

NAYARA PORTILHO LIMA

A análise de documentos oficiais como instrumento técnico-político das lutas nas e pelas políticas sociais: o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) em questão

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências

Programa de Saúde Coletiva

Orientador: Prof. Dr. Thiago Lavras Trapé

São Paulo

2022

NAYARA PORTILHO LIMA

A análise de documentos oficiais como instrumento técnico-político das lutas nas e pelas políticas sociais: o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) em questão

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências

Programa de Saúde Coletiva

Orientador: Prof. Dr. Thiago Lavras Trapé

São Paulo

2022

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Lima, Nayara Portilho

A análise de documentos oficiais como instrumento técnico-político das lutas nas e pelas políticas sociais : o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) em questão / Nayara Portilho Lima. -- São Paulo, 2022.

Dissertação(mestrado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Programa de Saúde Coletiva.

Orientador: Thiago Lavras Trapé.

Descritores: 1.Núcleo de apoio à saúde da família
2.Atenção primária à saúde 3.Política pública
4.Política de saúde 5.Publicações governamentais como assunto 6.Estado 7.Saúde pública 8.Psicologia social

USP/FM/DBD-310/22

Responsável: Erinalva da Conceição Batista, CRB-8 6755

Dedico este trabalho às pessoas que lutam cotidianamente pela defesa e construção do SUS público, universal, gratuito e de qualidade – na sua radicalidade – e pelo poder popular.

AGRADECIMENTOS

*Viver é partir, voltar e repartir
Partir, voltar e repartir
Viver é partir, voltar e repartir
Partir, voltar e repartir*

*É tudo pra ontem
Emicida*

Este trabalho é fruto dos (des)encontros, trocas e aprendizados construídos durante toda minha trajetória educacional, profissional e pessoal. Por isso, muitas pessoas e grupos estão presentes nele de alguma forma, aos que agradeço imensamente pela contribuição para que ele se concretizasse. Destaco e expresso minha gratidão:

Ao meu orientador, Thiago Trapé, pela liberdade que me concedeu em criar e decidir e, por muitas vezes, confiar no meu trabalho mais do que eu mesma.

Às professoras Ana Flávia D'Oliveira, Cássia Soares e Ianni Scarcelli, pelas contribuições fundamentais no Exame de Qualificação que me fizeram avançar e que muito colaboraram com a minha pesquisa. Obrigada por serem professoras que me inspiram!

Aos professores Ana Flávia D'Oliveira, Bruno Emerich e Ianni Scarcelli por aceitarem compor a banca de defesa deste trabalho e aos professores, Antônio Euzébios, Eliane Pereira e Rosana Machin por terem aceitado o convite para serem suplentes.

À professora Ianni Scarcelli por genuinamente me acolher em seu grupo de orientandos e no LAPSO permitindo que eu pudesse aprender e me desenvolver tanto. Tenho uma profunda admiração pela sua trajetória e trabalho e me sinto lisonjeada em poder acompanhar de perto. Sem o grupo, com certeza, eu não teria conseguido. Minha mais profunda gratidão!

Às professoras Ana Flávia D'Oliveira e Lilia Schraiber pela oportunidade de participar como pesquisadora assistente no “Grupo de Pesquisa e Intervenção Violência e Gênero nas Práticas de Saúde” e aprender tanto sobre ser pesquisadora e sobre a Saúde Coletiva

brasileira. E aos colegas de grupo, Cecília Guida, Marina Reis, Stephanie Pereira, Beatriz Kalichman, Janaina Marques, Emanuela Moreira e Yuri Azeredo por compartilharem as belezas, dificuldades, desafios e cotidiano do fazer pesquisa.

À professora do IPUFU, Eliane Regina Pereira, por me apresentar o campo da Saúde Coletiva, ser inspiração na minha constituição enquanto psicóloga e, principalmente, por me ensinar desde a graduação que a psicologia muito tem a contribuir com as políticas sociais, em especial com o SUS, e a lutar por uma saúde pública de qualidade. Muito obrigada por ter sido minha supervisora àquela época e por agora aceitar o convite de compor como suplente minha banca de defesa.

Aos queridos colegas do Grupo de Orientação “Orientando-se no IP”, muito obrigada por me acolherem e me fazerem realmente sentir parte de um grupo em toda sua potência. Em especial, à Mari Rivera, Carol Valentim e Aline Martins por terem se tornado grandes amigas e companheiras de inquietações, estudos, escrita, aprendizado e desenvolvimento. Vocês fizeram com que a minha experiência na pós-graduação fosse menos solitária e mais solidária. Muito obrigada!

Aos queridos Fernanda Cangussu, Carol Lopes, Josevan Silva, Mari Madruga e Pedro Carlessi, os integrantes da “Diretoria do nada”, por fazerem com que a vivência em um lugar cheio de contradições fosse possível e menos dura. Muito obrigada pelas risadas, sambas, cervejas, estudos e discussões filosóficas. A Saúde Coletiva e São Paulo são mais divertidos e fazem mais sentido com vocês!

Às queridas Fernanda Cangussu e Mari Rivera por terem lido este trabalho e serem interlocutoras que toparam as longas conversas no Meet para que eu pudesse avançar. A leitura, a troca e a amizade de vocês foram essenciais, muito obrigada!

À minha mãe e meu pai, Else Portilho de Lima e Geraldo Portilho da Rosa, por me apoiarem incondicionalmente e serem suporte para que fosse possível chegar até aqui. Sem vocês, com certeza, tudo teria sido infinitamente mais difícil. Sabemos de onde viemos e, justamente por isso, vocês me ensinaram a “sempre pedir licença, mas nunca deixar de entrar”. Muito obrigada por tudo e tanto, essa conquista é nossa! Amo vocês!

À Cárta Portilho de Lima, minha irmã-inspiração, não tenho palavras para agradecer a sua importância nesse processo! Muito obrigada por compartilharmos a origem, a visão de mundo, as utopias, as alegrias, as tristezas, a profissão e os anseios que não são só nossos, mas, antes de tudo, coletivos. E, especialmente, muito obrigada pela leitura orientadora, cuidadosa, generosa e crítica a esse texto, tem muito de você aqui. Sem nossas infinitas discussões-orientações de domingo, esse trabalho não teria nascido. Te amo!

Ao Edirlei Portilho de Lima, meu querido irmão, por me apoiar e vibrar com as minhas conquistas, mesmo de longe. Amo você!

À Maria Eduarda Martins Portilho e Ana Júlia Martins Portilho, por serem as primeiras a me permitirem experimentar essa experiência maravilhosa que é ser tia e madrinha e, mesmo longe, me fazerem acreditar que nós continuaremos. Ao Frederico Portilho Ferreira, que acabou de chegar e já nos ensina tanto, é incrível poder sentir e vivenciar cotidianamente esse amor que transborda. A dinda ama vocês!

À dinda Gasparina Portilho por sempre me apoiar, torcer e vibrar por mim. Amo a senhora!

Ao Régis Ferreira, por ressignificar a palavra cunhado e compartilhar a casa e o cotidiano, me recebendo sempre com afeto, conversas interessantes e interessadas, comida gostosa e cerveja da melhor qualidade. Muito obrigada!

À querida Dani Martins pela mineirices em terras paulistanas que me ajudaram a ser menos estrangeira em São Paulo, pela acolhida sempre tão aconchegante em sua casa, pelas conversas e afetos tão potentes, pelo apoio e pelos forrós. Muito obrigada, amiga!

À Célia Regina da Silva por ser inspiração acadêmica e de vida e pelo companheirismo no compartilhar da casa e da rotina por tantos anos em São Paulo. Muito obrigada pelo seu bom humor e cuidado e, especialmente, pelas conversas que me ajudaram a delinear

e concretizar este trabalho, inclusive após a minha mudança de SP! Muito obrigada, querida!

Às minhas amigas queridas Natália Freitas, Talitha Ferreira, Nathalia Montesino, Luísa Castro, Bruna Morais, Cristiane Maganha e Janaina Carrijo por serem companheiras desde o início da caminhada na psicologia na UFU e por me incentivarem e apoiarem nesses 13 anos de amizade. É muito bom saber que tenho vocês a despeito de qualquer distância física. Muito obrigada pelas inúmeras histórias para (re)contar e (re)viver. Amo vocês!

Ao Luciano Gomes por acompanhar o meu processo de desenvolvimento, escutar minhas angústias, dúvidas, (in)certezas e me apoiar na necessidade de estar no mundo de um jeito outro, apesar de ainda não saber muito bem qual é. Muito obrigada pelas pistas!

Por fim, agradeço à toda sociedade brasileira que, por meio do apoio financeiro concedido pela CAPES, permitiu que eu pudesse realizar esta pesquisa, além de financiar todo o meu estudo e formação até aqui. Espero poder retribuir todo este investimento por meio da defesa e construção do SUS em sua radicalidade e do poder popular!

O que foi feito, amigo,
De tudo que a gente sonhou
O que foi feito da vida,
O que foi feito do amor
Quisera encontrar aquele verso menino
Que escrevi há tantos anos atrás
Falo assim sem saudade,
Falo assim por saber
Se muito vale o já feito,
Mais vale o que será
E o que foi feito
É preciso conhecer
Para melhor prosseguir
Falo assim sem tristeza,
Falo por acreditar
Que é cobrando o que fomos
Que nós iremos crescer
Outros outubros virão
Outras manhãs, plenas de sol e de luz
Alertem todos alarmas
Que o homem que eu era voltou
A tribo toda reunida,
Ração dividida ao sol
De nossa vera cruz,
Quando o descanso era luta pelo pão
E aventura sem par
Quando o cansaço era rio
E rio qualquer dava pé
E a cabeça rodava num gira-girar de amor
E até mesmo a fé não era cega nem nada
Era só nuvem no céu e raiz
Hoje essa vida só cabe
Na palma da minha paixão
Deveras nunca se acabe,
Abelha fazendo o seu mel
No canto que criei,
Nem vá dormir como pedra e esquecer
O que foi feito de nós.

O que foi feito devera
(Milton Nascimento / Fernando Brant / Márcio Borges)

Esta dissertação está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Referências: adaptado de International Committee of Medical Journals Editors (Vancouver).

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Divisão de Biblioteca e Documentação. *Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias*. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 3a ed. São Paulo: Divisão de Biblioteca e Documentação; 2011.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com List of Journals Indexed in Index Medicus.

SUMÁRIO

Lista de Quadros

Lista de Gráficos

Resumo

Abstract

Apresentação 19

Introdução 25

1 Aspectos teórico-metodológicos 31

1.1 Objetivo da pesquisa 31

1.2 Referenciais teórico-metodológicos 31

1.2.1 Pesquisa qualitativa em saúde 31

1.2.2 Psicologia social, histórica e concreta de Enrique Pichon-Rivière 32

1.3 Produção dos dados 38

1.3.1 Procedimento: análise documental 38

1.3.2 Fontes de informações 41

1.3.3 Organização, produção e análise dos dados
..... 44

**2 Sujeito, sociedade, Estado, políticas (públicas) sociais e política de saúde
..... 48**

2.1 Sujeito, sociedade e Estado: possibilidades e limites no modo de produção
capitalista e na racionalidade neoliberal 48

2.2 Políticas (públicas) sociais: problematizando conceitos e concepções 60

2.3 Sistema Único de Saúde (SUS): movimentos, dilemas, contradições e
perspectivas do instrumento da política pública de saúde no Brasil 66

2.4 Atenção Primária à Saúde (APS): disputas e possibilidades 71

2.5 Reflexões sobre o Nasf como uma ação política no movimento da realidade
..... 73

3 O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) em questão: uma análise crítica de suas concepções	81
3.1 Caracterização: sobre o que versam os documentos, quais são seus conteúdos?	82
3.2 O não-lugar produz uma indagação: afinal, qual é a natureza do Nasf?	83
3.3 Concepção de Política Social	88
3.4 Concepção de Estado	95
3.5 Concepção de Sociedade	105
3.6 Concepção de Sujeito	112
4 Possíveis sínteses e novas necessidades	121
5 Referências	126

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Documentos normativos e técnicos analisados acerca do Nasf	42
Quadro 2: Ficha de análise utilizada para leitura dos documentos oficiais	45
Quadro 3: Modalidades de Nasf, número de equipes vinculadas e cargas horárias profissionais	74

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Evolução do quantitativo de eNasf implantadas no Brasil de 2008 a 2019	75
Gráfico 2: Evolução do quantitativo de eNasf implantadas no Estado de São Paulo de 2008 a 2019	76
Gráfico 3: Evolução do quantitativo de eNasf implantadas no Município de São Paulo de 2009 a 2019	76

RESUMO

Lima NP. *A análise de documentos oficiais como instrumento técnico-político das lutas nas e pelas políticas sociais: o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) em questão* [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2022.

O presente trabalho teve como objeto de investigação e indagações documentos normativos e técnicos relacionados ao Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf). Assumiu-se como objetivo analisar os textos oficiais em suas bases conceituais, explicitando suas concepções de política social, Estado, sociedade e sujeito. Como produto do percurso interpretativo realizado, construiu-se a tese de que a análise de documentos oficiais referentes à ações políticas concretas, no campo das políticas sociais, ao desvelar as concepções que as sustentam e considerar a conjuntura político-econômica em que os textos oficiais foram publicados - a exemplo do que foi realizado com o Nasf -, constitui-se como um caminho profícuo para investigações que visam explicitar o modo de funcionamento do Estado na sociedade capitalista, suas contradições, impactos sociais e subjetivos, bem como seus possíveis efeitos na vida cotidiana das pessoas. Partindo de uma perspectiva qualitativa de pesquisa e assumindo como procedimento a análise documental dos textos oficiais do Nasf, construiu-se a presente tese a partir de um conjunto de indagações, desdobradas da psicologia social pichoniana, que possibilitam identificar aspectos estruturantes das dimensões e âmbitos de problemas ligados ao campo social, assim como de políticas e práticas decorrentes deste. Analisou-se a ação política do Nasf em seus movimentos e contradições, possibilidades de manutenção ou enfrentamento do *status quo*. Os resultados demonstraram: a) uma problemática indefinição acerca da natureza do Nasf que determina as possibilidades de atuação do núcleo; b) a diversificação das ações do núcleo como aposta na sua potência; c) o compromisso com as concepções e princípios do SUS como momentos de fortalecimento do trabalho do núcleo; em contrapartida de momentos nos quais d) as concepções neoliberais funcionaram como instrumento para o aprofundamento do ataque ao SUS como direito por meio da focalização, privatização da política social e precarização, terceirização e superexploração do trabalho; e) ênfase no indivíduo e na formação para o trabalho como concepções que favorecem a manutenção do *status quo*; f) mudança no modelo de financiamento da atenção primária como uma expressão do ataque ao princípio da universalidade do SUS; g) movimentos e contradições do Nasf como instrumento de politização ou despolitização da sociedade, a partir da análise da dinâmica técnico-político; h) análises sobre possibilidades de participação social evidenciando que o enfraquecimento dos conselhos de saúde e fortalecimento de espaços de gestão e mecanismos de consulta pública fomentam a manutenção do *status quo*; i) hegemonia de uma concepção de sujeito tutelado, abstrato e abstraído de sua concretude e realidade social, como instrumento de manutenção do *status quo* à medida em que não dialoga e não atende às necessidades de saúde dos sujeitos concretos e inviabiliza que a política social seja uma via de politização da sociedade. Por fim, defende-se que a psicologia social pichoniana pode ser compreendida como uma importante ferramenta para pesquisas que assumam como objeto políticas sociais, dado sua condição de oferecer mediações necessárias para que os sujeitos consigam criar uma visão desalienada de si e do mundo e construam caminhos de análise e compreensão das contradições da realidade e da vida cotidiana.

Descritores: Núcleo de apoio à saúde da família; Atenção primária à saúde; Política pública; Política de saúde; Publicações governamentais como assunto; Estado; Saúde pública; Psicologia social.

ABSTRACT

Lima NP. *The analysis of official documents as a technical-political instrument of the struggles in and for social policies: the Family Health Support Center (Nasf) at issue* [dissertation]. São Paulo: “Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo”; 2022.

The present work had as an object of investigation and the inquiry normative and technical documents related to the Family Health Support Center (Nasf). The objective was to analyze the official documents in their conceptual bases, explaining their conceptions of social policy, State, society, and subject. As a product of the interpretative path taken, we built the thesis that the analysis of official documents, referring to concrete political actions in the field of social policies, by revealing the conceptions that support them and considering the political and economic context in which the official texts were published - as was done with the Family Health Support Program (Nasf) -, constitutes a useful path for investigations that aim to explain how the State works in a capitalist society, its contradictions, social and subjective impacts, and its possible effects on people's daily lives. From a qualitative research perspective and assuming as procedure the documental analysis of the official texts of Nasf, the present thesis was built from a set of questions, unfolded from Pichonian social psychology, which makes it possible to identify structural aspects of the dimensions and scopes of problems linked to the social field, as well as policies and practices arising from it. The political action of Nasf was analyzed in its movements and contradictions, possibilities of maintaining or confronting the status quo. The results showed: (a) a problematic vagueness about the nature of Nasf that determines the possibilities of the nucleus' actions; (b) the diversification of the nucleus' actions as a bet on its potency; (c) the commitment to the conceptions and principles of SUS as moments of strengthening of the nucleus' work; in contrast to moments in which d) neoliberal conceptions worked as an instrument to deepen the attack on SUS as a right through focalization, privatization of social policy, and precariousness, outsourcing, and overexploitation of labor; e) emphasis on the individual and on training for work as conceptions that favor maintaining the status quo; f) change in the financing model of primary care as an expression of the attack on the universality principle of SUS; g) movements and contradictions of Nasf as an instrument of politicization or depoliticization of society, from the analysis of technical-political dynamics; h) analysis on possibilities of social participation showing that the weakening of health councils and strengthening of management spaces and mechanisms for public consultation encourage the maintenance of the status quo; i) hegemony of a conception of a tutored subject, abstract and abstracted from his concreteness and social reality, as an instrument of maintenance of the status quo as it does not dialogue and does not meet the health needs of concrete subjects and makes it impossible for social policy to be a way to politicize society. Finally, it is defended that Pichonian social psychology can be understood as an important tool for research that takes social policies as an object, given its condition of offering necessary mediations so that the subjects can create a vision of themselves and the world and build paths of analysis and understanding of the contradictions of reality and daily life.

Descriptors: Family health support center; Primary health care; Public policy; Health policy; Governmental publications as topic; State; Public health; Psychology, social.

APRESENTAÇÃO

*“E os dias se puseram a andar.
E eles, os dias, nos fizeram.
E assim fomos nascidos nós,
os filhos dos dias,
os averiguadores,
os buscadores da vida.”*
(*Gênesis, de acordo com os maias*)

Eduardo Galeano¹

Este trabalho configura-se como produto parcial da minha trajetória pessoal e profissional que está fortemente ancorada em trajetórias de outras e outros que vieram antes de mim e que são inspiração para o meu caminho. Portanto, apesar de levar o meu nome na capa, ele não é um fruto pessoal e sim uma construção coletiva de diversos autores, atores e movimentos que aqui se expressam na e pela minha singularidade. Além do mais, essa pesquisa é também enraizada na história dos movimentos e lutas sociais, em especial do campo que se insere, assim como, determinada pelo tempo histórico e social em que está sendo produzida.

Sou egressa da Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva e Atenção Primária oferecida pelo Departamento de Medicina Preventiva da FMUSP, tendo concluído o curso em 2018. Muito do que aprendi a respeito do campo da Saúde Coletiva, do *sentir, pensar e agir* enquanto sanitarista e da atuação e luta pelo SUS público, universal, integral, gratuito e de qualidade foi construído a partir da oportunidade de preparação para concorrer à uma vaga na residência, e claro, durante a experiência do curso. Foram dois anos, 5760 horas, de intenso aprendizado, trocas, (des)construções, (des)encantamentos e (des)envolvimento.

No entanto, antes de chegar ao Departamento de Medicina Preventiva e me integrar ao campo da Saúde Coletiva, minha história pessoal tem suas raízes no interior de Minas Gerais, onde nasci e me graduei psicóloga, em 2014, pelo Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia. Desde a graduação, até mesmo anteriormente a ela, preocupo-me e me interesso em compreender a determinação das desigualdades

¹ Galeano E. Os filhos dos dias. 2a ed. Porto Alegre: L&PM; 2012. p. 11.

sociais, econômicas, regionais e políticas das sociedades, em especial, da América Latina e, particularmente, da sociedade brasileira.

Ao longo da minha trajetória, fui podendo compreender que os efeitos das relações sociais de produção capitalista, como as mais diversas formas de violência, de exclusão, de opressão, a pobreza, a desigualdade e as impossibilidades de ser e existir se manifestam de modo cruel e desumano no Brasil.

Sendo formada enquanto psicóloga passei a problematizar e compreender de forma sistematizada que estas desigualdades produzem subjetividades, assim como, sofrimentos das mais diversas ordens, inclusive psíquica. Aliado ao meu interesse pelas subjetividades e seu processo social de produção, faz-se presente e constante a minha vontade de estudar, refletir e atuar no campo das políticas públicas, sobretudo das políticas de saúde, e, por isso, o caminho percorrido e a percorrer na Saúde Coletiva e a tentativa de construir pontes e interfaces entre esses dois campos. As políticas públicas configuram-se como uma das possibilidades de manutenção ou tensionamento do *status quo* e, com isso, das subjetividades. Assim, estar inserida neste campo alinha-se com as minhas “antigas” preocupações e interesses apresentados.

Neste sentido, entendemos que a psicologia pode e deve agregar a este campo, principalmente ao se referenciar em uma concepção teórico-prática que compreende os sujeitos não como figuras abstratas, mas constituídos historicamente por determinações econômicas, políticas, culturais e sociais, levando-nos a negar a falsa dicotomia entre indivíduo e sociedade (Scarcelli, 2017). Ser psicóloga sanitária possibilita a ampliação do meu olhar, compreensão e prática ao atuar e refletir sobre as políticas públicas de saúde.

Portanto, o interesse por me debruçar sobre os estudos e pela atuação nas políticas públicas do nosso país nasce por meio de perguntas como as propostas por Scarcelli (2017): Quais concepções de sujeito, sociedade, Estado e política social embasam e estão expressas nestas políticas? Quais compensações as políticas públicas podem fazer em relação aos efeitos negativos da estrutura social? Como as políticas públicas contribuem para a manutenção ou enfrentamento desses efeitos?

Ecoando essas perguntas, para que eu pudesse chegar até aqui foram necessárias intensas transformações e diversas mudanças: de estado, cidade, casa, ideias, concepções, vontades, expectativas, possibilidades e, inclusive de objeto, objetivo e metodologia de pesquisa.

Ingressei no mestrado com a proposta de analisar as concepções e práticas de saúde mental de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf²) no município de São Paulo. Escolhi este tema e este objetivo devido ao já apresentado interesse pelo campo da saúde coletiva, pela reflexão a respeito das políticas públicas de saúde e das práticas delas decorrentes, pela compreensão da importância da atenção primária à saúde (APS) na organização, execução e resolutividade do sistema de saúde, assim como de sua atuação junto aos territórios onde as pessoas vivem e também pela minha própria experiência, antes como psicóloga residente em um programa de residência multiprofissional em saúde coletiva e APS, depois, como psicóloga trabalhadora de um Nasf no extremo da zona oeste do município de São Paulo.

Durante e após a experiência de ser psicóloga do Nasf, fui percebendo que eu era reconhecida pelos colegas de trabalho, usuários, gestão e pela rede de saúde e intersetorial, “exclusivamente como uma profissional de saúde mental”. Portanto, o cuidado em saúde mental era, na maioria das vezes, delegado e reconhecido como de competência tão somente minha e, no máximo, do psiquiatra que também compunha a equipe em que eu atuava, a despeito de estarmos inseridos em um nível do sistema de saúde que, teoricamente, preconiza uma atuação profissional essencialmente interdisciplinar, pautada no compartilhamento de saberes, práticas e responsabilidades (Quirino et al., 2019).

O assim chamado campo da saúde mental, em sentido restrito, não havia sido na minha trajetória, a principal área de interesse, estudos e práticas, por isso fui me sentindo cada vez menos preparada para lidar com este reconhecimento que não coincidia com a minha compreensão do quê e como a psicologia poderia contribuir estando em um serviço de atenção primária à saúde e em interlocução com o campo da saúde coletiva.

Para além dos pedidos de atendimentos clínicos individuais de caráter privatista, calcados em uma compreensão individualista dos sujeitos (vale ressaltar que os atendimentos clínicos individuais constituem uma importante ferramenta de trabalho na APS e não tenho aqui nenhuma intenção de negá-los, pelo contrário. Assim como, não é verdade que o campo da saúde mental também se restrinja a atendimentos clínicos individuais), eu entendia que a psicologia pode e deve atuar na política pública justamente

² Optamos por nos referir ao objeto desta investigação como Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf), visto que se trata da primeira nomenclatura atribuída a essa ação política em sua portaria de criação, a Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Como discutiremos ao longo do trabalho, o nome e a função do núcleo foram ressignificados no decorrer de sua história.

no sentido de superar concepções e práticas que beiram a psicologização dos sujeitos e das necessidades de saúde, o que, histórica e epistemologicamente, a afasta do campo da saúde coletiva.

A partir disso, começou a nascer em mim a necessidade de compreender o que as equipes e profissionais de saúde – não só psicólogos e psiquiatras – que atuam na APS, a partir do dispositivo do Nasf, compreendem como saúde mental, quais práticas eles desenvolvem a partir dessas compreensões e se estas estavam ou não em consonância com as políticas de saúde vigentes.

Para tanto, tinha a pretensão de realizar grupos operativos com profissionais do Nasf como parte do caminho para alcançar este objetivo. Como pano de fundo e referencial teórico para a análise do que emergiria do campo contava com a produção de autores da saúde coletiva, da pesquisa qualitativa em saúde e da psicologia social pichoniana, perseguindo o meu desejo, já apresentado, de interlocução, pontes e interfaces entre estes campos.

Entretanto, quando iniciáramos a fase de construção da entrada no campo de pesquisa para a realização dos grupos operativos, como previsto no cronograma inicial do projeto, deparamo-nos com a emergência da pandemia da Covid-19. Devido a esta emergência global em saúde, as pesquisas que não têm relação direta com o tema da Covid-19, como a nossa, foram inviabilizadas por período indeterminado nas unidades de saúde, e devido aos prazos e tempos da pós-graduação, vi-me diante da necessidade de mudar a trajetória do meu trabalho.

Quero aqui destacar o esforço acadêmico e emocional de possuir a responsabilidade de produzir uma dissertação de mestrado em saúde coletiva na atual conjuntura histórica, política e econômica, em tempos de crise do capital, marcada por intensos ataques às políticas de seguridade social, inclusive às políticas de saúde (Paiva; Costa, 2016), e agora agravada pela crise também sanitária, com o advento da pandemia. Pandemia que, no Brasil, ceifou a vida de 679.000 pessoas³, dentre elas, meu avô Antônio Souto de Lima e meu primo Eudes Luciano Machado.

³ Número oficial divulgado pelo Ministério da Saúde enquanto revisamos este texto, em agosto de 2022. Fonte: <https://covid.saude.gov.br/>. Contudo, a Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que, em todo o mundo, o número pode ser três vezes maior, como noticiado pela CNN Brasil no dia 05 de maio de 2022. Fonte: <https://www.cnnbrasil.com.br/saude/covid-19-numero-de-mortos-pode-ser-tres-vezes-maior-do-que-o-oficial-diz-oms/>.

Apoiados pelos referenciais teórico-metodológicos da pesquisa qualitativa em saúde (Minayo, 2004) e da psicologia social pichoniana (Pichon, 2009), os quais discutem a impossibilidade de neutralidade do pesquisador ao se inserir em um campo social com a finalidade de realizar uma investigação científica, faz-se necessário apontar que me sinto extremamente afetada e impactada pelos efeitos da pandemia no mundo e, sobretudo, no Brasil. Assim como, pelas decisões governamentais, no âmbito federal, inadequadas e de caráter ideológico no que se refere à condução do enfrentamento da pandemia e, de fato, este contexto atravessa a escrita e a produção deste trabalho.

Partindo da compreensão de que toda pesquisa é produzida pela conjuntura social e histórica do momento em que se insere, no seu caso particular, esse trabalho foi diretamente impactado pelo contexto da pandemia, pois tivemos que reconfigurar seus objetivos, metodologia e cronograma, devido à impraticabilidade de sua execução nos moldes iniciais, que se configurava em uma pesquisa de campo na APS. No entanto, meu interesse pela análise das políticas públicas de saúde continua mantido, assim como a necessidade de reflexão a respeito da atuação em saúde e do processo de trabalho no Nasf.

Face disso, entendemos que poderia constituir-se como uma contribuição para o campo analisar quais concepções embasam e são expressas nos documentos normativos e técnicos que orientam o trabalho do Nasf, concepções essas que apresentam visões de mundo nas quais as políticas públicas estão ancoradas em determinados momentos históricos, assim como suas manutenções e tensionamentos e, por isso, o seu caráter de campo em disputa.

A saúde mental passou a não se configurar como uma temática direta da nossa análise, contudo, entendemos que ao examinar as concepções de sujeito, Estado, sociedade e política social emergentes dos documentos oficiais, estamos tratando das concepções de saúde, saúde mental, APS e propostas de práticas expressas por estes e, desse modo, o tema certamente perpassa nosso trabalho.

Vale destacar que a saúde mental é considerada uma das áreas estratégicas do sistema de saúde brasileiro que deve ser ponto de articulação do trabalho do Nasf e, portanto, é tema tratado na política que orienta o trabalho dos núcleos (Brasil, 2010). Desse modo, nosso novo objeto de pesquisa são os documentos normativos e técnicos acerca do Nasf e o novo objetivo é analisá-los, em suas bases conceituais, explicitando suas concepções de política social, Estado, sociedade e sujeito.

Entendendo que as necessidades individuais não são produzidas apenas por vivências subjetivas e singulares, mas que elas são, antes de tudo, necessidades sociais, produzidas por um movimento coletivo, a justificativa pessoal para o desenvolvimento desse trabalho está totalmente imbricada à justificativa teórica e social para a sua execução. Portanto, a análise das concepções apresentadas acerca do Naf configura-se como um tema de relevância social e, por isso, apresentaremos a seguir a discussão das necessidades coletivas, sociais e científicas que justificam a realização desta dissertação.

INTRODUÇÃO

Em 2008, o Ministério da Saúde promulgou a portaria nº 154 que criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) com o objetivo de ampliar o escopo, a abrangência e a resolutividade das ações desenvolvidas pela Estratégia Saúde da Família (ESF) no nível primário de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS). O Nasf foi instituído para apoiar a inserção e articulação da APS na rede de cuidados e serviços, bem como compartilhar as ações nos territórios cobertos pela ESF com vistas à integralidade do cuidado e da compreensão dos sujeitos (Brasil, 2008; 2013).

A proposta inicial apresentada na portaria ancorou-se na proposição de que os núcleos fossem compostos por equipes multiprofissionais, formadas por trabalhadores de diferentes categorias não contempladas nas chamadas equipes mínimas da ESF, que deveriam oferecer *apoio e suporte* à ESF por meio de retaguarda clínico-assistencial e técnico-pedagógica (Brasil, 2008; 2010; 2011).

Contudo, as normativas acerca do Nasf têm passado por importantes reformulações e mudanças em sua proposição. A partir da revisão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), em 2017, por exemplo, os núcleos passam a ser denominados como Núcleo *Ampliado* de Saúde da Família e *Atenção Básica* (Nasf-AB) e não mais Núcleo de *Apoio* à Saúde da Família, retirando a centralidade da função apoio na atuação das equipes e validando a possibilidade de outros modos de organização da APS no país, apesar de, oficialmente, a ESF continuar sendo o modelo de atenção prioritário (Brasil, 2017). Já em 2020, a partir da publicação da portaria nº 99 de 07 de fevereiro, o Nasf-AB passa a ser denominado Núcleo *Ampliado* de Saúde da Família e *Atenção Primária* (Nasf-AP)⁴, sendo reduzido a um tipo de equipe na APS. Uma melhor caracterização do núcleo será apresentada nas análises feitas a partir dos documentos.

Assim, as alterações de significado dos nomes dos núcleos dizem de uma modificação a respeito da concepção e propósito destes, não podendo ser encaradas apenas como uma mera mudança terminológica, mas sim como alterações de sentido conceitual, epistemológico e político, o que nos interessa e é conteúdo fundante da discussão neste trabalho.

⁴ Interessante notar que na referida portaria há apenas um momento em que a sigla aparece como Nasf-AP, e nos demais, permanece como Nasf-AB, apesar da mudança do nome do núcleo. Não raras têm sido as ocasiões em que as publicações oficiais feitas pelo governo de Jair Bolsonaro evidenciam equívocos elementares em seus textos.

Apesar da importante capilaridade e adesão à proposta do Nasf pelo país e das mudanças atuais em sua proposição, ainda são encontrados poucos trabalhos acerca do tema na literatura científica, sendo, a maioria, restrita ao debate a respeito da inserção e da prática de determinadas categorias profissionais nestes dispositivos e na APS (Braghini et al, 2017; Fernandes; Ros, 2018; Klein; d'Oliveira, 2017; Melo; Galindo, 2018; Nakamura; Leite, 2016; Soleman; Martins, 2015; Sousa et al, 2015).

Outro tema relevante no qual os pesquisadores têm se debruçado refere-se ao cuidado em saúde mental na atenção primária, no qual o Nasf, em sua proposição inicial tem papel essencial, sendo produzidos trabalhos que tratam deste debate, a partir de distintos aspectos e com destaque à atuação das equipes multiprofissionais (Alvarez et al.; 2019; Chazan et al., 2019; Garcia et al., 2017; Santos et al., 2020).

De modo geral, os estudos relatam ações do Nasf configuradas, majoritariamente, por práticas clínicas individuais, assistencialistas, distantes e desarticuladas da ESF, reproduzindo a lógica ambulatorial a qual pretendia-se superar com a implementação desses dispositivos (Anjos et al, 2013; Cela; Oliveira, 2015; Santos, 2017).

Em que pese a importância e relevância dos trabalhos mencionados em apresentarem significativas discussões oriundas da prática concreta apontando limites e necessidades de avanços, de maneira geral, é possível perceber que a análise das normativas do Nasf, das concepções que embasam e são expressas por meio dos documentos oficiais, ainda tem sido pouco aprofundada na literatura científica brasileira.

