

ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE
VITÓRIA – EMESCAM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

JAMILA LIBARDI ROVETTA

**O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA
FAMÍLIA: A EXPERIÊNCIA DE ANCHIETA - ES**

Vitória
2015

JAMILA LIBARDI ROVETTA

**O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA
FAMÍLIA: A EXPERIÊNCIA DE ANCHIETA - ES**

Projeto de Pesquisa apresentado a Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Professora Célia Márcia Birchler

Vitória

2015

JAMILA LIBARDI ROVETTA

**O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA
FAMÍLIA: A EXPERIÊNCIA DE ANCHIETA - ES**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM como requisito parcial para obtenção de grau de bacharel em Serviço Social.

Aprovado em ____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA

Ma. Célia Marcia Birchler
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de
Misericórdia de Vitória – EMESCAM
Orientadora

Ma. Cláudia Gomes Rossoni
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de
Misericórdia de Vitória – EMESCAM

Dr. Sílvia Moreira Trugilho
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de
Misericórdia de Vitória – EMESCAM

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a Deus pela vida, saúde e pela oportunidade de concluir o curso de Serviço Social tão essencial em um país marcado historicamente pela luta por efetivação dos direitos humanos e sociais.

Aos meus familiares que não medem esforços em compreender, ajudar, perdoar, oferecer, estando sempre comigo nos momentos de alegrias e tristezas. São para mim exemplos a ser seguidos e muito do que sou agradeço a eles.

A meu noivo Michael, pela amizade, cumplicidade amorosa, engraçada e sincera que estamos construindo juntos. Não tenho palavras para descrever minha admiração pela sua pessoa, profissionalismo, responsabilidade, dedicação. Obrigada pela compreensão e incentivo sempre. Sua ajuda foi indispensável.

As amigas construídas nesse processo de formação que de alguma forma também me incentivaram e ajudaram nos momentos difíceis, sem dúvida aprendemos muito umas com as outras.

E, por fim, a todos os professores que contribuíram com o meu aprendizado, especialmente a professora Célia Márcia Birchler, minha orientadora, por suas valiosas contribuições, pela compreensão, disponibilidade, dedicação, paciência e confiança. Não tenho palavras para descrever tamanha admiração.

A todos aqueles que me incentivam nos meus ideais, compartilham da difícil jornada, e me dão forças para prosseguir superando todos os obstáculos e vencendo os desafios.

RESUMO

Este trabalho apresenta como objetivo analisar a prática profissional, seus desafios e perspectivas frente ao trabalho desenvolvido pelo assistente social inserido no Núcleo de Apoio da Saúde da Família (NASF) do município de Anchieta, considerando a proposta interdisciplinar, o processo de trabalho do assistente social na rede de atenção à saúde e atentando para as demandas que chegam ao Serviço Social e de que forma elas são respondidas. Criado em 2008, o NASF foi intencionado para ampliar a abrangência das ações da atenção básica e assim torná-la mais resolutiva, fortalecendo a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e apoiando suas equipes, e o assistente social está dentre os profissionais da equipe do NASF. Entende-se que essa pesquisa se justifica em sua relevância na medida em que se propõe contribuir com o debate abordando a atuação do Serviço Social no NASF, pois se exige um profissional qualificado, competente, com conduta orientada pelos princípios da categoria profissional e do SUS. Com esse intuito foi realizada a pesquisa com o profissional de Serviço Social do NASF no município de Anchieta, possibilitando conhecer as demandas que chegam ao Serviço Social no NASF, indicando a perspectiva e desafios da atuação profissional. O resultado encontrado permite afirmar que demanda de atendimento ao idoso é ressaltada como sendo a principal, além de alguns limites para a prática profissional, tais como: as condições de trabalho; a rotina diária; o espaço físico inadequado; o número excessivo e a complexidade de demanda; o desinteresse, a desvalorização e a falta de preparação da instituição e das equipes de saúde; a falta de informação da população; a subordinação dos assistentes sociais às demandas dirigidas ao Serviço Social; as dificuldades da articulação com a rede. Conclui-se que os limites e desafios para o exercício profissional na área da saúde são estruturais da política e dos serviços e, também, das características da constituição da profissional no país. Essa realidade instiga enquanto estudante, categoria profissional e docente de Serviço Social para a necessidade de aprofundar estudos nesta área, especialmente tendo em vista a recente implantação do NASF, a fim de construir bases teóricas para provocar novas discussões.

Palavras-chave: Serviço Social e Saúde. Prática Profissional. Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF).

LISTA DE SIGLAS

AB Atenção Básica

ABEPSS Associação Brasileira de Ensino e pesquisa em Serviço Social

CAPs Caixas de Aposentadoria e Pensões

CAPS Centro de Atenção Psicossocial

CFESS Conselho Federal de Serviço Social

CFESS Conselho Federal de Serviço Social

CONASEMS Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

CONASS Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde

CRAS Centro de Referência de Assistência Social

CRESS Conselho Regional de Serviço Social

CRESS Conselho Regional de Serviço Social

DAB Departamento de Atenção Básica

ESF Estratégia de Saúde da Família

IAPs Institutos de Aposentadorias e Pensões

IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

Inamps Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INPS Instituto Nacional da Previdência Social

MS Ministério da Saúde

NASF Núcleo de Apoio a Saúde da Família

Noas Norma Operacional da Assistência á Saúde

NOB Norma Operacional Básica

OMS Organização Mundial da Saúde

OPAS Organização Pan-Americana de Saúde

PACS Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PNAB Política Nacional de Atenção Básica

PNPS Política Nacional de Promoção à Saúde

PREV-SAÚDE Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde

PSE Programa Saúde na Escola

PSF Programa Saúde da Família

PTS Projeto Terapêutico Singular

RAS Rede de Atenção Básica

SESA Secretaria Estadual de Saúde

SMS Secretaria Municipal de Saúde

SUAS Sistema Único da Assistência Social

SUDS Sistema Único Descentralizado de Saúde

SUS Sistema Único de Saúde

UBS Unidades Básicas de Saúde

CIT Comissão Intergestores Tripartite

PDR Plano Diretor de Regionalização

PPI Programação Pactuada e Integrada

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL	13
2.1 POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL APÓS A DÉCADA DE 1990	18
2.2 A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS)	26
3 O NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF)	30
4 PROCESSOS DE TRABALHO E O FAZER PROFISSIONAL DO SERVIÇO SOCIAL	35
4.1 O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NAS POLÍTICAS SOCIAIS	43
5 O SERVIÇO SOCIAL NO CAMPO DA SAÚDE BRASILEIRA	47
5.1 COMPETÊNCIAS E ATRIBUIÇÕES DO ASSISTENTE SOCIAL: OS PARÂMETROS PARA ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE	50
5.2 O SERVIÇO SOCIAL NO NASF	53
6 ANÁLISE DE DADOS	58
6.1 PERFIL PROFISSIONAL	58
6.2 TRAJETÓRIA DE IMPLANTAÇÃO DO NASF NO MUNICÍPIO DE ANCHIETA E O SERVIÇO SOCIAL LOCAL	58
6.3 O PROCESSO DE TRABALHO E O EXERCÍCIO PROFISSIONAL	64
6.3.1 O trabalho interdisciplinar	70
6.3.2 A relação do profissional de Serviço Social com os usuários e a participação social	73
6.4 O DESAFIO DO TRABALHO EM REDE	76
7 CONCLUSÃO	81
REFERÊNCIAS	84
APÊNDICE – ROTEIRO DE ENTREVISTA	89

1 INTRODUÇÃO

O interesse pelo tema pesquisado está relacionado à aproximação vivenciada na Estratégia de Saúde da Família, onde trabalho, desde 2011, como profissional técnica da área da enfermagem. A motivação surgiu diante às experiências vivenciadas pela interação com a equipe, observação e acompanhamento da intervenção do assistente social do NASF, realizada durante as ações desenvolvidas junto à ESF, principalmente nas visitas domiciliares, levando-me a refletir sobre o modelo de atenção à saúde e a atuação do Serviço Social no NASF, considerando a importância das ações de promoção e prevenção da saúde que precisam ser praticadas pelas equipes de saúde que atuam na atenção básica.

O SUS no Brasil tem apenas 25 anos de implementação. É produto de muitas mudanças e experiências buscadas e conquistadas pelos movimentos sociais, usuários, trabalhadores e gestores das três esferas de governo. Sua evolução começa desde quando o país era governado por oligarquias, onde a saúde era direcionada pelo modelo “sanitarista” e “campanhista”, tendo como marco a Revolta da Vacina, na década de 1900, até o marco mais significativo que foi a Reforma Sanitária iniciada na década de 1970, onde começou a se buscar e estruturar uma política menos excludente. E foi na década de 1990, que se deu um importante passo na direção dos direitos humanos e sociais, com a regulamentação e implantação do SUS.

A Política de Saúde é criada pela Constituição Federal de 1988 e regulamentada por diversas leis, como as Leis Orgânicas de Saúde, e decretos, direcionados para a universalidade, participação social, integralidade, igualdade, regionalização e descentralização, na intenção de operacionalização do SUS.

Desde então, a distribuição dos serviços obedece aos critérios de complexidade. Sendo a Atenção Básica (AB) a porta de entrada da Rede de Atenção à Saúde (RAS), que inclui, ainda, a média complexidade e a alta complexidade. As Unidades Básicas de Saúde (UBS) se estabelecem com a aproximação dos usuários, garantindo o acesso a uma atenção de qualidade a população, e assim servindo de ponte para toda a rede. E o grande desafio é enfrentar as dificuldades para expansão e desenvolvimento da AB, principalmente no que diz respeito aos

investimentos de infraestruturas, de forma que garanta o melhor atendimento aos usuários, como é proposto pelo SUS e pela Constituição Federal de 1988.

Foram tomadas algumas medidas de operacionalização do SUS, dentre elas está a ampliação do número dos municípios que podem ter o NASF e a reorganização da AB criando os diversos formatos de ESF. Segundo, a Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008, que cria o NASF, ele deve estar localizado no centro da Atenção Básica, na intenção de apoiar, a inserção das ESFs, interligando-a com os demais serviços da rede, através do processo de referências e contrarreferências. O NASF é constituído por equipes em que o assistente social deve estar inserido, que atuam em parceria com os profissionais das equipes da ESF. E deste modo, os assistentes sociais passam a ter formalmente um espaço de trabalho na AB em saúde. Conforme constatado nos artigos abaixo:

Art. 1º Criar os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) 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.

Art. 2º Estabelecer que os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, atuem em parceria com os profissionais das Equipes Saúde da Família (ESF), compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das ESF, atuando diretamente no apoio às equipes e na unidade na qual o NASF está cadastrado (BRASIL, 2008).

