do cuidado” (Brasil, 2011);
- “(...) Articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento, reabilitação e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins (...)” (Brasil, 2011). Diferentes profissionais de diversas áreas do saber atuam de forma interdisciplinar, através da articulação das ações dentro de um território adstrito, articulando tecnologias duras, leves e leves-duras.²
- Promover a autonomização dos usuários através da participação em seu processo de cuidado, e no controle social, tornando-os protagonistas das decisões acerca da saúde do seu município, favorecendo a busca pela implementação de programas e ações que possam atingir as particularidades do seu território.

67

4. A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE

O Assistente Social tem como base de atuação as dimensões teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa, em consonância com o Projeto Ético Político Profissional, e com as diretrizes do Código de Ética Profissional, atuando em uma perspectiva de totalidade. Esses profissionais atuam em meio a questão social e suas expressões, que se caracterizam “como o conjunto das desigualdades da sociedade capitalista, que se expressam por meio das determinações econômicas, políticas e culturais que impactam as classes sociais.” (Brasil, 2008, apud, lamamoto,

² “As tecnologias leves são as das relações; as leves-duras são as dos saberes estruturados, tais como as teorias, e as duras são as dos recursos materiais.” (Coelho e Jorge, 2009, apud, Merhy, 1977)

1982). A compreensão de tais questões foi fundamental no período da Reforma Sanitária para a compreensão da saúde e o quanto fatores externos podem afetá-la.

De acordo com os Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde existem quatro grades eixos de atuação: atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional. Tais eixos são explicitados através de Miotto e Nogueira (2006) que caracterizam as ações em saúde em três processos que estão dialeticamente articulados: processos políticos organizativos; processos de planejamento e gestão; e processos socioassistenciais.

Atendimento Direto aos Usuários

Predomínio de ações socioassistenciais de caráter interdisciplinar e socioeducativas. Consiste no atendimento de demandas espontâneas e programadas, realização de grupos, salas de espera, realização de visitas domiciliares e institucionais. As visitas domiciliares são uma das principais ferramentas utilizadas na atenção básica de saúde para a criação de vínculos com os usuários do território e reconhecimento da realidade daquela determinada região.

Ações Socioassistenciais

Conjunto de ações desenvolvidas com o intuito da garantia de direitos aos usuários através da promoção de atividades continuadas e da ampliação do acesso mediante a democratização de informações de forma individual e coletiva. As ações a serem desenvolvidas devem ser realizadas com o intuito de proporcionar o fortalecimento de vínculos familiares, permitindo a construção da autonomia dos usuários em seu processo de cuidado. A criação de protocolos e rotinas de ação são fundamentais para facilitar o acesso aos serviços de saúde.

Ações de Articulação com as Equipes de Saúde

A atuação interdisciplinar permite que profissionais de diversas áreas de atuação compartilhem diferentes saberes. De acordo com Yamamoto (2002) “são as diferenças de especializações que permitem atribuir unidade à equipe, enriquecendo-a e, ao mesmo tempo, preservando aquelas diferenças”. As atribuições do profissional de Serviço Social devem ser divulgadas para as demais categorias profissionais, pois

devido à falta de conhecimento são exigidas funções que não os compete. A realização de reuniões e debates possibilita a democratização de suas atribuições profissionais.

Ações Socioeducativas

Consiste na divulgação de informações através de abordagens individuais ou coletivas. Não devem apenas promover esclarecimentos ou levar os usuários a adesão, mas promover a participação da população no reconhecimento de sua realidade, ou seja, “devem ter como intencionalidade a dimensão da libertação (...)” (Brasília, 2010) ou seja, precisam “(...) enfatizar a participação dos usuários no conhecimento crítico da sua realidade e potencializar os sujeitos para a construção de estratégias coletivas.” (Brasília, 2010)

Mobilização, Participação e Controle Social

É caracterizada pelo apoio à adesão dos espaços democráticos (conselhos, conferências, fóruns, colegiado, movimentos sociais e locais), contribuindo para a mobilização da população. Os Assistentes Sociais em um processo pedagógico apresentam a realidade aos sujeitos e promovem a busca por sua autonomia, através do combate a desinformação e da conscientização quanto a importância da luta pela efetivação dos direitos sociais.

Investigação, Planejamento e Gestão

O Assistente Social precisa conhecer o território adstrito através de estudos e pesquisas que evidenciem a realidade daquela região, tornando possível o planejamento de estratégias específicas para as demandas apresentadas. Através da sua atuação voltada para a efetivação dos direitos da população, os profissionais de Serviço Social são demandados para a gestão de programas, projetos, organizações e instituições. “Considera-se importante a inserção dos assistentes sociais nos espaços de gestão e planejamento e a realização de investigação, tendo como diretriz o projeto ético-político profissional”. (Brasil, 2010)

Assessoria, Qualificação e Formação Profissional

Os Assistentes Sociais realizam orientações quanto aos direitos dos usuários para profissionais de diversas categorias, conselheiros de saúde e representantes

comunitários, através de um processo de educação continuada, a fim de melhorar a qualidade dos serviços prestados. De forma a contribuir para a formação profissional os Assistentes Sociais podem realizar a supervisão de estágio de alunos, e fazer parte do programa de residência multiprofissional como preceptores.