Quando os documentos acerca do Nasf têm sido abordados, sua análise parece não se configurar como objeto principal do trabalho, mas sim como uma discussão adjacente ao debate acerca da atuação e prática de determinados núcleos profissionais na APS, da dificuldade de compreensão das atribuições dos profissionais, assim como das lacunas da formação inicial e continuada para a atuação nos núcleos.

Salvo trabalho de Almeida (2016), no qual a autora buscou investigar a sociogênese dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família analisando os motivos para a formulação do Nasf, os agentes envolvidos e as disputas travadas para sua implementação. Contudo, seu objetivo não era o de refletir a respeito das concepções presentes e expressas na política e, devido ao período de produção do trabalho, as mudanças mais recentes não puderam ser analisadas, obviamente.

Além disso, quando tratadas de modo transversal nos estudos, as análises do Nasf parecem ser realizadas sem se problematizar os documentos oficiais que regulamentam o

trabalho nestes núcleos, demonstrando o que é discutido por Scarcelli (2017) quando a autora adverte que os documentos que compõem as diretrizes das políticas públicas tem sido frequentemente utilizados em pesquisas científicas como referencial teórico, fundamentando trabalhos acadêmicos, produzindo um “nó cego que impede o questionamento de programas que são considerados aparentemente bons” (Scarcelli, 2017, p.4), eximindo a Universidade Pública de tomar as políticas públicas como objeto de problematização e indagação.

Tal constatação chama-nos a atenção e justifica a proposição de nossa pesquisa, demonstrando importante lacuna da produção do conhecimento científico a respeito da análise das normativas do Nasf, o que e quais interesses ela representa.

Desse modo, a pertinência deste estudo justifica-se pela ausência de um estudo sistemático dos documentos normativos e técnicos a respeito do Nasf, assim como pretende-se, a partir dele, oferecer uma perspectiva crítica às discussões que permeiam a sociedade a respeito das concepções presentes, explícita e implicitamente, nas políticas sociais, de modo particular nas políticas de saúde.

As políticas de saúde configuram-se como importante e complexo objeto de pesquisa e análise desde meados dos anos de 1960. Segundo Cohn (2006, p. 221), o que se busca ao analisar cientificamente este objeto é

Apontar o que está por trás de algo aparentemente tão simples como ‘políticas de saúde’, e que definitivamente não se reduz ao estudo das medidas de ações adotadas por distintos governos ao longo do tempo, mas sim buscar apontar exatamente ‘o que está por trás’ disso tudo, e seus efeitos para frente.

Historicamente, no campo da Saúde Coletiva, os estudos que se debruçam sobre a análise das políticas de saúde organizam-se basicamente em duas vertentes, como também apontado por Cohn (2006, p. 219)

Uma [vertente] que privilegia a organização dos serviços e do sistema de saúde nos distintos países e no Brasil em particular, e outra que enfatiza o impacto das sucessivas reformulações dos sistemas de saúde de cada país sobre o acesso dos indivíduos aos serviços de saúde e a satisfação de suas necessidades básicas de saúde. Neste caso, o que está no centro das preocupações dos pesquisadores e dos formuladores de políticas de saúde é se essas reformulações e/ou reformas dos sistemas de saúde estão levando a um maior grau de equidade no acesso da população aos serviços de saúde. Em outras palavras, são estudos que analisam as políticas de saúde da perspectiva de uma de suas implicações básicas, qual seja, a de ela se configurar efetivamente ‘como um direito de todos e um dever do Estado’, tal como reza a Constituição brasileira de 1988.

Nossa pesquisa insere-se na segunda vertente ao termos a preocupação em examinar os impactos das reformulações das políticas de saúde, em nosso caso, do Nasf, a partir da análise das concepções que embasam e são expressas por meio dos documentos oficiais que orientam e regulamentam o trabalho nos núcleos, partindo da perspectiva de que a saúde é entendida como direito constitucional fundamental e que as políticas públicas são instrumentos que devem garantir a satisfação das necessidades de saúde da população sendo parte do tensionamento (ou manutenção) da realidade brasileira, somada à compreensão de que o Sistema Único de Saúde caracteriza-se como componente do projeto democrático e do pacto civilizatório em nosso país, não sem conflitos e contradições.

De acordo com Pinell (2010), ao realizarmos uma análise sócio-histórica das políticas de saúde devemos considerar que sua produção se dá a partir de tensionadas relações entre distintos campos de poder e saber. As políticas públicas são essencialmente campo de disputa e luta. Para o autor, a proposição das políticas públicas é resultado do reconhecimento do Estado de que problemas de saúde socialmente construídos não estão sendo respondidos por ações e instituições já existentes e, portanto, novas políticas precisam ser implementadas.

Contudo, ainda segundo o autor (Pinell, 2010), a implementação destas políticas não se dá de modo natural. Assim como a própria definição dos problemas de saúde acontece a partir de um processo de produção e reprodução social, a proposição de políticas que, tem como objetivo lidar com estes problemas, também é fruto desta (re)produção. E, devido ao seu caráter eminentemente social, as políticas públicas respondem a fins sociopolíticos sendo imbuídas de determinadas concepções de Estado, de sociedade, de ser humano e de ciência.

Portanto, para que seja realizada uma análise concreta e ampliada das políticas de saúde, faz-se necessário compreender a complexidade da determinação social em que esta se insere e é produzida, e, por isso, ao fundamentarmos nossas análises e problematizações não devemos tomá-las de modo naturalizado. Da mesma forma, sob pena do acometimento de importantes equívocos, as políticas públicas também não devem incorrer na naturalização dos problemas sociais (Pinell, 2010; Scarcelli, 2017).

Entendemos que se faz necessário discutir quais concepções as políticas de saúde representam e, a partir disso, quais efeitos produzidos na realidade social e na vida das

peessoas, sem, entretanto, perder de vista os avanços alcançados. Ancorados nesta discussão, compreendemos o Estado em perspectiva ampla e como produto de uma sociedade dividida em classes antagônicas (Engels, 2012), não apenas reduzido às burocracias do executivo que implementa as políticas públicas destinadas a uma dada população e, por isso, nosso entendimento é de que a concepção de sociedade expressa nas políticas de saúde também devem ser objeto de nossa análise, e, para tanto, compreender a relação entre sujeito, sociedade e Estado se faz fundamental.

Nesta direção, Scarcelli (2017, p. 38-39) afirma que

Atualmente, na maioria das situações, política pública está associada a programas voltados para aperfeiçoar ou superar problemas dentro da própria sociedade capitalista, sem indagá-la. Muito do que se propõe e se faz se dá a partir de uma premissa não discutida de qual Estado e de qual sociedade está se falando. Falar em política pública nem sempre diz respeito ao que se pode fazer para ultrapassar os limites estruturais da nossa sociedade, se temos como horizonte uma sociedade mais justa, mas sim, quais formas, quais compensações podem ser feitas para amenizar os efeitos perversos da estrutura social.

Diante disso, é importante compreender que o Sistema Único de Saúde (SUS), instrumento da política pública de saúde brasileira, caracteriza-se como uma arena de debates e disputas de interesses de diferentes setores da sociedade e atores sociais, como partidos políticos, empresários, conselhos profissionais, governantes, tecnoburocratas, movimentos sociais, dentre outros. Por isso, os conflitos de interesses que envolvem a construção do sistema de saúde brasileiro expressam-se também na disputa pela proposição de políticas públicas e, portanto, o SUS não deve ser entendido como “um projeto suprapartidário, mas uma arena de disputas de projetos” (Scarcelli; Junqueira, 2011, p. 344).

Especialmente devido a esta compreensão a respeito do campo das políticas públicas, os projetos e proposições políticas não devem ser tomados como verdades inquestionáveis. É necessário que sejam trazidas ao debate as contradições entre o discurso político e as medidas efetivamente tomadas, assim como as contradições expressas nas normativas, que demonstram as contradições inerentes à natureza das políticas públicas, assim como o distanciamento entre políticas públicas e práticas, que tem sido na maioria das vezes, pautadas em dados quantitativos, no ideal da técnica e na despolitização das políticas sociais (Scarcelli, 2017).

Desse modo, o objetivo de analisar os documentos governamentais do Nasf, amparados pela compreensão da determinação social de sua produção e da sua configuração em um campo de disputa, justifica-se como uma proposição em “construir formas de estar e/ou incentivar espaços que possibilitem a decifração do cotidiano decorrente de definições políticas, sem perder de vista as questões referentes às ideias que subjazem aos pressupostos teóricos” (Scarcelli; Junqueira, 2011, p. 354-355) que embasam as políticas públicas, tendo a pretensão de que estas não se transformem em jargões, mas em meios para o tensionamento dos efeitos negativos da estrutura social na vida das pessoas e na construção de uma sociedade que, em tempos de pandemia e crise estrutural e conjuntural do capital, tem evidenciado a necessidade de urgentes transformações em seu modo de produção e organização.

Finalmente, por meio da exposição do percurso investigativo pretendemos defender a seguinte tese: a análise de documentos normativos referentes à ações políticas concretas, no campo das políticas sociais, ao desvelar as concepções que as sustentam e considerar a conjuntura político-econômica em que os textos oficiais foram publicados - a exemplo do que realizamos com o Nasf -, constitui-se como um caminho profícuo para investigações que visam explicitar o modo de funcionamento do Estado na sociedade capitalista, suas contradições e impactos sociais e subjetivos.

CAPÍTULO 1

Aspectos teórico-metodológicos

“Como crônica do itinerário de um pensamento, ele será necessariamente autobiográfico, na medida em que o esquema de referência de um autor não só se estrutura como uma organização conceitual, mas se sustenta em alicerces motivacionais, de experiências vividas. É através delas que o investigador construirá seu mundo interno, habitado por pessoas, lugares e vínculos que, articulando-se com um tempo próprio, num processo criador, irão configurar a estratégia de descoberta⁵.”
(Pichon-Rivière, 2009, p.1)

Feitas a apresentação e a introdução deste trabalho com as justificativas pessoal, teórica e social para o seu desenvolvimento, no presente capítulo faremos a exposição do objetivo da pesquisa e do caminho investigativo utilizado para alcançá-lo. Apresentaremos os pressupostos e referenciais teóricos que subsidiaram as análises construídas para a explicitação das concepções presentes nos documentos normativos e técnicos que orientam a implementação e o trabalho do Nasf.

1.1 Objetivo da pesquisa

O objetivo dessa investigação é analisar os documentos normativos e técnicos acerca do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf), em suas bases conceituais, explicitando suas concepções de política social, Estado, sociedade e sujeito.

1.2 Referenciais teórico-metodológicos

1.2.1 Pesquisa qualitativa em saúde

Este trabalho insere-se em uma perspectiva qualitativa de pesquisa. Tal modo de abordagem do objeto de investigação está ancorado na especificidade da metodologia da

⁵ Pichon-Rivière E. O processo grupal. 8ªed. São Paulo: Martins Fontes; 2009, p. 1.

pesquisa social que compreende seu objeto como histórico. Segundo Minayo (2004, p. 20), essa compreensão embasa-se na concepção de que

(...) as sociedades humanas existem num determinado espaço, num determinado tempo, que os grupos sociais que as constituem são mutáveis e que tudo, *instituições, leis, visões de mundo* são provisórias, passageiras, estão em *constante dinamismo e potencialmente tudo está para ser transformado* [grifo nosso].

Desse modo, políticas sociais, leis e programas também configuram-se como fenômenos sociais constituídos historicamente, elegíveis à problematização e à investigação científica desde sua perspectiva qualitativa.

Ao escolhermos este modelo de investigação, compreendemos que “metodologia inclui concepções teóricas da abordagem, o conjunto de técnicas que possibilitam a apreensão da realidade e, também, o potencial criativo do pesquisador” (Minayo, 2004, p. 22). Portanto, alinhamo-nos à concepção que questiona a neutralidade científica, desde a perspectiva de que a escolha do objeto, a metodologia, a técnica e o modo de análise dos fenômenos sociais estão imbricados à visão social de mundo historicamente construída e expressa na teoria utilizada pelo pesquisador para interpretar a realidade.

Nesse sentido, nossa análise está guiada por uma compreensão a partir da historicidade dos processos sociais que auxilia no exame das contradições das políticas sociais, assim como de sua compreensão enquanto campo de disputa. Ao analisarmos a historicidade das políticas sociais podemos traçar um caminho análogo ao proposto por Mota e Schraiber (2014) quando examinam, a partir de sua historicidade, o cuidado em saúde como prática social e afirmam, ao se referirem aos documentos que contam uma ‘versão oficial da história’, ser necessário “olhar pelas entrelinhas dos documentos, pela história do implícito” (p. 1092). Assim, nosso caminho metodológico está ancorado na compreensão da necessidade de explicitação dos implícitos presentes nos documentos oficiais.

1.2.2 Psicologia social, histórica e concreta de Enrique Pichon-Rivière

Segundo Scarcelli (2017), a psicologia tem comparecido em campos interdisciplinares como da saúde coletiva e das políticas públicas de modo complementar e

não estruturante, sendo chamada a complementar práticas desenvolvidas por outros profissionais, principalmente no âmbito assistencial. A participação suplementar da psicologia diz respeito também à pouca presença das possíveis contribuições desta área no que se refere aos aportes metodológicos. Nas palavras da autora (Scarcelli, 2017, p. 49)

(...) Pesquisas no campo da psicologia em diálogos com as políticas públicas, particularmente as políticas de saúde, buscam subsídios de teorias psicológicas para compreensão dos problemas que estudam, mas não elegem como parte dos procedimentos da investigação contribuições que venham da própria psicologia (...).

Nesta perspectiva, somadas às compreensões a respeito da pesquisa qualitativa em saúde anteriormente apresentadas, buscamos neste trabalho trazer contribuições teórico-metodológicas ancoradas em pressupostos da psicologia social, histórica e concreta postulada por Enrique Pichon-Rivière⁶.

De acordo com esse autor, mesmo os fenômenos vividos individualmente, devem ser entendidos como sociais e históricos, partindo de uma compreensão do sujeito produzido em suas relações sociais e em mútua determinação com a estrutura social, opondo-se à falsa dicotomia sujeito-sociedade. Pichon afirma que é a complexidade de relações que determina a emergência e o desenvolvimento da subjetividade como fenômeno social e histórico (Pichon-Rivière, 2009; Quiroga, 2010).

A psicologia social pichoniana propõe-se à análise dos sujeitos em sua realidade imediata, em sua cotidianidade, assentando-se em uma perspectiva de crítica da vida cotidiana com vistas à compreensão das condições concretas de existência (Quiroga, 2010). Esta crítica consiste na análise do destino das necessidades dos seres humanos em determinada organização social e “faz frente à ideia de que a cotidianidade é um todo auto evidente e inquestionável, buscando desvelar aquilo que é tido, ingenuamente, como o real por excelência” (Rivera; Heinzelmann; Scarcelli, 2020, p. 208).

Segundo Quiroga (2010), a vida cotidiana é a manifestação imediata, em um tempo, em um ritmo e em um espaço das complexas relações sociais que regulam a vida das pessoas em uma época histórica determinada. Desse modo, cada época histórica e

⁶ Para nos referirmos ao psicólogo social e psiquiatra argentino Enrique Pichon-Rivière, utilizaremos ao longo do trabalho tanto a escrita do seu sobrenome completo, Pichon-Rivière, quanto somente Pichon.

cada organização social corresponde a um tipo de vida cotidiana que reproduz determinadas condições concretas de existência. A autora afirma que a psicologia social pichoniana propõe uma análise que problematize a cotidianidade para que se possa desmistificar a naturalização do social, a universalização do particular e a atemporização do que é histórico. Uma psicologia social que emergindo em momentos de crise implica uma quebra do cotidiano, propõe-se a desocultar o oculto, a penetrar na aparência para alcançar a essência dos fenômenos.

A reflexão apoiada na psicologia social pichoniana deve incluir (Scarcelli, 2017, p. 217)

(...) Indagações frente a complexidade das relações que determinam as tramas vinculares e constituição subjetiva, e são por elas determinadas, pois a vida cotidiana reivindica uma crítica, uma atitude analítica que faça frente à consciência ingênua, indagando leis que regem a configuração do sujeito (interjogo necessidades/satisfação) e as modalidades de resposta social em cada formação social concreta.

Assim, Rivera, Heinzemann e Scarcelli (2020, p. 208) defendem que “os pressupostos apresentados por Pichon-Rivière são de grande valia para orientar análises como aqui se realiza, pois se inscrevem em uma perspectiva de crítica da vida cotidiana, bem como do Estado e das instituições”.

As políticas públicas são, dialeticamente, produto e produtoras de uma realidade complexa e em constante mudança (Minayo, 2004), e como aponta Scarcelli (2017), vêm sendo tomadas de modo naturalizado, o que implica que elas sejam também inseridas na crítica do cotidiano, das instituições e do Estado, caso se pretenda tratá-las não somente como um jargão^{7,8}, mas sim na busca do rompimento de estereótipos, cristalizações, distorções e ideologização no campo das práticas e da produção do conhecimento.

⁷ De acordo com o Dicionário Aurélio, denomina-se “jargão” uma linguagem viciada, incompreensível, truncada, utilizada por determinado grupo social e/ou profissional (Ferreira, 2010). São exemplos de jargões profissionais os chamados “juridiquês” e “economês”.

⁸ Discutiremos no capítulo 2, mais detidamente, a respeito do que são as políticas públicas e das contradições existentes na sua proposição e implementação. Levantaremos também o debate em torno da compreensão de que elas vêm sendo abordadas nas pesquisas acadêmicas como um jargão e de modo naturalizado (Scarcelli, 2017). Nesse momento, como estamos interessados em discutir a contribuição teórico-metodológica apoiada na psicologia social pichoniana, este tema foi trazido apenas com a intenção de explicitar que as políticas públicas, por estarem inseridas na cotidianidade e nas instituições, e serem uma expressão do Estado no cotidiano das pessoas, devem também ser problematizadas a partir da perspectiva da crítica à vida cotidiana.

Por isso, faz-se necessário “reafirmar a necessidade de se ter a indagação como um método que permita colocar em questão conhecimentos (ou hipóteses interpretativas), entendendo-os em um movimento de construção contínua” (Scarcelli, 2017, p. 217), que possibilite o desenvolvimento de uma análise crítica e reflexiva não apenas da formulação e implementação, mas também das concepções de sujeito, sociedade, política social e Estado que permitem que tais políticas estejam em vigência.

Nesse sentido, a psicologia social pichoniana tem a contribuir, pois propõe, ao analisar dialeticamente a complexidade da realidade e do “implacável interjogo” entre o ser humano e o mundo (Pichon-Rivière, 2009), indagações a respeito de diferentes dimensões analíticas da determinação e influências recíprocas entre sujeito, grupo e instituição (Scarcelli, 2017).

Como instrumento de investigação social e técnica de intervenção, Pichon-Rivière propõe o grupo operativo (Pichon-Rivière, 2009), a partir do qual é possível realizar a análise da realidade em três dimensões (Rivera; Heinzelmann; Scarcelli, 2020, p. 209)

Psicossocial (o estudo do sujeito através de seus vínculos e relações interpessoais), sociodinâmica (o estudo centrado no grupo) e institucional (o estudo da relação dos grupos entre si e as instituições que os regem). As três dimensões (ou direções) não são excludentes e nem separáveis; na verdade, todo estudo deve abarcá-las em sua unidade e interjogo.

Esse enfoque permite que sejam produzidas indagações sobre sujeitos, grupos, instituições e as relações sociais a partir do trânsito pelas três dimensões inseparáveis. É importante destacar que as dimensões são recortes metodológicos que pretendem guiar o olhar, organizar o pensamento e planificar a ação. “Os três níveis se complementam e estão numa relação de dependência recíproca, sendo impossível interpretar os dados recolhidos em um nível sem apelar para aqueles que foram obtidos nos outros” (Scarcelli, 2017, p. 203).

Partindo de tal complexidade, pretendemos, neste trabalho, desenvolver um debate que entende que a dimensão institucional, dialeticamente interdependente às outras duas dimensões, contribui com a análise sobre as diretrizes políticas no campo das políticas públicas, em particular da política de saúde, compreendendo-a como o estudo da relação dos grandes grupos entre si e de instituições, assim como das estruturas sociais que as regem.

Apoiada nas três dimensões de análise preconizadas por Pichon e na concepção de que o próprio ato de interrogar exige um método, Scarcelli (2017) propõe “um conjunto de perguntas que possibilitam a identificação de aspectos que podem ser úteis na discriminação de dimensões e âmbitos de problemas ligados ao campo social” (Rivera; Heinzelmann; Scarcelli, 2020, p. 209), configurando-se como um recorte metodológico para subsidiar a formulação de perguntas e análises, em especial, da dimensão institucional quando inseridas no campo das políticas e das práticas. Desse modo, a autora apresenta formulações que delimitam quatro âmbitos (Scarcelli, 2017, p. 218):

- Político-jurídico: indaga sobre leis, diretrizes políticas, programas governamentais e não governamentais decorrentes dessas políticas e seus aspectos legais, normas, prescrições, entre outros.
- Social-cultural: indaga sobre grupos e sujeitos, suas necessidades e demandas no contexto de proposição, implantação e implementação de políticas e práticas;
- Teórico-conceitual: indaga sobre fundamentos teóricos e filosóficos, sobre concepções que sustentam práticas, programas, diretrizes políticas, leis etc.
- Técnico-assistencial: indaga sobre os modos de criação, implantação, implementação e desenvolvimentos de práticas de programas, diretrizes políticas e lei.

Tal como as três direções propostas por Pichon, os âmbitos delimitados por Scarcelli (2017) complementam-se e estão em dependência recíproca, possibilitando “agregar conhecimentos sobre os fenômenos numa perspectiva pluridimensional e interdisciplinar” (Scarcelli, 2017, p. 218) tendo como objetivo subsidiar a produção de indagações e reflexões quando se investiga o campo das políticas públicas (Rivera, Heinzelmann; Scarcelli, 2020).

Partindo deste recorte metodológico, pode-se compreender que a apresentação do Nasf expressa por meio das leis, portarias, diretrizes, documentos normativos e técnicos está relacionada ao *âmbito político-jurídico*. Dessa forma, para que tal política tenha sido proposta, grupos, sujeitos e instituições inseridos em distintos contextos e realidades com diferentes modos de estar e se expressar, atuaram e atuam em um processo complexo de disputas e lutas, o que podemos entender que diz respeito ao que está sendo considerado como *âmbito social-cultural*.

Estes grupos, sujeitos e instituições possuem e representam diferentes visões de mundo, concepções, referenciais teóricos e filosóficos, princípios, interesses, assim como distintas concepções de sujeito, Estado, sociedade e políticas sociais, e são essas

concepções que estão em disputa na proposição das políticas públicas. “Embora tais referências sejam fundamentais, além de frequentemente não serem explicitadas, são composições carregadas de contradições e antagonismos. Essas questões podem ser indagadas pelo que está sendo proposto como *âmbito teórico-conceitual*” (Rivera; Heinzelmann; Scarcelli, 2020, p. 210) e que está imediatamente relacionado ao objetivo do nosso trabalho em analisar os documentos normativos e técnicos acerca do Nasf, em suas bases conceituais, explicitando suas concepções de política social, Estado, sociedade e sujeito.

Quanto ao quarto e último âmbito denominado *técnico-assistencial*, entende-se que são produzidas indagações que se relacionam com o conjunto de práticas desenvolvidas decorrentes de uma política oficial (político-jurídico), que expressam as tensões em torno das concepções e teorias (âmbito teórico-conceitual) trazidas pelos distintos atores que estão em constante diálogo e disputa no campo social (âmbito social-cultural) (Rivera; Heinzelmann; Scarcelli, 2020; Scarcelli, 2017) e que, nosso trabalho, pode ser analisado, principalmente, a partir dos Cadernos de Atenção Básica os quais abordam as ferramentas tecnológicas para o processo de trabalho do núcleo.

Desse modo, as indagações provenientes das delimitações dos quatro âmbitos subsidiaram nossas reflexões corroborando com Rivera, Heinzelmann e Scarcelli (2020, p. 210-211) quando afirmam que

A partir de tal perspectiva, tem-se constatado que na esfera da vida cotidiana, principalmente no mundo do trabalho, há uma lacuna entre os âmbitos de definição e implementação de políticas (político-jurídico) e de implementação de práticas (técnico-assistencial), **pois aspectos referentes aos âmbitos social-cultural e teórico-conceitual pouco transitam nas indagações e discussões que se voltam para políticas e práticas.** (...) Esse distanciamento pode ser pensado a partir da análise de quais grupos compuseram a construção das políticas, normas e leis, quais sujeitos participam de sua execução e de **quais concepções partem** [grifo nosso].

A partir disso, construímos outras indagações que, em nosso entendimento, constituem-se como desdobramentos também das dimensões psicossocial e sociodinâmica propostas por Pichon-Rivière (2009), pois dada a natureza do nosso objeto e a perspectiva elencada para abordá-lo - a explicitação das concepções de política social, Estado, sociedade e sujeito - tornou-se necessário sistematizar novas problematizações como vistas à compreensão do Nasf como uma ação política. São elas:

- Indagar sobre o destino dado pelo Estado neoliberal às necessidades dos seres humanos a partir das políticas sociais;
- Indagar sobre o projeto de sociedade implícito às ações políticas do Estado;
- Indagar sobre o papel das políticas sociais no desvelamento e/ou ocultamento da historicidade do cotidiano;
- Indagar sobre como as políticas sociais favorecem, ou não, a produção de subjetividades/sujeitos capazes de compreender a realidade em sua essência;
- Indagar sobre quais os efeitos as políticas sociais, reguladas por documentos oficiais a serem submetidos à análise crítica, produzem nas relações sociais e na vida cotidiana das pessoas;
- Indagar sobre as possibilidades de que as políticas sociais auxiliem os sujeitos na problematização da cotidianidade de modo a desmistificar a naturalização do social, a universalização do particular e a atemporização do que é histórico;
- Indagar sobre a capacidade, ou não, das políticas sociais reconhecerem os sujeitos a partir de suas determinações sociais concretas (classe, gênero e raça);
- Indagar sobre a capacidade, ou não, das políticas sociais agirem frente aos efeitos subjetivos das desigualdades sociais.

Portanto, estes são os referenciais teórico-metodológicos que orientaram a análise do nosso objeto de pesquisa, os documentos oficiais acerca do Nasf, e este foi o recorte metodológico que adotamos para a consecução do nosso objetivo que se configura em analisar as concepções que embasam e se expressam nesses documentos. A seguir, explicitaremos quais foram as fontes de informações e os procedimentos utilizados.

1.3 Produção dos dados

1.3.1 Procedimento: análise documental

Adotamos a análise documental como procedimento para desvelar as concepções constitutivas dos documentos normativos e técnicos acerca do Nasf. A análise documental configura-se por se debruçar sobre materiais ainda não trabalhados do ponto de vista analítico, o que requer do pesquisador “uma análise mais cuidadosa, visto que os documentos não passaram antes por nenhum tratamento científico” (Oliveira, 2007, p. 70).

Os documentos são registros escritos que oferecem informações que permitem reconhecer aspectos de determinado período histórico e social. A análise documental pode ser compreendida como conjunto de operações intelectuais, visando à descrição e representação dos documentos de uma forma unificada e sistemática para facilitar sua compreensão (Souza; Kantorski; Luís, 2011).

Apresenta-se duas perspectivas de conceituação acerca da análise documental. A primeira caracteriza-se como uma modalidade de estudo ou pesquisa baseada na apreensão dos documentos relacionada à pesquisa histórica, que busca a reconstrução crítica de determinado período por meio dos dados obtidos nos documentos com o intuito de obter indícios para compreensão do presente e projeções futuras, configurando-se como um método de investigação.

A segunda apresenta-se como um conjunto de procedimentos, como uma técnica de investigação. É um modo de intervenção sobre o material visando atingir determinado objetivo, geralmente relacionado à facilitação da compreensão e uso das informações contidas nos documentos ao estabelecimento de relações com o contexto social, econômico, político e ideológico (Souza; Kantorski; Luís, 2011).

No presente estudo aproximamo-nos da segunda perspectiva, isto é, da análise documental como técnica de para o tratamento do material e produção dos dados, objetivando analisar as concepções de sujeito, sociedade, Estado e políticas sociais presentes nos documentos e estabelecer relações com o contexto social.

E mais, na presente investigação, a análise documental apresentou-se como um instrumento técnico-político necessário para um posicionamento crítico diante das contradições e disputas inerentes ao campo das políticas sociais como modo de operação do Estado capitalista na relação entre manutenção e enfrentamento do *status quo*. A centralidade desta proposição expressa-se na tese que se pretende defender por meio desta pesquisa, qual seja: a análise de documentos normativos referentes à ações políticas concretas, no campo das políticas sociais, ao desvelar as concepções que as sustentam e

considerar a conjuntura político-econômica em que os textos oficiais foram publicados - a exemplo do que realizamos com o Nasf -, constitui-se como um caminho profícuo para investigações que visam explicitar o modo de funcionamento do Estado na sociedade capitalista, suas contradições e impactos sociais e subjetivos.

A elaboração desta tese concretizou-se, do ponto de vista procedimental, por meio de duas etapas: a recolha dos documentos e a análise crítica destes, como preconizado por Calado e Ferreira (2004). A recolha dos documentos foi realizada no portal virtual oficial do Ministério da Saúde e a análise crítica das concepções expressas nestes, realizada a partir do recorte metodológico das indagações referentes aos âmbitos propostos por Scarcelli (2017) e das dimensões propostas por Pichon-Rivière (2009).

Como todo procedimento metodológico, a análise documental apresenta potencialidades e limites. “Algumas vantagens da análise documental consistem no baixo custo e na estabilidade das informações por serem “fontes fixas” de dados e pelo fato de ser uma técnica que não altera o ambiente ou os sujeitos” (Souza; Kantorski; Luís, 2011, p. 223). Os limites relacionam-se, principalmente, à falta de vivência do fenômeno para melhor analisá-lo e certa distância das transformações *in loco* no campo social e das relações destas com o objeto analisado.

Todavia, compreendemos que analisar as concepções constitutivas dos documentos é uma possibilidade de aproximação da dimensão histórica e contextual do processo de proposição e implementação de uma política de saúde, assim como das concepções que a sustenta.

Além disso, a análise documental dos textos oficiais do Nasf coloca-se como uma tarefa necessária de desnaturalização da política social para que esta não se configure como simples referência teórica, devendo ser problematizada e indagada. Pois, como afirma Scarcelli (2017), ao se tornarem referências de sujeitos, grupos ou instituições, as políticas públicas acabam se estabelecendo, muitas vezes, como ideologia, no sentido trazido por Pichon. Configurando-se como (Scarcelli, 2017, p. 222)

Pensamentos (conscientes ou inconscientes) carregados de grande carga emocional e considerados, pela pessoa que a pensa, como resultado de puro raciocínio, enquanto não difere das crenças religiosas; são pensamentos que não formam um núcleo coerente e acabam por determinar diferentes graus de ambiguidade; podem ter caráter mistificador e de perpetuação de uma determinada ordem social. No contexto de instituições/organizações e movimentos sociais, com certa frequência nos deparamos com defesas apaixonadas de certas ideias e posições que acabam adquirindo esse caráter de crença e obstaculizando processos de comunicação e aprendizagem. Esse tipo

de expressão não é privilégio de uma ou outra tendência política; por isso merece ser analisada.

Portanto, ao analisarmos os documentos normativos e técnicos relacionados ao Nasf, trilhamos tal caminho metodológico tendo em perspectiva a análise das contradições expressas nos documentos oficiais, a partir das concepções que se apresentam em seus textos, guiados pelo recorte metodológico dos âmbitos propostos por Scarcelli (2017), as dimensões propostas por Pichon-Rivière (2009) e atentos aos modos como as políticas de saúde relacionam-se com os acontecimentos correntes e com a estrutura social.

1.3.2 Fontes de informações

Para consecução do objetivo da pesquisa, analisamos documentos normativos e técnicos do Nasf - portarias, notas e cadernos técnicos - que apresentam diretrizes para implementação e trabalho do núcleo produzidos na esfera federal por se tratar de uma ação política deste nível, proposta para todo o país.

De acordo com o Dicionário Técnico Jurídico (Guimarães, 2012, p. 476), portaria é “um ato escrito pelo qual se determinam providências de ordem administrativa, para o bom andamento dos serviços públicos”.

Nota técnica é um ato de correspondência elaborado por técnicos especializados em determinado assunto em que o signatário dirige-se ao chefe do poder executivo, podendo ser realizada nas três esferas de governo (municipal, estadual ou federal). Seu objetivo é, com informações relevantes, fornecer esclarecimentos concisos que possam auxiliar o gestor na compreensão do processo que lhe é submetido (Goiás, 2020).

Enquanto que os cadernos técnicos, denominados Cadernos de Atenção Básica, “têm o papel de contribuir e fortalecer as ações assistenciais desenvolvidas pelos profissionais da saúde pública em todo o Brasil, além de auxiliar na implementação adequada do modelo de assistência à população” (Zacarkim; Mora; Lopes, 2015, p. 1).

Como já mencionado, utilizamos como fonte para identificação dos documentos oficiais o portal virtual de acesso aberto da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS) do Ministério da Saúde (MS), local no qual os documentos são divulgados. A SAPS possui relevância na explicitação das prioridades do MS para a atenção primária por meio dos documentos elaborados, além de potencial de abrangência na divulgação de

deliberações para gestores, profissionais de saúde, órgãos de controle social e para a sociedade em geral (Domingos et al, 2016).

Foram analisados documentos disponibilizados no período de janeiro de 2008, ano de publicação da portaria nº 154 que instituiu o Nasf no país, a fevereiro de 2022 data final de recolhimento das fontes documentais na seção de legislações e publicações acerca do Nasf no portal virtual da SAPS⁹.

O conjunto dos documentos normativos e técnicos que foram analisados, e seus respectivos objetivos e contextos, está disposto no Quadro 1:

Quadro 1 – Documentos normativos e técnicos analisados acerca do Nasf.