Diante das demandas constatadas através dos atendimentos dos diversos profissionais que compõe a equipe da ESF, quando necessário é solicitado o apoio à equipe do NASF para resolução ou apenas encaminhamento da demanda. Esse trabalho conjunto das equipes tem por objetivo um apoio multiprofissional nas intervenções individuais e/ou coletivas de promoção, prevenção e acompanhamento de indivíduos e/ou grupos sociais em vulnerabilidade. Portanto,

A inclusão do Serviço Social nos NASFs, [...] está em consonância com os princípios éticos e políticos da profissão e do projeto de reforma sanitária. Esse profissional é fundamental para o que prevê a Portaria nº 154, que regulamenta a criação dos NASFs: 'As ações de Serviço Social deverão se situar como espaço de promoção da cidadania e de produção de estratégias que fomentem e fortaleçam redes de suporte social, propiciando maior integração entre serviços sociais e outros equipamentos públicos e os serviços de saúde nos territórios adscritos, contribuindo para o desenvolvimento de ações intersetoriais que visem ao fortalecimento da cidadania' (CFESS, 2010, p. 88).

Desde a implantação do SUS tem-se exigido um profissional competente, e com conduta orientada pelos princípios da categoria profissional e do SUS. Para isso, é preciso entender, conhecer e reconhecer a totalidade das políticas, e particularmente da política de saúde. É necessário refletir sobre os desafios e possibilidades que se colocam frente ao trabalho desenvolvido pelo assistente social no NASF, para se pensar e estabelecer criticamente ações que apontem à garantia de direitos coletivos e possibilitar a ampliação do espaço profissional.

Nessa perspectiva, este trabalho tem como objetivo conhecer a prática profissional do assistente social no NASF, atentando para as demandas que chegam ao Serviço Social e de que forma elas são respondidas, com a finalidade de constatar os desafios enfrentados e as possibilidades da ação profissional. Assim, traz sua relevância na medida em que propõe contribuir com o debate da atuação do Serviço Social no NASF e também ampliar as publicações acadêmicas no curso de Serviço Social da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM).

A pesquisa desenvolvida foi de natureza qualitativa e descritiva no formato de estudo de caso, realizado através de entrevistas com a aplicação de um roteiro semiestruturado. Sendo assim, a pesquisa descritiva “tem como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis” (GIL, 2012, p. 28). E a qualitativa procura entender, interpretar fenômenos sociais inseridos em um contexto. Minayo (2010) define a pesquisa qualitativa como aquela cuja realidade não pode ser quantificada e sua análise é pautada nos valores, significados, motivações, crenças particulares.

O estudo de casos é definido por Yin (2005, apud TENÓRIO, 2007, p. 33), como “uma forma de fazer pesquisa social empírica ao se investigar um fenômeno atual dentro de seu contexto de vida real, onde as fronteiras entre o fenômeno e o contexto não são claramente definidas e onde múltiplas fontes de evidências são usadas”.

A pesquisa empírica foi realizada com a assistente social do NASF do município de Anchieta, após contato com a mesma, a entrevista foi realizada para aplicação do

roteiro com perguntas abertas acerca da prática profissional no NASF (roteiro em anexo), que remetido à gravação em formato digital para melhor apreensão das respostas e posterior utilização das falas no trabalho que foi analisado junto à pesquisa bibliográfica.

O desenvolvimento da pesquisa iniciou com a elaboração dos documentos, para autorização da realização de estudo de caso com a assistente social do NASF no município de Anchieta-ES, para que todos os aspectos éticos fossem respeitados. No mês de agosto abri o processo direcionado à Secretaria Municipal de Saúde de Anchieta com a solicitação de autorização para realização da pesquisa. Após avaliação dos responsáveis pela Secretaria Municipal de Saúde o pedido foi deferido, no mês de setembro. Desde então, já adquiria todo o material bibliográfico necessário para a construção do corpo do trabalho.

A etapa seguinte consistiu na apresentação do projeto de pesquisa ao Comitê de Ética e Pesquisa da EMESCAM (CEP), que ocorreu no mês de setembro, cujo parecer consubstanciado, emitido no mês de outubro, apresentava recomendações e adaptações que deveriam ser feitas para nova análise do CEP. Feito as adequações o novo julgamento do projeto ocorrido, em novembro, teve aprovação. Tive apenas o final do mês de novembro e início de dezembro para a realização da pesquisa de campo e da análise dos dados.

Assim, foi realizada entrevista baseada em roteiro semiestruturado de perguntas abertas e a análise dos dados foi trabalhada mediante uma revisão bibliográfica.

2 POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

No final do século XIX e início do século XX, o Brasil era um país oligárquico governado por coronéis e tinha como principal fonte econômica a produção cafeeira. E parte dos lucros dos cafeicultores foi investido no setor industrial, principalmente na região sudeste do país que mais recebeu estes investimentos e se desenvolveu no aspecto industrial. Assim, muitos imigrantes italianos, espanhóis e portugueses vieram morar nestas cidades a fim de trabalhar nas indústrias.

Com a vinda de incontável número de pessoas, as condições sanitárias para a sua recepção e permanência no Brasil tornaram-se cada vez mais difíceis. Esse fato, aliado à falta de políticas sociais e de saúde pertinentes, acabou por resultar na eclosão de epidemias de febre amarela, varíola, tuberculose e peste bubônica, dentre outras (BERTOLOZZI; GRECO, 1996, p. 382).

Nesta época, as doenças eram atribuídas somente aos agentes microbianos externos e não, também, as condições de vida da população como potencializador. E os problemas de saúde no Brasil repercutiram na economia, pois, sendo um país agroexportador, os navios se negavam a atracarem na baía brasileira. O que exigiu uma política de saneamento direcionada aos espaços de circulação das mercadorias exportáveis e a erradicação ou controle das doenças que poderiam prejudicar a exportação. Sendo assim, foi proposta o modelo para a erradicação das epidemias, predominando até os anos 1960, adotando ações interventivas conhecidas como “sanitarista” e “campanhista”, tendo como meta governamental o saneamento e reurbanização, que mais tarde foi incorporado nas áreas rurais do Brasil. Uma das intervenções deste período foram às medidas de desinfecção imposta pelo governo nas casas e ruas e a conhecida Lei Federal nº 1261, de 31 de outubro de 1904, sobre a vacinação obrigatória, que repercutiram na “Revolta da Vacina” (BRAVO, 2006).

A saúde pública, na década de 1920, adquire novo relevo no discurso do poder. Há tentativas de extensão dos seus serviços por todo país. A reforma Carlos Chagas, de 1923, tenta ampliar o atendimento à saúde por parte do poder central, constituindo uma das estratégias da União de ampliação do poder nacional no interior da crise política em curso, sinalizada pelos tenentes, a partir de 1922 (BRAVO, 2006, p. 3).

Com o processo de industrialização acompanhado de uma urbanização crescente, o movimento operário se mobilizou na busca de garantias trabalhistas, já que eram

submetidos a péssimas condições de trabalho e a falta de garantias de direitos trabalhistas. Portanto, neste período, foram tomadas algumas medidas previdenciárias no Brasil, sendo a mais importante a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs) em 1923, conhecida como Lei Elói Chaves. Os benefícios eram proporcionais às contribuições e prediziam dentre elas a assistência médica-curativa e fornecimento de medicamentos (BRAVO, 2006).

Por sua vez, com a Crise de 1929, a economia cafeeira brasileira enfrentou uma enorme crise, propiciando um cenário de revolução na política brasileira que iria desencadear a Revolução de 1930. Após a falência da economia do café estimulou o processo de industrialização e urbanização e conseqüentemente o êxodo rural, na busca de melhores condições de vida. Portanto, o excesso populacional e a falta de infraestrutura sanitária aumentaram os surtos epidêmicos, que já se faziam presentes (BERTOLOSSI; GRECO,1996).

Na Revolução de 1930, Getúlio Vargas assumiu o poder após um golpe político, implantando o Estado Novo. Segundo as autoras, nesse período foi desenhada uma Política Nacional de Saúde por meio da criação de estruturas como o Ministério da Educação e Saúde, que em 1953 foi desmembrado o Ministério da Saúde. Entretanto, essa política continuou se restringindo apenas à cobertura de alguns segmentos de trabalhadores, ou seja, mantinha o caráter restrito. Sendo consolidada a Política Nacional de Saúde somente no período de 1945 a 1950.

Ainda segundo Bertolossi e Greco (1996), para atender a demanda do crescimento industrial e as reivindicações da classe trabalhadora foi criado os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), que dispunha da medicina previdenciária, na intenção de estender os benéficos previdenciários para todas as categorias de operários.

A política de saúde formulada nesse período (1930) era de caráter nacional, organizada em dois subsetores: o de saúde pública e o de medicina previdenciária. O subsetor de saúde pública será predominante até meados de 60 e centralizou-se na criação de condições sanitárias mínimas para as populações urbanas e, restritamente, para as do campo. O subsetor de medicina previdenciária só virá sobrepujar o de saúde pública a partir de 1966 (BRAVO, 2006 p. 4).

No período de 1945 a 1964, a situação de saúde da população, não aboliu o quadro de doenças infecciosas e parasitárias e continuaram elevadas as taxas de morbidade e mortalidade infantil e geral. Mesmo assim, a partir dos anos 1950, a estrutura de atendimento hospitalar de natureza privada, com fins lucrativos, já estava preparada e indicava na direção das empresas médicas. No momento, a corporação médica ligada aos interesses capitalistas do setor era a mais organizada e pressionava o financiamento da produção privada pelo Estado, defendendo claramente a privatização (BRAVO, 2006).

Ainda segundo a autor, o período da ditadura Militar, que se inicia em 1964, significou a afirmação de uma tendência de desenvolvimento econômico-social e político que modificou o país. Porém, os grandes problemas estruturais foram aprofundados e não resolvidos, tornando-se mais complexos.

[...] o Estado utilizou para sua intervenção o binômio repressão-assistência, sendo a política assistencial ampliada, burocratizada e modernizada pela máquina estatal com a finalidade de aumentar o poder de regulação sobre a sociedade, suavizar as tensões sociais e conseguir legitimidade para o regime, como também servir de mecanismo de acumulação do capital (BRAVO, 2006, p. 6).

A unificação da previdência social com a junção dos IAPs, em 1966, cria o Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), em 1967, reforçando a privatização dos serviços médicos, por meio da compra de serviços pela Previdência, sob a forma de unidades de serviço. Ademais, “as palavras de ordem eram a produtividade, o crescimento, a desburocratização e a descentralização da execução de atividades” (BERTOLOSSI; GRECO, 1996, p. 8).

A medicalização da vida social foi imposta, tanto na Saúde Pública quanto na Previdência Social. O setor saúde precisava assumir as características capitalistas, com a incorporação das modificações tecnológicas ocorridas no exterior. A saúde pública teve no período um declínio e a medicina previdenciária cresceu, principalmente após a reestruturação do setor, em 1966 (BRAVO, 2006, p. 6).

Foi regulamentada a Lei 6.229 de 17 de julho de 1975, que criou o Sistema Nacional de Saúde, como resultado da V Conferência Nacional de Saúde. Através dessa Lei se legitimava e institucionalizava a pluralidade institucional no setor e definida as responsabilidades das várias instituições, cabendo à Previdência Social, a assistência individual e curativa, e ao Ministério da Saúde e das Secretarias

Estaduais e Municipais de Saúde coube os cuidados preventivos e de alcance coletivo (BERTOLOSSI; GRECO, 1996).