A atuação do Assistente Social na atenção básica se dá pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que consiste em uma equipe multiprofissional que presta apoio especializado. A equipe do NASF sempre estará disponível para dar suporte tanto no acolhimento a demandas programadas quanto espontâneas, recebendo os casos através da negociação e discussão com as equipes que presta apoio.

A atuação do NASF possibilita a ampliação da capacidade de cuidado das equipes de Atenção Básica e auxilia na articulação com outros pontos de atenção, e não exclui nenhuma faixa etária ou grupo populacional. Realiza tanto atividades diretas com os usuários como em conjunto com as equipes básicas. O apoio especializado permite a melhor qualificação e até diminuição dos encaminhamentos para outros serviços.

O trabalho desses profissionais é voltado para o apoio matricial onde duas ou mais equipes, através da construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção. A atuação articulada com a rede de atenção propicia a garantia da continuidade do cuidado. O NASF utiliza o próprio espaço da unidade que presta apoio e do território adstrito.

As ações pensadas ao profissional de Serviço Social na equipe NASF conforme as orientações do Ministério da Saúde (2008) constituem:

- Desenvolver programas e ações voltados para a promoção da cidadania permitindo o fortalecimento com a rede de serviços, e a redução das desigualdades sociais e a desinformação acerca dos direitos dos usuários;
- Desempenhar as atribuições privativas conforme definidas legalmente pelo Código de Ética Profissional, o Projeto Ético Político e demais legislações pertinentes;
- Coordenar a realização de atividades voltadas para efetivação de direitos e promoção da cidadania coordenadas pelas ESF com o intuito de estimular e acompanhar o desenvolvimento de trabalhos de caráter comunitário em conjunto com as ESF;

- Identificar no território, junto com as ESF, valores e normas culturais das famílias e da comunidade que possam contribuir para o processo do adoecimento, e promover discussões e reflexões acerca da realidade social e as formas de organização social dos territórios, desenvolvendo estratégias de como lidar com suas adversidades e potencialidades;
- Realizar ações e programas que visem a geração de renda e desenvolvimento sustentável na comunidade, ou de estratégias voltadas para promoção da cidadania;
- Realizar articulação com as ESF de forma a promover a educação e mobilização em saúde;
- Desenvolver em conjunto com os profissionais das ESF estratégias para identificar e abordar as diferentes demandas apresentadas;
- Realizar o acompanhamento das famílias dos programas federais e estaduais de distribuição de renda em conjunto com as equipes;
- Identificar as necessidades e realizar as ações necessárias ao acesso à Oxigenoterapia, no que compete ao Serviço Social, de acordo com os protocolos previstos.

5. A CONTRARREFORMA E OS IMPACTOS NA ADMINISTRAÇÃO DAS UBS DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19

Após a conquista do Sistema Único de Saúde houve a ampliação do acesso aos serviços, em contrapartida não houve aumento na estrutura das unidades que prestavam atendimento à população. Ao longo dos anos o investimento na saúde permaneceu escasso devido as contrarreformas impostas nos governos que se passaram. A Emenda Constitucional nº 95 de 15 de dezembro de 2016 permitiu o congelamento de gastos da união com despesas primárias por 20 anos. A proposta neoliberal de retração do governo evidenciou a adesão a modelos privatizantes. O “terceiro setor” foi ganhando mais força ao longo dos anos na administração da saúde pública.

O primeiro setor é definido como o Estado, o segundo setor é representado pelo Mercado, ou seja, pelas empresas privadas com fins lucrativos, e o terceiro setor é

representado pelas organizações sem fins lucrativos (ONGs). A ofensiva neoliberal evidencia um processo de retração do Estado na administração das políticas públicas. Dentro dessa perspectiva ocorre a terceirização dos serviços, que faz parte de um movimento de reestruturação das atividades estatais, evidenciando a desresponsabilização desse setor.

De acordo com Montaño (2010) as “parcerias” entre o Estado e as ONGs serve para encobrir intenções e gerar aceitação da população. O Estado é visto como ineficiente e incapaz, e o terceiro setor é visto como a “salvação” para as questões relacionadas a gestão dos serviços públicos.

A diminuição dos postos de trabalho e a flexibilização dos contratos provocou ao longo do tempo o enfraquecimento do movimento dos trabalhadores e dos sindicatos.