Documento	Objetivo / Contexto
Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008, republicada em 4 de março de 2008.	Criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf).
Portaria nº 2.483, de 20 de dezembro de 2010.	Criação do Nasf 3 para municípios com menos de 20 mil habitantes. Prioriza a atenção integral para usuários de crack, álcool e outras drogas. Revogada pela Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que extinguiu o Nasf 3.
Cadernos de Atenção Básica nº 27/2010.	Apresentação das diretrizes para a implantação dos Nasf e sua atuação junto às áreas estratégicas do SUS: saúde da criança/do adolescente; saúde mental; reabilitação/saúde integral; saúde da pessoa idosa; alimentação e nutrição; serviço social; saúde da mulher; assistência farmacêutica; atividade física/práticas corporais e práticas integrativas e complementares.
Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011.	Atualização e revisão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Extinção do Nasf 3.
Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012.	Redefinição dos parâmetros de vinculação dos Nasf 1 e 2 e recriação do Nasf 3 (modalidades Nasf).
Portaria nº 548, de 4 de abril de 2013.	Definição do repasse dos incentivos financeiros federais aos municípios a partir do Piso de Atenção Básica Variável (PAB variável) para os Nasf modalidades 1, 2 e 3.

⁹ Os documentos estavam disponíveis em <https://aps.saude.gov.br/ape/nasf/>, até fevereiro de 2022. Contudo, em agosto do mesmo ano, momento de revisão deste texto, não havia mais no portal da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS) uma seção dedicada ao Nasf, como existia anteriormente. É como se, nos meios oficiais, o núcleo nunca estivesse existido na APS.

Nota técnica de 10 de abril de 2013.	Definição dos fluxos para adequação às modalidades de Nasf conforme portaria nº 3.124 de 28 de dezembro de 2012 e portaria nº 548, de 4 de abril de 2013.
Cadernos de Atenção Básica nº 39/2014.	Apresentação das diretrizes para a implantação dos Nasf; aborda as ferramentas tecnológicas para o processo de trabalho dos núcleos; a articulação da rede de atenção à saúde e de redes sociais de apoio e o uso da informação para a qualificação das ações do Nasf.
Portaria nº 1.117 de 16 de junho de 2016.	Credenciamento de Nasfs em vários municípios para resposta às necessidades de assistência aos casos de microcefalia decorrentes do surto de zika vírus em 2016.
Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.	Atualização e revisão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). A sigla Nasf passa a significar Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB). Retirada a centralidade da função apoio.
Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019.	Instituição do Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do SUS. Financiamento a partir do número de usuários cadastrados no serviço de saúde e por desempenho. O Nasf deixa de ser uma ação com incentivo financeiro federal.
Portaria nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019.	Disposição sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil. Previsão de indicador relacionado à atuação de equipes multiprofissionais na APS incorporado ao rol de indicadores monitorados para o pagamento por desempenho.
Nota técnica nº 3, de 28 de janeiro de 2020.	A partir do novo modelo de financiamento da APS, desvincula-se a composição de equipes multiprofissionais neste nível de atenção às tipologias de equipes Nasf (Nasf 1, 2 e 3). O gestor municipal passa a ter “autonomia” para compor os arranjos de equipe. Nasf não está mais vinculado às equipes de ESF, os profissionais podem, inclusive, não serem vinculados a nenhuma equipe. O Ministério da Saúde passa a não cadastrar novas equipes Nasf.
Portaria nº 99, de 7 de fevereiro de 2020.	Redefine registro das Equipes de Atenção Primária e Saúde Mental no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).
Portaria nº 102, de 20 de janeiro de 2022.	Altera a Portaria nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019, que dispõe sobre os indicadores do pagamento por

	desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil. Não há nenhum indicador relacionado a ações multiprofissionais ou de saúde mental, como previsto na portaria alterada.
Nota técnica nº11, de 17 de fevereiro de 2022.	Dispõe sobre os indicadores de Pagamento por Desempenho do Programa Previne Brasil (2022) de que trata a Portaria GM/MS nº 102, de 20 de janeiro de 2022, que alterou a Portaria GM/MS nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019, que dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil.

Fonte: Produzido pelos autores, inspirado no quadro apresentado por Quirino et al (2019).

1.3.3 Organização, produção e análise dos dados

A organização e exploração dos 16 documentos (11 portarias, 2 cadernos e 3 notas técnicas) aconteceu mediante leituras sucessivas e exaustivas nas quais buscamos explicitar, ancorados nos referenciais teóricos apresentados, as concepções que embasam e se expressam em tais textos. Os documentos foram impressos e, inicialmente, lidos separadamente, em ordem cronológica de publicação.

Em seguida, trechos dos documentos que consideramos apresentar concepções que os embasam foram destacados. Realizamos releituras destes trechos e eles foram organizados em uma ficha de análise, uma para cada documento, utilizando o programa Microsoft Word, na qual os trechos foram transcritos na íntegra. Organizar as informações dessa forma permitiu uma releitura dos dados possibilitando identificar se algum trecho relevante não havia sido incorporado. Realizamos uma leitura geral dos documentos buscando abarcar a análise de cada uma das seções da ficha.

A ficha de análise construída para a sistematização dos documentos foi inspirada no trabalho de Folscheid e Wunenburger (2006) no qual os autores indicam caminhos para uma leitura crítica e filosófica de textos. A ficha adaptada está apresentada no Quadro 2, abaixo:

Quadro 2 - Ficha de análise utilizada para leitura dos documentos oficiais.

FICHA DE ANÁLISE (Adaptada de Folscheid; Wunenburger, 2006)	
CARACTERIZAÇÃO	
Referência:	
Ano de publicação:	
Natureza (portaria, caderno, nota técnica):	
Responsável (quem assina? Ministro, departamento do MS. Qual governo?):	
Tema (sobre o que se debruça):	
Objetivo (com qual finalidade):	
ESTRUTURA E CONTEÚDO DO TEXTO	
Momentos do texto (principais momentos a serem destacados na dinâmica do texto) - Para quê - Como	
Ideias e argumentos (principais ideias a serem destacadas no texto):	
Efeitos ou consequências (materiais, teóricas, práticas - da criação ou extinção da legislação)	
CATEGORIAS ANALÍTICAS	
Sujeito	
Sociedade	
Estado	
Política Social	

ESPAÇO LIVRE PARA REFLEXÕES

Fonte: Produzido pelos autores, inspirada em Folscheid e Wunenburger (2006).

No segundo momento, foi feita uma leitura transversal da ficha, a partir de cada seção, considerando todos os elementos destacados e, diante disso, buscamos evidenciar continuidades, descontinuidades e processo de apresentação e desenvolvimento da política e, essencialmente, para dar consecução aos objetivos da pesquisa, evidenciar as concepções de sujeito, sociedade, Estado e política social. Com isso, tentamos identificar o que há de regularidade e de excepcionalidade nos textos das normativas, e a partir disso, estabelecer um diálogo com a teoria.

Posteriormente, classificamos os dados, fazendo as indagações elaboradas a partir do referencial teórico e com isso, realizamos novamente leituras exaustivas dos trechos, identificando as contradições da política do Nasf e confrontando-as com os pressupostos, hipóteses e categorias analíticas teoricamente produzidas.

Então, construímos um último documento no qual foram aglutinados os trechos de todas as normativas para que pudéssemos analisá-los conjuntamente (16 documentos). O objetivo principal desta etapa foi organizar didaticamente o material para facilitação do processo de análise mais do que uma classificação estrita de cada categoria analítica, pois por utilizarmos um referencial teórico que analisa os âmbitos de forma dialética e mutuamente determinados, não podemos compreendê-los separadamente.

É importante destacar que os âmbitos propostos por Scarcelli (2017), inspirados nas três direções de análise do grupo operativo propostas por Pichon-Rivière (2009), são um conjunto de perguntas que possibilitam a identificação de aspectos que podem ser úteis na discriminação de dimensões e âmbitos de problemas ligados ao campo social, mas não se configuram como categorias estanques, imutáveis e definitivas. São, na verdade, um recorte metodológico que tem o objetivo de dar subsídios à formulação de questões quando se investiga o campo das políticas públicas.

Portanto, buscamos explicitar, ainda que de forma incipiente, as relações entre os âmbitos teórico-metodológicos propostos por Scarcelli (2017), para uma análise da dimensão institucional do Nasf. Além disso, buscamos situar a dimensão institucional em

sua relação com as demais dimensões da realidade propostas por Pichon (2009), a saber: psicossocial e sociodinâmica.

A organização do material aqui apresentada não teve a pretensão de enrijecer a essência da análise, pois isto se configuraria como uma incoerência em relação à teoria que embasa este trabalho. O ordenamento do material cumpriu um fim didático e de facilitação do processo de análise.

Por fim, considerando a complexidade da realidade e da vida cotidiana, assim como do fenômeno das políticas de saúde, desejamos ressaltar que não temos a pretensão de esgotar as possibilidades de estudo e discussão acerca do tema, mas sim produzir uma análise possível para o debate acerca do Nasf.

Desse modo, reconhecendo a necessidade da crítica da vida cotidiana apontada por Quiroga (2010), além da profundidade da temática, este trabalho não é conclusivo, embora busque apresentar contribuições provisórias para a compreensão de âmbitos e das concepções expressas e que embasam o Nasf.

Na sessão que se segue, apresentaremos algumas reflexões sobre concepções a respeito de sujeito, sociedade, Estado e políticas sociais que se constituem como referenciais teóricos para as análises produzidas.

CAPÍTULO 2

Sujeito, sociedade, Estado, políticas (públicas) sociais e política de saúde

“A crítica arrancou as flores imaginárias que enfeitavam as cadeias, não para que o homem use as cadeias sem qualquer fantasia ou consolação, mas para que se liberte das cadeias e apanhe a flor viva¹⁰.”
(Karl Marx, 2005, p. 146-147)

Neste capítulo, iremos apresentar algumas reflexões teóricas acerca do debate sobre sujeito, sociedade, Estado e políticas sociais que se constituíram como concepções essenciais a serem elucidadas na análise crítica dos documentos normativos e técnicos que embasam o Nasf.

2.1 Sujeito, sociedade e Estado: possibilidades e limites no modo de produção capitalista e na racionalidade neoliberal

Para que possamos efetivar uma discussão acerca das políticas sociais e da política pública, especificamente do Nasf, objeto deste trabalho, faz-se necessário a construção de um debate a respeito do que entendemos por sujeito, sociedade e Estado e de quais são as suas possibilidades e limites no modo de produção capitalista e na racionalidade neoliberal. Logo, as possibilidades e limites das políticas públicas como expressão do Estado no cotidiano dos cidadãos, nesta forma de organização social.

Não há apenas uma definição, tampouco concepção, a respeito dos termos sujeito, sociedade e Estado, assim como do que sejam políticas sociais, havendo diferentes formas de compreender tais questões. Por isso, é importante ressaltar que toda e qualquer definição, por mais “neutra” que pretenda parecer (Correia, 2015) está ancorada em um projeto de sociedade e de humanidade.

Como discutimos anteriormente, determinadas concepções acerca das políticas públicas podem se apresentar como ideologia, no sentido trazido por Pichon, que se

¹⁰ Marx K. Crítica da filosofia do direito de Hegel. São Paulo: Boitempo Editorial; 2005. p. 146-147.

configuram como pensamentos, conscientes ou inconscientes, que podem ter “caráter mistificador e de perpetuação de uma determinada ordem social” (Scarcelli, 2017, p. 222).

Por isso, entendemos que seja necessário explicitar quais são as concepções de sujeito, sociedade, Estado e política social utilizadas neste trabalho para que possamos construir uma discussão que se pretenda o mais próximo de uma abordagem não-ideológica, porém sem a suposição de uma ilusória neutralidade, haja visto que não é possível pensar tais concepções fora de um projeto político e de uma teoria social.

Partiremos da compreensão de que o Estado é um “resumo da sociedade civilizada” (Engels, 2012, p. 217), que alcança seu máximo grau de desenvolvimento na sociedade capitalista. Portanto, o Estado medeia as relações entre sociedade e sujeito, considerando a atual forma de organização social. No entanto, essa dimensão da realidade e sua dinâmica de funcionamento não está objetiva e subjetivamente posta para grande parte dos sujeitos. Nesse sentido, constitui-se como propósito desta seção discutir a dialética sujeito, sociedade e Estado no modo de produção social capitalista.

O debate acerca da origem e função do Estado está presente já em Maquiavel, no século XVI, que considerava o Estado como um poder exterior, acima dos interesses particulares e indispensável à vida social. Hobbes também o considerava desse modo, além de compreendê-lo como destinado à resolução de conflitos entre os seres humanos que seriam portadores de uma *natureza má* (Dantas, 2017).

Para John Locke, o Estado deveria garantir os direitos ditos *naturais*, como o da propriedade; enquanto Rousseau afirmava que o papel do Estado era atuar em função do bem comum e do desenvolvimento pleno dos seres humanos em relação ao seu *estado de natureza*. Já no século XIX, Hegel compreende o Estado como representação máxima do desenvolvimento alcançado pelo *Espírito*, grau maior da liberdade atingida pela humanidade (Dantas, 2017).

Diante disso, podemos analisar que distintas concepções a respeito do Estado vêm sendo pensadas e produzidas há, pelo menos, cinco séculos. Esse debate continua atual e necessário, principalmente em um campo de saberes e práticas que se insere no âmbito das políticas e direitos sociais.

Menicucci e Gomes (2018), ao discutirem o surgimento e desenvolvimento das políticas sociais argumentam que ele está associado “com o próprio processo de constituição do Estado moderno e da cidadania” (p. 7). Para as autoras (Menicucci; Gomes, 2018, p. 7)

O ponto mais alto do desenvolvimento de sua capacidade institucional corresponde ao chamado Estado de bem-estar social, que se caracteriza por um grande ativismo do Estado no sentido de buscar amortecer os impactos das crises a que estão sujeitas as economias de mercado.

Nessa concepção, um Estado que promova o bem-estar social e a produção do bem comum está vinculado à noção de cidadania que, por sua vez, expressa - em tese -, a igualdade dos indivíduos em termos de sua vinculação jurídica ao Estado e implica o estabelecimento de um conjunto de direitos e deveres entre cidadão e Estado e, fundamentalmente, o reconhecimento da igualdade entre os cidadãos, “trata-se, portanto, de uma noção igualitária que se relaciona com a construção da democracia - um sistema político baseado no pressuposto de uma igualdade básica entre os cidadãos” (Menicucci; Gomes, 2018, p. 8).

Correia (2015) discute os limites da visão institucionalista da produção de bem comum que se aproxima da apresentada acima. Na visão institucionalista, o Estado, enquanto um exemplo de instituição, “é responsável pela produção do bem comum. Além disso, protege a coletividade e atua sempre conforme os interesses públicos que, em tese, seriam convergentes com os de todos os que compõem os que estão sob o seu império” (p. 56).

No entanto, a partir de uma crítica radical marxista, Correia (2015) problematiza tal concepção ao questionar se o bem que é produzido no modo de produção capitalista é efetivamente coletivo e se, guarda, verdadeiramente, relação com os interesses públicos, além de questionar se todos são reconhecidos igualmente perante o Estado. E indaga: “será que, observadas as condições atuais, é efetivamente possível identificar e distinguir o bem coletivo? Será que há como identificar realmente aqueles que se dizem promotores de um bem coletivo?” (p. 57).

Ao apresentar uma crítica imanente como método de análise ancorado no materialismo histórico-dialético, a partir da teoria valor-trabalho proposta por Marx, Correia (2015) pretende evitar o individualismo metodológico e a abstração utópica na análise do Estado e das políticas sociais no modo de produção capitalista.

De modo bastante sintético e sem a pretensão de abarcar toda a complexidade do pensamento de Marx, compreende-se o modo de produção capitalista como um *processo* de acumulação de riqueza por meio da extração da mais-valia, ou seja, da exploração do

trabalho assalariado, em uma correlação de forças entre classes sociais antagônicas: capitalistas e proletariado (Marx, 2013). Contudo, tal funcionamento é ocultado no campo social, ao menos na aparência, processo no qual, o Estado burguês (forma de adjectivar o estado no modo de processo social capitalista), atua como um agente decisivo.

Por isso, é importante evidenciar a relação entre essência e aparência da organização social no jogo feito no capitalismo. Como aponta Correia (2015, p. 59),

A riqueza do capitalismo se apresenta (isto é, apenas aparece) como uma enorme coleção de mercadorias. No entanto, atrás dessa aparência há a essência: a riqueza do capitalismo não se expressa nesses moldes (mas sim pelo valor trabalho). No entanto, é importante que as pessoas não notem que o valor trabalho é que compõe a riqueza do capitalismo. É indispensável ainda que elas não se apresentem como ilusão (aparência) de que a opulência do capital é proveniente das mercadorias. (...) Além disso, para a lógica do capital, é importante que a mercadoria individual apresente-se como a sua forma elementar. No entanto, a forma elementar da sociedade capitalista não é composta da mercadoria individual, mas a sua consideração como um fenômeno social que tem na sua coletivização (ou melhor, na sua difusão) a mais adequada maneira de se entender o fenômeno do capitalismo.

Na ocultação da relação entre valor de uso e valor de troca da mercadoria e da verdadeira essência da riqueza do capitalismo, o Estado atua como, supostamente, um ‘ente neutro’ na mediação entre capitalistas e trabalhadores. Contudo, o Estado tem uma relação intrínseca com a lógica do capital, apesar de *fazer aparentar* que, “de forma neutra, realiza a promoção da igualdade e liberdade, não individualmente considerada, mas de forma generalizada” (Correia, 2015, p. 64).

Assim, o Estado tem caráter de classe social, que foi definido por Engels (2012, p. 209-210),

O Estado não é, portanto, de modo algum, um poder que é imposto de fora à sociedade e tão pouco é “a realidade da ideia ética”, nem “a imagem e a realidade da razão”, como afirma Hegel. É antes um produto da sociedade, quando essa chega a um determinado grau de desenvolvimento. É o reconhecimento de que essa sociedade está enredada numa irremediável contradição com ela própria, que está dividida em oposições inconciliáveis de que ela não é capaz de se livrar. Mas para que essas oposições, classes com interesses econômicos em conflito não se devorem e não consumam a sociedade numa luta estéril, tornou-se necessário um poder situado aparentemente acima da sociedade, chamado a amortecer o choque e a mantê-la dentro dos limites da “ordem”. Esse poder, surgido da sociedade, mas que se coloca acima dela e que se aliena cada vez mais dela, é o Estado.

Nessa concepção, o Estado nasce da necessidade de conter os antagonismos de classes, mas ao mesmo tempo surge no meio do conflito subsistente entre elas, desse modo, ele é, via de regra, “o Estado da classe mais poderosa, da classe economicamente dominante, classe que, por intermédio dele, converte-se também em classe politicamente dominante, adquirindo assim novos meios para a repressão e exploração da classe oprimida” (Engels, 2012, p. 211-212).

Dessa forma, de acordo com Viana (2006, p. 98), “o caráter capitalista do Estado se revela não através da identificação de quem está no governo, mas sim na sua essência enquanto relação de dominação de classe. A dominação de classe, por sua vez, tem como razão de ser a exploração. Isto revela a ligação entre Estado e Modo de Produção”.

Vale destacar, como aponta Correia (2015), que “seria muito simples reduzir o Estado a uma realidade que somente se concretizou com o advento da sociedade capitalista” (p. 58). O que difere do apresentado originalmente por Engels (2012) que postula a concepção de que o Estado nem sempre existiu, afirmando ter existido sociedades que “não tinham a menor ideia do Estado ou de seu poder” (p. 188), e que a sua necessidade foi posta a partir do desenvolvimento econômico ligado à divisão da sociedade em classes sociais.

Para Correia (2015), o Estado configura e reconfigura a partir das relações de produção vigentes e da concretização plena destes modos de produção. A transformação é lenta e não se processa instantaneamente. Até o advento do capitalismo, ‘protoformas’ anteriores ao Estado foram importantes, apesar de possuírem características incipientes desta instituição.

Contudo, “em sua expressão mais evoluída, o Estado é *forma específica* do capitalismo” (Correia, 2015, p. 59, grifo nosso). Tal constatação possibilita a compreensão da captura da produção do bem comum pela racionalidade do capital. “No capitalismo processa-se a mágica que faz com que vejamos o Estado como única maneira de expressão da satisfação dos interesses coletivos e, mais, como uma expressão eterna desses interesses” (p. 59). No entanto, continua o autor, apesar de ter existido várias ‘protoformas’, o “Estado é, pois, na sua mais acabada estruturação, forma típica do capitalismo” (Correia, 2015, p. 64).

Diante disso, nos alerta Engels (2012, p. 217), no modo de produção capitalista “o Estado é o resumo da sociedade civilizada, sendo, sem exceção, em todos os períodos

que podem servir como modelo, o Estado da classe dominante, e de qualquer modo, essencialmente máquina destinada a reprimir a classe oprimida e explorada”.

Como anuncia Dantas (2017), Marx e Engels afirmaram categoricamente que “o Estado é produto ineliminável da sociedade de classes, ou melhor, que o Estado é sempre um Estado de classe. Negaram, assim, a universalidade que Hegel lhe atribuiu, e sobretudo, o caráter de mediação isenta do conflito de classes que os liberais em peso lhe conferiram” (Dantas, 2017, p. 35).

Some-se a isso o fato de que, na ordem capitalista, as formas de exploração, expropriação e exclusão da sociedade ocorrem de modos distintos no interior da classe trabalhadora. Isso é o que acontece, por exemplo, com as mulheres. Para Saffioti (1969), nas sociedades pré-capitalistas, ainda que as mulheres padecessem de inferioridade jurídica, social e política, elas participavam do sistema produtivo e tinham um relevante papel econômico, o que não permanece no capitalismo. Segundo a autora, a emergência desse modo social de produção ocorre em condições extremamente adversas para as mulheres que passam a sofrer desvantagens sociais a partir da intensificação da exploração de seu trabalho, seja por meio de uma jornada de trabalho mais extensa seja em decorrência de salários mais baixos ou ainda, como problematizam Arruzza, Bhattacharya e Fraser (2019), a partir do trabalho não remunerado (reprodução social) que sustenta o mundo. Para Engels (1985), a primeira forma de expressão da divisão de trabalho e do antagonismo de classe encontra-se no âmbito da procriação dos filhos, entre homens e mulheres, no interior da família monogâmica que é, para esse autor, motor da sociedade dividida em classes e, sem dúvidas, uma instituição organicamente articulada ao Estado.

Além disso, defendemos que a discussão acerca da organização e função do Estado no capitalismo não pode se dar de forma indistinta, sem a análise da concretude histórica de cada país. No Brasil, por exemplo, um país da periferia do capitalismo, com uma história de colonização e escravização de pessoas negras sequestradas de diferentes países da África, não é possível falar sobre Estado e políticas sociais sem considerar o racismo que estrutura essa instituição e seus modos de funcionamento. Como apontam Behring e Boschetti (2017, p. 97), há o *peso do escravismo* na constituição da sociedade brasileira, “marcando de forma deletéria a cultura, os valores, as ideias, a ética, a estética e os ritmos de mudança”.

Carneiro (2011) e Gonzalez (2020) afirmam que não houve no Brasil medidas sociais que efetiva e radicalmente reparassem política, econômica e socialmente os recém-libertos e seus descendentes. Assim sendo, o Brasil é marcado por desigualdades de raça, gênero e classe e, por isso, o Estado brasileiro e suas políticas sociais também são forjados nesta lógica.

Carneiro (2011, p. 15) aponta que há uma questão essencial acerca da garantia dos direitos humanos e sociais quando se trata das desigualdades raciais. Nas palavras da autora, o racismo funda-se na

Prevalência da concepção de que certos humanos são mais ou menos humanos do que outros, o que, conseqüentemente, leva à naturalização da desigualdade de direitos. Se alguns estão consolidados no imaginário social como portadores de humanidade incompleta, torna-se natural que não participem igualitariamente do gozo pleno dos direitos humanos.

Dessa forma, a raça, social e culturalmente construída, é determinante na configuração da estrutura de classes no Brasil. Por esse motivo é necessário que as análises a respeito do Estado estejam ancoradas na importância da racialidade na configuração das desigualdades sociais no país, elemento que estrutura as desigualdades raciais nas políticas públicas (Carneiro, 2011).

Como instituição social, o Estado expressa as contradições e a complexidade constitutivas da realidade social no modo de produção capitalista e por isso, no que se refere à política pública setorial de saúde, em 2007, foi instituída a Política Nacional de Saúde Integral da Pessoa Negra (PNSIPN) (Brasil, 2007).

A proposição dessa política pode expressar um reconhecimento do governo brasileiro, à época, quanto às iniquidades raciais no acesso à saúde e configura-se como “uma medida compensatória na tentativa de minimizar os efeitos da discriminação e da exploração sofridas pelos negros ao longo da história brasileira, já que esse histórico se reflete em vários aspectos, não sendo diferente em relação à saúde” (Cheuen Neto et al, 2015, p. 1910).

No entanto, apesar de alguns desses avanços no passado recente e de imensos retrocessos que se anunciam no presente, como expressão da luta de classes constituída pela desigualdade racial no Brasil, Carneiro (2011) ressalta que “estamos diante de velhas teses a serviço de novas estratégias que pretendem nos levar de volta à idílica democracia racial” (p. 38). Desse modo, segundo a autora (Carneiro, 2011, p. 38),

No combate em que parcelas das elites nacionais travam contra as políticas de promoção da igualdade racial, elas se servem da desqualificação pública dos movimentos negros e de seus parceiros e aliados, da negação do racismo e da discriminação racial, da deslegitimação acadêmica de estudos e pesquisas que há décadas vêm demonstrando a magnitude das desigualdades raciais e a utilização de experiências genéticas para consubstanciar a miscigenação e a negação do negro como sujeito social demandador de políticas específicas e de seu direito democrático de reivindicá-las.

Ao serem reivindicadas, pelo movimento negro, políticas específicas para esse segmento da população, os conservadores que desejam a manutenção do *status quo*, propagam a ideia falaciosa de um suposto ‘racismo negro’ que Carneiro (2011), citando a descrição do sociólogo e ativista Carlos Medeiros, denomina de ‘fabricação do medo’. “Eles estão com medo: dos militantes negros, da radicalização da sociedade, das políticas públicas e, finalmente, da possibilidade da queda da República em função das políticas raciais” (Carneiro, 2011, p. 39).

Carneiro (2011) destaca que “convergem, nessa estratégia, posições de direita e de esquerda em que a classe social ou a cordialidade racial retornam aos discursos para nublar a contradições raciais”, criando condições para prosperarem “velhas ideologias a serviço de novas estratégias de retorno ao passado” (p. 41).

Importante salientar que o debate proposto por Carneiro (2011) e Gonzalez (2020) se dá em um momento histórico outro, o qual podemos dizer que não é mais o que vivemos atualmente, apesar de a partir de uma análise histórica, sabermos que produz o presente. Nos dias de hoje, as desigualdades, retrocessos e desmantelamento das políticas públicas, já anunciados na produção das autoras, estão ainda mais acirrados e o racismo e o sexismo permanecem como aspectos estruturais.

Isto posto, é possível apresentar como síntese dessa discussão a compreensão de que “o patriarcalismo e a escravidão são constitutivos da sociabilidade burguesa, possuindo expressões específicas em lugares como o Brasil e outros territórios colonizados” (Petroni, 2019, p. 16) e, conseqüentemente, na organização do Estado e suas formas de operar as políticas sociais.

Assim, partimos do entendimento de que a formação social brasileira é marcada pelo patriarcalismo, escravidão, colonialismo que geram como consequência uma condição de heteronomia e dependência (Fernandes, 1976), uma sociedade e uma

economia que se organizam para fora, demonstrando uma tendência de subordinação ao mercado mundial e aos interesses estrangeiros.

A partir dessa particularidade histórica, no Brasil, “o Estado é visto como meio de internalizar os centros de decisão política e de institucionalizar o predomínio das elites nativas dominantes, numa forte confusão entre público e privado” (Behring; Boschetti, 2017, p. 99), processo que tem se acirrado no atual momento do desenvolvimento do capitalismo.

As recentes metamorfoses sistêmicas do capitalismo ganharam contornos a partir da crise financeira mundial de 2008, culminando no que vem sendo denominado de *neoliberalismo*¹¹. “O neoliberalismo não é apenas uma ideologia, um tipo de política econômica. É um sistema normativo que ampliou sua influência ao mundo inteiro, estendendo a lógica do capital a todas as relações sociais e a todas as esferas da vida” (Dardot; Laval, 2016, p. 7).

Como discutem Dardot e Laval (2016), o neoliberalismo não apenas destrói políticas, instituições e direitos, “ele também *produz* certos tipos de relações sociais, certas maneiras de viver, certas subjetividades. Em outras palavras, com o neoliberalismo, o que está em jogo é nada mais nada menos que a *forma de nossa existência*, isto é, a forma como somos levados a nos comportar, a nos relacionar com os outros e com nós mesmos” (grifo dos autores, p. 14).

O neoliberalismo orienta as políticas públicas, as relações político-econômicas mundiais e a produção de subjetividades e sociedades a partir de sua lógica. Nas palavras de Dardot e Laval (2016, p. 15), a norma do neoliberalismo e seu fundamento expressam-se

Ora sob seu aspecto político (a conquista do poder pelas forças neoliberais), ora sob seu aspecto econômico (o rápido crescimento do capitalismo financeiro globalizado), ora sob seu aspecto social (a individualização das relações sociais às expensas das solidariedades coletivas, a polarização extrema entre ricos e pobres), ora sob seu aspecto subjetivo (o surgimento de um novo sujeito, o desenvolvimento de novas patologias psíquicas). Tudo isso são dimensões complementares da *nova razão do mundo* (grifo dos autores).

¹¹ Sobre o neoliberalismo, há uma extensa bibliografia com contribuições, diferenças e limites, discutindo seu conceito, caráter, suas escolas e características, a qual não temos a pretensão de abordar em profundidade neste trabalho (Anderson; 1998; Bobbio; 1987; Moraes, 2001). Reconhecendo essa diversidade, as contribuições e os limites expressos em cada uma das produções, a discussão aqui apresentada será pautada nas análises produzidas por Behring (2009), Behring; Boschetti (2017), Campos; Viana; Soares (2015), Dardot; Laval (2016) e Laurell (2002).

Além disso, para os autores (Dardot; Laval, 2016), antes de ser uma ideologia ou política econômica, o neoliberalismo constitui-se como uma *racionalidade*, uma ‘racionalidade política’, e se traduz em uma lógica de ‘governamentalidade’ que diz respeito à múltipla forma “pela qual os homens, que podem ou não pertencer a um governo, buscam conduzir a conduta de outros homens, isto é, governá-los” (Dardot; Laval, 2016, p. 16), configurando-se como técnicas de dominação exercidas sobre os outros e sobre si.

Quanto ao Estado, no neoliberalismo, ele é entendido como uma empresa, tanto em seu funcionamento interno como em sua relação com outros Estados. “Assim, o Estado, ao qual compete construir o mercado, tem ao mesmo tempo de construir-se de acordo com as normas do mercado” (Dardot; Laval, 2016, p. 372).

Por sua vez, as normas do mercado são ancoradas não na troca, mas na concorrência. Portanto, na razão neoliberal, “a exigência de uma universalização da norma da concorrência ultrapassa largamente as fronteiras do Estado, atingindo diretamente até mesmo os indivíduos em sua relação consigo mesmos” (Dardot; Laval, 2016, p. 372).

Assim sendo, nas palavras de Dardot e Laval (2016, p. 372)

O modo de governamentalidade próprio do neoliberalismo cobre o “conjunto das técnicas de governo que ultrapassam a estrita ação de Estado e orquestram a forma como os sujeitos se conduzem por si mesmos”. A empresa é promovida a modelo de subjetivação: cada indivíduo é uma empresa que deve se gerir e um capital que deve se fazer frutificar.

Para Campos, Viana e Soares (2015, p. 85), o Estado neoliberal oferece suporte ao processo que “criou as condições políticas, legais e ideológicas para essa efetivação [do aumento da taxa de exploração], sendo os países imperialistas também arquitetos do aumento da exploração internacional”.

Segundo os autores (Campos; Viana; Soares, 2015, p. 86)

O Estado neoliberal, que se pretende mínimo (na intervenção – na produção com empresas estatais e no mercado – e nas políticas estatais de assistência social) e forte (repressivo), tende a aumentar sua economia com gastos sociais (políticas de austeridade) e seu caráter repressivo, ou seja, intensificar ainda mais suas características.

De acordo Draibe (1990), o neoliberalismo, na sua chamada segunda fase, após uma primeira fase de ataque ao *Welfare State*, propõe para as políticas sociais um ‘trinômio’: *focalização, privatização e descentralização*. Com isso, trata-se de “*desuniversalizar e assistencializar as ações, cortando os gastos sociais e contribuindo para o equilíbrio financeiro do setor público. Uma política social residual que soluciona apenas o que não pode ser enfrentado pela via do mercado, da comunidade e da família*” (Behring, 2009, p. 311-312, grifos da autora).

No Brasil, os sucessivos governos neoliberais desde Fernando Collor de Mello, eleito em 1989, ainda que com suas especificidades, têm produzido a corrosão dos direitos trabalhistas, cortes intensivos nos gastos estatais, privatização, mercantilização dos direitos sociais, sujeição do público ao privado, políticas financeiras de ajuste e políticas de assistência social paliativas em substituição às políticas estruturais (Campos; Viana; Soares, 2015).

Tal conformação dos governos, na execução do Estado neoliberal, produz políticas sociais que têm papel essencial na reprodução e manutenção do *status quo*, contribuindo para uma fragmentação da realidade e uma ocultação da essência da vida cotidiana, além de responsabilidades em relação à subjetividade das pessoas, na produção de sujeitos (Scarcelli, 2017, Rivera; Heinzemann; Scarcelli, 2020).

Partindo dessa concepção, torna-se necessário problematizar em que medida esse jogo entre a aparência e a essência do real se lhe apresenta (ou não) aos sujeitos que constituem a sociedade capitalista, notadamente em sua face neoliberal.

A psicologia social formulada por Pichon-Rivière (2009) compreende o sujeito imerso em suas relações sociais, no modo de produção e reprodução da existência material, ou seja, os sujeitos inseridos no processo produtivo que, em sua cotidianidade, produz complexas relações entre a aparência e essência da vida que devem ser submetidas à crítica.

A partir disso, defendemos que a psicologia social pichoniana possibilita a produção de subsídios para uma reflexão psicológica que inclua indagações frente a complexidade das relações que, como discute Scarcelli (2017), determinam a constituição subjetiva dos sujeitos, e são por elas determinadas, reivindicando uma crítica que indague leis que regem a “configuração do sujeito (interjogo necessidades/satisfação) e as modalidades de resposta social em cada formação social concreta” (p. 217).