As autoras ressaltam que, a partir do Governo Geisel (1975), o período de crescimento conhecido como "milagre econômico" vinham dando sinais do fim, cujos efeitos se faziam sentir no setor saúde, através da crise no padrão de prestação de serviços da rede pública e da previdência social, além do privilégio dos produtores privados nos serviços de saúde. Em relação ao quadro epidemiológico, passou a se manifestar a coexistência de doenças infectocontagiosas e doenças crônico-degenerativas. As enfermidades comuns em áreas rurais passaram a assolar também as cidades, como a doença de Chagas, esquistossomose e malária, dentre outras.

Neste contexto, a política social, no período de 1974 a 1979, apresentou por objetivo alcançar maior efetividade no enfrentamento da "questão social", na intenção de canalizar as reivindicações e pressões populares. A política nacional de saúde enfrentou permanente tensão diante o movimento sanitário. As reformas realizadas na estrutura organizacional não conseguiram reverter à ênfase da política de saúde, caracterizada pela predominância da participação da Previdência Social, através de ações curativas, comandadas pelo setor privado. O Ministério da Saúde, entretanto, retomou as medidas de saúde pública, que embora de forma limitada, aumentaram as contradições no Sistema Nacional de Saúde (BRAVO, 2006).

Cohn (1989) aponta que a reforma sanitária surge como resposta à crise da saúde durante a ditadura brasileira, e exige um novo olhar sobre o processo saúde-doença, a prática médica, as políticas de saúde, o planejamento e a formação de recursos humanos. Portanto, na década de 1980, o Brasil passa por processo de democratização com o fim da Ditadura Militar, tendo como consequência uma longa crise econômica, principalmente na previdência social, principal financiador do setor da saúde.

A saúde nesta época conta com a participação de novos sujeitos sociais nas discussões sobre propostas governamentais e sobre as condições de vida da população, assumindo uma dimensão política e democrática. Gerou diversos movimentos sociais inclusive na área de saúde, que culminaram em propostas de

fortalecimento do setor público de saúde, como por exemplo, o PREV-SAÚDE (Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde) que propõe a reestruturação e ampliação da rede pública de serviços de saúde, saneamento e habitação. Porém o projeto não é efetivado. Logo em seguida, surge o Plano Conasp, que prevê convênios trilaterais entre os ministérios, o ministério da saúde e as secretarias estaduais de saúde, que mais tarde dá origem as Ações Integradas de Saúde (AIS), que contemplava interesses municipais e estaduais, que conferia maior racionalidade aos serviços básicos do setor público (COHN,1989).

Ainda segundo a autora, com o fim do regime militar, surgem diversos movimentos sociais inclusive na área de saúde, em relação ao movimento Reformista, que buscava o fortalecimento da sociedade civil e dos movimentos populares, que culminaram na grande mobilização nacional por ocasião da realização da VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, a qual lançou as bases da Reforma Sanitária e do Sistema Único Descentralizado de Saúde (SUDS), em 1988.

Essas experiências foram de fundamental importância para a construção de um Sistema Único de Saúde, objetivado pela Reforma Sanitária, que foi proposta na VIII Conferência de Saúde, através de um amplo debate público. Teve como diretrizes: a universalidade, a integralidade das ações e a participação social, além de ampliar o conceito de saúde, colocando-o como um direito dos cidadãos e um dever do Estado. Criou por decreto o SUDS que incluía a transferência dos serviços de saúde para os estados e municípios e o estabelecimento de um gestor único da saúde em cada esfera de governo. Podemos encontrar no SUDS os antecedentes da criação do SUS (COHN, 1989).

O processo de mobilização da sociedade teve como fruto a elaboração da nova Constituição democrática, que aprovou um capítulo sobre a saúde. Os principais pontos aprovados na Constituição de 1988 foram: o direito universal à saúde; a saúde como um dever do Estado; a constituição do SUS, integrando todos os serviços públicos em uma rede; além da preservação dos princípios aprovados pela VIII Conferência e a participação do setor privado no SUS de forma complementar; bem como a proibição da comercialização de sangue e de seus derivados. (BERTOLOSSI; GRECO 1996)

Portanto, de acordo com Bravo (2006), o processo e a promulgação da Constituição de 1988 representou, no plano jurídico, a promessa de extensão dos direitos sociais em nosso país frente à grave crise e às demandas de enfrentamento da desigualdade social. Apresenta como análise da política de saúde na década de 1980 a politização da questão saúde, a alteração da norma constitucional e a mudança do arcabouço e das práticas institucionais. Lembrando que estas medidas tiveram pouco impacto na melhoria das condições de saúde da população, pois era necessária a sua operacionalização.

A Constituição de 1988 define no Art. 196, referente à saúde, que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1998). Assim, o SUS é definido pelo Art. 198 do seguinte modo:

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I. Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II. Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III. Participação da comunidade

Parágrafo único - o sistema único de saúde será financiado, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes (BRASIL, 1988).

2.1 POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL PÓS 1990

Somente em 1990, o SUS, criado pela Constituição de 1988, é regulamentado pelo Governo através das Leis 8.080 e 8.142, conhecidas como Leis Orgânicas da Saúde, ou seja, estava sendo criada a estrutura jurídica do Sistema Único de Saúde. A Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990 “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”. Esta Lei Também delinea os objetivos e atribuições; os princípios e diretrizes; a organização, direção e gestão; a competência e atribuições de cada nível (federal, estadual e municipal); a participação complementar do sistema privado; recursos humanos; financiamento, gestão financeira, planejamento e orçamento (BRASIL, 1990a).

Pouco tempo depois, a Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990, “dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde [...]”. Esta Lei dá providências sobre as Conferências de Saúde, institui os Conselhos de Saúde e atribui legitimidade ao CONASS (Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde) e ao CONASEMS (Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde). Além de dar providências sobre a alocação dos recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) (BRASIL, 1990b).

Diante dos acontecimentos políticos com evidências de corrupção causando o alvoroço social que tomava conta do país, acontece IX Conferência Nacional de Saúde em agosto de 1992, tendo mobilizado mais pessoas do que a anterior. Os temas discutidos foram: Sociedade, Governo e Saúde, Seguridade Social, Implementação do SUS e Controle Social. O seu relatório final reafirmou o que havia sido proposto na VIII Conferência e exigiu a operacionalização do SUS (BRASIL, 1992).

Bertolossi e Greco (1996) afirmam que, neste período, o Brasil vive um governo neoliberal que prega o Estado mínimo, negando e violando os princípios que se havia conquistado na Constituição de 1988 e evidenciando a corrupção, gerando um grande movimento da sociedade na busca da democracia e da cidadania, que iria se evidenciar através do "impeachment" de Collor. Porém, na área da saúde o retrocesso se torna mais visível, onde o caos se instala reduzindo os recursos e investimentos na rede de serviços.

Na realidade, o que se coloca para o país no final dos anos 1980 e início dos anos 1990 é o embate de duas correntes sobre o Estado: a concepção neoliberal que advoga o Estado mínimo e o mercado como principal agente regulador da ordem econômica e de outro, a concepção da necessidade da presença de um Estado democrático forte, demandado pelas políticas de ajuste estrutural e pelas desigualdades sociais (COHN, 1995).

Portanto, segundo Bravo (2006), na década de 1990, ocorre no Estado brasileiro a Política de Ajuste Neoliberal, responsável pela redução dos direitos sociais e trabalhistas, desemprego estrutural, precarização do trabalho, desmonte da

previdência pública, sucateamento da saúde e educação. A saúde fica vinculada ao mercado, levando a sociedade civil a assumirem os custos através de parcerias, reduzindo assim a proposta de Política de Saúde levantada na década de 1980. Apesar da adesão ao SUS, verificou-se o descumprimento dos dispositivos constitucionais e legais e a omissão do governo federal em relação à saúde, comprometendo o avanço do SUS. Nesse projeto, a tarefa do Estado consiste no caráter focalizado, garantindo o mínimo aos que não podem pagar, ampliação da privatização, estímulo ao seguro privado, descentralização dos serviços ao nível local, eliminação da vinculação de fonte com relação ao financiamento.

Destacando o processo de descentralização que abriu um importante caminho para uma gestão participativa, com a quebra da hegemonia estatal, possibilitando a participação de diversos atores sociais nas políticas públicas, dentre as várias tentativas históricas da evolução do SUS, nenhuma foi resolutiva restando ainda um longo caminho para a operacionalização do SUS. Nesta perspectiva, apesar das conquistas sobrevindas com as leis orgânicas que regulamentam o SUS, houve ainda a necessidade de regulamentação prática do sistema com algo que dispusesse as ações cotidianas em saúde e assim efetivar o SUS. Assim, ocorreu em primeiro momento, a criação de normas operacionais básicas (NOB), na intenção de operar o que previa na Constituição e a Lei Orgânica da Saúde. No decorrer do processo de implantação de cada NOB, como veremos a seguir, é possível ver como foi ocorrendo a descentralização e o financiamento da política de saúde (FADEL et al., 2009).

A primeira NOB 1991, nasceu dentro o INAMPS, apesar de este ter sido transferido para o Ministério da Saúde a partir do Decreto n. 99.060, de 7 de março de 1990. Logo, representou os interesses deste instituto, dando continuidade ao modelo existente de repasses financeiros estaduais e municipais, por produção de serviços e a prática de acompanhamento, controle e avaliação de todas as ações (FADEL et al., 2009).

Uma referência importante destacada pelos autores, foi que o SUS promoveu com a Lei n. 8.689, de 27 de julho de 1993, a extinção do INAMPS, rompendo com a formação do Estado brasileiro centralizado e com uma concepção de cidadania

regulada à inserção no mercado de trabalho. Tornando o Ministério da Saúde a única autoridade sanitária no nível federal, as SES no âmbito estadual e as SMS no âmbito municipal, como proposto na Constituição de 1988.

A NOB SUS/93 foi publicada após a IX Conferencia Nacional de Saúde, formalizando os princípios ali aprovados, impulsionando a municipalização e a institucionalização das comissões Tripartite e Bipartite, como forma de gestão coparticipante (FADEL et al., 2009).

No ano de 1994, mais um passo é dado em direção à operacionalização do SUS ao dispor “sobre as condições e a forma de repasse regular e automático de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal, e dá outras providências”, através do Decreto nº 1.232, de 30 de agosto de 1994 (BRASIL, 1994).

Com o processo de municipalização já instituído pela NOB SUS/93, a NOB SUS/96 concretiza o processo de descentralização da gestão do SUS e redefine as responsabilidades dos Estados e da União, instituindo a gestão plena do sistema municipal e da atenção básica. Vale destacar como importante característica da NOB SUS/96 o aumento da participação percentual da transferência fundo a fundo dos recursos federais a estados e municípios para o Piso da AB, Incentivo ao PSF e Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (FADEL et al., 2009).