Com o forte retraimento atual do impacto das lutas da classe trabalhadora, o capital quer se desfazer de todas aquelas conquistas trabalhistas (constitutivas de direito) que ele nunca quis, mas que teve que aceitar num contexto de elevada luta de classes: direitos trabalhistas, políticas e serviços sociais e assistenciais, direitos democráticos”. (MONTAÑO, 2010)

A administração das unidades que fazem parte da atenção básica de saúde foi passada do Estado para as Organizações Sociais (Os). Tais instituições sem fins lucrativos recebem repasses do governo e administram os serviços, no entanto, a questão é que não existe fiscalização de repasses e compras que são realizados por essas Os.

Em meio a pandemia da covid-19 foi possível notabilizar os impactos da terceirização dos serviços de saúde pública. Houve a diminuição do número de equipes de saúde da família, equipes de saúde bucal e do núcleo de apoio a saúde família, levando a demissão em massa de diversos profissionais e aumentando a desigualdade do acesso pelos usuários. Houve também o atraso de salários dos profissionais das Os que acabaram tendo que se submeter a situações extremas onde não tinham condição de suprir as suas necessidades básicas e acabaram dependendo da ajuda solidária da própria população.

A substituição de Os que são propostas pelo governo sem planejamento algum provocou a demissão de muitos funcionários e deixou vários postos vazios. As unidades que ainda funcionam estão sem insumos e os profissionais estão atuando

sem os equipamentos de proteção individual, prejudicando as ações a serem realizadas nos territórios, e colocando em risco os próprios profissionais e a população usuária dos serviços.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atenção básica constitui a porta de entrada para os serviços de saúde, apresentando ampla articulação com as demais políticas sociais através da intersetorialidade. Atualmente o que temos presenciado é a efetivação do processo de desmonte do SUS através dos avanços neoliberais, favorecendo a retração do Estado e aumentando a terceirização dos serviços, tornando-os cada vez mais precários e escassos.

Em janeiro de 2020 o Ministério da Saúde divulgou uma nota técnica que extingue o financiamento do NASF, alegando em contrapartida que a medida proporcionará mais autonomia aos municípios. A contratação das equipes era realizada de acordo com a demanda, o que já proporcionava autonomia as prefeituras. A restrição do financiamento dificultará drasticamente na contratação de novos profissionais, e trará o risco de demissão em massa daqueles profissionais que já fazem parte das equipes.

O Assistente Social tem um compromisso com a classe trabalhadora e com a luta para eliminação das desigualdades provenientes do capitalismo e das suas diversas formas de reinvenção adquiridas ao longo dos anos. Se faz necessário que os profissionais de Serviço Social, em apoio as demais categorias profissionais, através da criação de vínculos, propiciem aos usuários a compreensão aprofundada do desmonte das políticas públicas e do acesso a direitos, visto que a conscientização e mobilização popular é o principal meio de lutar pela garantia dos direitos conquistados.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Acolhimento à demanda espontânea. v. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume I) Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28v1.pdf. Acesso em: 12 dez. 2020.

2. BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. 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, set. 1990.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. v. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. (Cadernos de Atenção Básica, n. 39) Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf. Acesso em: 09 dez. 2020.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2020.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 09 dez. 2020.
6. BRASIL. CFESS. Parâmetros de Atuação do Assistente Social na Política de Saúde. Série: Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais. Brasília: Conselho Federal de Serviço Social, 2010.
7. IAMAMOTO, Marilda Villela. O Serviço Social no processo de reprodução das relações sociais. In: IAMAMOTO, Marilda Villela; CARVALHO, Raul de. Relações Sociais e Serviço Social no Brasil. São Paulo: Cortez; Lima/Peru: CELATS, 1982. p. 71-123.
8. MIOTO, Regina Célia Tamaso; NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. Sistematização, Planejamento e Avaliação das Ações dos Assistentes Sociais no Campo da Saúde. In: MOTA, A. E.; BRAVO, M. I. S.; UCHÔA, R.; NOGUEIRA, V.; MARSIGLIA, R.; GOMES, L; TEIXEIRA, M. (Org.). Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2006.
9. IAMAMOTO, Marilda Vilela. Projeto profissional, espaços ocupacionais e trabalho do assistente social na atualidade. In: CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. Atribuições privativas do(a) Assistente Social. Brasília, DF: CFESS, 2002.p. 13- 50.
10. MONTAÑO, Carlos. Terceiro setor e questão social: crítica ao padrão emergente de intervenção social. 6ª edição. São Paulo: Cortez, 2010.
11. Conselho Nacional de Saúde. 8ª Conferência Nacional de Saúde: quando o SUS ganhou forma. Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/592-8-conferencia-nacional-de-saude-quando-o-sus-ganhou-forma>. Acesso em: 11 dez. 2020.