Desse modo, a concepção pichoniana de sujeito “considera as ordens histórico-social, simbólica e da cultura como o especificamente humano” (Scarcelli, 2017, p. 100) definindo assim um sujeito determinado “a partir de uma dialética constitutiva do subjetivo que se desenvolve pela interpenetração dos pares contraditórios necessidade/satisfação e sujeito/contexto vincular-social, na qual a necessidade comparece como fundamento motivacional” (Scarcelli, 2017, p. 100) e remete a uma dialética intersubjetiva e determinada socialmente. Portanto, só é possível compreender o sujeito como emergente a partir de sua realidade social concreta e na cotidianidade (Quiroga, 2010).

Por isso, a crítica da vida cotidiana, da sociedade, do Estado e das políticas sociais se faz necessária para que possamos compreender sujeito, sociedade e Estado como constituidores de uma totalidade. A fragmentação e dissociação dessa totalidade representa a ocultação da determinação social das relações entre natureza, sujeito e sociedade, expressando o compromisso de perpetuar uma determinada ordem social. Nas palavras de Scarcelli (2017, p. 217),

Na cotidianidade os fatos são aceitos de forma naturalizada, autoevidente sem ao menos serem questionados ou verificados, pois eles são significados como o real por excelência. O sistema de representações sociais (ideologias) encobre e distorce o cotidiano enquanto oculta a essência da vida cotidiana, segundo interesses dos setores hegemônicos da sociedade; as ideologias têm caráter de classe social.

A partir disso, interessa-nos, neste trabalho, pensar como a política pública compreende o sujeito. A concepção de sujeito aqui exposta relaciona-se não com sujeitos abstratos, e sim com *sujeitos concretos*, sujeitos determinados pelas opressões de classe, raça e gênero (Gonzalez, 2020). Uma concepção ampliada que entende o sujeito *situado* e *sitiado*, a partir de um conjunto estreito de relações. Ampliar as possibilidades de experiência do sujeito, amplia a sua possibilidade de representação (Pichon-Rivière, 2009), diferentemente do sujeito neoliberal que é um sujeito econômico, que elimina do seu campo subjetivo a contradição, silenciando o conflito. A ideologia neoliberal propaga uma sociedade harmônica em que há instabilidade, mas não há contradição e, com isso, cabe ao sujeito gerir, individualmente, seu sofrimento para lidar com o que o neoliberalismo produz (Dardot; Laval, 2016).

A partir desse debate a respeito do sujeito, sociedade e Estado que esse trabalho se propõe a refletir sobre as políticas sociais. Assim como Estado e sujeito, políticas

sociais possuem diferentes concepções e conceitos, a depender de qual referencial teórico é utilizado, e principalmente, de qual projeto de sociedade e humanidade se almeja construir.

A seguir, apresentaremos um debate que pretende problematizar alguns desses conceitos.

2.2 Políticas (públicas) sociais: problematizando conceitos e concepções

A respeito das designações ‘política pública’ e ‘política social’, Viana (2006) problematiza o equívoco que é denominá-las a partir dessas duas formas, “pois ‘público’ e ‘social’ são termos vagos e imprecisos, bem como não explicitam, na imediatez da expressão, o seu real significado” (p. 95). No entanto, assim têm sido historicamente denominadas as políticas de governos, operando o Estado, que, em tese, visam atender às demandas sociais.

Sobre a relação entre Estado e políticas sociais, Laurell (2002) apresenta uma importante problematização (p. 153)

O fato de o Estado desempenhar papel fundamental na formulação e efetivação das políticas sociais não significa que estas envolvam, exclusiva ou mesmo principalmente, o âmbito público. Além disso, a partir da articulação específica entre público e privado, entre Estado e mercado, e entre direitos sociais e benefícios condicionados à contribuição ou “mérito”, que se torna possível distinguir, dentro daquilo que genericamente é denominado o “Estado de bem-estar” capitalista, várias formas assumidas pelo Estado e que correspondem a políticas sociais com diferentes conteúdos e efeitos sociais.

Nesse sentido, de acordo com Behring (2009), a política social deve ser compreendida como processo, e enquanto processo que expressa dialeticamente a organização social, ela “é reveladora da interação de um conjunto muito rico de determinações econômicas, políticas e culturais, e seu debate encerra fortes tensões entre visões sociais de mundo diferentes” (p. 302).

A autora (Behring, 2009) problematiza a discussão a respeito das políticas sociais que, muitas vezes, ancoram-se em dados técnicos, configurando um caráter demasiadamente descritivo e funcionalista, que toma os fatos sociais como coisas e acabam por não produzir uma “análise exaustiva de suas causas e inter-relações, e das razões econômico-políticas subjacentes aos dados” (p. 302). Tal procedimento despolitiza

a questão e a esvazia das tensões e conflitos que marcam a formulação e a cobertura das políticas sociais (Behring, 2009; Scarcelli, 2017).

Em acordo com essa concepção, Laurell (2002) afirma que a análise das políticas sociais não deve estar ancorada simplesmente no exame dos gastos sociais ou no critério econômico, apesar de estes serem extremamente importantes e representativos da forma e objetivo do Estado, como argumentam Behring e Boschetti (2017). Segundo Laurell (2002), é necessário que as análises sejam “histórico-processuais, o que significa contemplar o seu processo de constituição, os fundamentos subjacentes, sua orientação-conteúdo e suas implicações na relação entre as forças políticas” (p. 154).

Para Menicucci e Gomes (2018, p. 7), “o termo políticas sociais, de forma geral, é usado para designar políticas públicas que governos adotam para garantir proteção contra riscos sociais e promover o bem-estar dos cidadãos”.

Nessa concepção, o conceito de política social é compreendido de “modo indissociável da noção de cidadania que incorpora os direitos sociais e se materializa por meio das políticas públicas” (Menicucci; Gomes, 2018, p. 8).

De acordo com Coutinho (2000, p. 50-51),

Cidadania é a capacidade conquistada por *alguns* indivíduos, *ou* (no caso de uma *democracia efetiva*) por *todos* os indivíduos, de se apropriarem dos bens socialmente criados, de atualizarem todas as potencialidades de realização humana abertas pela vida social em cada contexto historicamente determinado (grifo nosso).

A cidadania é resultado de uma luta permanente, ela não está dada desde sempre, nem para sempre e todos. Caracteriza-se por um processo no qual as classes subalternas, por meio de lutas organizadas, reivindicam sua conquista e manutenção, implicando em um processo histórico marcado por avanços, reveses e retrocessos (Coutinho, 2000; Menicucci; Gomes, 2018). Além disso, para Gonzalez (2020), no Brasil, a cidadania tem sido histórica e estruturalmente recusada à população negra e indígena do país.

Imbricados à cidadania, os direitos sociais não são naturais e não estão sempre garantidos. São fenômenos sociais, resultados da história e da luta organizada das classes trabalhadoras, apresentando uma dimensão histórico-processual e étnica (Coutinho, 2000; Gonzalez, 2020).

A partir disso, entende-se que as políticas sociais são “o instrumento por meio do qual se materializam os direitos sociais” (Coutinho, 2000, p. 64). Coutinho (2000)

defende que os direitos sociais, e sua materialização a partir das políticas sociais, devem ser compreendidos desde uma visão dialética que os entenda como conquista dos trabalhadores e, dialeticamente, como instrumento da burguesia para legitimar sua dominação.

Retirar esta compreensão dialética do fenômeno pode culminar em análises reducionistas, pois como postula o autor (Coutinho, 2000, p. 64): “*Como todos os âmbitos da vida social, também a esfera das políticas sociais é determinada pela luta de classes*” (grifo do autor).

As políticas sociais configuram-se então como escolhas sociais e político-econômicas que expressam valores e concepções de uma dada sociedade em determinado momento histórico. Tais escolhas acontecem em um quadro de conflitos e tensões resultantes da atividade política e mobilização social. Portanto, a natureza e o escopo das políticas sociais são sempre opções políticas (Menicucci; Gomes, 2018). Sendo então as políticas sociais, escolhas políticas de governos que operam o Estado em um modo de produção capitalista que divide a sociedade em uma sociedade de classes, elas configuram-se como dispositivos do Estado (Campos; Viana; Soares, 2015, p. 87)

Fundamentalmente determinadas em favor dos interesses gerais do capital e das necessidades da acumulação capitalista, mas também como respostas a conflitos de classes, de grupos de interesse e de partidos “[...] que dominam o Estado capitalista [...]” e pressionam pela via da pressão popular, dos *lobbies*, entre outros, para o amortecimento de conflitos sociais, que podem gerar crise de governabilidade ou a transformação social.

Segundo Viana (2006), este amortecimento dos conflitos sociais por meio da implementação das políticas estatais, configura-se como uma das três razões para a existência de tais políticas, juntamente com: “a necessidade das empresas capitalistas de terem garantido a reprodução da força de trabalho” e “a pressão da classe trabalhadora e outros grupos sociais no sentido de ter suas demandas atendidas pelas políticas estatais de assistência social” (p. 95-96).

Na sociedade capitalista, a função da política social é dar resposta ao que o capitalismo produz para o seu desenvolvimento, “como resultado de contradições estruturais engendradas pela luta de classes e delimitadas pelos processos de valorização do capital” (Behring, 2009, p. 301), expressando a predominância de políticas paliativas e direcionadas a populações específicas que pretendem diminuir um pouco a desigualdade entre as classes, mas sem transformações radicais (Viana, 2006).

Diante disso, considera-se como idealistas concepções que separam produção e reprodução social, apostando na política social como solução inequívoca para a desigualdade, sem levar em conta a natureza do capitalismo, especialmente na periferia do mundo do capital, como é o caso do Brasil (Behring; Boschetti, 2017).

Tais concepções argumentam que pela via da política social, seria possível realizar a tão sonhada redistribuição de renda, o que demonstra uma operação a partir de uma visão redistributivista, de alcance extremamente limitado no ambiente neoliberal do capitalismo maduro. “Essa visão idealista poderia limitar nossa análise das possibilidades concretas de realização das necessárias reformas democráticas no Brasil, com a remissão a um conflito na ordem — e não contra a ordem —, ainda que taticamente importante no capitalismo periférico” (Behring; Boschetti, 2017, p. 20).

Este tipo de compreensão, aponta também para uma visão de política social que a reduz à vontade política dos sujeitos, à regulação dos conflitos, à busca de legitimação e de consensos, à resposta às pressões dos movimentos sociais, com uma certa superestimação dos sujeitos políticos — configurando o politicismo —, e é decorrente da subestimação das determinações econômicas: a política social como troféu arrancado pelos trabalhadores, no processo da luta de classes. O que leva também à uma ‘satanização’ do Estado e uma romantização da sociedade civil.

Como afirma Behring (2009, p. 319),

As políticas sociais são concessões/conquistas mais ou menos elásticas, a depender da correlação de forças na luta política entre os interesses das classes sociais e seus segmentos envolvidos na questão. No período de expansão, a margem de negociação se amplia; na recessão, ela se restringe. Portanto, os ciclos econômicos, que não se definem por qualquer movimento natural da economia, mas pela interação de um conjunto de decisões ético-políticas e econômicas de homens de carne e osso, balizam as possibilidades e limites da política social (grifos da autora).

Segundo Viana (2006, p. 108-109),

A forma sob a qual tais políticas serão implementadas não é unívoca, pois isto depende do país, da época, e, principalmente, da composição do bloco dominante e das lutas sociais. Na atualidade, na vigência do regime de acumulação integral, as políticas neoliberais marcam em linha geral a constituição de políticas de assistência social paliativas.

Por isso, como apontam Behring e Boschetti (2017, p. 47),

A análise das políticas sociais como processo e resultado de relações complexas e contraditórias que se estabelecem entre Estado e sociedade civil, no âmbito dos conflitos e luta de classes que envolvem o processo de produção e reprodução do capitalismo, recusa a utilização de enfoques restritos ou unilaterais, comumente presentes para explicar sua emergência, funções ou implicações.

Nesse sentido, é necessário que sejam realizadas análises no campo da política social que não se configurem como unilaterais e, dessa forma, insuficientes. Segundo as autoras (Behring; Boschetti, 2017, p. 48)

São exemplos de análises unilaterais no campo da política social aquelas que situam a emergência de políticas sociais como iniciativas exclusivas do Estado para responder a demandas da sociedade e garantir hegemonia ou, em outro extremo, explicam sua existência exclusivamente como decorrência da luta e pressão da classe trabalhadora. Em ambas predomina uma visão do Estado como esfera pacífica, desprovido de interesses e luta de classe.

Tais análises não exploram suficientemente as contradições inerentes aos processos sociais e, em consequência, “não reconhecem que as políticas sociais podem ser centrais na agenda de lutas dos trabalhadores e no cotidiano de suas vidas, quando conseguem garantir ganhos para os trabalhadores e impor limites aos ganhos do capital” (Behring; Boschetti, 2017, p. 48-49).

Citando José Paulo Netto, Behring (2009, p. 322) sintetiza as tendências que operam no campo das políticas sociais na atualidade:

- A desresponsabilização do Estado e do setor público com uma política social de redução da pobreza articulada coerentemente com outras políticas sociais (de trabalho, emprego, saúde, educação e previdência); o combate à pobreza opera-se como uma política específica;
- A desresponsabilização do Estado e do setor público, concretizada em fundos reduzidos, corresponde à responsabilização abstrata da “sociedade civil” e da “família” pela ação assistencial; enorme relevo é concedido às *organizações não-governamentais* e ao chamado *terceiro setor*;
- Desdobra-se o sistema de proteção social: para aqueles segmentos populacionais que dispõem de alguma renda, há a privatização/mercantilização dos serviços a que podem recorrer; para os segmentos mais pauperizados, há serviços públicos de baixa qualidade;
- A política voltada para a pobreza é prioritariamente *emergencial, focalizada* e, no geral, reduzida à *dimensão assistencial* (grifos da autora).

Para Draibe (1990), as políticas sociais neoliberais são representadas por três elementos principais: privatização, focalização e descentralização. Na mesma direção, Laurell (2002) apresenta quatro características das políticas sociais no neoliberalismo:

corte dos gastos sociais; privatização; centralização dos gastos sociais públicos em programas seletivos contra a pobreza e descentralização.

Diante disso, as políticas alinhadas à concepção de direito universal, como é o caso do Sistema Único de Saúde (SUS), têm tido “o seu processo de implementação minado pelo neoliberalismo que responde aos objetivos do regime de acumulação integral” (Campos; Viana; Soares, 2015, p. 88), tornando difícil a coexistência entre universalidade e hegemonia neoliberal (Behring; Boschetti, 2017). E, como argumenta Draibe (1990), fazendo com que políticas de tal natureza passem por um processo de privatização passiva.

Como aponta Correia (2015, p. 65), “há de se entender a limitação inerente às políticas públicas no modo de produção capitalista”, pois nessa organização social, a realização dos direitos sociais não é completa e muito menos para todos.

Do mesmo modo, a universalização da cidadania é incompatível com a existência de uma sociedade de classes, como afirma Coutinho (2000, p 67): “a divisão da sociedade em classes constitui limite intransponível à afirmação consequente da democracia”. Principalmente ao compreendermos que a sociedade de classes se configura como um modo de produção baseado nas desigualdades de raça e gênero (Carneiro, 2011).

Inclusive, no caso específico do Brasil, Miguel (2022) afirma que todas as vezes que as políticas sociais aproximam-se de um ataque mais contundente às desigualdades estruturantes de nossa sociedade, o bloco político dominante toma de assalto o Estado, demonstrando os claros limites da democracia na periferia do capital.

Portanto, no terreno das políticas sociais e no Estado que se configura como um “espaço contraditório, mas com hegemonia do capital” (Behring, 2009, p. 320), é necessário ter a clareza de que somente a sociedade, por meio da organização política, é capaz de resolver a limitação do Estado em operar na real produção do bem comum (Correia, 2015), pois como afirma Behring (2009, p. 323), “a defesa de políticas sociais universais e a disputa pelo fundo público destinado aos trabalhadores é uma tarefa dos próprios trabalhadores”.

O que não se pode perder de vista, caso estejamos comprometidos com uma mudança radical de sociedade, como é a nossa defesa neste trabalho, é que configura-se como essencial compreendermos as políticas sociais como uma importante conquista civilizatória, e, com isso, a luta por sua defesa é fundamental.

Porém, a partir de uma análise que considere observar as contradições e os movimentos objetivos e subjetivos que estruturam o processo social que torna possível as políticas sociais, é possível e necessário compreender também que estas não são a “via de solução da desigualdade que é intrínseca a este mundo, baseado na exploração do capital sobre o trabalho, no fetichismo da mercadoria, na escassez e na miséria em meio à abundância” (Behring; Boschetti, 2017, p. 61).

Por fim, como as políticas sociais podem operar em diversos campos da vida social, a seguir serão discutidas especificidades desse processo no campo da saúde no Brasil a partir da existência do SUS, e posteriormente, abordaremos o Nasf, a política social emblemática neste trabalho, a partir dos debates aqui empreendidos sobre a dialética sujeito, sociedade e Estado.

2.3 Sistema Único de Saúde (SUS): movimentos, dilemas, contradições e perspectivas do instrumento da política pública de saúde no Brasil

Partindo do pressuposto de que “as políticas de saúde integram as políticas sociais, do mesmo modo que o sistema de saúde é um dos componentes dos sistemas de proteção social” (Paim, 2013, p. 1928), abordaremos neste tópico alguns dilemas, contradições e perspectivas do instrumento da política estatal de saúde no Brasil - o Sistema Único de Saúde (SUS).

O SUS foi fruto da pressão popular e mobilização social de atores, grupos e movimentos políticos e sociais heterogêneos organizados, não sem tensões e divergências, em torno do movimento da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) (Paim, 2013), no processo de transição da saída da ditadura militar para a chamada Nova República (Gonzalez, 2020).

De acordo com Paim (2006), diversas concepções ou ‘projetos’ de SUS estiveram em disputa antes, durante e após sua promulgação pela Constituição da República em 1988 (Brasil, 1988), consolidada pela legislação ordinária em 1990 (Brasil, 1990). Ademais, continuam em disputa ainda hoje, haja visto que, como vimos discutindo, as políticas públicas são instrumentos de escolhas sociais e político-econômicas que expressam as tensões em torno de visões sociais de mundo diferentes.

Dessa forma, para Paim (2006, p. 36), é possível destacar quatro concepções e ‘projetos’ de SUS:

O *SUS formal*, estabelecido pela Constituição, Lei Orgânica da Saúde e portarias; o *SUS democrático*, integrante de uma totalidade de mudanças desenhadas pela RSB; o *SUS real*, com direito a trocadilho com o nome da moeda que simboliza as políticas econômicas monetaristas e de ajuste macro-estrutural, refém da chamada área econômica dos governos e do clientelismo e do patrimonialismo que caracterizam o Estado brasileiro; e o *SUS para pobres*, como parte das políticas focalizadas defendidas por organismos internacionais (grifos do autor).

O grande número de produção de atos e procedimentos do SUS validam “os inegáveis avanços obtidos no que concerne à cobertura da população brasileira” (Scarcelli; Junqueira, 2011, p. 342), demonstrando “ampliação do acesso aos serviços de saúde, com repercussões positivas no perfil epidemiológico” (Paim, 2013, p. 1933).

Diante da existência dessas diferentes concepções e projetos de SUS em disputa, após trinta anos, é possível avaliar que o seu processo de implementação foi minado pelo neoliberalismo, em resposta aos interesses do capital (Campos; Viana; Soares, 2015). Processo no qual identifica-se em suas “intervenções determinantes econômicos (subfinanciamento), políticos (contrarreforma liberal) e ideológicos (alívio da pobreza) no redirecionamento das políticas sociais” (Paim, 2013, p. 1931).

Como demonstram Campos, Viana e Soares (2015) e Paim (2006) é possível perceber diferentes contradições no processo de desmantelamento e desmanche da política pública de saúde no Brasil, expresso, por exemplo, pelo seu subfinanciamento crônico e atual desfinanciamento, pela adesão à focalização das ações de saúde e da segmentação do sistema. Apesar dos princípios doutrinários inscritos no ‘SUS formal’, utilizando os termos de Paim (2006), estarem baseados em concepções como universalidade e integralidade.

Outra expressão dessas contradições pode ser observada justamente em relação ao próprio princípio fundamental e doutrinário da universalidade; este princípio tão caro ao ‘SUS democrático’ está em constante ataque e inviabilização. Citando Mészáros, Campos, Viana e Soares (2015, p. 88) advertem que “é impossível existir universalidade no mundo social sem igualdade substantiva”.

Enquanto, por outro lado, a diretriz da descentralização, que não colidiu com o ideário neoliberal, foi efetivada. “Foi um mecanismo de repasse de verbas que ao mesmo tempo em que permitiu maior independência de gestão dos municípios também possibilitou o aumento de controle do nível federal, regido pela lógica financeira. Por

meio de destinação de recursos financeiros, adquiriu capacidade indutora de políticas de saúde” (Campos; Viana; Soares, 2015, p. 88).

Tal lógica expressa o alinhamento das políticas de saúde no Brasil com os interesses das instituições internacionais de fomento, como o “receituário neoliberal do Banco Mundial” (Campos; Viana; Soares, 2015, p. 88), enquanto que, como apontam Scarcelli e Junqueira (2011, p. 349), internamente

Representa o engessamento e o atropelo do planejamento local por programas verticais, nos quais o detalhamento normativo emanado do nível central - o Ministério da Saúde (MS) - deve ser cumprido por sistemas municipais de saúde muito heterogêneos, que se estendem em um país de dimensões continentais, para que possam obter recursos federais.

Nesse sentido, ao analisar as escolhas político-econômicas dos governos, após a Nova República, e sua impregnação da ideologia neoliberal para as políticas sociais, a respeito da política de saúde, Paim (2013, p. 1932) apresenta uma importante síntese

Todos esses governos prestaram alguma contribuição ao SUS: Sarney implantou o SUDS [Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde]; Collor sancionou as Leis Orgânicas da Saúde; Itamar criou o Programa Saúde da Família (PSF), extinguiu o INAMPS [Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social] e avançou a descentralização; FHC ampliou o PSF, implantou a política dos medicamentos genéricos e organizou a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS); Lula montou o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e implementou as políticas de saúde mental e bucal; Dilma regulamentou a Lei no 8080/90 e aprovou a Lei Complementar 141. *Nenhum deles, porém, incorporou a Reforma Sanitária Brasileira como projeto de governo, nem demonstrou um compromisso efetivo com o SUS nos termos estabelecidos pela Constituição de 1988* [grifo nosso].

Desse modo, os maiores desafios relacionados ao SUS são políticos, “pois supõem a garantia do financiamento do subsistema público, a redefinição da articulação público-privada e a redução das desigualdades de renda, poder e saúde” (Paim, 2013, p. 1933) que, como vem vigorando, impedem o cumprimento do que está estabelecido na Constituição, nas leis ordinárias, decretos e demais documentos.

Outro impedimento importante que tem avançado cada vez mais e que está alinhado ao ideário neoliberal que ameaça o SUS relaciona-se às “pressões dos que apostam na privatização, tanto nos setores à direita quanto à esquerda do espectro político” (Paim, 2013, p. 1933).

Nesse sentido, Dantas (2020), Scarcelli e Junqueira (2011) afirmam que a RSB enfrentou, desde o início, oposição por parte do empresariado do mercado de assistência médica, indústria de equipamentos e de medicamentos e dos hospitais privados. Entretanto, “o discurso de lideranças políticas ligadas a esses setores confunde-se aparentemente com aquele que assume a defesa e o fortalecimento do SUS” (Scarcelli; Junqueira, 2011, p. 344).

“A aposta no controle da máquina do Estado, de fora para dentro, pela sociedade civil, deslocou seguidamente o debate e a ação política para o campo da gestão, dos mecanismos institucionais que pudessem manter o setor privado sob a rédea mais curta possível” (Dantas, 2020, p. 172), apesar de essa aposta possibilitar as sabidas ameaças à garantia efetiva do estabelecido na Constituição.

Paim (2013) alerta que na América Latina a privatização dos sistemas de saúde não se mostrou efetiva, gerando pouco aumento de cobertura. Na Colômbia, por exemplo, “os gastos de saúde quase triplicaram sem universalidade do acesso, integralidade e melhoria nos indicadores de saúde” (p. 1933).

É importante destacar que há estudiosos no campo da Saúde Coletiva que, em contraponto, enfatizam os avanços e as conquistas obtidas na trajetória da RSB e da construção do SUS, considerando, inclusive, ter havido derrota do modelo neoliberal na proposição do sistema de saúde brasileiro (Cohn, 2008).

Desde a emblemática 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) de 1986, importante espaço de participação social na proposição do SUS (Brasil, 1990), nas oito CNS que se seguiram (nos anos de 1992, 1996, 2000, 2003, 2007, 2011, 2015, 2019) os debates em torno do tema das relações entre público e privado fizeram-se presentes “na forma de denúncia da retração do sistema público e não casual expansão do privado” (Dantas, 2020, p. 173).

As CNS podem ser consideradas “expressões periódicas das principais questões, problemas, preocupações e agendas que vêm permeando a existência do SUS desde a sua regulamentação, em 1990, com a aprovação da sua lei orgânica” (Dantas, 2020, p. 173).

Contudo, apesar dos inegáveis e incontestes avanços conquistados, aproximamos dos debates que problematizam e reconhecem também, a partir de distintas perspectivas e profundidade, as derrotas do movimento da RSB (Behring, 2020; Campos; Viana; Soares, 2015; Dantas, 2017; Dantas, 2020; Paim, 2006; Paim, 2013; Paim, 2019; Scarcelli, 2017; Scarcelli; Junqueira, 2011) que se expressam, em boa medida, nas

carências, deficiências e baixa efetividade do SUS, dentre elas: o direito à exploração da assistência à saúde pela iniciativa privada; os vetos aos artigos da Lei nº 8080/1990 que tratavam do financiamento e do controle público; a não vinculação do orçamento da saúde a um percentual fixo de recursos; o atrofiamento da crítica ao privado; a implementação desigual do sistema pelas regiões do país; a fragmentação do sistema; a insuficiência nos quadros de pessoal; a insuficiência de equipes multiprofissionais e a baixa qualidade referida por usuários e trabalhadores dos serviços.

No momento histórico atual, no qual vivenciamos as contradições de um Brasil dilacerado pelo desemprego, pelo irracionalismo, pelo negacionismo, pelas ameaças às liberdades democráticas, pela lógica do lucro a qualquer custo ambiental e humano e pelas perdas de uma pandemia que só fez aprofundar tais contradições, além de desnudar “a grandeza e a miséria do SUS” (Behring, 2020, p. 10), analisar e avaliar criticamente os (des)caminhos que construímos até aqui constitui-se como tarefa essencial àquelas e àqueles que têm compromisso com a transformação radical deste estado de coisas. Nas palavras de Behring (2020, p. 11),

Se é possível afirmar que após 30 anos de implementação do SUS houve, com muita luta, melhoras nas condições de saúde das maiorias que dele dependem, é evidente que o SUS como direito de todos e dever do Estado, numa perspectiva de assistência integral, eficiente, acessível, público e gratuito, permanece como projeto, já que seus princípios colidem com a mercantilização da saúde e com a universalização excludente que vem presidindo a lógica da oferta de saúde no Brasil, o que se mostra de forma contundente na pandemia.

Como afirmam Nogueira e Lacerda (2020, p. 189), “a atual conjuntura de crise sanitária, é aprofundada por crise econômica e política que inclui a fragmentação da classe trabalhadora, um recente golpe parlamentar, jurídico e midiático, travestido de impeachment, contrarreformas, desemprego e acirramento da coerção contra os subalternos”.

De acordo com Paim (2019), as crises econômicas configuram barreiras e apontam obstáculos postos contra os sistemas universais de saúde. Dialeticamente determinada por tais crises, a eleição de governos ultraconservadores, o crescimento da privatização, o fortalecimento da competição do mercado e a financeirização no setor saúde, as reformas setoriais e as políticas de austeridade em curso demonstram os desafios dos tempos atuais.

Portanto, disputas históricas manifestas no presente evidenciam que “não é tarefa simples construir o SUS quando se busca radicalizar seus princípios” (Scarcelli; Junqueira, 2011, p. 352). Além de que o SUS não pode ser considerado ponto de chegada, e sim parte da “(...) luta que, no entanto, já que é processo constante, é movimento, não poderá se contentar com o mesmo projeto, com os mesmos métodos (...)” (Dantas, 2017, p. 290).

2.4 Atenção Primária à Saúde (APS): disputas e possibilidades

Os movimentos, dilemas e desafios do SUS apresentam-se e são expressos também na Atenção Primária à Saúde (APS), nível de atenção que ocupa lugar central no sistema de saúde, e também manifesta suas contradições (Nogueira; Lacerda, 2020).

De acordo com Nogueira e Lacerda (2020, p. 191), “a APS é constituída por mediações históricas e disputas dos seus sentidos e práticas, que acompanham historicamente os tensionamentos que expressam interesses de classes”.

Por isso, existem distintas concepções a respeito do conceito, significado e funções da APS. Certas concepções, adotadas em alguns países, interpretam a APS como um programa focalizado e seletivo, que oferta reduzidos serviços com o objetivo de responder a algumas necessidades de saúde de populações pobres, mesmo sem garantir o acesso a outros níveis, recursos e ações do sistema de saúde. Enquanto outras entendem a APS como o nível do sistema com ofertas de ações e práticas de saúde de qualidade, responsável pela coordenação do cuidado e organização do sistema (Lavras, 2011). A coexistência de distintas compreensões e disputas de uma APS seletiva ou ampliada expressa diferentes interesses e compreensões a respeito do sistema de saúde (Trapé, 2015).

Dessa forma, como debatem Nogueira e Lacerda (2020, p. 192),

Direcionamentos de organismos internacionais, como o Banco Mundial (BM), orientam a APS como atenção seletiva, não integrada a sistemas de saúde universais e em convivência com sistemas privados de saúde, com forte vinculação ao modelo de atenção biomédico e medicalizante. Este direcionamento constitui uma APS focalizada, restrita à garantia de pacotes de serviços para populações de baixa renda e com baixo financiamento público, atendendo ao mercado e, em especial, ao complexo industrial e empresarial médico-farmacêutico-hospitalar.

No Brasil, desde 1994, a APS é majoritariamente organizada a partir do que se chamava à época de Programa Saúde da Família (PSF) que depois se transformou em estratégia na reorientação do sistema de saúde, passando a ser denominada de Estratégia Saúde da Família (ESF). A ESF representou a ampliação do acesso a serviços de saúde em regiões brasileiras com escassos recursos de assistência à população; um modelo de práticas ancorado nas potencialidades do trabalho territorializado e interdisciplinar; que problematiza o processo saúde-doença-cuidado refletindo novos paradigmas de práticas em saúde e que se articula com a participação popular e comunitária (Nogueira; Lacerda, 2020; Scarcelli; Junqueira, 2011).

Nos documentos normativos acerca da APS, como a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2006 e de 2011, “é explicitada formalmente a valorização da determinação social dos processos de saúde-doença, o território como um cenário potencial de práticas de promoção, prevenção, assistência e educação em saúde, e as articulações intra e intersetoriais” (Nogueira; Lacerda, 2020, p. 192).

Cabe destacar, como apontam Scarcelli e Junqueira (2011, p. 350), que “tais estratégias não são criações originais desse programa, mas sim, práticas constitutivas de modelos assistenciais mais antigos vinculados à medicina comunitária e às ações programáticas da saúde pública”.

Contudo, apesar de todos esses avanços, a proposição da ESF está associada às tendências impostas pelas agências internacionais de fomento, como o BM e o Fundo Monetário Internacional (FMI), pela redução de gastos e investimentos em políticas focais em detrimento das universais, com a proposição de um pacote de serviços ofertados, ocorrendo em paralelo à complexa rede de serviços e níveis de atenção em saúde (Giovannella et al, 2009; Rizzotto, 2012).

Desde 2017, com a promulgação da PNAB vigente (Brasil, 2017), “ocorre uma agudização do processo de mercantilização da APS e redução da centralidade da ESF com a abertura para novas equipes de atenção primária sem a inclusão do agente comunitário de saúde (ACS)” (Nogueira; Lacerda, 2020, p. 197) e com o desfinanciamento do Nasf (Brasil, 2019), sem a proposta de uma alternativa para a continuidade de equipes multiprofissionais na APS, por mais contraditória que tenha sido sua implementação.

Desse modo, a proposição da PNAB de 2017 alinha-se à Proposta de Emenda Constitucional 241 (PEC 241), de 2016 (Brasil, 2016), que congela os gastos públicos por 20 anos, inclusive com saúde, intensificando o processo de sucateamento e

mercantilização da APS, e do SUS de forma geral, a partir da lógica da austeridade. Segundo Mendes (2016, p. 1), com isso, “evidencia-se a adoção de políticas austeras por parte do Estado, com redução dos direitos sociais e da saúde, intensificando mecanismos de mercantilização no seu interior, no contexto dos países capitalistas centrais e do Brasil”.

Destarte, tais disputas podem ser analisadas nos documentos oficiais que se configuram como o discurso oficial dos governos, por meio do Estado, e expressam o projeto político, econômico, social e de produção de sujeitos (cidadãos) para o país. Por isso, ancorados no debate produzido até aqui, analisaremos os documentos descritos no capítulo 1 com a finalidade de apreender tais disputas por meio das concepções expressas, explícita e implicitamente, nos textos oficiais.

Essa finalidade ancora-se na concepção de saúde apresentada por Dejours que afirma que o estado de saúde não é um estado de calma, de ausência de movimento, portanto, não está apenas relacionado a um bem-estar biopsicossocial imutável, mas sim a uma sucessão de compromissos com a realidade do ambiente material, com a realidade afetiva, relacional e familiar e com a realidade social. “São compromissos que se assumem com a realidade, e que se mudam, se reconquistam, se redefinem, que se perdem e que se ganham” (Dejours, 1986, p. 11).

2.5 Reflexões sobre o Nasf como uma ação política no movimento da realidade

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) foram criados em 2008 após a promulgação da portaria nº 154, de 24 de janeiro, “com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica” (Brasil, 2008, p.2).

Desse modo, na esteira da implantação de ações políticas ancoradas na reflexão e proposição de novos paradigmas do trabalho em saúde, e diante das contradições já apresentadas, o Nasf é implementado, em 2008, visando ampliar o escopo e a resolutividade da ESF, assim como a disseminação de equipes multiprofissionais pelo país (Quirino et al, 2019).