Algumas debilidades como a fragmentação da integralidade das ações e o enfraquecimento do Estado, foram apontadas devido ao processo de descentralização do sistema de saúde do Brasil. Essas debilidades favoreceram a criação das normas operacionais de assistência à saúde. A primeira delas é a Noas SUS 01/01 que instituiu os Planos Diretores de Regionalização e de Investimentos e introduziu a ideia de redes de assistência. Como define os Anexos I, II, III, IV e IV:

Amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; define o processo de regionalização na assistência; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e precede os critérios de habilitação de estados e municípios (Brasil, 2001).

Já a Noas 01/02 foi instituída pela Portaria GM/MS nº 373, de 27 de fevereiro de 2002, como resultado dos encaminhamentos estabelecidos na reunião da Comissão

Intergestores Tripartite (CIT) de 22 de novembro de 2001. Propondo a regionalização com estratégias de hierarquização dos serviços de saúde de média e alta complexidade e o fortalecimento da gestão dos estados sobre as referências intermunicipais. Seu objetivo era promover maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações de saúde em todos os níveis de atenção, através da regionalização e organização da assistência; do fortalecimento da capacidade de gestão do SUS; da revisão de critérios de habilitação de municípios e estados. Portanto podemos ressaltar como ponto importante a elaboração do Plano Diretor de Regionalização (PDR) e da Programação Pactuada e Integrada (PPI), coordenados pelo gestor estadual, com a participação dos municípios (Brasil, 2002).

Desde que o SUS foi institucionalizado em 1990, sua implementação e implantação tem dado resultado, utilizando da descentralização e municipalização para ampliar as ações e serviços de saúde para perto da realidade social, política e administrativa de suas regiões e conseqüentemente do país. Possibilitando organização de uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços e a qualificação da gestão para assim superar a fragmentação das políticas e programas de saúde (BRASIL, 2006a).

Deste modo, houve a necessidade de discussão e análise entre o Ministério da saúde, do CONASEMS e do CONASS, sendo estabelecido o Pacto pela Saúde, que introduz um sentido de gestão pública por resultados e de responsabilização sanitária, aprofundando a descentralização para estados e municípios, pactuado pelas responsabilidades entre os três gestores do SUS, no campo da gestão do Sistema e da atenção à saúde. E entrou em vigor mediante a Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006 que divulga o Pacto pela Saúde – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto (BRASIL, 2006a).

[...] contempla o Pacto firmado entre os três gestores do SUS a partir de uma unidade de princípios que, guardando coerência com a diversidade operativa, respeita as diferenças loco regionais, agrega os pactos anteriormente existentes, reforça a organização das regiões sanitárias instituindo mecanismos de cogestão e planejamento regional, fortalece os espaços e mecanismos de controle social, qualifica o acesso da população à atenção integral à saúde, redefine os instrumentos de regulação, programação e avaliação, valoriza a macro função de cooperação técnica entre os gestores e propõe um financiamento tripartite que estimula critérios de equidade nas transferências fundo a fundo (BRASIL, 2006a, p. 7).

Logo, se constitui em um conjunto de reformas institucionais do SUS pactuado entre a União, os Estados e os Municípios com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão, propondo alcançar maior eficiência e qualidade das respostas do SUS. O Pacto pela Saúde representa um compromisso público com perspectiva de superar as dificuldades enfrentadas pelo SUS dando ênfase às necessidades de saúde da população.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006a), a implantação deste pacto abrange três dimensões: Pacto pela Vida; em Defesa do SUS; e de Gestão, possibilitando maior efetivação, eficiência e qualidade na prestação de serviços do SUS, responsabilizando coletivamente diante das necessidades de saúde da população e, portanto, buscando a equidade social.

No Pacto pela Vida são firmados compromissos em torno das medidas direcionadas para melhorias na situação de saúde da população brasileira. A partir dele, definem-se prioridades e metas a serem alcançadas nos municípios, regiões, estados e país. Atualmente são seis as prioridades em vigência: saúde do idoso; controle do câncer do colo do útero e da mama; redução da mortalidade infantil e materna; fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; promoção da saúde; fortalecimento da Atenção Básica (BRASIL, 2006a).

O Pacto em Defesa do SUS firma-se em torno de ações que contribuam para aproximar a sociedade brasileira do SUS, seguindo as seguintes diretrizes: Expressar os compromissos entre os gestores do SUS com a consolidação da Reforma Sanitária Brasileira, explicitada na defesa dos princípios do SUS estabelecidos na Constituição Federal; desenvolver e articular ações, no seu âmbito de competência e em conjunto com os demais gestores, que visem qualificar e assegurar o SUS como política pública. E se apoiando através das seguintes iniciativas: a repolitização da saúde, como movimento que retoma a Reforma Sanitária Brasileira, atualizando as discussões em torno dos desafios atuais do SUS; promoção da cidadania como estratégia de mobilização social tendo a questão da saúde como direito; garantia de financiamento de acordo com as necessidades do sistema (BRASIL, 2006a).

Na dimensão do Pacto de Gestão estabelece diretrizes para a gestão do sistema nos aspectos da descentralização; regionalização; financiamento; planejamento; Programação Pactuada e Integrada (PPI); regulação; participação e controle social; gestão do trabalho e educação na saúde (BRASIL, 2006a).

Em sintonia com o Pacto pela Saúde, foi aprovada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), e a Política Nacional de Promoção à Saúde (PNPS), ambas voltadas para a configuração de um modelo de atenção capaz de responder as condições crônicas e às condições agudas e promover ações de vigilância e promoção à saúde, efetivando a AB como eixo estruturante da RAS no SUS. Nesse processo histórico, a AB foi se fortalecendo gradativamente e se constituiu como porta de entrada preferencial do SUS e ponto inicial para a estruturação dos sistemas locais de saúde. Portanto, podemos afirmar que o ano de 2006 se constitui o período de amadurecimento no que se refere à AB em saúde. (BRASIL, 2006b).

A PNAB é aprovada pela Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006, que mais tarde é revogada pela 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, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)” (BRASIL, 2011b).

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos (BRASIL, 2011b, p. 19).

A PNAB é desenvolvida para atender aos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social, na intenção de maior abrangência das pessoas e de funcionar como porta de entrada e

comunicação com a RAS, definida como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2012b, p. 25).

Portanto, avançou em direção a uma AB Fortalecida e Ordenadora das redes de atenção, criando iniciativas do SUS, além dos diversos formatos de equipes de saúde, ampliou o número de municípios que podem ter o NASF, houve a inclusão de equipes de AB para a população de rua (Consultórios na Rua), simplificando as condições para a criação de UBS Fluviais e ESF destinadas às Populações Ribeirinhas. Também, ampliou as ações intersetoriais e de promoção da saúde, com a implantação da Academia da Saúde, a universalização do Programa Saúde na Escola (PSE), as equipes do Melhor em Casa somam para ampliar as ações e resolubilidade da atenção domiciliar às equipes de AB, o Telessaúde como integração dos sistemas de informação e a nova política de regulação apontam para a ampliação da resolubilidade da AB e para a continuidade do cuidado do usuário.

A Estratégia de Saúde da Família visa à reorganização da Atenção Básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, e é tida [...] como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2011b e 2012b, p. 54).

A ESF indica um novo formato na estruturação dos serviços de saúde, abrangendo os diversos níveis de assistência, em relação à comunidade. Tem por compromisso de oferecer assistência integral à população, desde a unidade de saúde até o domicílio, segundo for necessário diante dos fatores de risco aos quais a população está sujeitada. Assim, é possível à ESF intervir nas ações em saúde de forma humanizada, considerando a saúde como um direito da cidadania (ARAÚJO, 2012).

Apesar dos resultados positivos, a expansão da ESF trouxe consigo inúmeros desafios. Aqui podemos destacar o processo em curso de redefinição e qualificação da AB em relação à ordenação das redes de atenção, considerando que as necessidades em saúde de uma população são dinâmicas, demandando respostas efetivas das políticas públicas. No Brasil, o perfil epidemiológico atual é definido

como tripla carga de doenças, ou seja, marcada pela coexistência das doenças infecciosas e parasitárias, das doenças e agravos crônicos não transmissíveis e das causas externas. Porém, nem sempre foi assim, e uma das razões para essa transição demográfica é decorrente do rápido envelhecimento populacional (BRASIL, 2014).

Logo em seguida, foi aprovada a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), através da Portaria nº 687 MS/GM, de 30 de março de 2006. Foi, portanto, revogada pela Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014, ao redefinir a, que segundo o Art. 2º,

[...] traz em sua base o conceito ampliado de saúde e o referencial teórico da promoção da saúde como um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo, caracterizando-se pela articulação e cooperação intra e intersetorial, pela formação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), buscando articular suas ações com as demais redes de proteção social, com ampla participação e controle social (Brasil, 2014a).

Segundo o Ministério da Saúde (2010c), a promoção da saúde é um mecanismo de fortalecimento e implantação de uma política transversal, integrada e intersetorial, que intenciona articular as diversas áreas do setor sanitário, do Governo, o setor privado e não governamental, e a sociedade, para integrar redes de compromisso e corresponsabilidade quanto à qualidade de vida da população em que haja participação na proteção e no cuidado com a vida. Assim, visando promover a qualidade de vida, romper com a fragmentação na abordagem do processo saúde-doença e reduzir a vulnerabilidade, os riscos e os danos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais.

2.2 REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS)

O cenário brasileiro é caracterizado pela diversidade de contextos regionais com diferenças socioeconômicas e, portanto, as necessidades de saúde da população entre as regiões são distintas e agravadas pela oferta dos serviços privados, seus interesses e pressões sobre o mercado na área da saúde. Por sua vez, prejudica a forma de lidar com a inter-relação entre acesso, escala, escopo, qualidade, custo e efetividade, que demonstram a complexidade do processo de constituição de um

sistema unificado e integrado no país. Embora nos últimos 20 anos o SUS tenha obtido avanços, é cada vez mais manifesto a dificuldade em superar a fragmentação das ações e serviços de saúde e qualificar a gestão do cuidado no contexto atual.

A Lei Orgânica da Saúde no art. 8º dispõe que “as ações e serviços de saúde, executados pelo SUS, [...], serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente”, e no art. 9º, que a unidade da direção do SUS deve ser exercida em cada esfera de governo pelos seguintes órgãos: no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde; no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente; e no âmbito dos Municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente. Desta forma, a distribuição dos serviços observa os critérios de complexidade: A atenção básica, a média complexidade e a alta complexidade (BRASIL, 1990a).

Assim, é possível afirmar que o nível de implantação do SUS se encontra em processo diferenciado em cada região, que apresenta suas particularidades, em razão das diferentes regiões demográficas que constituem o Brasil. Além disso, há uma situação de saúde de tripla carga de doenças com predominância de condições crônicas, apresentando a incoerência entre coexistência de doenças infecciosas, parasitárias e problemas de saúde reprodutiva, causas externas e doenças crônicas. Portanto, constitui-se uma crise dos sistemas de saúde que não pode ser resolvida, somente, intervindo nas questões crônicas com medidas fragmentadas e pontuais, direcionadas para condições agudas. O autor aponta que “a solução para essa crise está em recompor a coerência entre a situação de tripla carga de doenças com uma resposta social estruturada em sistemas integrados de saúde: as redes de atenção à saúde.” (MENDES, 2010, p. 2297).

Os fatores contextuais, externos aos sistemas de atenção à saúde, mudam em ritmos mais rápidos que os fatores internos, os que estão sob a governabilidade setorial. Isso faz com que os sistemas de atenção à saúde não tenham a capacidade de adaptar-se, oportunamente, às mudanças contextuais (MENDES, 2010, p. 2299).

A atenção à saúde depende da relação com outros fatores como o desenvolvimento científico, tecnológico e econômico, para produzir um sistema de atenção à saúde eficaz. Devendo haver uma coerência entre a situação de saúde e o sistema de atenção à saúde para superação da crise, através de mudanças profundas no

sistema fragmentado vigente, implantando redes de atenção a saúde como estratégia de reestruturação do sistema de saúde.

Dessa forma, entra em vigor a Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, estabelecendo diretrizes para a organização da RAS no âmbito do SUS. Define a RAS “como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010b).

Mendes (2010, p. 2300) define as redes de atenção à saúde como

[...] organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde - prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada -, e com responsabilidades sanitárias e econômicas por esta população.

A partir desta definição o autor afirma que a estrutura em redes implica missão única, objetivos comuns e planejamento conjunto. E se constituem de três elementos:

- A responsabilização pelas necessidades de saúde de uma determinada população, devendo ser conhecida, registrada, segmentada, subdividida e segmentada por fatores de risco; a estrutura operacional é constituída pelos nós das redes e pelas ligações materiais e imateriais que comunicam esses diferentes nós.
- A estrutura operacional das redes de atenção à saúde compõe-se de cinco componentes: o centro de comunicação e a atenção primária à saúde, os pontos de atenção secundários e terciários, e os sistemas de apoio que correspondem aos nós das redes; os sistemas logísticos que correspondem às ligações que comunicam os diferentes nós; e o sistema de governança da rede de atenção à saúde que governa as relações entre os quatro primeiros.
- O modelo de atenção à saúde é a constituição de sistemas em que é gerido o funcionamento das redes de atenção à saúde vigente em determinado tempo e sociedade.

Desta forma, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2014) dispõe que uma RAS organizada a partir da Atenção Básica tende a ser resolutiva e justa. Os princípios e as diretrizes instituídos para a Atenção Básica quando efetivamente direcionados, contribuem para que as ações estejam em conformidade com os problemas e as necessidades de saúde dos indivíduos e grupos sociais do território.

Todo esse contexto só se tornou possível após a implantação do SUS, que regulamenta a saúde baseada nos princípios da universalidade, descentralização, através da oferta de serviços de forma regionalizada e hierarquizada. Tornando a rede básica de saúde a porta de entrada de um sistema amplo que abrange a atenção primária, secundária e terciária (MERHY & QUEIROZ, 1993).

3 O NÚCLEO DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF)

O Ministério da Saúde, na perspectiva de ampliar a capacidade de resposta à maior parte dos problemas de saúde da população na atenção básica, criou o NASF mediante a Portaria GM 154, de 24 de janeiro de 2008, republicada em 4 de março de 2008. Seu objetivo é expresso no art.1º “[...] 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).

A 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” (BRASIL, 2012a).

TABELA 01: Modalidades de organização do NASF, conforme a Portaria nº 3.124/2012.

Modalidades	Nº de equipes vinculadas	Somatória das Cargas Horárias Profissionais*
NASF 1	5 a 9 eSF e/ou eAB para populações específicas (eCR, eSFR e eSFF)	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 para populações específicas (eCR, eSFR e eSFF)	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 para populações específicas (eCR, eSFR e eSFF)	Mínimo 80 horas semanais; Cada ocupação deve ter no mínimo 20h e no máximo 40h de carga horária semanal;

**Nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que 20 horas. eCR - Equipe Consultório na Rua; eSFR - Equipe Saúde da Família Ribeirinha; eSFF - Equipe Saúde da Família Fluvial*

Fonte: DAB/SAS/MS, 2015. http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_nasf.php. Acesso em: 28 de junho de 2015.

O NASF é constituído por equipes multiprofissionais, compostas por profissionais de diferentes profissões ou especialidades, que devem atuar de maneira integrada e

apoiando os profissionais das equipes das ESFs e das equipes de AB para populações específicas (Consultórios na Rua, equipes ribeirinhas e fluviais). Cada equipe deve contar com profissionais como psicólogo, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico ginecologista, médico acupunturista, médico pediatra, médico psiquiatra e terapeuta ocupacional, profissional da educação física, médico homeopata, nutricionista, definidos e quantificados pela gestão de forma a atender as demandas do território (BRASIL, 2008 e 2014b).

O trabalho multiprofissional na atenção primária conta com as equipes das ESFs e dos NASFs, compartilhando práticas e saberes em saúde, unidos para dividir as responsabilidades e efetivar intervenções no processo saúde-doença, de forma a priorizar ações clínicas compartilhadas, intervenções específicas do profissional do NASF com os usuários e/ou famílias, ações compartilhadas nos territórios de sua responsabilidade desenvolvidas de forma articulada com as equipes das ESFs. Como ações específicas dos profissionais do NASF temos as definições de indicadores e metas, agenda de trabalho, atividades pedagógicas e trabalho em grupos/equipes. Além destes existem aspectos operacionais a serem considerados, por exemplo, que são: Saúde da Criança e Adolescente; Saúde da Mulher; Saúde Mental; Serviço Social; Assistência Farmacêutica; Atividade Física/Práticas Corporais; Práticas Integrativas e Complementares; Reabilitação/Saúde Integral da Pessoa Idosa; Alimentação e Nutrição (BRASIL, 2010a).

O NASF está inserido nos serviços da RAS, porém, não se constitui como serviços com unidades físicas independentes ou especiais, utiliza-se do próprio espaço das ESFs e do território adstrito para o desenvolvimento do seu trabalho. É composto por equipes multiprofissionais, direcionadas para integrar e apoiar as equipes de AB para populações específicas, as equipes das ESFs e diretamente os usuários do SUS no território em que abrange. Ele atua a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes vinculadas, de forma integrada à RAS e seus serviços, além de outras redes como Sistema Único da Assistência Social (SUAS), redes sociais e comunitárias (BRASIL, 2014b).

A responsabilização compartilhada entre a equipe do NASF e as equipes de Saúde da Família/equipes de atenção básica para populações específicas

prevê a revisão da prática do encaminhamento com base nos processos de referência e contrarreferência, ampliando-a para um processo de compartilhamento de casos e acompanhamento longitudinal de responsabilidade das equipes de atenção básica, atuando no fortalecimento de seus princípios e no papel de coordenação do cuidado nas Redes de Atenção à Saúde (BRASIL, 2012b, p. 70).

Segundo o Ministério da Saúde, devemos entender a expressão “apoio”, que é central na proposta do NASF, remetendo à compreensão de uma metodologia de gestão denominada “apoio matricial”, que se complementa com o processo de trabalho em “equipes de referências”, ou seja, em todas as equipes que podem ser vinculadas ao NASF, a saber: equipes das ESFs e equipes de AB para populações específicas (Consultório na Rua, Equipes Ribeirinhas e Fluviais). Pressupõe trabalhos desenvolvidos com interdependência entre os profissionais em prol de objetivos comuns de uma clientela bem definida, aproveitando da riqueza da atuação entre diferentes profissões (BRASIL, 2010a).

O apoio matricial será formado por um conjunto de profissionais que não têm, necessariamente, relação direta e cotidiana com o usuário, mas cujas tarefas serão de prestar apoio às equipes de referência. [...] Em geral é em tal “rede” que estarão equipes ou serviços voltados para o apoio matricial (no caso, os NASFs), de forma a assegurar, de modo dinâmico e interativo, a retaguarda especializada nas equipes de referência (no caso, as equipes de Saúde da Família).

O apoio matricial apresenta as dimensões de suporte: assistencial e técnico-pedagógico. A dimensão assistencial é aquela que vai produzir ação clínica direta com os usuários, e a ação técnico-pedagógica vai produzir ação de apoio educativo com e para a equipe. Essas duas dimensões podem e devem se misturar nos diversos momentos (BRASIL, 2010a, p. 12).

Ainda segundo o Ministério da Saúde, esses objetivos do apoio matricial do NASF se materializam por meio do compartilhamento de problemas, da troca de saberes e práticas entre os diversos profissionais e da articulação pactuada de intervenções, levando em conta a clareza das responsabilizações comuns e as específicas das equipes de Atenção Básica e dos diferentes profissionais do NASF. Dessa forma, pode-se dizer que o NASF se constitui em retaguarda especializada para as equipes das ESFs, atuando no centro da própria Atenção Básica (BRASIL, 2014b).

O apoio matricial, um arranjo preconizado para o trabalho compartilhado, traz em sua estruturação a potencialidade de reduzir a fragmentação da atenção e de promover a constituição de uma rede de cuidados que aumente a qualidade e a resolutividade das ações em saúde (BRASIL, 2014b, p. 62).

Observa-se que a equipe do NASF deve ter responsabilidade sobre a população e sobre as equipes das ESFs, contribuindo para o aumento da resolutividade e a efetivação da coordenação integrada do cuidado na APS. Assim, “apoio e compartilhamento de responsabilidades são aspectos centrais da missão do NASF” (BRASIL, 2010a, p. 14). Então, podem ser estabelecidos os seguintes aspectos como pontos de síntese na missão do NASF:

- a) O NASF não se constitui porta de entrada do sistema para os usuários, mas apoio às equipes de Saúde da Família;
- b) Vincula-se a um número de equipes de Saúde da Família em territórios definidos, conforme sua classificação;
- c) A equipe do NASF e as equipes de Saúde da Família criam espaços de discussões para gestão do cuidado: reuniões e atendimentos compartilhados constituindo processo de aprendizado coletivo;
- d) O NASF deve ter como eixos de trabalho a responsabilização, gestão compartilhada e apoio à coordenação do cuidado, que se pretende pela Saúde da Família (BRASIL, 2010a, p. 16).

Em suma, o apoio matricial pode ser definido como novo modo de organizar os serviços no qual duas ou mais equipes/profissionais operam em uma intervenção pedagógico-terapêutica compartilhada, buscando ampliar a capacidade de cuidado das equipes de referência para produzir saúde. Como a equipe de referência é responsável pelos usuários do seu território, antes de encaminhá-los a outros pontos de atenção é importante lembrarmos de que o apoio matricial não é uma prerrogativa exclusiva do NASF, profissionais de outros pontos de atenção da rede podem fazê-lo. O trabalho com grupos, Projeto Terapêutico Singular (PTS), Genograma, Ecomapa, atendimento domiciliar e individual compartilhado se constituem exemplos de ferramentas/estratégias das quais os profissionais do NASF podem utilizar para colocar em prática o apoio matricial (BRASIL, 2014b).