Segundo os documentos oficiais (Brasil, 2008), a composição das equipes Nasf (eNasf) devem ocorrer de acordo com os processos de tomada de decisão adotados pelos

gestores municipais, juntamente com os Conselhos Municipais de Saúde (CMS). Para tanto, devem ser consideradas as necessidades locais de saúde dos territórios, a rede local, assim como a realidade das equipes de saúde apoiadas e, de preferência, os dados epidemiológicos de cada município.

Podem compor as eNasf as seguintes ocupações do Código Brasileiro de Ocupações (CBO): médico acupunturista; assistente social; profissional/professor de educação física; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; médico ginecologista/obstetra; médico homeopata; nutricionista; médico pediatra; psicólogo; médico psiquiatra; terapeuta ocupacional; médico geriatra; médico internista (clínica médica), médico do trabalho, médico veterinário, profissional com formação em arte e educação (arte educador) e profissional de saúde sanitaria (Brasil, 2008).

O Nasf é constituído por nove áreas estratégicas, sendo elas: saúde da criança/do adolescente e do jovem; saúde mental; reabilitação/saúde integral da pessoa idosa; alimentação e nutrição; serviço social; saúde da mulher; assistência farmacêutica; atividade física/práticas corporais e práticas integrativas e complementares (Brasil, 2010a).

Conforme regulamenta a portaria GM/MS nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012, os Nasf podem ser dos seguintes tipos demonstrados no Quadro 3:

Quadro 3 - Modalidades de Nasf, número de equipes vinculadas e cargas horárias profissionais.

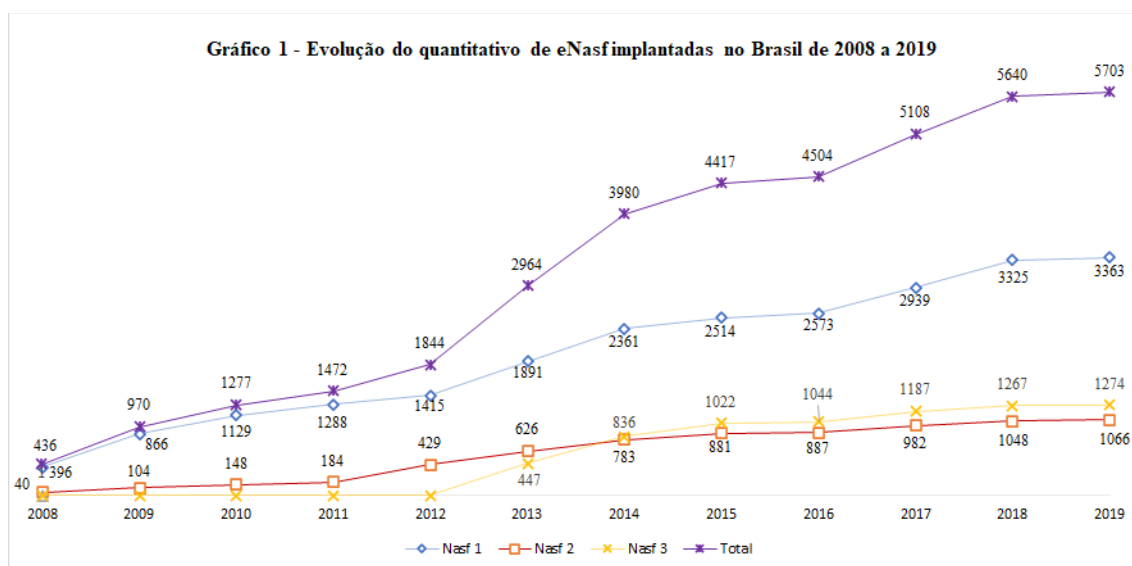
Modalidades	Nº de equipes vinculadas	Somatório das cargas horárias profissionais*
Nasf 1	5 a 9 eSF e/ou eAB	Mínimo 200 horas semanais; Cada ocupação deve ter no mínimo 20h e no máximo 80h de carga horária semanal.
Nasf 2	3 a 4 eSF e/ou eAB	Mínimo 120 horas semanais; Cada ocupação deve ter no mínimo 20h e no máximo 40h de carga horária semanal.

Nasf 3	1 a 2 eSF e/ou eAB	Mínimo 80 horas semanais; Cada ocupação deve ter no mínimo 20h e no máximo 40h de carga horária semanal.
---------------	---------------------------	---

Fonte: Produzido pelos autores.

*Nenhum profissional pode ter carga horária semanal menor que 20 horas.

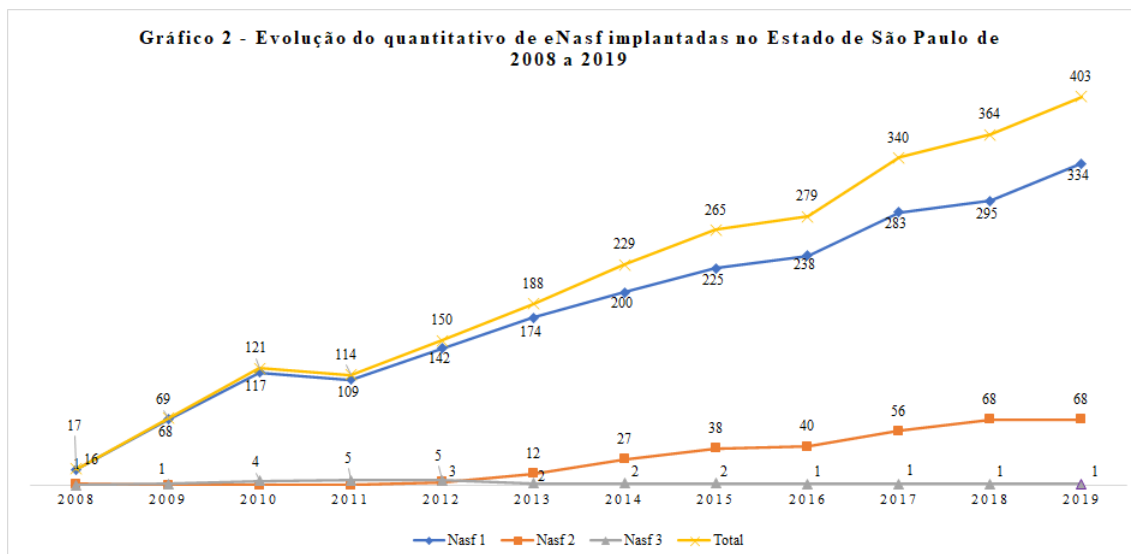
De acordo com os dados disponibilizados pela Secretaria de Atenção à Saúde do MS verifica-se que, no Brasil, até dezembro de 2019¹², para um total de 43.603 eAB implantadas, existiam 5.703 eNasf em todo o território nacional, sendo: 58,96% equipes do tipo 1; 18,69% do tipo 2 e 22,33% do tipo 3, como pode ser visto no Gráfico 1.



Fonte: Produzido pelos autores. Dados extraídos do DataSUS/CNES. Disponível em: <http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Equip.es.asp>. Acesso em: 08 fev. 2021.

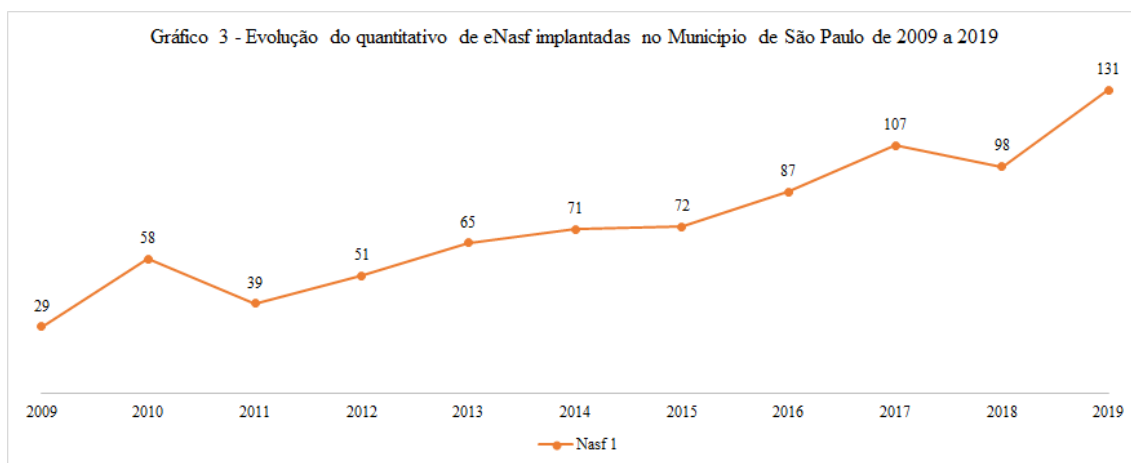
No estado de São Paulo, até dezembro de 2019, para um total de 5.299 eAB implantadas, existiam 403 eNasf, sendo: 82,87% equipes do tipo 1; 16,87% do tipo 2 e 0,24% do tipo 3, como pode ser visto no Gráfico 2.

¹² Os últimos dados disponíveis no portal virtual do DataSUS/CNES são do ano de 2019. Por este motivo, dados dos anos de 2020 a 2022 não foram possíveis de serem compilados.



Fonte: Produzido pelos autores. Dados extraídos do DataSUS/CNES. Disponível em: <http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Equipas.asp>. Acesso em: 08 fev. 2021.

E no município de São Paulo, até dezembro de 2019, para um total de 1.281 eAB implantadas, existiam 131 eNasf, sendo a totalidade das equipes do tipo 1, como pode ser visto no Gráfico 3.



Fonte: Produzido pelos autores. Dados extraídos do DataSUS/CNES. Disponível em: <http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Equipas.asp>. Acesso em: 08 fev. 2021.

Cada modalidade de Nasf contava com um incentivo financeiro específico repassado pelo MS. Na ocasião de implementação das eNasfs, o MS previa um repasse, em parcela única, no valor correspondente aos incentivos financeiros mensais de acordo com a modalidade de eNasf implantada: R\$ 20mil, R\$ 12 mil e R\$ 8 mil, respectivamente para equipes do tipo 1, 2 e 3 (Brasil, 2013).

Aqui vale ressaltar as contradições discutidas a respeito do aumento do controle do nível federal, regido pela lógica financeira e de cunho gerencialista, ao vincular a implementação de equipes e de modelos de práticas ao repasse de verbas (Campos; Viana; Soares, 2015; Scarcelli; Junqueira, 2011).

Apesar dos avanços obtidos com a proposição do Nasf, principalmente no que se refere ao incremento no escopo de ações em saúde e à ampliação do acesso das comunidades a profissionais de diferentes categorias que possibilitam outras formas de cuidado à saúde na APS (Quirino et al, 2019), devemos analisar criticamente possíveis significados de sua implementação, assim como suas contradições.

Scarcelli e Junqueira (2011) apontam que a estruturação do Nasf refere-se à não reposição das equipes das Unidades Básicas de Saúde, denominadas de ‘tradicionais’, e como tal modelo configura-se como uma compensação parcial no quadro de profissionais que vai ao encontro das políticas focais, do pacote de serviços e da redução de gastos públicos, configurando-se como uma forma de expressão das contradições em torno da APS brasileira. Nas palavras das autoras (Scarcelli; Junqueira, 2011, p. 350)

No que concerne os espaços de trabalho, a contratação de profissionais privilegiada para o PSF e PACS em detrimento da implantação e da reposição de equipes multiprofissionais nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) chamadas tradicionais gerou uma importante redução de contratação de psicólogos e de outros profissionais com exceção de médicos, enfermeiros e auxiliares. A compensação parcial desse quadro começou a ocorrer com a estruturação de equipes de referência em Saúde Mental para o PSF, ou equipes de matriciamento, e nomeadas pela política oficial como Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que foi obtida depois de mobilização e reivindicação de usuários e trabalhadores da saúde.

Apesar disso, considera-se como um importante avanço em relação ao Nasf o fato de seu processo de trabalho ser ancorado, ao menos em tese, na ferramenta tecnológica denominada de “apoio matricial” (Quirino et al, 2019).

Segundo Campos e Domitti (2007, p. 399-400),

O apoio matricial em saúde objetiva assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde. Trata-se de uma metodologia de trabalho complementar àquela prevista em sistemas hierarquizados, a saber: mecanismos de referência e contra-referência, protocolos e centros de regulação. O apoio matricial pretende oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico-pedagógico às equipes de referência. Depende da construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias entre os componentes de uma equipe de referência e os especialistas que oferecem apoio matricial. Essas diretrizes devem prever critérios para

acionar o apoio e definir o espectro de responsabilidade tanto dos diferentes integrantes da equipe de referência quanto dos apoiadores matriciais.

Os documentos oficiais preconizam que o Nasf opere a partir do apoio matricial, em relação colaborativa com os profissionais da equipe de referência, a fim de priorizar o atendimento compartilhado e interdisciplinar, contemplando as dimensões técnico-pedagógica e clínico-assistencial (Brasil, 2008; 2014).

A dimensão técnico-pedagógica do apoio matricial relaciona-se ao caráter educativo do trabalho do Nasf no sentido de oportunizar espaços de formação para a eAB a partir das demandas das equipes e do território. Enquanto a dimensão clínico-assistencial relaciona-se ao discernimento de casos e situações que podem ser acompanhadas pela eAB daquelas que necessitam ser compartilhadas com o Nasf ou com a rede (Campos et al., 2014).

Ainda que tais ferramentas tecnológicas e da organização do processo de trabalho possibilitem a problematização do processo saúde-doença-cuidado para além da hegemônica concepção biologicista e medicocentrada, a sua presença nas práticas de saúde não estão necessariamente vinculadas à ideia do Nasf, haja visto que experiências anteriores já tinham como horizonte a realização de práticas nessa direção (Campos; Domitti, 2007; Scarcelli, 1998; Scarcelli; Junqueira, 2011).

Ao transformar o Nasf, ancorado nessas ferramentas, em uma ação política federal, o MS publicou materiais formativos com o intuito de qualificar o trabalho do Nasf e enfrentar os desafios em sua operacionalização (Brasil, 2010a; 2014). Contudo, apesar dessas iniciativas, é notável os inúmeros desafios, dilemas e entraves para sua efetiva operacionalização no decorrer do período de existência do núcleo (Mazza et al, 2020; Rodrigues, 2020).

Além disso, a partir da portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, que revisa e a PNAB (Brasil, 2017), é retirada a centralidade da função apoio no processo de trabalho do Nasf e o nome do núcleo passa de Núcleo de *Apoio* à Saúde da Família (NASF) para Núcleo *Ampliado* de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB).

Tal fato associa-se, como vimos discutindo, à atual conjuntura que aponta medidas governamentais que operam na contramão dos princípios do SUS e de um trabalho pautado no apoio matricial e na interprofissionalidade, além do reconhecimento de outras formas de organização da APS (Mazza et al, 2020).

Apesar da contínua evolução do quantitativo de eNasf, como pode ser analisado nos gráficos apresentados, a partir da portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, no qual é instituído o Programa Previne Brasil, o MS estabelece novo modelo de financiamento de custeio da APS no âmbito do SUS, no qual o financiamento passa a se dar a partir do número de usuários cadastrados no serviço de saúde e por desempenho das equipes. A partir dessa portaria, o Nasf deixa de ser um programa com incentivo financeiro federal e o repasse é suspenso (Brasil, 2019a).

Com a publicação da portaria nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019 são estabelecidos indicadores relativos à atuação das equipes multiprofissionais e às ações de saúde mental na APS que então são incorporados ao rol de indicadores monitorados para o pagamento por desempenho (Brasil, 2019b).

Em 28 de janeiro de 2020 é publicada a nota técnica nº 3 (Brasil, 2020a) que, a partir do novo modelo de financiamento da APS, desvincula a composição de equipes multiprofissionais na APS às tipologias de equipes Nasf (Nasf 1, 2 e 3). O gestor municipal passa a ter autonomia para compor os arranjos de equipe e, com isso, o Nasf passa a não ser mais vinculado às equipes de ESF, podendo os profissionais não serem articulados a nenhuma equipe, inclusive. O MS passa a não cadastrar novas equipes Nasf a partir desta data.

Em 07 de fevereiro de 2020 é publicada a portaria nº 99 (Brasil, 2020b) que novamente muda a nomenclatura dos núcleos, passando a ser chamado Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Primária (Nasf-AP). Essa mudança, como será discutido de modo mais sistemático nas análises dos documentos, significa a finalização do núcleo a partir dos princípios por meio dos quais foi criado.

Diante do exposto, podemos analisar que o Nasf, como expressão do movimento da realidade enunciado, inclusive, pelas mudanças de nomenclatura das equipes de Nasf para Nasf-AB, de Nasf-AB para Nasf-AP, tem passado por distintas transformações que, em certa medida, são o reflexo das transformações ocorridas na realidade concreta e que dizem respeito às concepções, mesmo que não explicitadas, de sujeito, sociedade, Estado e política social que ancoram estas transformações e estão em curso e em disputa (Scarcelli, 2017).

Por isso, analisar os documentos normativos e técnicos acerca do Nasf em suas bases conceituais, explicitando suas concepções de política social, Estado, sociedade e sujeito constitui como objetivo desta pesquisa a partir do referencial teórico e das

discussões apresentadas até aqui, compreendendo que, como afirma Scarcelli (2017) “as políticas públicas jogam um papel essencial no sentido da manutenção e reprodução do status-quo” (p. 39).

Contudo, aos discutirmos sobre Estado, sociedade e sujeito, como propomos, alinhamo-nos aos debates que estão implicados em superar os limites estruturais da sociedade neoliberal e não apenas em refletir sobre quais compensações podem ser feitas, por meio das políticas públicas, para amenizar os efeitos perversos desta estrutura social (Behring, 2020; Campos; Viana; Soares, 2015; Dantas, 2017; Dantas, 2020; Nogueira; Lacerda, 2020; Scarcelli, 2017).

CAPÍTULO 3

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) em questão: uma análise crítica de suas concepções

As discussões apresentadas a seguir visam sustentar a seguinte tese: a análise de documentos normativos referentes às ações políticas concretas, no campo das políticas sociais, ao desvelar as concepções que as sustentam e considerar a conjuntura político-econômica em que os textos oficiais foram publicados - a exemplo do que realizamos com o Nasf -, constitui-se como um caminho profícuo para investigações que visam explicitar o modo de funcionamento do Estado na sociedade capitalista, suas contradições e impactos sociais e subjetivos.

Dito de outra maneira, as discussões aqui realizadas reforçam a compreensão de que as políticas sociais são um campo em disputa e os modos de operá-las, objetivados nos documentos que as regulamentam e norteiam, expressam os princípios, os compromissos ético-políticos e as contradições do Estado capitalista e seus modos de funcionamento, bem como seus efeitos sobre a vida cotidiana das pessoas. E, como decorrência disso, defendemos que a análise dos textos oficiais configura-se como um instrumento técnico-político das lutas nas e pelas políticas sociais, no sentido de ampliar as brechas existentes nas contradições constitutivas do modo de produção social capitalista a favor das necessidades da classe trabalhadora.

A partir disso, no decorrer das análises realizadas foi possível identificar momentos nos quais as proposições do Nasf produzem movimentos que contribuem para a manutenção dos efeitos negativos do modo de produção capitalista nas relações sociais e vida cotidiana dos sujeitos, assim como momentos nos quais o enfrentamento desses efeitos negativos é favorecido.

Isso posto, constitui-se como objetivo deste capítulo apresentar elementos concretos que sustentam a tese aqui defendida.

3.1 Caracterização: sobre o que versam os documentos, quais são seus conteúdos?

Foram analisados 16 documentos normativos e técnicos acerca do Nasf, dispostos em: 11 portarias, 3 notas técnicas e 2 manuais técnicos (denominados Cadernos de Atenção Básica). Esses documentos foram publicados pelo Ministério da Saúde, por meio do Gabinete do Ministro e da Secretaria de Atenção à Saúde entre os anos de 2008, quando os núcleos foram criados, e 2022, ano em que este trabalho está sendo concluído¹³.

Os documentos versam sobre a criação dos núcleos; modalidades, vinculação, diretrizes, parâmetros e fluxos de atuação; processos e ferramentas de trabalho e gestão; princípios, formas e modelos de financiamento da Atenção Básica, em geral, e do Nasf, em específico; relação Nasf e ESF, dentro da APS, tendo como referência a PNAB que sofre duas alterações desde que o Nasf foi proposto, em 2011 e em 2017.

¹³ Ao longo destes 14 anos, os diferentes governos adotaram distintos nomes para as secretarias do Ministério da Saúde. Afora as portarias, que devem ser publicadas pelo Gabinete do Ministro, algumas notas e cadernos técnicos foram publicados pela desmembrada Secretaria de Atenção à Saúde, em seu Departamento de Atenção Básica (Brasil, 2010a; 2013b; 2014) e outros, pela atual Secretaria de Atenção Primária à Saúde, em seu Departamento de Saúde da Família (Brasil, 2020a; 2022b), a depender do governo e da estrutura organizacional adotada. Como vimos discutindo neste trabalho, as mudanças de nomenclatura não são meras mudanças semânticas. Para saber mais, vide Morosini; Fonseca; Baptista (2020).

3.2 O não-lugar produz uma indagação: afinal, qual é a natureza do Nasf?

Um primeiro aspecto importante a se destacar é a *indefinição* do que sejam os núcleos. Obviamente, eles estão alocados no interior de uma política social do setor saúde, na APS e na ESF de modo específico, e no SUS, de modo geral. No entanto, os documentos apresentam oscilações importantes sobre o que propriamente são ou deveriam ser o Nasf, referindo-se a ele ora como “constituído por equipes multiprofissionais” (Brasil, 2008; 2011; 2014; 2017; 2020b), ora como “estratégia inovadora” (Brasil, 2010a), e ainda, como “dispositivo estratégico” (Brasil, 2014), ou somente um “tipo de equipe” (Brasil, 2020b).

Apresentam-se, inclusive, no decorrer de um mesmo documento, definições distintas (Brasil, 2010a; 2014), como é possível observar no Caderno de Atenção Básica nº 39, em que a referência à definição do Nasf aparece das seguintes formas (Brasil, 2014, p. 11)

O Nasf constitui-se como um **dispositivo estratégico** para a melhoria da qualidade da Atenção Básica, uma vez que amplia o escopo de ações desta e, por meio do compartilhamento de saberes, amplia também a capacidade de resolutividade clínica das equipes [grifos nossos].

E

O Nasf é uma **equipe com profissionais de diferentes áreas de conhecimento** e atua com os profissionais das equipes de Saúde da Família, compartilhando e apoiando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das equipes de AB [grifos nossos].

Desse modo, não há nas normativas uma definição explícita do que é o Nasf, encontrando-se nos documentos discussões acerca do que ele é constituído, dos seus objetivos, de como deve ser composto, por quais categorias profissionais, dos modos de atuação desejáveis e não desejáveis, quais princípios e diretrizes devem ser seguidos (Brasil, 2008; 2010a; 2011; 2014; 2017; 2020b), mas não há em nenhuma portaria, caderno ou nota técnica uma definição única, assertiva e explícita do que é o Nasf. Pode-se inferir, indiretamente, o que venham a ser os núcleos a partir dos seus objetivos, ferramentas e processos de trabalho, princípios e diretrizes, mas, sua definição não está explicitada nos textos oficiais.

No sentido contrário, há uma *regulamentação pela negativa* quando no parágrafo primeiro da Portaria nº 154, de 24 de janeiro 2008, que cria o Nasf, se apresenta (Brasil, 2008, p. 2, grifo nosso): “Os NASF **não** se constituem em porta de entrada do sistema, e devem atuar de forma integrada à rede de serviços de saúde, a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes Saúde da Família”. Explicita-se que o Nasf não é porta de entrada do sistema de saúde, mas não está explícito o que ele é. Se diz mais do que não se é, do que se é.

Diante disso, indagamos: o Nasf é uma política? É um programa? É uma estratégia inovadora que foi criada para “remendar” outra estratégia, que é a ESF? Se é isso, por que a própria ESF não foi revista? O Nasf é um dispositivo estratégico? Ou o Nasf é tão somente mais um tipo de equipe na APS? Aliás, o Nasf é APS? O Nasf pode ser tudo isso ao mesmo tempo?

Tal problematização pode parecer banal, mas queremos aqui defender o oposto, pois debruçar sobre os documentos publicados acerca do Nasf evidencia uma não-sistematização e não-explicação de qual é a sua natureza. Seus objetivos, modalidades, diretrizes, parâmetros, fluxos de atuação, processos e ferramentas de trabalho e gestão, relação com a ESF e as redes de atenção, princípios e formas de financiamento aparecem de forma mais explícita, mas sua natureza, não. Quais são as possíveis implicações disso?

Uma das consequências, possivelmente relacionada a essa falta de sistematização e explicação, está debatida na literatura no que tange à dificuldade de implementação dos núcleos e da constituição de práticas na direção do que se parecia pretender com a proposição destes (Mazza et al, 2020; Rodrigues, 2020). Nesse sentido, indagamos ainda: como implementar algo que se desconhece a natureza? Como desenvolver práticas coerentes com a proposição dos núcleos nesse contexto de indefinição?

Tal fato tem uma implicação inclusive no desenvolvimento de nossa pesquisa, há uma dificuldade posta sobre como nos referirmos ao núcleo. Fizemos uma decisão provisória de nos referirmos a eles como uma ação política, compreendendo, em consonância com o referencial teórico utilizado, que toda proposição do Estado refere-se a uma ação política (Behring; Boschetti, 2017; Laurell, 2002).

Outra implicação possivelmente relacionada a essa não-sistematização e não-explicação da natureza do Nasf pode ter a ver com o não-lugar dos núcleos, ou talvez, o não-lugar do Nasf expresse, dialeticamente, essa dificuldade na explicação da sua natureza. Ao longo dos documentos é possível perceber que a própria regulamentação

oscila sobre considerar o Nasf como integrante da APS ou não. Tal fato expressa-se em aspectos bastantes concretos como no que é legislado sobre a infraestrutura e funcionamento da Atenção Básica.

Na PNAB de 2011, por exemplo, ao ser apresentada a infraestrutura física elementar de uma UBS o Nasf não é considerado, recomenda-se os seguintes espaços físicos (Brasil, 2011, p. 6)

Consultório médico/enfermagem, consultório odontológico e consultório com sanitário, sala multiprofissional de acolhimento à demanda espontânea, sala de administração e gerência e sala de atividades coletivas para os profissionais da Atenção Básica. Área de recepção, local para arquivos e registros, sala de procedimentos, sala de vacinas, área de dispensação de medicamentos e sala de armazenagem de medicamentos (quando há dispensação na UBS), sala de inalação coletiva, sala de procedimentos, sala de coleta, sala de curativos, sala de observação, entre outros.

Como é possível perceber, o Nasf não tem sequer espaço físico previsto para sua acomodação. Assim, não há previsão de espaço para a realização de suas atividades, sejam elas individuais ou coletivas, em parceria com as eSF ou somente entre a equipe Nasf. O mesmo ocorre na segunda revisão da PNAB, feita em 2017 (Brasil, 2017). Na descrição geral da composição das equipes da APS, o não-lugar do Nasf também aparece (Brasil, 2011, p. 6)

Equipes multiprofissionais compostas, conforme modalidade das equipes, por médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas, auxiliar em saúde bucal ou técnico em saúde bucal, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e Agentes Comunitários da Saúde, dentre outros profissionais em função da realidade epidemiológica, institucional e das necessidades de saúde da população.

O trecho destacado prevê “outros profissionais em função da realidade epidemiológica, institucional e das necessidades de saúde da população”, mas por que não há menção direta ao Nasf e aos seus profissionais? Em ambas as políticas (Brasil, 2011; 2017), o Nasf aparece em um subtítulo separado e, na versão de 2017, sua abordagem é rápida e superficial, apesar de apresentar impactos importantes como a mudança da nomenclatura dos núcleos e a retirada da centralidade da função de apoio, que abordaremos adiante.

Contraditoriamente, na seção que trata das equipes do consultório na rua, o Nasf é considerado como equipe de atenção básica, como é possível analisar no excerto abaixo (Brasil, 2011, p. 13)

As equipes [de consultório na rua] deverão realizar suas atividades, de forma itinerante desenvolvendo ações na rua, em instalações específicas, na unidade móvel e também nas instalações de Unidades Básicas de Saúde do território onde está atuando, sempre articuladas e desenvolvendo ações em parceria com as **demais equipes de atenção básica do território (UBS e NASF)**, e dos Centros de Atenção Psicossocial, da Rede de Urgência e dos serviços e instituições componentes do Sistema Único de Assistência Social entre outras instituições públicas e da sociedade civil [grifos nossos].

Nas seções específicas a respeito do Nasf, em ambas as versões da PNAB, afirma-se que ele faz parte da atenção básica (Brasil, 2011; 2017). Na versão de 2017, aparece, inclusive, uma preocupação de que o núcleo “seja membro orgânico da Atenção Básica” (Brasil, 2017, p. 11).

Nesse sentido, o não-lugar e a indefinição aparecem também como o oposto, na tentativa dos documentos de afirmarem reiteradas vezes que o Nasf é sim parte da APS, expressando uma contradição entre os próprios documentos oficiais, inclusive ao longo de um mesmo documento (Brasil, 2011). No Caderno de Atenção Básica nº 39 aparece tal afirmação: “O Nasf, portanto, faz parte da Atenção Básica, mas não se constitui como um serviço com espaço físico independente” (Brasil, 2014, p. 18), o que é uma contradição com a falta de previsão de espaço físico nas UBS destinado à acomodação e desenvolvimento das atividades dos núcleos.

Outra expressão do não-lugar do Nasf pode ser percebida também na seção em que são descritas as atribuições dos membros das equipes de Atenção Básica, na qual os profissionais do Nasf não são considerados. Há a descrição das atribuições comuns a todos os profissionais da APS e atribuições específicas, nas quais são descritas funções de enfermeiro, auxiliar e técnico de enfermagem, médico, ACS, cirurgião-dentista, técnico em saúde bucal e auxiliar em saúde bucal (Brasil, 2011; 2017).

Tal constatação poderia nos levar à reflexão de que o Nasf estaria em um lugar de fronteira, de passagem, no “entre”, o que é um lugar que pode ser de potência, como debatido por Fernandes e Scarcelli (2017). Contudo, o que parece se apresentar nos documentos é um fenômeno diferente, o Nasf está em um não-lugar na política, não está na fronteira, parece não estar em lugar algum.

Essas reflexões podem se relacionar com o debatido por Tesser (2022) quando o autor discute sobre a inserção do Nasf fora do fluxo assistencial da APS e da atenção secundária. Para ele, as normativas federais posicionam os profissionais do Nasf “como apendiculares ou paralelos ao fluxo do cuidado clínico” (Tesser, 2022, p. 9), o que produz efeitos adversos à atuação do núcleo, contribuindo para uma superestimação dos seus resultados esperados, para o seu subaproveitamento e subdesenvolvimento institucional e para a precarização da sua legitimidade.

Outro ponto relevante que se refere à caracterização dos núcleos está relacionada à mudança do seu nome na PNAB de 2017 (Brasil, 2017). A partir dessa normativa, seu nome passa a ser Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica, representado pela sigla Nasf-AB. É retirada a centralidade da função apoio no processo de trabalho dos núcleos, não aparecendo em nenhum momento do texto as expressões “apoio matricial” ou “matriciamento” associadas diretamente ao Nasf.

A política utiliza a palavra “suporte” ao se referir ao tipo de trabalho que deve ser realizado pelo Nasf, como é possível verificar no seguinte excerto: “atuando de maneira integrada para dar suporte (clínico, sanitário e pedagógico) aos profissionais das equipes de Saúde da Família (eSF) e de Atenção Básica (eAB)” (Brasil, 2017, p. 11). O Nasf deixa de estar vinculado necessariamente à ESF e passa a estar vinculado a qualquer tipo de equipe de atenção básica.

A mudança do nome sugere uma mudança de concepção de qual deve ser o trabalho desenvolvido pelos núcleos, apesar de não aparecer explicitamente na normativa o que deve ser esse “suporte” oferecido pelos Nasf às eSF e eA, assim como não há uma definição do que seja um “núcleo ampliado”.

Apesar da não-explicitação e não-sistematização da natureza do que vinha a ser o Nasf, as normativas iniciais afirmavam que os núcleos foram criados para impactar na melhoria da qualidade do trabalho APS (Brasil, 2008; 2010a), parecia haver um modelo, uma estratégia que guiava a proposição dos núcleos. O que é possível observar ao longo dos documentos é que o que era um modelo inovador para a qualificação do trabalho e resolubilidade da ESF foi reduzido a mais um tipo de equipe (Brasil, 2020a).

3.3 Concepção de Política Social

Para acessar as concepções de política social que sustentam a proposição do Nasf, assumimos como bússola a análise das finalidades implícitas a cada um dos documentos normativos investigados, buscando articulá-las como unidades de uma totalidade. Dito em outras palavras: partimos do entendimento que, por meio da tessitura de um fio que conecta as finalidades de cada um dos documentos, apreendidas a partir da interpretação dos objetivos postos a cada texto, é possível perscrutar a finalidade da ação política como um todo, posto que é por essa via que se expressa o seu compromisso ético-político.

Nesse contexto, tendo como horizonte o que é debatido por Behring e Boschetti (2017) de que as políticas sociais não são “via de solução da desigualdade que é intrínseca a este mundo baseado na exploração do capital sobre o trabalho, no fetichismo da mercadoria, na escassez e na miséria em meio à abundância” (p. 61), tentamos analisar, no objeto concreto Nasf, as contradições que tensionam ou mantêm o estado atual de coisas.

Desse modo, o Nasf nasce com o objetivo de fortalecer o próprio funcionamento da APS apoiado pelos princípios do SUS e da Constituição, com todas as suas contradições, como a expressão de uma reposição parcial de equipes multiprofissionais (Scarcelli; Junqueira, 2011) e o incentivo financeiro para o desenvolvimento de políticas específicas que demonstram uma lógica fragmentada do que deveria ser a APS e da sua falta de relação com as necessidades locais de saúde (Mendes; Carnut; Guerra, 2018), mas também como a ampliação dessa possibilidade de composição de equipes em distintas regiões do país.