Desde a sua criação, o trabalho do NASF é orientado pelas diretrizes da AB, devendo produzir ou apoiar as equipes na produção de um cuidado continuado e longitudinal, próximo da população e na perspectiva da integralidade. Assim, o principal objetivo da implantação do NASF é aumentar efetivamente a resolutividade e a qualidade da AB. Isso deve ser feito por meio da ampliação das ofertas de cuidado, do suporte ao cuidado e à intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em âmbito individual quanto coletivo. Aqui se destaca a importância do NASF atuar considerando todos e quaisquer momentos do ciclo de vida das pessoas do seu território, sempre ponderando a realidade epidemiológica, cultural,

socioeconômica daquela população e, especialmente, o planejamento conjunto com as equipes que apoiam. Portanto, o NASF pode contribuir para o esforço de produzir cuidado integral no SUS e as ações desenvolvidas não devem ser consideradas definitivas, uma vez que novas necessidades e possibilidades de atuação se configurarão no trabalho integrado e colaborativo entre as equipes, e entre estas e seus territórios (BRASIL, 2014b).

Nesse sentido é fundamental no processo de implementação do NASF estabelecer espaços rotineiros de discussões e de planejamento com a equipe do NASF e entre equipes do NASF e equipe das ESFs, através de reuniões para definir objetivos, critérios de prioridades e de avaliação dos trabalhos, resolução de conflitos, discussões de casos/situações, entre outros.

4 PROCESSOS DE TRABALHO E O FAZER PROFISSIONAL DO SERVIÇO SOCIAL

Para analisar a prática profissional do assistente social em qualquer área de atuação é necessário examinar o processo de trabalho que orienta o fazer profissional. Segundo Ramos (2011 apud MARX, 2003), na sociedade capitalista, diferentemente das sociedades feudais e primitivas, o processo de trabalho é socializado, onde cada um dos trabalhadores contribui na fabricação de uma mesma mercadoria, participando assim do trabalho coletivo.

O trabalho além de dar valor de uso à mercadoria, ou seja, transformá-la em uma coisa que atende as necessidades sociais, também tem a propriedade de constituir a própria natureza do trabalhador.

Significa que o trabalhador ao se objetivar na matéria prima, transformando-a em objeto de valor de uso, esse esforço desenvolvido se reproduz em sua interioridade. O trabalho além de ser objetivação (produção de objetos uteis) é, ao mesmo tempo, subjetivação (produção da subjetividade do trabalhador) (RAMOS, 2011, p. 3).

Deste modo, o trabalho humano é guiado por algum projeto que o trabalhador tem interesse e/ou necessidade de realizar. Por meio deste projeto, o trabalhador se aplica na transformação do objeto de seu trabalho, utilizando instrumentos de trabalho, que varia de acordo com o ramo produtivo. Portanto, segundo Ramos (2011 apud MARX, 2003), são elementos constitutivos do processo de trabalho:

- O próprio trabalho, como atividade adequada visando alcançar um fim: a produção de valor de uso;
- O objeto de trabalho: a matéria a que se aplica o trabalho, que com a divisão social do trabalho já possui valor de uso e de troca. Além de resultarem de processos de trabalhos anteriores, são condições para um novo processo de trabalho;
- Os meios de trabalho ou instrumentos de trabalho. “O meio de trabalho é uma coisa ou um complexo de coisas, que o trabalhador insere entre si mesmo e o objeto de trabalho e lhe serve para dirigir sua atividade sobre esse objeto” (RAMOS, 2011, p. 5).

Um objeto, um valor de uso, a depender do ponto de vista sob o qual é examinado, pode ser matéria prima, meio de trabalho ou produto final. Essa classificação vai decorrer da função exercida no processo de trabalho, da posição aí ocupada, a partir da qual varia a natureza do seu valor de uso. Na produção capitalista, o próprio trabalho é transformado em uma mercadoria, com valor de uso e valor de troca, obedecendo a mesma lógica de toda e qualquer mercadoria (RAMOS, 2011, p. 5).

Outra abordagem sobre esta questão vem de Gentilli (2006) ao conceber a prática profissional como qualquer atividade considerada trabalho, que carece de precisões e discriminação em relação à transformação dos seus objetos de trabalho em produtos, assim como do próprio processo dessa transformação. Desse modo, o Serviço Social consiste na estrutura formada por características e elementos que marcam, definem e produzem a profissão e a atuação dos assistentes sociais. Essas características são consideradas como “valores de uso” gerados pela profissão no mercado de trabalho, assim, mesmo que os serviços prestados pelos profissionais não produzem diretamente “mais-valia”, como produto necessariamente de base corpórea, material, eles participam da reprodução social de diversos segmentos “excluídos” da sociedade, como resultado que se incorpora ou não ao processo geral de produção e de reprodução social. Esses “valores de uso” assumiram os recortes que o Serviço Social operou através das conquistas históricas nas políticas sociais materializadas em programas, políticas e ações governamentais do Estado e da sociedade civil na inclusão dos diversos segmentos de cidadãos excluídos.

Iamamoto (2006) enfatiza que o Serviço Social é reafirmado na década de 1980 como uma especialização do trabalho coletivo, dentro da divisão social e técnica do trabalho, participadora do processo de produção e reprodução das relações sociais. Sendo reforçada a abordagem do Serviço Social como trabalho nos debates realizados pela Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS), quando foi revisto o currículo de ensino de graduação em Serviço Social. Estes mesmos debates se formularam na proposta de Diretrizes Gerais para o Curso de Serviço Social, conforme exigia a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional.

Nos termos da autora o trabalho do assistente social configura-se como “um tipo de trabalho especializado que se realiza no âmbito de processos e relações de trabalho” (IAMAMOTO, 2006, p. 93), que mudam segundo os diversos espaços

sócio-ocupacionais, desmentindo a existência de um único processo de trabalho do assistente social. Dentro dessa concepção Gentilli (2006) afirma que o processo de trabalho do Serviço Social se estabelece estruturalmente a partir de atividades sociais que permeiam e abrangem os objetos de atuação, o processo de produção social da profissão e dos produtos configurados por esse processo de trabalho em atendimento as demandas colocadas socialmente.

O processo de trabalho é configurado por todo o fazer profissional, que abrange metodologias, utilização do arsenal técnico da profissão, estabelecimento de diretrizes de ação, de comunicação e de prestação de serviços aos usuários, no processo de trabalho seriam operadas as condições de geração de produtos do trabalho profissional, portanto seriam gestadas as garantias de acesso aos serviços profissionais, na forma de serviços entendidos como bens corpóreos e incorpóreos (GENTILLI, 2006, p. 33).

Ao analisar a prática profissional como um conjunto de atividades desempenhadas pelo profissional, esta não deve ser considerada isoladamente, com um fim em si mesmo, mas sim em conjunto de seus condicionantes “internos” que dependem do desempenho profissional, ou seja, das competências do assistente social, e aqueles “externos” que são determinados pelas circunstâncias sociais nos quais se realiza a prática do assistente social, ou seja, não dependem unicamente do profissional. Podemos afirmar essa leitura na síntese apresentada por lamamoto (2006, p. 94):

[...] a prática profissional é vista como a atividade do assistente social na relação com o usuário, os empregadores e os demais profissionais. Mas como essa atividade é socialmente determinada, considera-se as condições sociais nas quais se realiza, distintas da prática e a ela externas, ainda que nelas interfiram.

A autora apresenta uma forma distinta de interpretação do exercício profissional que pode ampliar a transparência do desempenho da categoria profissional, que é focar o trabalho profissional como participante de processos de trabalho organizados conforme as exigências econômicas e sociopolíticas do processo de acumulação. Nesta lógica de acumulação, as condições e relações sociais específicas do trabalho do assistente social não são idênticas, ocasionando adaptações de processos de trabalho.

Neste sentido, transitar do foco da prática ao trabalho requer uma análise de mudança de concepção, onde o que “é chamado de prática corresponde a um dos elementos constitutivos do processo de trabalho que é o próprio trabalho”

(IAMAMOTO, 2006, p. 95). Portanto, a existência do trabalho depende de meios de trabalho e da matéria-prima ou objeto nas quais ocorrem a ação transformadora do trabalho, existentes em determinadas condições e relações sociais que atribuem significados sócio-histórico particulares aos processos de trabalho. No caso a referência é a sociedade capitalista, onde não é possível dissociar os processos de trabalho dos processos de produção de valor e de mais-valia.

O recorte de objeto que a profissão realiza opera-se no processo de trabalho a partir da finalidade, que considera a possibilidade de inclusão de diversos segmentos de cidadãos excluídos dos direitos de cidadania nos patamares mínimos que são operados conjuntamente. Essa inclusão se processa por meio dos programas e políticas sociais (GENTILLI, 2006, p. 33).

Gentilli (2006) acrescenta que a profissão de Serviço Social só tem condições de se estabelecer como tal dentro das relações de mercado nos quais os assistentes sociais se apresentam como vendedores de força de trabalho, uma vez que sua ação profissional é derivada de uma relação como processo de trabalho, que elege um objeto, que se transforma e gera um produto.

Tais circunstâncias, que levam os assistentes sociais à condição de vendedores da mercadoria força de trabalho, coloca a necessidade de nova mediação referente ao atributo que somente tal mercadoria possui, que é a consciência. Tal qualidade permite que a mercadoria força de trabalho pense a si própria como estranha a essas relações de mercado e à alienação decorrente desse processo e lhe confira autonomia relativa para pensar a si próprio e em sua ação (Gentilli 2006, p. 20).

Iamamoto (2006) afirma, nesta perspectiva, que a mudança ao nível de análise há de se considerar o Serviço Social, apesar de regulamentado como uma profissão liberal e contenha características de uma profissão liberal quanto à forma de atendimento junto ao indivíduo e/ou grupos sociais com os quais trabalha, ainda não é exercida desta forma no mercado de trabalho brasileiro. Entretanto, o assistente social não possui todos os meios e condições necessárias para a efetivação de seu trabalho, sendo necessária a contratação de sua força de trabalho qualificada por parte dos empregadores, estatais ou privados para transformá-los em serviços e produtos. Afirmando-se socialmente o assistente social como um trabalhador assalariado que se insere no mercado de trabalho mediante compra e venda de sua força de trabalho especializada.

É nesse sentido que se exige analisar o exercício profissional no âmbito dos processos e relações do trabalho, como trabalhador livre, proprietário de sua força de trabalho qualificada. Pois é insuficiente interpretar a prática profissional como atividade condicionada somente ao profissional, como se dispusesse de autonomia suficiente para acioná-la e direcioná-la conforme suas próprias exigências, chocando-se com a condição de trabalhador assalariado. Ao vender sua força de trabalho em troca do salário, o assistente social entrega seu valor de uso ao seu empregador durante a jornada de trabalho, devendo o profissional se submeter às exigências impostas conforme as políticas, diretrizes, objetivos e recursos da instituição empregadora. Sendo no limite dessas condições que se concretiza a autonomia do profissional na execução de suas ações (IAMAMOTO, 2006).

Afirmar que o Serviço Social é uma profissão inscrita na divisão social e técnica do trabalho como uma especialização do trabalho coletivo, e identificar o seu *sujeito vivo* como trabalhador assalariado, implica problematizar como se dá a relação de compra e venda dessa força de trabalho a empregadores diversos, como o Estado, as organizações privadas empresariais, não governamentais ou patronais. Trata-se de uma interpretação da profissão que pretende desvendar suas particularidades como parte do trabalho coletivo, uma vez que o trabalho não é a ação isolada de um indivíduo, mas é sempre atividade coletiva de caráter eminentemente social (RAICHELIS, 2011, p. 423).

Gentilli (2006) aponta que independente da forma social que assumam os assistentes sociais estabelecem vínculos contratuais com os empregadores, caracterizam uma relação de trabalho. Esse trabalho reúne um conjunto de singularidade no seu cotidiano profissional em seus diversos “campos de prática”, transformando-se num processo de trabalho muito rico e complexo, sobretudo por se caracterizar como serviço e por incluir a racionalidade do trabalho industrial e da intermediação.

Tal como citado por Iamamoto (2006), o instrumento de trabalho do assistente social é a linguagem, intimamente associado à sua formação teórico-metodológico, técnico-operativo e ético-político, que é responsável pela construção da competência ao executar suas atividades na leitura e acompanhamentos dos processos sociais e no estabelecimento de relações e vínculos sociais com os sujeitos sociais aos quais atua. Portanto, a natureza do tipo de especialização do trabalho decorre a relativa autonomia, pois atua junto a indivíduos sociais, que dispõe de uma interferência ao prestar serviços sociais na reprodução material e social da força de trabalho.

Deste modo, o trabalho do assistente social é situado predominantemente no campo político-ideológico, em que é requerido para desempenhar funções de caráter social e de reprodução da ideologia dominante diante dos segmentos subalternos, em um campo de trabalho atravessado por tensões e interesses de classes distintos e antagônicos. Há a possibilidade de executar suas ações em diferentes direções em razão do caráter contraditório das relações sociais que estruturam a sociedade, expressando o caráter político do trabalho do assistente social. Contudo, a força de trabalho exige meios e instrumentos de trabalho e uma matéria prima ou objeto de trabalho sobre a qual sofrerá a ação. Sendo a entidade empregadora responsável por dispor dos meios de trabalho, o profissional encontra-se alienado aos meios e as condições, indispensáveis como elementos constitutivos do trabalho, necessários para a viabilização e efetivação de seu trabalho (IAMAMOTO, 2006).

Não podem, pois, ser vistos como "outros elementos" que, se considerados, enriqueceriam a compreensão da "prática profissional". É esta óptica de externalidade, tão cara às análises correntes da "prática profissional", que vem sendo contestada. Dessa maneira, a relação do exercício profissional com a instituição; os recursos orçamentários para os programas sociais (que sofrem profunda restrição em função dos "ajustes estruturais"), as políticas sociais atinentes ao campo de trabalho, a questão social etc., não podem ser encarados como componentes "externos" ao trabalho profissional, mas, ao contrário, contribuem para moldá-lo tanto material quanto socialmente" (IAMAMOTO, 2006, p. 100).

A matéria-prima do trabalho do assistente social e de sua equipe é a questão social e suas múltiplas expressões vivenciadas pelos indivíduos sociais em suas relações sociais quotidianas. A questão social possui sua gênese na contradição que demarca a sociedade atual, sendo sua expressão o processo de produção e reprodução da vida social, portanto, sujeita às roupagens de cada época. O eixo fundante da profissão está em decifrar os determinantes e as múltiplas expressões da questão social, objeto sobre o qual incide o trabalho profissional. É, portanto, de extrema importância o conhecimento da realidade social, da população, sobre o qual se dirige os serviços profissionais, onde se desdobram a matéria-prima de seu trabalho, contribuindo para o acompanhamento dos processos sociais e a pesquisa da realidade social como componentes indissociáveis do exercício profissional. (IAMAMOTO, 2006)

O trabalho vivo constitui o outro elemento do processo de trabalho, a quem cabe, segundo lamamoto (2006 apud MARX, 1869), "apoderar-se das coisas, despertá-las

do mundo dos mortos, transformá-las de valores de uso potenciais em valores de uso efetivos e operantes".

A força de trabalho em ação é o elemento vivo e subjetivo do processo de trabalho, único meio de conservar e realizar valores de uso dos produtos do trabalho passado, alterando a sua forma na elaboração do valor de uso pretendido no presente. [...] A força de trabalho é a única mercadoria que, ao ser aliada aos meios de produção e às matérias-primas, ou seja, ao transformar-se em trabalho vivo, e ao ser consumida torna-se fonte de criação de mais valor que ela contém, de mais-valia. Ora, o valor de uma mercadoria está determinado pela quantidade de trabalho materializada no seu valor de uso, pelo tempo de trabalho socialmente necessário à sua produção. [...] o foco está no tempo de trabalho social médio requerido para a produção de uma mercadoria, no tempo durante o qual se gasta a força de trabalho (IAMAMOTO, 2006, p. 101-102).

Dentro das concepções da autora, para considerar os processos de trabalho em que se insere o assistente social temos que pensar sobre as determinações do valor de uso e do valor, ou seja, "como processo de produção de produtos e serviços de qualidades determinadas e como processo que tem implicações ao nível da produção ou da distribuição do valor e da mais-valia" (IAMAMOTO, 2006, p. 102). Porém, a maior parte do trabalho do assistente social é realizada no interior do aparelho estatal e nem sempre existe uma conexão direta entre trabalho e produção de valor, os produtos e serviços produzidos nesta ótica não estão submetidos ao capital, mas sim a razão do Estado, que é sociopolítica, direcionada pela coletividade e fins públicos.

A autora apresenta uma primeira implicação para análise: seja na esfera estatal, em empresas, nas Organizações Não-Governamentais (ONGs) etc., não é possível se ter um único e idêntico processo de trabalho do assistente social, ou seja, se trata de processos de trabalho em quais se inserem o assistente social, uma vez que o trabalho é atividade do sujeito e não da profissão, como instituição. Uma segunda implicação é que na condição de um trabalhador assalariado, não é ele quem organiza e nem é exclusivamente dele o processo de trabalho a qual se insere o assistente social, ainda que nele participe com autonomia ética e técnica. É, portanto, encargo do empregador "organizar e atribuir unidade ao processo de trabalho na sua totalidade, articulando e distribuindo as múltiplas funções e especializações requeridas pela divisão social e técnica do trabalho" (IAMAMOTO, 2006, p. 107).

Ainda que o assistente social dispondo de autonomia ética e técnica no exercício de suas funções, resguardadas pelo Código de Ética e pela regulamentação legal da profissão, é chamado a desempenhar sua profissão em um processo de trabalho coletivo, organizado dentro de condições sociais dadas, cujo produto é fruto do trabalho combinado ou cooperativo das diversas especializações do trabalho. Assim, é preciso olhar além das atividades executadas para apreender os processos sociais e as mudanças que ocorrem na contemporaneidade, para identificar novas possibilidades e exigências para o trabalho e apreender o lugar do assistente social em um processo coletivo de trabalho que contribuem na obtenção dos resultados ou produtos pretendidos.

É, portanto, a visão da totalidade da organização do trabalho que torna possível estabelecer a contribuição de cada especialização do trabalho no processo global.

A conexão entre as funções que constituem a totalidade do processo de trabalho nem sempre é visível para os indivíduos, porque existe fora deles, no capitalista ou no Estado, que os reúne e os mantém coesos. A integração entre os seus trabalhos se lhes enfrenta como [...] poder de uma vontade alheia que submete aos seus propósitos a atividade deles. Aqueles inúmeros processos de trabalho, do ponto de vista da formação e reprodução do valor, não são mais que diversas fases sucessivas de um mesmo processo de reprodução do capital (IAMAMOTO, 2006, p. 109).

Segundo Iamamoto (2006) e Gentilli (2006) os princípios da privatização, descentralização e focalização passam a direcionar as ações no campo das políticas sociais públicas, ampliando o espaço das grandes corporações empresariais e das ONGs na gestão e execução de políticas sociais. Caracteriza, assim, o Serviço Social como uma especialização profissional que possui como principal função a execução de programas de políticas sociais em organismos governamentais e não governamentais, sobretudo direcionadas ao atendimento das necessidades dos segmentos mais pauperizados.

O que se pode concluir [...] é que os resultados ou produtos dos processos de trabalho em que participam os assistentes sociais situam-se tanto no campo da reprodução da força de trabalho, da obtenção das metas de produtividade e rentabilidade das empresas, da viabilização de direitos e da prestação de serviços públicos de interesse da coletividade, da educação sociopolítica, afetando hábitos, modos de pensar, comportamentos, práticas dos indivíduos sociais em suas múltiplas relações e dimensões da vida cotidiana na produção e reprodução social, tanto em seus componentes de reiteração do instituído, como de criação e reinvenção da vida em sociedade. (IAMAMOTO, 2006, p.111 - 112)

4.1 O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NAS POLÍTICAS SOCIAIS

Segundo Trindade (2013), o Serviço Social é parte do processo de reprodução social e a sua prática se desenvolve no interior da divisão social e técnica do trabalho, então sua instrumentalidade sofre as determinações da dinâmica social, da qual provêm as demandas para as instituições em quais os assistentes sociais atuam. Estes profissionais utilizam um instrumental técnico-operativo para o andamento de seu trabalho, que contribui para o enfrentamento das manifestações da questão social. Dessa forma, os instrumentos e técnicas, como mediadores e potencializadores da intervenção, participam da produção do trabalho profissional na regulação das relações sociais.

Numa dada situação social, diante das demandas sociais que exigem iniciativas de intervenção social e a elaboração de respostas profissionais, requerem do assistente social uma postura ético-política, técnico-operativa e teórico-metodológica. Utilizando de forma coerente e harmônica as categorias defendidas pela profissão, as ações profissionais responderão as demandas postas no fazer profissional, onde as relações sociais devem ser estudadas e fundamentadas numa perspectiva histórica e teórica. Portanto, segundo a autora as ações profissionais são “atribuições que viabilizam as respostas dos profissionais as requisições colocadas pelas demandas institucionais, como parte da prestação dos serviços sociais” (TRINDADE, 2013, p. 76).

Diante disto, os procedimentos, instrumentos e técnicas devem ser utilizados buscando superar a seletividade e a focalização impostas pelas instituições, que vivem hoje num contexto de Estado Mínimo, oferecendo políticas públicas tendenciosas ao detrimento da participação social. Recai, também, sobre o assistente social a melhor atuação na tentativa de romper com a autonomia relativa dentro das instituições, em que os profissionais seguem os critérios das instituições para liberar os recursos.