A partir da análise das normativas federais, é possível perceber que a política torna-se mais robusta nos seus primeiros anos de desenvolvimento, com uma tentativa modesta e circunscrita de melhoria das condições de trabalho, por exemplo, ao redefinir os parâmetros de vinculação dos Nasf modalidades 1 e 2 com a Portaria nº 3.124 (Brasil, 2012). O que se expressa, concretamente, por meio da diminuição do número de equipes vinculadas. O Nasf 1 iniciou seus trabalhos, em 2008, com uma vinculação de, no mínimo, 8 e, no máximo, 20 eSF (Brasil, 2008). O que, no ano de 2012, passou para um mínimo de 5 eSF e um máximo de 9 eSF. Enquanto o Nasf 2 começou com um mínimo de 3 e um máximo de 7 eSF, passando para um mínimo de 3 e um máximo de 4 eSF (Brasil, 2012).

A tentativa de robustecer a política expressa-se também pela ampliação das possibilidades de articulação da rede por meio do núcleo, tanto em relação com a ESF, como pelo papel dele na rede de saúde, vinculado à saúde mental, a questão relativa à álcool e outras drogas, por exemplo, e à rede intersetorial como um todo (Brasil, 2010b; 2011).

Apesar de sabido que o financiamento do Nasf tenha os recursos municipais como o principal componente (Mendes; Carnut, 2020a), há também no período de 2013 um discreto aumento de financiamento federal, por meio da Portaria nº 548, para o Nasf 2, que passa de R\$ 8 mil para R\$ 12 mil (Brasil, 2013a).

Assim, é possível perceber um processo que sinaliza o ápice da ação política relativa ao Nasf nos anos de 2013 e 2014 e, a partir disso, evidencia-se, por meio das normativas federais, uma mudança de concepção que passa pela adoção de termos, objetivos e execução do Nasf, até culminar no seu desfinanciamento em 2019 e 2020 (Brasil, 2019a; 2020a).

O Nasf pode ser considerado uma expressão concreta do limite do Estado neoliberal que, nessa política, expressa-se a partir do seu nascimento, vinculado à uma concepção do papel da política social que pode se dizer que foi o máximo que se alcançou no Brasil, analogamente, ao campo do bem-estar social, mas com o acirramento da neoliberalização do Estado, desde o governo Temer, e com uma intensificação ultraliberal-conservadora do governo Bolsonaro configura-se, como discutem Mendes e Carnut (2020a, p. 1) “totalmente alinhada aos ditames das propostas neoseletivas para a saúde e restrita à uma cesta básica de serviços disseminadas pelo Banco Mundial há muito tempo”.

Foram implementados no Brasil, na década de 1990, especificamente na área da saúde, o Programa Saúde da Família e o Programa dos Agentes Comunitários de Saúde, e, a partir de 2008, o próprio Nasf, como programas compensatórios executados sob a regência de órgãos internacionais como Fundo Monetário Internacional e Banco Mundial. Essa proposta teve como horizonte a implementação do neoliberalismo na América Latina, na qual “os direitos sociais foram lançados ao mercado – compra-se saúde, educação, etc. - e para aqueles que não podem ser consumidores, alguns programas compensatórios têm sido desenvolvidos” (Calipo, 2002, p. 92).

Desse modo, o Nasf foi criado em 2008 com princípios, conceitos, palavras e vocábulos que dialogavam com o SUS e com a Constituição Federal de 1988, com seus

limites e contradições, mas também com suas possibilidades. Desenvolve-se atingindo uma condição mais favorável em 2013 e 2014, por meio da melhoria da condição do trabalho, ao diminuir o número de equipes vinculadas a cada Nasf, reconhecimento da necessidade de mais financiamento, e com isso, um aumento modesto e insuficiente de financiamento do Nasf 2, diversificação das ações do modelo, o que, na contradição, esvazia a identidade do Nasf já que, como discutimos anteriormente, não está bem caracterizada, mas é uma aposta na possibilidade de amplitude dessa ação política.

No entanto, a partir do golpe parlamentar-jurídico-midiático de 2016 (Mendes; Carnut, 2020b) e com o governo Bolsonaro, as contradições esmorecem-se e uma lógica ultraliberal, a partir de um vocábulo, um pensamento e uma subjetividade neoliberal torna-se o fio condutor da política da APS e passa a dar o tom dos documentos oficiais, como é possível perceber no excerto a seguir da Nota Técnica nº 11/2022-SAPS/MS (Brasil, 2022b, p. 1)

Nesse sentido, o monitoramento dos indicadores e o conseqüente uso das informações buscam:

- I - Definir o incentivo financeiro do pagamento por desempenho por Município e Distrito Federal;
- II - Subsidiar a definição de prioridades e o planejamento de ações para melhoria da qualidade da APS;
- III - Promover o reconhecimento dos resultados alcançados e a efetividade ou necessidade de aperfeiçoamento das estratégias de intervenção;
- IV - Orientar o processo de pagamento por desempenho no âmbito da gestão municipal e do Distrito Federal e
- V - Promover a democratização e transparência da gestão da APS, por meio da publicização de metas e resultados alcançados.

É importante ressaltar que as contradições e limites já podiam ser observados mesmo em 2014, o que pode ser exemplificado a partir do trecho abaixo do Caderno de Atenção Básica nº 39 (Brasil, 2014, p. 11)

Nesses seis anos, desde a publicação da primeira portaria de Nasf até hoje, ocorreram vários movimentos para qualificação do processo de trabalho dessas equipes. Publicou-se o Caderno de Atenção Básica nº 27 (2010), o material da Oficina de Qualificação do Nasf com foco na redução da mortalidade infantil (2010), o documento Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica para os Nasf (Amaq-Nasf), materiais produzidos por conselhos, associações, sindicatos de categorias profissionais, entre outros.

Na aparência, este excerto pode sugerir uma preocupação do Ministério da Saúde ao demonstrar seu empenho em “qualificar o processo de trabalho” do Nasf por meio da publicação de normativas e manuais. No entanto, uma leitura mais refinada da essência

dessa proposta revela uma compreensão que responsabiliza os indivíduos pela mudança na política, à medida em que, por exemplo, não prevê concurso público e uma efetiva melhoria nas condições concretas de trabalho. Isto sugere que a mudança na forma de atuar é suficiente para a execução da proposta do Nasf, como se a formação bastasse e, por isso, há um foco na qualificação por meio de materiais de apoio, manuais, etc.

Há que se reconhecer, como apontamos acima, que houve uma tentativa de melhoria nas condições de trabalho ao diminuir o número de equipes vinculadas ao Nasf, mas, sem mudanças estruturais efetivas nas condições de trabalho das equipes e nas condições concretas de vida da população. É como se dissessem que os profissionais não sabem trabalhar a partir da “lógica inovadora” que é o Nasf, então o MS iria formá-los para tal, mas o Estado não propôs nenhuma transformação de modo profundo para as condições de trabalho e vida. Obviamente, a formação continuada é essencial, contudo, o que se problematiza aqui, é que ela não é suficiente para uma transformação concreta e não há apontamentos nem problematizações nos materiais educativos a respeito disso.

No mesmo documento (Brasil, 2014) há um capítulo para discussão do monitoramento e avaliação do trabalho, no entanto, em nenhum momento menciona-se as condições de trabalho como estruturantes da qualidade do serviço ofertado à população, o que faz compreender que, implicitamente, há uma defesa de que a melhoria do trabalho está ligada somente à capacidade de atuação dos trabalhadores e equipes.

Dessa forma, há um certo tom ao longo de todo o documento (Brasil, 2014) de que a organização do trabalho, o foco na coesão da equipe, no trabalho multiprofissional, intersetorial, a criação de “plataformas tecnológicas modernas” (Brasil, 2014, p. 114) – no caso do monitoramento e avaliação do trabalho – dão conta de melhorar a qualidade do trabalho. Sem negar a importância destes aspectos, é necessário problematizar que se menciona pouco, ou quase nada, sobre as condições concretas para que o trabalho se efetive. Salário, número de trabalhadores, número de equipes vinculadas ao Nasf, estruturação adequada da rede, contratação de trabalhadores, condições de vida da população, etc.

O que, como discutem Arruda, Pasquim e Soares (2012), mascara o “gargalo” entre a ESF e os serviços referenciados, incorrendo em precarização e mais exploração do trabalhador da Atenção Básica, diminuição da qualidade do serviço oferecido e insatisfação popular, mesmo que, contraditoriamente, haja eventual melhoria em alguns indicadores de saúde focalizados, além de certa romantização e, como argumenta Tesser

(2022), superestimação dos resultados esperados pelo trabalho do Nasf.

A partir de 2014, os retrocessos em relação ao SUS vão tendo também o Nasf como alvo. Com a PNAB de 2017 há uma desvinculação da composição da equipe para caracterizar o que é Nasf, o que já demonstra um desmantelamento do princípio do Nasf como interdisciplinar e multiprofissional, ao se admitir qualquer formato, há uma descaracterização da proposta inicial da concepção do que seria o núcleo. Esta concepção tem uma de suas formas de expressão concreta na mudança do nome dos núcleos de Núcleo de *Apoio* à Saúde da Família para Núcleo *Ampliado* de Saúde da Família (Brasil, 2017). Mas, afinal, o que esta ampliação quer dizer? O documento não explica, em nenhum momento, o que se entende por essa ampliação nem justifica a mudança do nome do núcleo.

Dessa forma, de 2017 em diante passa-se a operar a política social mais explicitamente com uma lógica empresarial. Como vimos discutindo neste trabalho, não que isso não acontecesse anteriormente, contudo, há uma neoliberalização obscena nos documentos e normativas federais. Há o uso de termos, conceitos e lógicas pautadas no gerencialismo e empresariamento das políticas sociais e do Estado.

Exemplo disso é o discurso da importância do uso das informações, do monitoramento e da avaliação para publicizar metas e resultados como uma suposta concretização da democratização e transparência à sociedade, como se pode ver no inciso 2.4 da Nota Técnica nº 11/2022-SAPS/MS (Brasil, 2022b, p. 1)

Cumprir destacar que monitorar e avaliar o desempenho da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e, primordialmente, das ações desenvolvidas pelas equipes que atuam na atenção primária é uma das funções essenciais do Estado. O monitoramento e a avaliação repercutem em transparência a fim de prestar contas à população sobre o investimento na área da saúde. Eles também auxiliam a analisar o acesso e a qualidade dos serviços prestados pelos municípios, viabilizando, assim, a implementação de medidas de correção e/ou aprimoramento das ações e serviços ofertados no âmbito da APS.

Contudo, o que está implícito neste tipo de concepção e argumento é uma lógica empresarial que tem a “eficiência” como fundamento do Estado e que aparece também a partir de princípios meritocráticos, como o indicado no artigo 2º da Portaria nº 3.222/2019, ao abordar o cálculo definidor do indicador sintético final para o pagamento por desempenho (Brasil, 2019b, p. 1)

Indicador sintético final: Indicador síntese do desempenho das equipes que

variará de (0) zero a (10) dez, sendo obtido a partir da atribuição da nota individual para cada indicador, segundo seus respectivos parâmetros, **e da ponderação pelos respectivos pesos de cada indicador, definidos em conformidade com o esforço necessário para seu alcance** [grifos nossos].

O financiamento por desempenho, a busca por eficiência, o ataque ao caráter universal da política e à integralidade expressam, como argumentam Mendes, Carnut e Guerra (2018), uma redução da concepção de APS que é histórica e não começou em 2017, mas que, ao contrário, foi base para que pudéssemos chegar no momento histórico que permitisse a proposição de uma PNAB ancorada em tais premissas.

Apesar da obscuridade acentuar-se nos últimos anos, não é novidade a operação das políticas sociais pelo Estado a partir de uma lógica que sai de “instituição” para “organização”, como debatido por Chauí (1999, p. 3), há mais de duas décadas, ao tratar sobre a universidade operacional. Nesse contexto, a autora propõe uma distinção entre estas duas concepções argumentando que

A instituição se percebe inserida na divisão social e política e busca definir uma universalidade (ou imaginária ou desejável) que lhe permita responder às contradições impostas pela divisão. Ao contrário, a organização pretende gerir seu espaço e tempo particulares aceitando como dado bruto de sua inserção num dos pólos da divisão social, e seu alvo não é responder às contradições, e sim vencer a competição com seus supostos iguais.

Além da própria gestão da política de saúde vir operando, desde a década de 1990, a partir da racionalidade neoliberal executada principalmente pelas Organizações Sociais de Saúde (Calipo, 2002), a própria política de saúde, a partir das concepções, termos e vocábulos presentes em seu texto, também se realiza de tal modo, apresentando um relevante aspecto da privatização discutido por Calipo (2002): a despolitização da sociedade e da saúde por meio da inversão da relação político/técnico.

Como apresentada por matéria publicada no portal da Escola Politécnica de Saúde Jardim Venâncio (EPSJV) da Fundação Oswaldo Cruz do Rio de Janeiro (EPSJV, 2016), professores e pesquisadores analisam que houve, a partir da PNAB de 2017, uma “guinada biomédica” na APS ancorada em concepções reducionistas do que seja esse nível de atenção, assim como do cuidado e produção de saúde possíveis nele.

Desse modo, ao analisarmos as normativas federais do Nasf é possível pensar um projeto de ataque ao SUS, em geral, enquanto política social. O ataque ao Nasf parece ser uma expressão do ataque ao SUS como um todo. Como debate Calipo (2002), os princípios do SUS deveriam ser cumpridos, seja no aspecto jurídico, seja no aspecto

moral. E, com isso, constituírem-se em leis que deveriam descrever a essência e as características do SUS.

Como dissemos, compreendemos ser possível fazer essa discussão a partir da finalidade e conteúdo dos documentos, porque eles expressam os compromissos ético-políticos que dizem do modo de operação do Estado, ou seja, da forma como as políticas sociais são executadas e de qual é a função do Estado no modo de produção capitalista e no neoliberalismo, de modo particular. Dessa forma, a análise de documentos oficiais apresenta-se como uma ferramenta indispensável para a luta a favor da concretização de políticas sociais comprometidas com as necessidades da maioria da população brasileira.

3.4 Concepção de Estado

Dada a natureza ideológica do modo de funcionamento do Estado capitalista e a ocultação da essência pela aparência (Correia, 2015) também na vida cotidiana (Quiroga, 2010), a elucidação das concepções de Estado que subjazem a proposição da ação política do Nasf constitui-se como a dimensão que mais exige a mediação das categorias teóricas que permitem a interpretação do real, desde a concepção de mundo que orienta este trabalho. Ou seja, as intenções, compromissos e princípios que justificam as escolhas políticas feitas a partir e por meio do Estado não se apresentam de modo explícito à sociedade e sujeitos concretos que sustentam a manutenção da vida social.

Quiroga (2009) debate que toda reflexão científica, particularmente a psicológica, devido a natureza de seu objeto, está ancorada em uma concepção de ser humano, assim como em uma visão de mundo que, na vida cotidiana, não expressa-se de modo explícito (Quiroga, 2010). Diante disso, é preciso superar a leitura da cotidianidade pela aparência, dada sua lógica alienada. Nesse sentido, como já afirmado, defendemos um fazer científico não neutro, posicionado a partir de um determinado lugar e compromisso na luta de classes, desvelando o real em suas contradições e possibilidades de superação da lógica de exploração, opressão e alienação.

Assim, a partir da leitura feita do modo de operar a política social, como expressão de uma estrutura e funcionamento do Estado capitalista, e concretizada na ação política do Nasf, vamos tentar depreender as concepções centrais de Estado que orientam a proposição do núcleo.

Como discutimos no capítulo 2, entendemos o Estado como o Estado da classe econômica e politicamente dominante (Engels, 2012), sendo necessário refletir sobre aspectos deste Estado que fundamentam a proposição das políticas sociais. Diante disso, nossas discussões pretendem explicitar, por meio das análises dos documentos oficiais acerca do Nasf, que a atual conjuntura evidencia o aprofundamento da ruptura com o compromisso constitucional que postula a saúde como um direito social e um dever do Estado. Esse processo expressa-se nessa ação política a partir da presença de dois mecanismos essenciais: a precarização e terceirização do trabalho em saúde e a focalização e privatização do SUS.

A primeira questão importante relacionada ao funcionamento do Estado neoliberal que se apresenta logo na portaria de criação do Nasf (Brasil, 2008), refere-se à

modalidade de vínculo profissional preconizada pelas normativas federais. Está prevista a contratação dos profissionais para atuação no núcleo sem nenhuma menção ao funcionalismo público, o que assume consonância com modalidades irregulares de contratação e terceirização do trabalho no SUS que ocorre, como aponta Calipo (2002), desde a Norma Operacional Básica 96 (NOB nº 96), e se aprofunda com a regulamentação das Organizações Sociais de Saúde (OS), das Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscip) e das Fundações Estatais de Direito Privado (FEDP).

A despeito das diferenças existentes entre as suas configurações jurídicas e adotando novos arranjos institucionais sob o pretexto de maior “flexibilidade” na gestão do trabalho, “as OSs e as Oscips facilitam a contratação de pessoal de forma indireta, contribuindo para a terceirização da força de trabalho na saúde, e as FEDP, ainda que promovam a contratação direta, seguem as regras do setor privado, segundo a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), hoje também sob ameaça” (Morosini, 2016, p. 6).

A portaria define que seja de competência das Secretarias Municipais de Saúde (SMS) e do Distrito Federal “selecionar, contratar e remunerar os profissionais para os Nasf, em conformidade com a legislação vigente” (Brasil, 2008, p. 3). Contudo, não há a regulamentação de abertura de concursos públicos, deixando em aberto distintas possibilidades de contrato de trabalho. Entendemos que tal fato seja uma expressão da precarização do trabalho no SUS que coaduna com o processo de privatização da lógica de organização do Estado neoliberal de modo geral.

O trabalho precarizado é contraditório com uma certa proposta progressista que está presente na concepção do Nasf sobre a multiprofissionalidade e o cuidado compartilhado. Novamente, no documento, não há uma abordagem da concretude do que está na base da possibilidade de produção de ações de saúde qualificadas por meio da atuação multiprofissional e do compartilhamento do cuidado, que são as condições concretas de trabalho dos profissionais.

Uma contradição a esse respeito, que pode ser observada na Portaria nº 2.488 que aprova a PNAB de 2011 (Brasil, 2011), encontra-se no momento em que o texto discorre sobre as *responsabilidades comuns a todas as esferas de governo* dizendo que estas devem (Brasil, 2011, p. 4)

Desenvolver **mecanismos técnicos** e **estratégias organizacionais** de **qualificação da força de trabalho** para gestão e atenção à saúde, **valorizar**

os profissionais de saúde estimulando e viabilizando a formação e educação permanente dos profissionais das equipes, **a garantia de direitos trabalhistas e previdenciários, a qualificação dos vínculos de trabalho e a implantação de carreiras** que associem desenvolvimento do trabalhador com qualificação dos serviços ofertados aos usuários [grifos nossos].

O exposto neste parágrafo vai na contramão da própria portaria que cria o Nasf (Brasil, 2008), que permite distintas possibilidades de contrato de trabalho e não menciona o funcionalismo público em nenhum momento.

Em 2014, no Caderno de Atenção Básica nº 39 (Brasil, 2014), há uma passagem explícita sobre o enfrentamento da precarização do trabalho do Nasf, que pode ser observada no seguinte excerto em que recomenda-se a (Brasil, 2014, p. 35)

Desprecarização e qualificação do vínculo e do processo de trabalho dos profissionais do Nasf. Para isso, pode-se englobar, por exemplo, **ingresso por meio de concurso ou de seleção pública; valorização da experiência profissional na Atenção Básica; valorização da formação em Saúde Coletiva, Saúde da Família ou áreas afins, especialmente a modalidade residência; inserção do Nasf no plano de cargos, carreiras e salários existente no município; e garantia de condições seguras de trabalho** [grifos nossos].

Apesar desta significativa passagem estar presente em um documento oficial e poder ser considerada uma importante abertura para a proposição de um enfrentamento da precarização do trabalho na saúde, não há a retomada deste tema em outros documentos, principalmente nas portarias e, pelo contrário, a precarização do trabalho só se intensificou, como discutiremos adiante. Diante disso, fazemos a ressalva: a concepção não precede a condição.

Outra contradição pode ser observada quando, ao dizer que a atuação do Nasf se complementa com as equipes de referência e, ao conceituar, do que se trata essas equipes, os documentos afirmam que a definição de equipes de referência relaciona-se à “distribuição do poder que se quer na organização” (Brasil, 2010a, p. 11). Segundo o Caderno de Atenção Básica nº 27 (Brasil, 2010a),

Uma equipe de referência é definida também por uma coordenação (gerência) comum e deve enfrentar a herança das “linhas de produção” tayloristas nas organizações da saúde, nas quais o poder gerencial estava atrelado ao saber disciplinar fragmentado e as chefias se dividiam por corporações.

Interessante notar que há uma aparente preocupação relacionada à “distribuição do poder” nas equipes, contudo, não se debate a concretude do que produz a desigualdade de poder no cotidiano do trabalho em saúde, como diferença de salários, de carga horária de trabalho, de reconhecimento social entre as profissões. Conforme discutido por Morosini (2016, p. 6),

Ainda que os fenômenos associados à precarização alcancem o conjunto dos trabalhadores da saúde, eles os atingem de forma variada, refletindo as especificidades dos diversos grupos profissionais. Composto essas especificidades, destaca-se a qualificação profissional que compreende a formação, o valor social atribuído ao seu diploma e ao seu trabalho, a sua organização como categoria e o poder político de suas instâncias corporativas e representativas. As desigualdades socialmente construídas se expressam nas relações laborais desiguais como, por exemplo, nas diferenças salariais, de carga horária, no perfil de suas atribuições e nas posições que ocupam na organização hierárquica do processo de trabalho, notadamente desfavoráveis aos trabalhadores de nível médio.

Assim sendo, não é possível falar de distribuição de poder e enfrentamento da herança das “linhas de produção” tayloristas nas organizações da saúde sem abordar as condições concretas de trabalho e as desigualdades socialmente construídas em torno delas, assim como a responsabilidade do Estado na sua produção e reprodução.

De acordo com Morosini (2016), a precarização do trabalho é condição intrínseca ao capitalismo e integra a própria dinâmica contraditória do capital, configurando-se então como uma condição estrutural desse modo de organização social. No entanto, há características particulares em determinados momentos e contextos históricos, assim como aspectos relativos à conjuntura que são resultantes da “atual correlação de forças e dos interesses que disputam a configuração do SUS e agudizam o processo de precarização social do trabalho em saúde” (Morosini, 2016, p. 7).

Aspectos estes que são a expressão da tensão e conflito entre concepções e projetos de sociedade em disputa que podem ser sintetizados como: de um lado, projetos que compreendem a saúde como um bem coletivo, direito de todos e dever do Estado, como postulado pela Constituição, que deve ser integralmente atendida por políticas e serviços públicos; e de outro, projetos que concebem a saúde como mercadoria, segmentada de acordo com os objetivos de acumulação do capital e acessada conforme o poder de compra dos diferentes estratos da população, responsabilizando a sociedade civil, e operando na busca de contenção de gastos estatais via racionalização, eficiência e

eficácia dos serviços, denotando o encolhimento da responsabilidade do Estado (Calipo, 2002; Morosini, 2016).

Diante disso, indagamos: Como é possível efetivar a distribuição do poder nas equipes de saúde diante de relações laborais desiguais? Qual a responsabilidade e papel do Estado na produção e manutenção desta realidade? Como esta condição concreta impacta na qualidade do serviço oferecido à população? Qual a efetividade de recomendações de enfrentamento da precarização do trabalho em saúde por meio dos Cadernos de Atenção Básica (documentos técnicos), já que, contraditoriamente, as mesmas recomendações não aparecem nas portarias (documentos normativos)?

Atrelado à precarização e terceirização do trabalho em saúde, característica fundamental do Estado neoliberal, a análise do Nasf evidencia o processo de focalização e privatização do SUS que está se aprofundando. Em nossa discussão, esse entendimento torna-se possível a partir do desvelamento dos caminhos propostos para o financiamento desta ação política que, ao serem elucidados, evidenciam outra expressão concreta e relevante dos modos de operar do Estado na arena de disputa de projetos de sociedade.

Como discutimos anteriormente, houve no arco de existência do Nasf, o reconhecimento da necessidade de mais financiamento, e com isso, um aumento modesto e insuficiente de financiamento federal do Nasf 2, em 2013, a partir da Portaria nº 548 (Brasil, 2013a). Contudo, o que é sabido em relação ao SUS é que ele padece de um subfinanciamento crônico desde a sua proposição em 1988, um financiamento sempre insuficiente para garantir uma saúde pública, universal, integral e de qualidade (Mendes, 2013), e o que se vê em sua história recente, é um efetivo desfinanciamento (Mendes; Carnut; Guerra, 2018; Mendes; Melo; Carnut, 2022).

No que se refere ao financiamento da APS, desde a instituição do Piso da Atenção Básica Variável (PAB variável), importantes críticas vêm sendo feitas a esse formato de financiamento por adesão a programas e ações, o chamado “modelo cesta básica” orientado por organismos internacionais como o Banco Mundial (Mendes; Carnut; Guerra, 2018; Scarcelli; Junqueira, 2011). O receituário do Banco Mundial para os países ‘em desenvolvimento’ é o de uma “cesta básica de procedimentos para a população que não possa acessar a assistência privada, a partir de experiências locais” (Mendes; Carnut; Guerra, 2018, p. 229).

Além de reduzir a APS, limitando-a a um caráter residual e assistencialista que não tem efetivado toda sua potencial completude, essa concepção e modelo de

financiamento produz uma interferência vertical na autonomia da gestão municipal, engessamento e atropelamento do planejamento local, problemas de comprovação dos recursos aplicados para a prestação de contas do gestor municipal e, essencialmente, mantém o MS como agente definidor da política de saúde em todo território nacional (Mendes; Carnut; Guerra, 2018; Scarcelli; Junqueira, 2011).

Em que pese a relevância e pertinência de tais críticas que já demonstravam problemas importantes na concepção do financiamento da APS, o cenário tem se agravado a partir da PNAB de 2017 (Brasil, 2017) e, especialmente, do Programa Previne Brasil (Brasil, 2019a), configurando-se como mais uma obscenidade neoliberal.

Apesar da extinção do PAB variável, é importante ressaltar que, mesmo a partir do novo modelo de alocação de recursos federais para a APS, adotado a partir do Programa Previne Brasil, o financiamento por adesão a ações e programas, objeto das críticas acima apresentadas, continua sendo um dos seus componentes da alocação de recursos federais para a APS, agora sob a nomenclatura de “incentivos para ações estratégicas” (Brasil, 2019a).

Contudo, mesmo com a manutenção desse componente no financiamento e a promessa problemática e arriscada, que não se efetivou - anunciada na Portaria nº 3.222/2019 - de inclusão de indicadores relativos às ações multiprofissionais e em saúde mental no âmbito da APS (Brasil, 2019b), o Nasf deixa de ser uma ação com incentivo financeiro federal e, portanto, é desfinanciado, implicitamente, a partir de 2019.

Entendemos que é uma decisão implícita, pois não há na Portaria nº 2.979/2019 nenhuma menção direta ao desfinanciamento do Nasf. No entanto, ele não está entre as ações estratégicas listadas para incentivo federal (Brasil, 2019a). Entendemos que o Nasf é desfinanciado, explicitamente, a partir da Nota Técnica nº 03/2020 (Brasil, 2020a), que evidencia que o MS de fato extinguiu o repasse diretamente relacionado à implantação e ao custeio do núcleo, inclusive prejudicando pleitos de habilitação municipais que aguardavam análise e aprovação, além de não apresentar orientação alternativa para a compreensão da multidimensionalidade na APS (Morosini; Fonseca; Baptista, 2020, Mendes; Melo; Carnut, 2022).

Como discutem Mendes, Melo e Carnut (2022, p. 3), o novo modelo de alocação de recursos federais

“cadastramento” dos mais pobres, principalmente, apoiado na lógica do desempenho e afastando-se por completo de toda lógica da atenção primária à saúde original e da universalidade do sistema.

Este novo modelo de financiamento executa o que os autores denominam de “SUS operacional” (Mendes; Melo; Carnut, 2022). Uma alocação de recursos que valoriza atributos da “modernização”, ancorada em concepções como “eficácia”, “eficiência” e “desempenho” das atividades estatais do SUS, alinhadas aos interesses do mercado, reforçando uma atenção à saúde voltada para os mais pobres (focalização), atacando a universalidade do sistema de saúde e do financiamento, ancorando-se no desempenho pautado em concepções meritocráticas com práticas de reforço a mecanismos burocratizados e gerencialistas que atacam a universalidade, a integralidade e o direito à saúde (Morosini; Fonseca; Baptista, 2020).

Essa concepção encontra-se expressa entre as justificativas apresentadas para a proposição do Programa Previne Brasil (Brasil, 2019a), em que é possível ler: “Considerando a necessidade da valorização do **desempenho** das equipes e serviços de Atenção Primária em Saúde para o alcance de **resultados** em saúde” (p.1, grifos nossos) e, essencialmente, no mecanismo proposto no componente de capitação ponderada do financiamento da Atenção Primária à Saúde que, de modo sintético, é apresentado no seguinte excerto (Brasil, 2019a, p. 2)

Parágrafo único. O cálculo que trata o caput será baseado no quantitativo da população cadastrada por eSF e eAP, com atribuição de peso por pessoa, considerando os critérios de vulnerabilidade socioeconômica, perfil demográfico e classificação geográfica.

Tal modelo é a expressão do que discutem Draibe (1990) e Laurell (2002) a respeito das políticas sociais neoliberais pautadas na focalização e privatização, tratando de desuniversalizar e assistencializar as ações em saúde, cortando os investimentos sociais e os centralizando em programas seletivos contra a pobreza.

Este novo modelo de financiamento da APS está ancorado em três componentes: 1) capitação ponderada; 2) pagamento por desempenho e 3) incentivos para ações estratégicas. Assim como o PAB variável, a linha de transferência do Piso de Atenção Básica fixo (PAB fixo) - que realizava repasses do governo federal aos municípios a partir

do número de toda sua população, respeitando o caráter universal do SUS -, também foi extinta (Brasil, 2019a).

Somado a isso, a extinção do financiamento diretamente relacionado ao Nasf, considerando as importantes críticas já discutidas, “representa uma importante mudança na condução do financiamento, no sentido de não haver mais incentivo à implementação de ações multiprofissionais, típicas do modelo universal e integral do SUS” (Mendes; Melo; Carnut, 2022, p. 5).

Nesse sentido, e levando em conta as críticas apresentadas a respeito do financiamento por adesão a ações e programas e do próprio Nasf, entendemos que não é desfinanciamento do Nasf que resolveria os problemas que tais críticas apontam, e sim uma possibilidade menos engessada de planejamento dos municípios, fundamentada nas necessidades reais e concretas da população local e no ato de indagação e de resignificação de práticas e ações políticas.

O Nasf nasce como resultado de uma concepção que se torna dominante na arena de disputa de projetos, em um dado momento histórico. Concepções interessantes, que, por um lado, se propunham a ampliar o conceito e a prática em saúde, desenvolver ações voltadas para a desmedicalização da sociedade, para o cuidado integral, apostando no trabalho multiprofissional, e, na contradição, configurando-se como compensação parcial à não implantação e reposição de equipes multiprofissionais nas UBS chamadas “tradicionais”, o que gerou uma importante redução de contratação de psicólogos e de outros profissionais, com exceção de médicos, enfermeiros e auxiliares, à época (Scarcelli; Junqueira, 2011).

No entanto, o que vemos a partir do Programa Previne Brasil (Brasil, 2019a) é um enfraquecimento da perspectiva territorial e comunitária da APS, permitindo e favorecendo a criação de equipes compostas somente por médicos e enfermeiros, como é possível depreender a partir da escolha do conjunto de indicadores do pagamento por desempenho para o ano de 2022 (Brasil, 2022b, p. 2)

Indicador 1: Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 12ª semana de gestação;

Indicador 2: Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV;

Indicador 3: Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado;

Indicador 4: Proporção de mulheres com coleta de citopatológico na APS;

Indicador 5: Proporção de crianças de 1(um) ano de idade vacinadas na APS contra Difteria, Tétano, Coqueluche, Hepatite B, Infecções causadas por *Haemophilus Influenzae* tipo b e Poliomielite Inativada;

Indicador 6: Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre;

Indicador 7: Proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre.

Frente à análise da natureza desses indicadores, coadunamos com a interpretação feita por Morosini, Fonseca e Baptista (2020, p. 7) de que são adotados “poucos indicadores que, embora relevantes, restringem-se ao escopo de ações tradicionais que não ultrapassam a prevenção de base biomédica. Não contribui para a valorização da promoção à saúde e da abrangência do cuidado”.

Assim, entendemos que essa proposta representa uma agravada e perversa guinada biomédica e privatizante no SUS, pautada na racionalidade do gerencialismo na qual metas e desempenho transformam a saúde em mercadoria (Morosini; Fonseca; Baptista, 2020, Mendes; Melo; Carnut, 2022).

Desse modo, não se trata apenas de aprimorar o que era a proposta do Nasf, mas de poder, a partir do que havia de interessante na proposta, aventar algo que “comprometido com a coisa pública seja aliado à descoberta e ao exercício do processo de criação” (Scarcelli; Junqueira, 2011, p. 352) e não apenas à reprodução e, no máximo, ao aprimoramento de modelos já estabelecidos.

Importante ressaltar, como apresentam Morosini, Fonseca e Baptista (2020, p. 10), que

O pagamento por desempenho já vinha sendo praticado na atenção básica desde 2011, por meio do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), que aliava a ampliação do acesso ao acompanhamento e a discussão de indicadores. Aportava um novo recurso, somado ao PAB, possibilitando investimentos em reforma e ampliação de unidades. O Previnde Brasil não valoriza os aprendizados do PMAQ e introduz outra lógica de desempenho, que enfatiza o monitoramento de procedimentos e os resultados das ações de saúde, não abarcando a avaliação dos processos de trabalho.

Em relação ao SUS como um todo, como argumentam Mendes, Melo e Carnut (2022), o que se anuncia é a destruição da universalidade, da integralidade e a privatização via APS, em um processo de desfinanciamento burocratizado. Em síntese, como discutem os autores (Mendes; Melo; Carnut, 2022, p. 11)

Esse esvaziamento de recursos justifica caminhos para a privatização por dentro do sistema, que se utiliza do contexto da crise sanitária e econômica para reordenar formas de alocação que simulam mais recursos financeiros, porém de difícil operacionalização. Assim, a APS vai se desertificando,

tornando-se um solo árido de recursos até que se justifique a necessidade de privatizá-la.

Como sabemos, o setor privado atua no SUS desde sua implementação (Calipo, 2002; Morosini; Fonseca; Baptista, 2020; Nogueira; Lacerda, 2020; Rizzotto, 2012; Scarcelli; Junqueira, 2011), contudo, o aprofundamento que se anuncia a partir do Previne Brasil, da Agência para Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS) e da Carteira de Serviços para a APS (CaSAPS) é que este setor contará “com o controle de todos os recursos que compõem a gestão – econômico, técnico, informacional, trabalhista (para contratar e dispor dos servidores públicos), educacional e científico –, podendo definir as regras do jogo” (Morosini; Fonseca; Baptista, 2020, p. 12), ou seja, a lógica privatista passa a gerir o Estado por dentro.

Diante deste cenário e conjuntura, indagamos: o destino dado pelo Estado neoliberal à política social no setor saúde, a partir das mudanças apresentadas, tem como objetivo atender às necessidades da maioria da população brasileira? Quais os efeitos que tais propostas produzem nas relações sociais e na vida cotidiana das pessoas? Há em tais propostas a capacidade de enfrentamento dos impactos sociais e subjetivos das desigualdades sociais ou, pelo contrário, pretende aprofundá-las? Em síntese: Qual é o projeto de sociedade implícito às ações políticas de Estado apresentadas?

Como define Engels (2012), o Estado, que se coloca acima e se aliena cada vez mais da sociedade, é antes um produto desta e, por isso, faz-se necessário discutir quais aspectos da sociedade que, na contradição, possibilitam, produzem e mantêm o Estado neoliberal, e, do mesmo modo, como aparecem, ou não, nos documentos oficiais perspectivas relativas à sociedade e à participação popular nas políticas sociais.

3.5 Concepção de Sociedade

Partindo do pressuposto de que uma política social pode se constituir como instrumento de politização ou despolitização da sociedade, as análises depreendidas acerca da concepção de sociedade implícita nos documentos oficiais do Nasf buscam evidenciar como o movimento histórico desta ação política favorece a politização da sociedade e a participação popular ou, ao contrário, sua despolitização a partir de uma hipervalorização das dimensões técnicas relativas ao trabalho e ao funcionamento do núcleo.

No Brasil, a sociedade civil¹⁴ tem travado lutas pelo direito à saúde que se intensificaram na década de 1970, quando se iniciaram os movimentos sociais comprometidos com essa pauta no país. Destacam-se, entre estes movimentos, o Movimento Sanitário em defesa de um projeto de Reforma Sanitária Brasileira (Bravo; Menezes, 2020) e o Movimento da Luta Antimanicomial em defesa da Reforma Psiquiátrica Brasileira e por uma sociedade sem manicômios (Amarante, 1998; Scarcelli, 1998).

Como debatem Bravo e Menezes (2020), a participação popular não está limitada aos espaços institucionalizados e, por isso, tais lutas realizavam-se e se realizam também em espaços como movimentos de bairro, de mulheres, comunidades de base da Igreja Católica, coletivos, movimentos negros e movimentos rurais que, em certa medida, apresentam, historicamente, temas relacionados à saúde como pauta de suas reivindicações.

No entanto, reconhecendo a potência dos espaços não institucionalizados, nossas análises irão se voltar, principalmente, para os contextos institucionais de participação social na construção das políticas de saúde, visto que, ao contrário do que ocorreu com as lutas autônomas pela saúde, esses espaços tornaram-se objetos privilegiados de reflexão acadêmica.

Nesse contexto, a década de 1990 apresenta-se como importante marco para a legitimação de espaços institucionalizados de participação social nas políticas públicas

¹⁴ A concepção de sociedade civil aqui utilizada ancora-se na perspectiva gramsciana. “É na sociedade civil que se encontram os “aparelhos privados de hegemonia” que são os partidos de massa, os sindicatos, as diferentes associações, os movimentos sociais, ou seja, tudo que resulta de uma crescente socialização da política. A sociedade civil gramsciana nada tem a ver com o que hoje se chama de “terceiro setor”, pretensamente situado para além do Estado e do mercado” (Bravo; Menezes, 2020, p. 19-20).

como é o caso dos conselhos e conferências. Na saúde, formaliza-se o chamado controle social do SUS a partir da Lei Federal 8142/1990 (Bravo; Menezes, 2020).

De acordo com Bravo e Menezes (2020), os estudos sobre os conselhos de saúde possuem três linhas de análise que podem ser assinaladas: 1) a primeira, concebe os conselhos como espaço de consenso, nos quais os diferentes interesses sociais convergem para o interesse de todos; 2) a segunda, entende os conselhos apenas como espaços de cooptação da sociedade civil por parte do poder público e 3) a terceira, compreende os conselhos não como espaço de consenso ou de controle da sociedade e do poder público sobre os indivíduos, e sim como espaços de contradição, divergência, conflito e disputa.

Neste trabalho, compreendemos os conselhos a partir da terceira linha de análise assinalada pelas autoras (Bravo; Menezes, 2020) e, por isso, ao nos debruçarmos sobre os documentos normativos e técnicos do Nasf, procuramos identificar como tais normativas dialogam e se referem à participação social, principalmente na sua vertente institucionalizada, a partir dos conselhos, entendendo que as lutas autônomas pela saúde não tiveram o mesmo reconhecimento por parte do Estado.

Desse modo, é possível depreender que há, ao longo dos documentos, uma referência flutuante em relação aos conselhos, assim como a importância e relevância atribuídas a tal espaço. Em alguns documentos, o Nasf é entendido como apoio para as atividades de participação social, como podemos ver no excerto destacado do Caderno de Atenção Básica nº 27/2010, ao estabelecer que é atribuição comum aos diversos membros da equipe Nasf: “promover a gestão integrada e a participação dos usuários nas decisões, por meio de organização participativa com os Conselhos Locais e/ou Municipais de Saúde” (Brasil, 2010a, p. 23).

Na contradição, em alguns momentos, as normativas referem-se aos espaços institucionalizados de participação social como esferas menos importantes e, até irrelevantes, nas decisões. Como é possível analisar na Nota Técnica de 10 de abril 2013 (Brasil, 2013b, p. 1), a respeito da implantação de novos Nasf, regulamentando que

Os municípios deverão elaborar projeto de implantação respeitando os itens mínimos e os fluxos descritos no Anexo II da Política Nacional de Atenção Básica (Portaria nº 2.488/GM/MS, de 21 de outubro de 2011), e enviar o mesmo para **ciência do Conselho Municipal de Saúde** e para **análise da respectiva Secretaria Estadual de Saúde (SES)**. A SES deverá analisar e encaminhar os projetos para a **aprovação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB)**. Após aprovação na CIB, a SES informará ao Ministério da Saúde o número de equipes, a modalidade correspondente para cada município

e composições de profissionais com as respectivas cargas horárias, que farão jus ao recebimento de incentivos financeiros [grifos nossos].

Importante destacar no referido excerto que o conselho, espaço no qual estão os cidadãos, tem a função de apenas saber o que se passa, de “tomar ciência”, mas não analisa, debate, contribui, propõe, aprova ou desaprova. Enquanto que a Secretaria Estadual de Saúde (SES), espaço no qual estão os técnicos, “analisa” o projeto e, a Comissão Intergestores Bipartite (CIB), espaço no qual encontram-se os gestores e políticos, o “aprova”. Esta concepção diz do que pode ou não o conselho, assim como da sua (ir)relevância, além de estar implícito, nesta perspectiva, que os rumos da política pública referem-se aos técnicos e políticos e não aos cidadãos, entrelaçando assim, concepções de Estado, sociedade, sujeito e política social.

Tal análise nos leva a refletir que há em alguns documentos uma ênfase nos técnicos em detrimento dos cidadãos. Aqui, é possível uma articulação com o que debatemos no tópico a respeito da concepção de política social, no qual apontamos o realce, das normativas, nos indivíduos e na formação profissional/continuada em prejuízo da melhoria das condições concretas de trabalho, sendo defendido que este aspecto possibilitaria o aperfeiçoamento do atendimento às necessidades de saúde como um direito social, o que criticamos.

A ênfase nos técnicos e gestores e a tentativa de retirada dos cidadãos dos debates e decisões é uma expressão do que discute Calipo (2002) a respeito da despolitização da sociedade e da saúde por meio da inversão da relação político/técnico. A saúde, de natureza essencialmente política, passa a ser caracterizada como um tema estritamente técnico, incorrendo em consequências importantes para a sociedade, como a sua despolitização e a ocultação dos interesses políticos envolvidos neste setor.

Apesar desta concepção parecer ser hegemônica no conjunto das normativas analisadas, aprofundando-se a partir da PNAB de 2017, é importante destacar o excerto do Caderno de Atenção Básica nº 39/2014 (Brasil, 2014, p. 89) no qual reconhece-se, ainda que entre parênteses e sem problematização, que “a crise dos sistemas de saúde” é “fortemente política” e não apenas técnica

Há uma busca importante, em vários países, pela construção de determinadas lógicas e arranjos em Redes de Atenção à Saúde (RAS), sustentada por evidências de que esse modo de conformação dos serviços e recursos constitui uma das saídas para a crise contemporânea dos sistemas de atenção à saúde (MENDES, 2011). Ainda que seja limitado atribuir às RAS o *status* de solução

para a crise dos sistemas de saúde (**dado que esta é fortemente política, não apenas técnica**), sabemos que as diferentes concepções tecno-organizativas das redes podem ser influenciadas ou implicar diferentes **consequências políticas e assistenciais** [grifos nossos].

Nesse sentido, expressa-se também no Caderno de Atenção Básica nº 27/2010 (Brasil, 2010a), de modo menos tímido, uma concepção de atuação em saúde que não nega a política. Há o reconhecimento de uma sociedade organizada a partir de forças sociais e, por isso, a necessidade de uma atuação profissional que, além de formação “sólida” alie uma “direção política consistente”, com vistas à desvendar a relação entre essência e aparência na estrutura social, como pode ser analisado no trecho a seguir: “a intervenção profissional, na perspectiva aqui assinalada, aponta para a necessidade de uma sólida base de conhecimentos, aliada a uma direção política consistente que nos possibilite desvendar adequadamente as tramas conjunturais e as forças sociais em presença” (Brasil, 2010a, p. 96).

Há também, neste mesmo documento (Brasil, 2010a), um certo reconhecimento de contradições e do papel da política de saúde nessa realidade, como pode ser verificado no excerto que se segue (Brasil, 2010a, p. 59)

Nesse contexto é que surge a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), que tem como **princípio o direito humano à alimentação adequada**. Seus fundamentos são marcados pela transversalidade das ações e pelo perfil epidemiológico, demográfico e social da população e sua implantação **deve responder à contradição entre a fome e o excesso de peso** [grifo nosso].

Apesar de se reconhecer e desejar responder à uma contradição, não há no texto, porém, uma problematização da raiz dessa contradição, parecendo não reconhecê-la na estrutura social. Desse modo, não problematiza-se que sociedade é esta que produz e permite a coexistência de pessoas passando fome e de pessoas com excesso de peso, apesar do documento explicitar que ancora-se no “princípio do direito humano à alimentação adequada”. Aqui, parece haver novamente uma inversão da relação político/técnico (Calipo, 2002), incorrendo em uma despolitização da questão da fome e da sociedade que a produz.

Outro aspecto que permite investigar concepções de sociedade presentes, explícita e implicitamente nas normativas analisadas, refere-se às compreensões e (ir)relevância dada ao território. Nos primeiros documentos, o território aparece como essencial no

trabalho das equipes de Saúde da Família e do Nasf, sendo definido como (Brasil, 2010a, p. 18)

Um conjunto de sistemas naturais e artificiais que engloba indivíduos e instituições, independentemente de seu poder. Deve ser considerado em suas divisões jurídicas e políticas, suas heranças históricas e seus aspectos econômicos e normativos. É nele que se processa a vida social e nele tudo possui interdependência, acarretando no seu âmbito a fusão entre o local e o global. Como decorrência, as equipes de SF precisam conhecer a realidade do território em suas várias dimensões, identificando as suas fragilidades e possibilidades, figurando-o como algo vivo e dinâmico.

Nesse sentido, concebe-se a atuação das equipes a partir de uma perspectiva comunitária e territorializada, compreendendo os “modos de viver de homens e mulheres como produtos e produtores de transformações econômicas, políticas, sociais e culturais” (Brasil, 2010a, p. 19).

Dessa maneira, o documento articula a compreensão de território com a de promoção à saúde apresentando uma concepção de sociedade, de participação social e de determinação social do processo saúde-doença, ainda que implicitamente, de modo crítico. Argumenta-se que (Brasil, 2010a, p. 19)

As condições econômicas, sociais e políticas do existir não devem ser tomadas, tão somente, como meros contextos – para conhecimento e possível intervenção na realidade –, e sim como práticas sociais em transformação, exigindo constante reflexão das práticas do setor saúde. Para a promoção da saúde, é fundamental organizar o trabalho vinculado à garantia de direitos de cidadania e à produção de autonomia de sujeitos e coletividades. Trata-se de desenvolver ações cotidianas que preservem e aumentem o potencial individual e social de eleger formas de vida mais saudáveis. Ações que ocorrerão tanto ao nível da clínica quanto na realização e/ou condução de grupos participativos sobre as suas necessidades específicas ou na comunidade.

Em documentos posteriores (Brasil, 2017; 2019a) identifica-se uma importante mudança de concepção a respeito da atuação comunitária e territorializada, o que expressa-se de modo concreto no modelo de financiamento federal para a APS, regulamentado pelo Programa Previne Brasil, que apresenta como um de seus componentes a capitação ponderada, caracterizando-se pela ênfase na pessoa cadastrada (Brasil, 2019a). Assim sendo, concordamos com Morosini, Fonseca e Baptista (2020, p. 10) ao argumentarem que

A ênfase na pessoa cadastrada ou assistida desperta a preocupação quanto ao enfoque no indivíduo, em detrimento da perspectiva comunitária e da atenção territorializada. Desse modo, a ênfase na pessoa assistida, desconsiderando o processo social e político de produção das vulnerabilidades, tende a tornar menos visíveis os problemas territoriais e a desmobilizar ações do campo da saúde que transcendam a clínica biomédica.

O aprofundamento do enfoque no indivíduo, a despolitização da sociedade e a tentativa de desmobilização da participação social no SUS fica cada vez mais evidente a partir de 2017, tendo sua expressão também na gradativa falta de menção aos conselhos nos documentos oficiais, e mais do que isso, da real falta de discussão com os cidadãos sobre os destinos do SUS. Quando os conselhos são mencionados e considerados, sua relevância e importância parecem ser tomadas apenas como peças retóricas que não se sustentam frente à realidade.

Sobre este fato, Mendes, Melo e Carnut (2022) desvelam como se deu a proposição do novo modelo de financiamento da APS (Brasil, 2019a). Os autores afirmam que (Mendes; Melo; Carnut, 2022, p. 5)

Não houve prévia discussão sobre essa Portaria [Portaria no 2.979/2019] no Conselho Nacional de Saúde (CNS), apesar de a mudança impor significativas alterações na Programação Anual de Saúde de 2020 do Ministério da Saúde – situação regulamentada pela Lei Federal Complementar no 141/2012. Assim, o desrespeito aos procedimentos democráticos parece estar sintonizado com a característica do neofascismo.

Morosini, Fonseca e Baptista (2020) também discutem sobre a falta de transparência e de diálogo com a população na proposição do novo financiamento da APS e o desrespeito aos procedimentos democráticos por parte do Ministério da Saúde. As autoras relatam que, durante o processo de implantação, nenhum documento oficial foi apresentado para debate, o que dificultou a construção de cenários para a análise do novo modelo, “desconsiderando solicitações do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e outras entidades, para maior explicitação e aprofundamento da discussão” (p. 3).

As autoras alertam que a perda de influência do CNS, ou seja, do controle social, e o fortalecimento dos fóruns de gestores, em particular a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), vem ocorrendo desde os anos 1990. Nesse cenário, os temas da política de saúde são excluídos do ambiente participativo, demonstrando a hegemonia de uma concepção que os entendem como restritos “à arena de pactuação entre gestores, transitando para a condição de problemas de gestão, cujas respostas são construídas em

ambientes técnicos e administrativos, ocultando os interesses políticos mobilizados” (Morosini; Fonseca; Baptista, 2020, p. 3).

A estratégia política adotada pelos gestores tem sido a de buscar legitimidade em meios supostamente participativos, como a consulta pública. Como debatem Morosini, Fonseca e Baptista (2020, p. 16)

Esse instrumento tem sido frequentemente usado no ambiente político como meio de coleta de opiniões. Contudo, sem prever mecanismos de prestação de contas do que é coletado, prejudica a transparência e favorece a seleção e a utilização dos resultados em favor da pauta política dos gestores que a controlam. Além disso, tem substituído a participação presencial e representativa, prejudicando o debate público e ocultando os dissensos.

Um exemplo de utilização desta estratégia é o da Carteira de Serviços para a APS (CaSAPS) que teve sua primeira versão posta à consulta pública por apenas uma semana. Sobre este fato, Morosini, Fonseca e Baptista avaliam que (2020, p. 13)

Não é possível analisar em que grau as contribuições derivadas da consulta pública foram incorporadas, pois não houve publicização dos resultados. Percebe-se uma intenção de desviar das críticas feitas à primeira versão. O documento definitivo tornou-se mais sofisticado em termos de argumentação e fundamentação teórica e mais complexo em relação à descrição e composição dos serviços. Sua direcionalidade ficou mais velada, revelando-se naquilo que não abriu mão de instituir ou desconstruir.

Diante deste cenário, indagamos: Em que pese a sua importância, quais os limites dos espaços institucionalizados de participação social no SUS e o que fazer para superá-los? Em uma conjuntura de ofensiva conservadora (Mendes; Carnut, 2020b), como continuar fomentando as lutas pelo direito à saúde no nosso país? De que modo os cidadãos podem tensionar a proposição de políticas sociais que atendam às suas reais necessidades? E, por fim, como as políticas sociais favorecem, ou não, a produção de sujeitos capazes de compreender a realidade em sua essência?

Sociedades são, dialeticamente, produto e produtoras de indivíduos e, por isso, é necessário discutir quais concepções de sujeito expressam-se nas normativas analisadas, na tentativa de indagar sobre a capacidade, ou não, das políticas sociais reconhecerem os sujeitos a partir de suas determinações sociais concretas (classe, gênero e raça), assim como de agirem frente aos efeitos subjetivos das desigualdades sociais.

3.6 Concepção de Sujeito

Nas análises relativas à concepção de sujeito implícitas aos documentos oficiais do Nasf, buscaremos evidenciar como a organização, estrutura e funcionamento desta ação política pautam-se, hegemonicamente, em uma perspectiva de sujeito que denominaremos de “*sujeito tutelado*” e, essencialmente, abstrato e abstraído de sua concretude e realidade social. Buscaremos evidenciar como essa elaboração coloca-se como um instrumento de manutenção do *status quo* à medida em que não dialoga e atende as necessidades de saúde dos *sujeitos concretos* e, como efeito, inviabiliza que a política social seja uma via possível de politização da sociedade.

O primeiro apontamento a ser problematizado é como a concepção de “*sujeito tutelado*” encontra-se implícita em uma das diretrizes que regulamenta o Nasf. Nesta diretriz, podemos ler que os “Nasf não se constituem como porta de entrada do sistema de saúde”, como descrito na Portaria nº 154/2008, portaria de sua criação (Brasil, 2008, p. 2). Tal proposição justifica-se, por um lado, pela tentativa de superação do modelo ambulatorial e fragmentado na APS, o qual pretendeu-se alcançar por meio do apoio matricial a ser praticado pelo Nasf.

No entanto, por outro lado, esta diretriz dificulta que os sujeitos acessem diretamente os profissionais que compõem o núcleo. Como apresentado no Caderno de Atenção Básica nº 39 (Brasil, 2014, p. 57)

Seguindo a lógica do apoio matricial, devem ser evitadas aquelas [estratégias] que promovam o encaminhamento direto aos profissionais do Nasf sem pactuação prévia com as equipes de AB, tais como: criação de pastas de encaminhamentos de casos para o Nasf; disponibilização de agendas na recepção das UBS para casos de demanda espontânea ou encaminhados pelos diferentes pontos da RAS sem pactuação prévia com as equipes de referência; e outras ações que não se utilizem da lógica da discussão centrada na pessoa, da pactuação e construção conjunta na Atenção Básica.

Ao regulamentar que os usuários não teriam acesso direto aos profissionais do Nasf, as normativas sugerem que o profissional da equipe de referência (ESF) é quem diz e decide sobre a necessidade do usuário e, diante disso, qual deve ser o profissional da APS a ser acessado ou não. Podemos problematizar aqui uma contradição: essa racionalidade parece interessante do ponto de vista da organização do processo de trabalho e do serviço, contudo, há uma concepção de “sujeito tutelado” ao se regulamentar

que toda demanda precisa passar pela ESF, e, conseqüentemente, o usuário não pode acessar o profissional que deseja, a partir de sua necessidade.

Partindo da concepção pichoniana, que defende que o ser humano é um ser de necessidades que se satisfazem apenas socialmente em relações que o determinam (Pichon-Rivière, 2009), a construção de uma ação política que não viabilize, por parte do sujeito, uma percepção ativa de suas necessidades seria contraditória com o processo de produção de saúde, como discutiremos adiante.

Diante disso, indagamos: Os sujeitos que utilizam a APS do SUS não teriam condições de avaliar quais são suas necessidades de saúde? Faz-se necessário que estes sujeitos sejam tutelados pelos profissionais da equipe de referência para decidirem qual profissional do Nasf podem/devem acessar? Além de uma concepção do que estamos denominando “sujeito tutelado”, quais outras concepções estão implícitas nesta racionalidade? Como essa diretriz se relaciona com o princípio da universalidade do SUS? E, ainda, que concepção de integralidade se executa a partir desta racionalidade? Seria uma expressão da focalização do sistema de saúde, oferecendo o mínimo e operando um *SUS para pobres* (Paim, 2006), como parte das políticas defendidas por organismos internacionais?

Isto posto, continuamos a indagar: Somente as classes populares não podem acessar de forma direta os núcleos profissionais que compõem o Nasf? Pois, como sabemos, outras classes sociais o fazem, seja por meio de planos privados de saúde, seja de forma particular. Em síntese, haveria nessa proposição uma lógica ancorada em uma desigualdade de classe?

Partindo de uma concepção concreta de sujeito, sua posição de classe, em uma sociedade estruturalmente desigual, determina suas possibilidades de acesso aos direitos sociais. E, juntamente a isso, gênero e raça também o fazem.

Desse modo, estas indagações podem ser relacionadas à questões relativas ao *sujeito concreto*, a partir de sua classe, gênero e raça. Como discutimos no capítulo 2, só é possível compreender o sujeito como emergente a partir de sua realidade social concreta e na cotidianidade (Quiroga, 2010). Portanto, é preciso problematizar ações políticas pautadas em sujeitos abstratos.

Nos documentos analisados, o que podemos observar, de modo geral, é uma ausência da constituição destas determinações para a proposição das ações. A ausência do cuidado específico para essas problemáticas serve à manutenção do *status quo*, que

opera a partir do machismo, do racismo e do classismo como instrumento de violência do Estado e de reprodução e manutenção das desigualdades e opressões.

O que podemos observar nos documentos é que há uma crítica à uma abordagem fragmentada do sujeito a partir de recortes disciplinares, no entanto, esta crítica parece não avançar, na maior parte deles, para uma problematização que compreenda o sujeito concreto na sua determinação de classe, raça, gênero e orientação sexual e, com isso, propor ações que partam da compreensão das desigualdades, opressões e sofrimentos que são produzidos a partir dessa estrutura. O trecho destacado abaixo é um exemplo do limite desta crítica (Brasil, 2010a, p. 15)

A coordenação de casos é uma de suas características mais importantes da APS, pois possibilita definição clara de responsabilidade pela saúde do usuário, **considerando-o como sujeito em seu contexto e no decorrer do tempo em oposição a uma abordagem fragmentada por recortes disciplinares (estômago, emoção, alimentação etc.)** [grifo nosso].

Ao discorrer sobre a clínica ampliada, a concepção expressa no documento parece ir na mesma direção, como é possível analisar neste excerto (Brasil, 2010a, p. 25): “a Clínica Ampliada busca construir sínteses singulares **tensionando os limites de cada matriz disciplinar** e colocando em primeiro plano a **situação real do trabalho** em saúde, vivida a cada instante por **sujeitos reais**” [grifo nosso].

Do mesmo modo, é possível analisar a crítica à fragmentação do sujeito também no trecho abaixo que aborda a construção de um Projeto Terapêutico Singular (PTS) (Brasil, 2014, p. 74)

Deverá conter uma avaliação ampla que considere a **integralidade do sujeito** (em seus **aspectos físicos, psíquicos e sociais**) e que possibilite uma conclusão a respeito dos riscos, vulnerabilidade, resiliências e potencialidades dele. Deve tentar captar como o **sujeito singular** se produz diante de forças como as doenças, os desejos e os interesses, assim como também o trabalho, a cultura, a família e a rede social [grifo nosso].

Apesar de não haver uma definição explícita do que está sendo chamado de “sujeitos reais”, é possível perceber uma ênfase no sujeito singular e no seu contexto, seja ele usuário (na construção de um PTS) ou trabalhador (na realização de uma clínica ampliada), o que consideramos de suma importância. No entanto, há uma ausência do

debate sobre o que constitui e produz estes “sujeitos reais”, que estamos denominando de *sujeitos concretos*.

No que se refere às determinações de classe, raça, gênero e orientação sexual, a que mais ganha espaço na ação política do Nasf diz respeito às questões da saúde da mulher, constituindo-se, inclusive, como uma das áreas estratégicas do núcleo. Contudo, há nos documentos uma oscilação entre uma perspectiva reducionista e biologizante da mulher e da questão de gênero (ênfatisando necessidades relacionadas aos aspectos reprodutivos das mulheres) e abordagens mais críticas, reconhecendo as diferenças de gênero, nesta estrutura social, como produtoras de desigualdade, opressão e sofrimento. No excerto abaixo é possível observar uma concepção crítica, ainda que com limites relativos à uma noção de “empoderamento” que discutiremos adiante (Brasil, 2010a, p. 109)

A abordagem de gênero representa um referencial importante para melhor compreensão dos agravos à saúde da mulher e a construção de ações de prevenção de agravos e promoção de saúde efetivas, além de propiciar o empoderamento da comunidade e das mulheres em particular, especialmente nos campos da violência doméstica, do planejamento familiar e da saúde mental.

Uma concepção crítica a partir da desigualdade de gênero também aparece em uma discussão sobre saúde sexual e reprodutiva, como podemos analisar no trecho abaixo (Brasil, 2010a, p. 110).

Atenção à saúde sexual e reprodutiva: planejamento familiar, tanto nos casos de infertilidade do casal, quanto na anticoncepção; pré-natal qualificado, também para os casos de risco não habitual; conscientização sobre o que é parto humanizado e aborto legal; além da assistência ao puerpério. Todas essas ações devem sempre abordar o casal, independentemente da orientação sexual ou da idade, garantindo os direitos sexuais e reprodutivos, direcionados para a visão de gênero e considerando o caráter sociocultural da população em que a mulher está inserida.

O mesmo acontece ao ser abordado o planejamento familiar (Brasil, 2010a, p. 112).

O planejamento familiar também deve ser pensado no sentido de ampliar a abordagem meramente biológica, ultrapassando a ação de distribuição e prescrição de métodos contraceptivos, para uma abordagem de gênero e da sexualidade, oportunizando e incentivando a inclusão do parceiro, garantindo os direitos sexuais e reprodutivos e deixando de responsabilizar apenas a mulher pelo planejamento familiar.

No entanto, no que tange às questões de raça e orientação sexual, há nos documentos uma ausência destas temáticas, ainda que existam, no âmbito do SUS, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (Brasil, 2007) e a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Brasil, 2013c).

Tal ausência parece, de fato, ser a presença de um *sujeito abstrato*, dessa forma, não é uma ausência de concepção de sujeito, e sim a consideração de um sujeito sem classe, sem raça, sem gênero, sem orientação sexual. Um sujeito fora da sua concretude de existência, apesar de, contraditoriamente, propor pensá-lo a partir de sua singularidade. Desse modo, parece-nos haver uma ação política abstrata para um povo abstrato e abstraído.

Em alguns momentos pontuais, uma concepção crítica parece avançar em direção a uma concepção de sujeitos concretos, como pode ser observado no trecho abaixo (Brasil, 2010a, p. 38)

Por atuarem no território, as equipes de SF se deparam cotidianamente com a violência, que apresenta **profundos enraizamentos nas estruturas sociais, econômicas e políticas**. Agressão física, abuso sexual, violência psicológica e violência institucional são formas de violência presentes cotidianamente na vida de grande parte dos brasileiros – todas elas com um importante componente de sofrimento psíquico. O entranhamento do **racismo** e da **homofobia** na cultura brasileira e a persistente **situação de desigualdade das mulheres** na sociedade, sendo alguns dos determinantes da violência, são também **determinantes sociais do sofrimento psíquico** [grifo nosso].

Em que pese a importância deste trecho, de modo geral, os documentos analisados não avançam na proposição de ações que sejam pautadas nos efeitos do racismo, machismo, classismo e homofobia sobre a saúde das pessoas.

Como discutimos, a concepção de sujeito defendida neste trabalho e, compreendemos que, necessária para realmente atender às necessidades de saúde das pessoas, precisa pautar-se em sujeitos concretos, sujeitos determinados pelas opressões de classe, raça, gênero (Gonzalez, 2020) e orientação sexual. Uma concepção ampliada que entende o sujeito *situado e sitiado*, a partir de um conjunto estreito de relações (Pichon-Rivière, 2009; Quiroga, 2009).

Nesse sentido, faz-se necessário que ações políticas sejam pautadas na ampliação das possibilidades de experiência do sujeito, ampliando assim sua possibilidade de representação e de existência (Pichon-Rivière, 2009), diferentemente da ideologia

dominante que pauta-se no sujeito neoliberal que configurado como um sujeito econômico, elimina do seu campo subjetivo a contradição, silenciando o conflito e operando a partir da ideologia de que cada indivíduo é uma empresa que deve se gerir e um capital que deve se fazer frutificar (Dardot; Laval, 2016).

A ideologia neoliberal propaga uma sociedade harmônica em que há instabilidade, mas não há contradição e, com isso, cabe ao sujeito, um sujeito abstrato, gerir, individualmente, seu sofrimento para lidar com o que o neoliberalismo produz (Dardot; Laval, 2016).

Desta forma, na relação entre ocultação da essência da estrutura social a partir da aparência, a ideologia da empresa promovida a modelo de subjetivação (Dardot; Laval, 2016) pode ser observada de modo implícito nos documentos, como no trecho a seguir (Brasil, 2010a, p. 56)

Aumentar a **autoconfiança**, a **capacidade**, a **autonomia de indivíduos e grupos sociais**, seja nas relações interpessoais, seja nas institucionais, deve ser **objetivo central das boas práticas** de reabilitação. Isso tem sido chamado também de **empoderamento**. Seu significado é fundamental, traduzindo desenvolvimento de potencialidades, aumento de informação, da percepção e da participação real e simbólica dos pacientes, que **assim passam a ser sujeitos, e não meramente objetos das ações**. Assim é que promover espaços de troca entre os profissionais, profissionais e usuários, estabelecer fóruns de diálogo e debate, construir redes colaborativas na construção da saúde e no compromisso com a inclusão social contribuirá também para tal **“empoderamento” não só dos pacientes, mas também dos profissionais**, favorecendo o reconhecimento das suas potencialidades e facilitando o **enfrentamento dos desafios inerentes à sua atuação**, para que algumas recomendações possam ser formuladas.

A busca por “autoconfiança”, “capacidade”, “autonomia”, “enfrentamento dos desafios inerentes à atuação” produzindo o que se denomina de “empoderamento”, aparentemente, configura-se como “boas práticas”, contudo, não parece haver uma ação politizada em torno dessa questão, pelo contrário, o sujeito empresa, seja ele usuário ou trabalhador, individualmente, alcançaria tais “habilidades” para desenvolver suas “potencialidades”. Na aparência, essa racionalidade diz compreender as pessoas como sujeitos e “não meramente objetos das ações”, no entanto, na essência, é exatamente o oposto, pois produz, novamente, uma inversão da relação político/técnico (Calipo, 2002).

Nesse sentido, lembramos o que foi postulado por Pichon-Rivière (2009), em sua psicologia social, que é necessário compreender o sujeito imerso em suas relações sociais, no modo de produção e reprodução da existência material, ou seja, os sujeitos inseridos

no processo produtivo que, em sua cotidianidade, produz complexas relações entre a aparência e essência da vida que devem ser submetidas à crítica.

Portanto, ao discutirmos políticas sociais, é imprescindível que uma discussão e problematização sobre concepção de sujeito também seja feita, pois precisamos produzir indagações sobre questões como: as políticas sociais favorecem, ou não, a produção de sujeitos capazes de compreender a realidade em sua essência? As políticas sociais auxiliam os sujeitos na problematização da cotidianidade de modo a desmistificar a naturalização do social, a universalização do particular e a atemporização do que é histórico? Elas reconhecem os sujeitos a partir de suas determinações sociais concretas, ou seja, a partir de classe, gênero, raça, orientação sexual? Elas agem frente aos efeitos subjetivos das desigualdades sociais e opressões? Enfim, qual o destino dado pelo Estado neoliberal às necessidades dos seres humanos concretos a partir das políticas sociais?

Ao produzirmos tais indagações, não podemos fazê-las sem uma concepção de sujeito que nos ancore e, com isso, sem uma perspectiva de psicologia. Dessa maneira, afirmamos que nosso trabalho é também um trabalho em diálogo com a psicologia, não porque tem uma psicóloga como autora, e sim por compreender, como discutimos acima, que ao serem propostas ações políticas é necessário pautarmos-nos nos sujeitos concretos, e, do mesmo modo, debatermos como a “superação da forma distorcida de conhecer a realidade ou a maior coincidência entre representação interna e o mundo externo é sinal de saúde” (Scarcelli, 2017, p. 105), sendo esta uma via política possível que efetivamente vá ao encontro do que os sujeitos necessitam para dar conta da vida, emancipar-se, se desenvolver e ter saúde.

Na psicologia social pichoniana, saúde é debatida a partir do par conceitual saúde e doença e definidas, respectivamente, como adaptação ativa ou passiva à realidade. Nas palavras do autor (Pichon-Rivière, 2009, p. 198-199)

Com o termo adaptação, referimo-nos à adequação ou inadequação, coerência ou incoerência da resposta às exigências do meio, à conexão operativa e inoperante do sujeito com a realidade. Ou seja, os critérios de saúde e doença, de normalidade e anormalidade, não são absolutos, mas situacionais e relativos. Definida a conduta, a partir do estruturalismo genético, como uma “tentativa de resposta coerente e significativa”, podemos enunciar o postulado básico de nossa teoria da doença mental: toda resposta “inadequada”, toda conduta “desviada”, resulta de uma leitura distorcida ou empobrecida da realidade. Ou seja, a doença implica uma perturbação do processo de aprendizagem da realidade, um déficit no circuito da comunicação, processos estes (aprendizagem e comunicação) que se realimentam mutuamente. Desse ponto de vista, entendemos que o sujeito é sadio na medida em que apreende a

realidade numa perspectiva integradora, em sucessivas tentativas de totalização, e tem capacidade de transformá-la, modificando-se por sua vez a si próprio. O sujeito é sadio na medida em que mantém um interjogo dialético no meio, e não uma relação passiva, rígida, estereotipada. A saúde mental consiste, como dissemos, numa aprendizagem da realidade através do enfrentamento, manejo e solução integradora dos conflitos. Podemos dizer também que consiste numa relação, ou melhor, numa atitude sintetizadora e totalizante, na resolução de antinomias que surgem em sua relação com a realidade.

De acordo com Pichon (2009), é necessário atuar para que os sujeitos tenham uma leitura crítica e operativa da realidade, entendendo que saúde “não significa uma adaptação passiva, ou a aceitação indiscriminada de normas e valores, mas o resgate, em outro nível, da denúncia e da crítica implícitas na conduta anormal (doença) para estabelecer, a partir daí, uma relação dialética, mutuamente modificadora, com o meio” (p. 235).

Portanto, é necessário operar a partir de uma perspectiva de psicologia que faça oposição à ações políticas pautadas em sujeitos abstratos e em leituras acríticas da realidade, na não concretude do sujeito e da estrutura social. Essa defesa justifica-se por compreendermos que tais ações políticas são importantes instrumentos ideológicos do capitalismo que, ao fazer um culto ao indivíduo abstrato - intensificado pelo neoliberalismo -, nega o sujeito concreto, suas necessidades e suas possibilidades de ação e transformação do real, favorecendo, assim, a manutenção das estruturas sociais.

Defendemos que a psicologia deve estar na construção, no debate e no conjunto de práticas decorrentes da política social, pois sem uma concepção concreta de sujeito não existe possibilidade de enfrentamento da desigualdade social e das opressões.

Ademais, esse é um problema inclusive da própria psicologia porque, como uma ciência de origem burguesa, apresenta como hegemônicas teorias psicológicas alinhadas e aliadas ao capitalismo. Tal questão complexifica-se ainda mais no contexto do neoliberalismo que, sustentando uma concepção de sujeito competente, eficaz, empreendedor de si e precarizado, muitas vezes encontra respaldo nas concepções de psicologias que, construídas e levadas pela aparência dos fenômenos apresentam-se - conscientes ou não - como mais uma via ideológica de manutenção do *status quo*.

No âmbito das discussões que vimos propondo, uma das consequências desta conjuntura é a construção de uma situação em que os sujeitos encontram, em suas relações sociais e modos de subjetivação, importantes entraves para produção de saúde e formas de emancipação.

Desta forma, esta dissertação é tecida desde a psicologia, em diálogo com a psicologia pichoniana, por entendermos que a concepção de sujeito proposta por este autor é também um instrumento de luta no campo da política social.

A partir disso, indagamos a própria psicologia: Hegemonicamente, a psicologia está comprometida com o quê e com quem? Qual psicologia temos? Qual psicologia necessitamos e queremos? De que modo a psicologia precisa atuar na política social para não ser instrumento do Estado, no sentido de favorecer as ações de manutenção do *status quo*? Como a psicologia deve estar nos equipamentos de saúde e em equipes multiprofissionais?

Nesse sentido, a psicologia social pichoniana pode se constituir como um instrumento de desvelamento dessas análises, de explicitação do implícito das dinâmicas institucionais e, portanto, uma ferramenta para a luta dos sujeitos, sua aprendizagem, seu processo de saúde, formas de comunicação e organização coletiva. Almeja-se favorecer a organização da sociedade para, na correlação de forças, tensionar o Estado no sentido de construir políticas sociais que sejam expressão das necessidades dos seres humanos concretos.

4 Possíveis sínteses e novas necessidades

Como trágica ladainha a memória boba se repete. A memória viva, porém, nasce a cada dia, porque ela vem do que foi e é contra o que foi. Aufheben era o verbo que Hegel preferia, entre todos os verbos do idioma alemão. Aufheben significa, ao mesmo tempo, conservar e anular; e assim presta homenagem à história humana, que morrendo nasce e rompendo cria.

Celebração das contradições/I

Eduardo Galeano¹⁵

Elegendo como objeto de nossa investigação e indagações os documentos normativos e técnicos acerca do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf), assumimos como objetivo deste trabalho a análise dos textos oficiais em suas bases conceituais, explicitando suas concepções de política social, Estado, sociedade e sujeito.

Como produto do nosso percurso interpretativo, construímos a tese de que a análise de documentos oficiais referentes à ações políticas concretas, no campo das políticas sociais, ao desvelar as concepções que as sustentam e considerar a conjuntura político-econômica em que os textos oficiais foram publicados - a exemplo do que realizamos com o Nasf -, constitui-se como um caminho profícuo para investigações que visam explicitar o modo de funcionamento do Estado na sociedade capitalista, suas contradições, impactos sociais e subjetivos, bem como seus possíveis efeitos na vida cotidiana das pessoas.

Com vistas a sustentar essa tese, buscamos analisar, na ação política do Nasf, em seus movimentos e contradições, aspectos que, nas disputas constitutivas do campo da política social, tendem a favorecer a manutenção ou o enfrentamento do *status quo*.

Como decorrência, defendemos ainda que esta proposta de análise configura-se como um importante instrumento técnico-político das lutas nas e pelas políticas sociais, no sentido de evidenciar as brechas existentes nas contradições inerentes ao modo de produção social capitalista e as possibilidades de alargá-las na direção da satisfação das necessidades de saúde da classe trabalhadora.

Análises orientadas por esses princípios ético-políticos mostraram-se, no decorrer de nosso percurso, não apenas necessárias como urgentes, pois o estudo da ação política concreta do Nasf exibiu como a transformação do direito à saúde em mercadoria possui

¹⁵ Galeano E. O livro dos abraços. 2a ed. Porto Alegre: L&PM; 2011. p. 122.

como alicerce a superexploração dos trabalhadores, ou seja, o aprofundamento da ofensiva do capital sobre o trabalho.

Explicitando esse caminho analítico em cada uma das concepções indagadas, buscamos desvelar, na concepção de política social, os movimentos de enfrentamento do *status quo* expressos em discretas melhorias na condição de trabalho das equipes do Nasf; na diversificação das ações do núcleo como aposta na sua potência e momentos nos quais o compromisso com as concepções e princípios do SUS orientaram a proposição e o trabalho do núcleo. Na contradição, também destacamos como a ênfase no indivíduo e na formação para o trabalho expressam concepções que favorecem a manutenção do *status quo*; e, essencialmente, como a mudança nos princípios orientadores do Nasf levaram a assumir o gerencialismo, o empresariamento, ou seja, os princípios neoliberais, como fundamento do núcleo, processo que representou o adensamento do ataque ao SUS como direito e a superexploração do trabalho.

Nessa direção, mostramos que o Estado neoliberal intensifica o processo de precarização e terceirização do trabalho em saúde, assim como a focalização e privatização do SUS, operando uma racionalidade gerencialista por meio de metas e desempenho que, novamente, serve ao processo de transformação da saúde em mercadoria.

Diante desse contexto, no tensionamento do Estado, debatemos que a política social pode servir como instrumento de politização ou despolitização da sociedade. Nos documentos iniciais, o que pudemos observar é que o território e a comunidade são entendidos como dimensões essenciais na execução da ação política do Nasf. O núcleo é inclusive indicado como ferramenta de apoio nas atividades de participação social apresentando, em síntese, elementos que favorecem a politização da sociedade e, conseqüentemente, as possibilidades de enfrentamento do *status quo*.

Contudo, contraditoriamente, observamos também momentos em que há uma dinâmica de despolitização, na qual a técnica se sobrepõe ao político; os princípios do SUS são atacados, há uma guinada biomédica, e a eficiência, o resultado e os mecanismos de avaliação tornam-se um fim em si mesmo na ação política.

Neste bojo, os espaços de participação social, com destaque para os conselhos, vão sendo substituídos por espaços de gestão (fórum de gestores) e mecanismos de consulta pública. A lógica do gerencialismo se sobressai e, com isso, fomenta-se uma desmobilização política. Evidenciamos como os princípios do SUS, como o da

universalidade, são atacados, principalmente por meio do financiamento por pessoa cadastrada, desvelando que este mecanismo de financiamento amplia/exagera o lugar do indivíduo na determinação e na organização da política social. O território e a comunidade passam a ser concebidos como entes abstratos e o indivíduo passa a ocupar lugar central na ação política.

Este indivíduo, a partir de nossas análises, configura-se como um sujeito tutelado, abstrato e abstraído de sua concretude e realidade social, o que demonstrou um aspecto do instrumento de manutenção do *status quo* à medida em que não dialoga e atende as necessidades de saúde dos sujeitos concretos e, como efeito, inviabiliza que a política social seja uma via possível de politização da sociedade.

Diante deste percurso, buscamos evidenciar, a partir da psicologia social pichoniana, o lugar e o papel da psicologia nas pesquisas que se debruçam sobre políticas sociais por compreendermos que esse referencial teórico-metodológico constitui-se como uma teoria comprometida na análise e produção de sujeitos que construam um olhar desalienado que possa enxergar as contradições da realidade e da vida cotidiana. Dessa forma, a própria APS deveria estar inserida na psicologia do cotidiano, fazer saúde deveria ser algo da cotidianidade.

Defendemos que a psicologia social pichoniana, somada às elaborações, problematizações e sistematizações produzidas por Scarcelli (2017) a partir dela, configura-se como uma ferramenta essencial para pesquisas que assumam como objeto de estudo políticas sociais, pois essa teoria tem como compromisso oferecer mediações necessárias no sentido de que os sujeitos consigam construir uma visão desalienada de si e do mundo; sujeitos que tenham condições de analisar e compreender as contradições da realidade e da vida cotidiana.

Compreender as contradições da realidade, principalmente acerca do Estado neoliberal e seu funcionamento, é essencial para que os sujeitos e a sociedade civil organizada possam lutar em favor das políticas sociais que lhe são necessárias e possíveis dentro dessa forma de organização social, mesmo que limitadas pelas próprias contradições inerentes ao capitalismo. Dessa forma, constitui-se assim um instrumento de luta para a discussão de qual Estado e sociedade necessitamos, e mesmo se necessitamos de Estado.

Do ponto de vista das pesquisas e das discussões teóricas há certo acúmulo de uma análise social e política das contradições do Estado expressas na política social.

Nosso trabalho pretendeu somar-se a essas discussões e as que compreendem a importância de debatermos também a respeito da concepção de sujeito presente na política social.

Com isso, entendemos que o lugar que a psicologia precisa ocupar é o de constituir-se como instrumento para a proposição de ações políticas pautadas nos sujeitos concretos e suas necessidades, pois se os sujeitos concretos não conseguem compreender a realidade de si e do mundo, como eles vão atuar nas contradições e nas correlações de forças que constituem a sociedade capitalista, a favor das suas necessidades?

Nesse sentido, a psicologia social pichoniana pode contribuir como um arcabouço teórico-metodológico que instrumentaliza os sujeitos nesse processo, além de configurar-se como uma mediadora na construção de uma visão de mundo e um horizonte a ser produzido.

Desse modo, do ponto de vista da elaboração intelectual, fizemos uma discussão que se deu no campo das questões político-sociais, e, posteriormente, tentamos produzir uma análise do objeto que represente uma possibilidade de avanço na sua compreensão psicossocial.

Como debatemos ao longo do trabalho, nas práticas interdisciplinares das políticas de saúde, a psicologia comparece como um campo suplementar, o que também ocorre na pesquisa sobre a política social, campo no qual são produzidos questionamentos a respeito do lugar e da contribuição da psicologia na compreensão desse objeto.

A análise concreta do objeto Nasf mostrou que é difícil alcançar, sem uma discussão no âmbito da psicologia, possibilidades concretas de avançar no enfrentamento das desigualdades sociais reais. Compreendemos que a psicologia não constitui-se, nesse campo, como central, mas sem a psicologia também não é possível depreender as múltiplas determinações desse objeto que é a política social. Desse modo, a análise da política social tende a evidenciar que a inexistência de um sujeito concreto na ação política configura-se como um elemento inviabilizador do seu suposto objetivo em atender as necessidades de saúde da população.

Assim sendo, pesquisas que tomam como objeto políticas públicas de saúde que não se propõem a dialogar com a psicologia dificilmente irão conseguir alcançar seus objetivos por carecerem de instrumentos teórico-metodológicos necessários à compreensão dos sujeitos concretos, população e trabalhadores da saúde, a quem se destinam tais políticas.

Faz-se necessário ressaltar que ao defendermos a importância da psicologia na proposição e análise das políticas públicas de saúde, assim como na operação do conjunto de práticas oriundas destas, não concebemos uma contradição com a defesa de uma atuação multiprofissional e de uma perspectiva interdisciplinar de abordagem e compreensão do problema da saúde coletiva. Pelo contrário, compreendemos que neste diálogo saúde coletiva e psicologia podem ter suas fronteiras e interseções ampliadas.

Diante disso, como proposição para o campo da saúde coletiva, após a análise do objeto concreto Nasf, entendemos ser urgente e necessário o retorno aos princípios da Reforma Sanitária Brasileira e a defesa da radicalidade do conceito de APS, e principalmente do SUS, assim como do fortalecimento da participação social para o enfrentamento do *status quo*.

Entendemos também que nossa investigação tem o intuito de compor as análises das políticas sociais desde a perspectiva aqui debatida sem, no entanto, ter a pretensão de esgotar todas as questões e problematizações relativas à esse debate, desejando, apenas, evidenciar que a análise de documentos oficiais configura-se como um importante instrumento técnico-político das lutas nas e pelas políticas sociais em uma articulação em busca da garantia da satisfação das necessidades dos sujeitos concretos, em defesa das políticas sociais e do direito à saúde.

Com a certeza da existência de outros pontos importantes que não foram abordados neste trabalho e que precisam ser abordados posteriormente, entendemos que faz-se necessário a produção de outras pesquisas que se debrucem sobre as políticas sociais de saúde num tensionamento com perspectivas institucionalistas de análise desta.

Por fim, vislumbramos como nova necessidade de pesquisa submeter à validação a tese aqui apresentada, por meio da realização de outras investigações que se debrucem sobre documentos normativos e técnicos de distintas políticas sociais ou ações políticas.

REFERÊNCIAS¹⁶

- Almeida ER. *A gênese dos núcleos de apoio à saúde da família*. [tese]. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia; 2016.
- Alvarez APE, et al. Núcleo de Apoio à Saúde da Família e os desafios para a saúde mental na atenção básica. *Physis*. 2019; 29(4): e290405.
- Amarante P (coord.). *Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil*. 2^a ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1998.
- Anderson P. Balanço do neoliberalismo. In: Sader E, Gentili P. (Org.). *Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o estado democrático*. 4. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1998. p. 9-23.
- Anjos et al. Perspectivas e desafios do núcleo de apoio à saúde da família quanto às práticas em saúde. *Saúde em Debate*. 2013; 37(99):672-680.
- Arruda MSB, Pasquim HM, Soares CB. Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) no município de São Paulo: ensaio crítico sobre seu papel na política de saúde. *Revista da Faculdade Estácio de Sá*. 2012; 02(07):184-193.
- Arruzza C, Bhattacharya T, Fraser N. *Feminismo para os 99%: um manifesto*. São Paulo: Boitempo, 2019.
- Behring ER. Política social no contexto da crise capitalista. In: CFESS, ABEPSS (Orgs). *Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais*. Brasília: 2009, p. 301-326.
- Behring ER. Crise e Pandemia: quando a exceção é regra geral (Prefácio). In: Dantas AV; Silva LB (Orgs). *Crise e Pandemia: quando a exceção é regra geral*. Rio de Janeiro: EPSJV; 2020, p. 9-13.
- Behring ER, Boschetti I. *Política social: fundamentos e história [livro eletrônico]*. Volume 2. São Paulo: Cortez; 2017.
- Bobbio N. *O futuro da democracia*. São Paulo: Brasiliense; 1987.
- Braghini CC, et al. The role of physical therapists in the context of family health support centers. *Fisioterapia em Movimento*. 2017; 30(4): 703-713.
- Brasil. Gabinete do Ministro. Ministério da Saúde. Portaria nº 99, de 7 de fevereiro de 2020. Redefine registro das Equipes de Atenção Primária e Saúde Mental no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). *Diário Oficial da União*, Brasília (DF). 2020b. 11 fev.; Seção 1:57.

¹⁶ De acordo com:

Adaptado de *International Committee of Medical Journals Editors* (Vancouver).
 Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Serviço de Biblioteca e Documentação. *Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias da FMUSP*. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia A.L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de S. Aragão, Suely C. Cardoso, Valéria Vilhena. 3a ed. São Paulo: Divisão de Biblioteca e Documentação; 2011.
 Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com *List of Journals Indexed in Index Medicus*.

Brasil. Gabinete do Ministro. Ministério da Saúde. Portaria nº 102, de 20 de janeiro de 2022. Altera a Portaria GM/MS nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019, que dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previnde Brasil. *Diário Oficial da União*, Brasília (DF). 2022a. 21 jan.; Seção 1:197.

Brasil. Gabinete do Ministro. Ministério da Saúde. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. *Diário Oficial da União*, Brasília (DF). 2008. 24 jan.; Seção 1.

Brasil. Gabinete do Ministro. Ministério da Saúde. Portaria nº 548, de 04 de abril de 2013. Define o valor de financiamento do Piso da Atenção Básica Variável para os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) modalidade 1, 2 e 3. *Diário Oficial da União*, Brasília (DF). 2013a.

Brasil. Gabinete do Ministro. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.171, de 16 de junho de 2016. Credencia Municípios a receberem incentivos referentes aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). *Diário Oficial da União*, Brasília (DF). 2016a.

Brasil. Gabinete do Ministro. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, Brasília (DF). 2017. 22 set.; Seção 1:68.

Brasil. Gabinete do Ministro. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.483, de 20 de setembro de 2010. Revogada pela PRT GM nº 2.488 de 21.10.2011. Cria, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - Modalidade 3 - NASF 3, com prioridade para a atenção integral para usuários de crack, álcool e outras drogas. *Diário Oficial da União*, Brasília (DF). 2010b.

Brasil. Gabinete do Ministro. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União*, Brasília (DF). 2011.

Brasil. Gabinete do Ministro. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previnde Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. *Diário Oficial da União*, Brasília (DF). 2019a. 13 nov.; Seção 1:97.

Brasil. Gabinete do Ministro. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília (DF). 2012.

Brasil. Gabinete do Ministro. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019. Dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previnde Brasil. *Diário Oficial da União*, Brasília (DF). 2019b. 11 dez.; Seção 1:172.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação-Geral de Gestão da Atenção Básica. *Nota Técnica*. Assunto: Definição dos fluxos para adequação às modalidades de NASF conforme a portaria nº 3.124 de 28 de dezembro de 2012 e a portaria nº 548 de 4 de abril de 2013. Brasília: Ministério da Saúde; 2013b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família*. Cadernos de Atenção Básica, n. 27. Brasília: Ministério da Saúde; 2010a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Núcleo de Apoio à Saúde da Família - Volume 1: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano*. Cadernos de Atenção Básica, n. 39. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. *Nota Técnica nº 3/2020-DESF/SAPS/MS*, de 28 de janeiro de 2020. Assunto: Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e Programa Previnde Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2020a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. *Nota Técnica nº 11/2022-SAPS/MS*, de 18 de janeiro de 2022. Assunto: Indicadores de Pagamento por Desempenho do Programa Previnde Brasil (2022) de que trata a Portaria GM/MS nº 102, de 20 de janeiro de 2022, que alterou a Portaria GM/MS nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019, que dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previnde Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2022b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. *Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais*. Brasília: Ministério da Saúde; 2013c.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra*. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.

Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Brasília (DF). 2016b.

Bravo MIS, Menezes JSB. As lutas por saúde no Brasil. In: Lima LO (org.). *Democracia, participação e controle social na saúde* [recurso eletrônico]. João Pessoa: Editora do CCTA; 2020, p. 19-35.

Calado SS, Ferreira SCR. Análise de documentos: método de recolha e análise de dados. *Metodologia da Investigação I*. DEFCUL. 2004. Disponível em: <http://www.educ.fc.ul.pt/docentes/ichagas/mi1/analisedocumentos.pdf>. Acesso em 28/Set/2020.

Calipo SM. *Saúde, Estado e ética. NOB/96 e Lei das organizações sociais: a privatização da instituição pública na saúde?* [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 2002.

Campos CMS, Viana N, Soares CB. Mudanças no capitalismo contemporâneo e seu impacto sobre as políticas estatais: o SUS em debate. *Saúde e Sociedade*. 2015; 24(1):82-91.

Campos GWS. Saúde mental e atenção primária: apoio matricial e núcleos de apoio à saúde da família. In: Nunes M, Landim FPL (Org.). *Saúde mental na atenção básica: política e cotidiano*. Salvador: EDUFBA; 2016.

Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad. Saúde Pública*, 2007; 23(2):399-407.

Carneiro S. *Racismo, sexismo e desigualdade no Brasil*. São Paulo: Selo Negro; 2011.

Chauí M. A universidade operacional. *Folha de São Paulo*. São Paulo: Caderno Mais; 1999.

Chazan LF, et al. O apoio matricial na Atenção Primária em Saúde no município do Rio de Janeiro: uma percepção dos matriciadores com foco na Saúde Mental. *Physis*. 2019; 29(2): e290212.

Cheuen Neto JA, et al. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: implementação, conhecimento e aspectos socioeconômicos sob a perspectiva desse segmento populacional. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2015; 20(6):1909-1916.

Cela M, Oliveira IF. O psicólogo no Núcleo de Apoio à saúde da Família: articulação de saberes e ações. *Estudos de Psicologia*, 2015; 20(1):31-39.

Cohn A. O estudo das políticas de saúde: implicações e fatos. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Junior M, Carvalho YM (Orgs). *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Fiocruz; 2006. p. 219-246.

Cohn A. A reforma sanitária brasileira: a vitória sobre o modelo neoliberal. *Social Medicine*. 2008; 3(2):82-94.

Correia MOG. Por uma crítica imanente sobre os limites das políticas públicas de direitos sociais e o Estado na produção do bem comum no modo de produção capitalista. *Saúde e Sociedade*. 2015; 24(1):55-65.

Coutinho CN. Notas sobre cidadania e modernidade. In: Coutinho CN. *Contra a corrente: ensaios sobre democracia e socialismo*. São Paulo: Cortez; 2000. p. 49-69.

Dantas AV. *Do Socialismo à Democracia: tática e estratégia na Reforma Sanitária Brasileira*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2017.

Dantas AV. Direito universal à saúde, estatização progressiva, saúde privada e papel do Estado: um *flash* sobre o SUS e 30 anos de luta de classes na Saúde. In: Dantas AV; Silva LB (Orgs). *Crise e Pandemia: quando a exceção é regra geral*. Rio de Janeiro: EPSJV; 2020, p. 163-186.

Dardot P, Laval C. *A nova razão do mundo: ensaio sobre a sociedade neoliberal*. [recurso eletrônico]. São Paulo: Boitempo; 2016.

Dejours C. Por um novo conceito de saúde. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*. 1986; 14(54):7-11.

Domingos CA, et al. A legislação da atenção básica no Sistema Único de Saúde: uma análise documental. *Cad. Saúde Pública*. 2016; 32(3):e00181314.

Draibe SM. As políticas sociais brasileiras: diagnósticos e perspectivas. In: IPEA/IPLAN. *Para a década de 90: prioridades e perspectivas de políticas públicas*. Volume 4. Brasília: IPEA/IPLAN; 1990.

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz). *Guinada Biomédica?* Rio de Janeiro [periódico online]. 31 out. 2016. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/guinada-biomedica>. Acesso em: 29 jun. 2022.

Engels F. A família monogâmica. In.: Massimo C. *Dialética da família – gênese, estrutura e dinâmica de uma instituição repressiva por: Engels, Freud, Reich, Marcuse, Fromm, Lévi-Strauss, Adorno, Horkheimer, Habermas, Laing e outros*. São Paulo: Editora Brasiliense; 1985.

Engels F. *A origem da família, da propriedade privada e do Estado*. 3a ed. São Paulo: Editora Escala; 2012.

Esperidião MA. Análise política em saúde: síntese das abordagens teórico-metodológicas. *Saúde Debate*. 2018; 42(2):341-360.

Fernandes F. *A Revolução Burguesa no Brasil: ensaio de interpretação sociológica*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara; 1976.

Fernandes MIA, Scarcelli IR. A queda do hífen: história, política e clínica. In: Silva Junior N, Zangari W (orgs). *A psicologia social e a questão do hífen* [livro eletrônico]. São Paulo: Blucher; 2017. p. 103-115.

Fernandes SCS, Ros MA. Desconstruir para transformar: o perfil do fisioterapeuta para o Núcleo de Apoio à Saúde da Família. *Fisioterapia Brasil*. 2018; 19(2):249-258.

Ferreira ABH. *Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa*. São Paulo: Positivo; 2010.

Folscheid D, Wunenburger JJ. *Metodologia filosófica*. Tradução Paulo Neves. 3a ed. São Paulo: Martins Fontes; 2006.

Garcia GDV, et al. Apoio matricial na atenção à saúde mental em uma regional de saúde, Paraná, Brasil. *Saúde e pesquisa*. 2017; 10(3):423-432.

Giovanella L, et al. (org). *Política e Sistemas de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; Centro Brasileiro de Estudos de Saúde; 2009.

Goiás (Estado). Secretaria de Estado da Casa Civil. Estado de Goiás. Gerência de redação e revisão de atos oficiais. *Orientações para a produção de nota técnica*. Goiânia: Secretaria de Estado da Casa Civil; 2020.

Gonzalez L. *Por um feminismo afro-latino-americano: ensaios, intervenções e diálogos*. (Organização Flávia Rios e Márcia Lima). Rio de Janeiro: Zahar; 2020.

Guimarães DT (org). *Dicionário Técnico Jurídico*. 15 ed. São Paulo: Rideel; 2012.

Klein AP, d'Oliveira AFPL. O “cabo de força” da assistência: concepção e prática de psicólogos sobre o Apoio Matricial no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2017; 33(1):e00158815.

Laurell AC. Avançando em direção ao passado: a política social do neoliberalismo. In: Laurell AC (org). *Estado e políticas sociais no neoliberalismo*. 3. ed. São Paulo: Cortez; 2002, p. 151-178.

Lavras C. Atenção Primária à Saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. *Saúde e Sociedade*. 2011; 20(4):867-874.

Marx K. A mercadoria. In: *O capital: crítica da economia política*. Livro I: o processo de produção do capital. São Paulo: Boitempo; 2013. p 113-158.

Mazza DAA, et al. Aspectos macro e micropolíticos na organização do trabalho no NASF: o que a produção científica revela? *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 2020; 30(4):1-27.

Melo MIS, Galindo WCM. O trabalho como residente de psicologia em equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*. 2018; 13(4):e1143.

Mendes A. A longa batalha pelo financiamento do SUS. [editorial especial]. *Saúde Soc*. 2013; 22(4):987-993.

Mendes A. A saúde pública brasileira num universo “sem mundo”: a austeridade da Proposta de Emenda Constitucional 241/2016. *Cad. Saúde Pública*. 2016; 32(12):e00188916.

Mendes A, Carnut L. NASF, porrete e bolsonarismo. *Revista Domingueira da Saúde*. 2020a; v. 6:1-8.

Mendes A, Carnut L. Capital, Estado, crise e a saúde pública brasileira: golpe e desfinanciamento. *SER Soc* 2020; 22:9-32.

Mendes A, Carnut L, Guerra LDS. Reflexões acerca do financiamento federal da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. *Saúde Debate*. 2018; 42(1): 224-243.

Mendes A, Melo MA, Carnut L. Análise crítica sobre a implantação do novo modelo de alocação dos recursos federais para atenção primária à saúde: operacionalismo e improvisos. *Cad. Saúde Pública*. 2022; 38(2):e00164621.

Menicucci T, Gomes S. *Políticas sociais: conceitos, trajetórias e a experiência brasileira*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2018.

Miguel LF. *Democracia na periferia capitalista: impasses do Brasil*. Belo Horizonte: Autêntica; 2022.

Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8a ed. São Paulo: Hucitec; 2004.

Moraes R. *Neoliberalismo, de onde vem, para onde vai?* São Paulo: Senac; 2001.

Morosini MVGC. Precarização do trabalho: particularidades no setor saúde brasileiro. [editorial]. *Trabalho, Educação, Saúde*, 2016; 14(1):5-13. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sip00131>.

Morosini MVGC, Fonseca AF, Baptista TWF. Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica? *Cad. Saúde Pública*. 2020; 36(9):e00040220.

Mota A, Schraiber LB. Medicina sob as lentes da História: reflexões teórico-metodológicas. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2014; 19(4):1085-1094.

Nakamura CA, Leite SN. A construção do processo de trabalho no Núcleo de Apoio à Saúde da Família: a experiência dos farmacêuticos em um município do sul do Brasil. *Cienc. Saúde Col.*, 2016; 21(5):565-1572.

Nogueira ML, Lacerda A. Atenção Primária à Saúde no Brasil: velhas contradições e novo coronavírus na pandemia do capital. In: Dantas AV; Silva LB (Orgs). *Crise e Pandemia: quando a exceção é regra geral*. Rio de Janeiro: EPSJV; 2020, p. 187-207.

Oliveira MM. *Como fazer pesquisas qualitativas*. Petrópolis, RJ: Vozes; 2007.

Paim JS. Equidade e reforma em sistemas de serviços de saúde: o caso do SUS. *Saúde e Sociedade*. 2006; 5(2):34-46.

Paim JS. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). *Cad. Saúde Pública*. 2013; 29(10):1927-1953.

Paim JS. Os sistemas universais de saúde e o futuro do Sistema Único de Saúde (SUS). *Saúde Debate*. 2019; 43(5):15-28.

Paiva AS, Costa MDH. Ataques à política de saúde em tempos de crise do capital. *Revista de Políticas Públicas* (UFMA). 2016; 20(1):51-68.

Petrone T. Prefácio à edição brasileira. In.: Arruza C, Bhattacharya T, Fraser N. *Feminismo para os 99%: um manifesto*. São Paulo: Boitempo, 2019.

Pichon-Rivière E. *O processo grupal*. 8ªed. São Paulo: Martins Fontes; 2009.

Pinell P. *Análise sociológica das políticas de saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2010.

Quirino TRL, et al. *O Nasf e o trabalho na Atenção Básica à Saúde: apontamentos práticos e experimentações*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2019.

Quiroga AP. *Enfoques y perspectivas en psicología social: desarrollos a partir del pensamiento de Enrique Pichon-Rivière*. 1 ed. 8ª reimpressão. Buenos Aires: Ediciones Cinco; 2009.

Quiroga AP. *Psicología social y crítica de la vida cotidiana: Introducción a la Segunda Edición*. In: Pichón-Rivière E; Quiroga AP. *Psicología de la vida cotidiana*. Buenos Aires: Nueva Visión; 2010. p 9-17.

Rivera MFA, Heinzelmann FL, Scarcelli IR. Políticas Públicas de Saúde e questões de Gênero possíveis: uma leitura a partir da Psicologia Social. In: Cordeiro MP et al (Org.). *Pesquisas em Psicologia e Políticas Públicas II: Diálogos na Pós-Graduação*. v 2. São Paulo: IPUSP; 2020. p 207-226.

Rizzotto MLF. *Capitalismo e saúde no Brasil nos anos 90: as propostas do Banco Mundial e o desmonte do SUS*. São Paulo: Hucitec; 2012.

Saffioti HIB. *A mulher na sociedade de classes: mito e realidade*. São Paulo: Livraria Quatro Artes Editora; 1969.

Santos LC, et al. Saúde mental na atenção básica: experiência de matriciamento na área rural. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2020; 73(1): e20180236.

Santos RABG. Apoio matricial e ações na atenção primária: experiência de profissionais de ESF e Nasf. *Saúde debate*. 2017; 14(114): 694-706.

Scarcelli IR. *O movimento antimanicomial e a rede substitutiva em saúde mental: a experiência do município de São Paulo (1989-1992)*. [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Instituto de Psicologia; 1998.

Scarcelli IR. *Psicologia Social e Políticas Públicas: pontes e interfaces no campo da saúde*. São Paulo: Zagodoni; 2017.

Scarcelli IR, Junqueira V. O SUS como Desafio para a Formação em Psicologia. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 2011; 31(2):340-357.

Soleman C; Martins CL. O trabalho do fonoaudiólogo no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) – especificidades do trabalho em equipe na atenção básica. *Rev. CEFAC*, 2015; 17(4):1241-1253.

Sousa D, et al. Entre o especialismo e o apoio: psicólogos no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. *Psicologia USP*, 2015; 26(3):474-483.

Souza J, Kantorski LP, Luis MAV. Análise documental e observação participante na pesquisa em saúde mental. *Revista Baiana de Enfermagem*, 2011; 25(2):221-228.

Tesser CD. Duas críticas às normativas dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 20, 2022, e00118168. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs00118>.

Trapé TL. *Rede de Atenção à Saúde Mental: estudo comparado Brasil–Catalunha*. [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas; 2015.

Viana N. A constituição das políticas públicas. *Revista Plurais* (Anápolis), 2006; 1(4), p. 94-112.

Zacarkim VM, Mora ACJ, Lopes FC. Cadernos de Atenção Básica: contexto histórico e finalidades na assistência de saúde. In: Resumos do *EVINCI: Evento de Iniciação Científica*. UniBrasil. Outubro 19-23, 2015. Disponível em: <https://portaldeperiodicos.unibrasil.com.br/index.php/anaisvinci/article/view/469/452>. Acesso 29 jun 2022.