Desde então, os assistentes sociais em atuação nas instituições utilizam de diversas ações profissionais, procedimentos, instrumentos e técnicas que são elas: de caráter individual; de caráter coletivo; de caráter administrativo organizacional; e de formação profissional, de capacitação e de pesquisa. Esse conjunto compõe parte

da produção das respostas profissionais fundamentada pelo projeto ético-político, técnico-operativo, teórico-metodológico, que permeia os “objetivos colocados pelos assistentes sociais seguindo os princípios éticos e os direitos que fundamentam o acesso a políticas e os serviços sociais” (TRINDADE, 2013, p. 79).

Em relação ao caráter individual da atuação profissional, no trabalho com as políticas sociais, os assistentes sociais têm viabilizado condições necessárias à execução do atendimento e o repasse de serviços e bens através do contato direto com os usuários, onde se utiliza, por exemplo, de entrevistas, escuta qualificada, orientações, encaminhamentos para outros serviços de apoio, acompanhamento social, registros e documentações, etc.

O assistente social atua nas providências necessárias à facilitação do acesso, no provimento de condições institucionais para que o atendimento se realize, além de oferecer um suporte emocional ao usuário diante das dificuldades geradas pela fragilidade dos mesmos (TRINDADE, 2013, p. 84).

Uma dificuldade enfrentada é durante a efetivação do usuário no acesso a redes e serviços, maior dificultador dos encaminhamentos e acompanhamentos, mas que deveria ser o motivador de ações que o cidadão tem direito, provendo que as informações sejam circuladas através de relatórios e pareceres sociais, contribuindo para o conhecimento da equipe, facilitando o atendimento na instituição e até mobilizando as redes de serviços do território. Aqui destaco a responsabilidade da gestão para manter e criar mecanismos que promovam as articulações e comunicações entre os diversos serviços sociais em rede. Porém, os documentos elaborados para registros de dados são empregados apenas para estatísticas e produtividade de serviços e fins burocráticos.

Complementa a autora que, as condições impostas pelo mercado de trabalho e as instituições para o exercício profissional “[...] dificultam a realização de pesquisas e análises a partir desses registros, reforçando as práticas desprovidas de planejamento e avaliação sistemática” (TRINDADE, 2013, p. 88). Além disso, são impostas condições que ferem o Código de Ética, quando os profissionais enfrentam dificuldades para garantir o direito e o dever ao sigilo profissional em relação aos espaços físicos inadequados e insuficiência de condições para o arquivamento da documentação.

A prática profissional possibilita realizar ações de caráter coletivo, em que é possível a socialização da informação, compartilhamento de experiências, através de reuniões, palestras, dinâmica de grupo. Os procedimentos grupais são bem diferenciados e caracterizados de acordo com a intencionalidade do profissional para possibilitar a compreensão e reflexão dos usuários. Há também a necessidade de organizar algo mais amplo do que as atividades grupais no interior das instituições, na intenção de abranger um público maior e informarem sobre os direitos e apoiarem reivindicações, como as atividades organizadas por movimentos sociais e entidade da sociedade civil. Tem-se ainda a demanda de atuação referente à mobilização e a organização dos Conselhos de Direito e de Políticas Sociais. Porém, no cotidiano profissional encontram-se dificuldades para os assistentes sociais realizarem ações de caráter coletivo já que se trata de uma combinação de fatores como: “[...] múltiplos vínculos, jornada de trabalho reduzida, aceitação das demandas pontuais e burocrático-administrativas [...] baixa experiência políticas dos profissionais” (TRINDADE, 2013, p. 97).

Os assistentes sociais atuam em vários patamares, além do atendimento individual, como as ações e procedimentos administrativo-organizacionais que são referentes às ações de articulação intra e interinstitucionais e às ações de organização e gestão de serviços, tendo em vista o reordenamento das políticas de seguridade social, a descentralização e a municipalização das políticas. Estes profissionais tem que lidar com situações diferenciadas a todo o momento, requerendo que adotem medidas de articulação e mobilização eficazes e abrangentes que viabilizem os atendimentos de acordo com a necessidade e “direcionado à manutenção de uma base de apoio para permanência do usuário na estrutura institucional” (TRINDADE, 2013, p. 98).

Nota-se a importância do encaminhamento realizado com consciência, na tentativa de efetivar e completar o atendimento e o acesso do usuário aos serviços, que por vezes não é ofertado em uma única instituição. “E nesse âmbito de organização e de gestão dos serviços os assistentes sociais também estão envolvidos em ações de planejamento, de administração, de captação de recursos financeiros e elaboração de orçamentos” (TRINDADE, 2013, p. 100). Portanto, é necessário que cada profissional tenha em mente seu papel dentro das instituições e atue de forma mais

qualificada possível, para ampliar as possibilidades de intervenção, e não se torne mero cumpridor de tarefas.

As ações profissionais aparecem com menor incidência na atuação junto aos cursos de graduação em Serviço Social e na supervisão de estágio, nas modalidades presenciais e à distância, onde alguns profissionais assumem posição de professores. Porém, com a precariedade do mercado de trabalho e das políticas sociais, muitos problemas têm ocorrido em razão da insuficiência ou ausência de condições éticas e técnicas para a atuação do profissional nas instituições.

“Vale ressaltar que nas experiências profissionais qualificadas e propositivas são imprescindíveis as ações de pesquisa e a reflexão permanente sobre a realidade, para além do imediato apresentado pelas demandas institucionais” (TRINDADE, 2013, p. 100). Neste contexto, é importante destacar a necessidade de ações de pesquisa, realizado tanto nas pesquisas acadêmicas como na atuação profissional para conhecimento sistemático da realidade com o qual trabalha.

Então, segundo a autora, percebe-se que as ações profissionais, os procedimentos e os instrumentos utilizados pelos assistentes sociais na regulação das relações sociais são resultado de alterações históricas da base sócio-organizacional, que vem se modificando no decorrer dos anos. Não se constitui, portanto, um conjunto neutro e meramente técnico, porém são instrumentos e técnicas modificáveis de acordo com as exigências do tipo de atividade a ser realizada e da situação em que se encontra o usuário, ou seja, são permeadas pelas circunstâncias em que se produzem as necessidades sociais e pela caracterização das intervenções sociais para enfrentar as manifestações da questão social. Assim, o instrumental pode ser estimado não somente em seus aspectos técnicos, mas nas implicações sociopolíticas da prática, viabilizando uma intervenção que possui direção social no movimento contraditório da sociedade.

5 O SERVIÇO SOCIAL NO CAMPO DA SAÚDE BRASILEIRA

O Serviço Social no Brasil passa a se expandir a partir da década de 1940 até a década de 1960, passando por modificações/complementações em relação ao embasamento técnico mais consistente para a ação profissional. Foi a partir de 1945 que ocorreu o aprofundamento do capitalismo e o fim da Segunda Guerra Mundial com consequências sociais, sucedendo a expansão e ampliação do Serviço Social. Neste mesmo período pontua-se um agravamento na saúde da população, principalmente a população de países periféricos. Como resultado se tem a consolidação da Política Nacional de Saúde no período de 1945-1950, que redefiniu um novo conceito de saúde, ampliando a assistência médica pela previdência social, requisitando a atuação de outros profissionais, como o assistente social, para trabalhar na saúde (BRAVO; MATOS, 2004).

O assistente social vai atuar nos hospitais colocando-se entre a instituição e a população, a fim de viabilizar o acesso dos usuários aos serviços e benefícios. Para tanto, o profissional utiliza-se das seguintes ações: plantão, triagem ou seleção, encaminhamento, concessão de benefícios e orientação previdenciária (BRAVO; MATOS, 2004, p. 3).

Bravo e Matos (2004, p 4 - 5) afirmam que “uma ação que considera-se importante para os assistentes sociais é a viabilização da participação popular nas instituições e programas de saúde”, porém esta atividade só refletiu na profissão após as décadas de 1950 e 1960 com os trabalhos de Desenvolvimento de Comunidade. Após a década de 1960 a situação no Serviço Social deu sinais de modificação a partir de debates na profissão que, questionando o conservadorismo, difundindo a “perspectiva modernizadora”, rebateu na saúde, “no sentido de adequar a profissão às exigências postas pelos processos sociopolíticos emergentes” após o Golpe Militar.

Esta perspectiva teve como núcleo central a tematização do Serviço Social como integrador no processo de desenvolvimento, com aportes extraídos do estrutural-funcionalismo norte-americano, sem questionar a ordem sociopolítica e sim, com a preocupação de inserir a profissão numa moldura teórica e metodológica (BRAVO; MATOS, 2004, p. 5).

Já na década de 1970, os assistentes sociais assumem atividades de planejamento, coordenação, acompanhamento e avaliação de programas sociais, passando a fazer parte do cotidiano profissional novos instrumentais de intervenção, exigindo o

domínio de um conjunto técnico mais sofisticado. Proveniente do movimento de renovação do Serviço Social ocorrido entre 1965-1975, após o processo de laicização da profissão.

Ainda, segundo Bravo e Matos (2004), na década de 1980 o Serviço Social expandiu seu debate teórico e incorporou algumas temáticas fundamentadas no marxismo, nesta conjuntura “de crise do Estado brasileiro, de falência da atenção à saúde e do movimento de ruptura com a política de saúde vigente e construção de uma reforma sanitária brasileira” (p. 7), a profissão passa por uma revisão interna, um processo de intenção de ruptura do Serviço Social tradicional introduzindo a tendência hegemônica atual da profissão.

Já na década de 1990, é intensificada a dificuldade de consolidar um Estado participativo e políticas sociais justas e universais, diante da consolidação do projeto político econômico neoliberal que confronta com o projeto profissional hegemônico no Serviço Social e com o projeto da Reforma Sanitária. Portanto, o mercado privatista influencia o modelo de saúde no Brasil, fazendo com que o Estado reduza a sua atuação e garanta apenas o mínimo apenas aos que não podem pagar. Pode-se entender que o trabalho do assistente social na saúde evoluiu durante a década de 1990, diante da postura crítica e avanços na organização da categoria e regulamentação da profissão, entretanto, continua sendo contestado mediante seu projeto profissional hegemônico diante da ofensiva neoliberal, destacando o “caráter focalizado para atender as populações vulneráveis, a desconcentração dos serviços e o questionamento da universalidade do acesso”. (BRAVO; MATOS, 2004, p. 10)

Diante disto os autores identificam dois projetos políticos, que apresentaram diferentes exigências para o Serviço Social, em disputa na área da saúde:

O projeto privatista requisitou, e vem requisitando, ao assistente social, entre outras demandas: seleção socioeconômica dos usuários, atuação psicossocial através de aconselhamento, ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde, assistencialismo através da ideologia do favor e predomínio de práticas individuais (CEFESS, 2010, p. 26).

Entretanto, o projeto da reforma sanitária vem apresentando como demandas que o assistente social trabalhe as seguintes questões: busca de democratização do acesso as unidades e aos serviços de saúde, atendimento humanizado, estratégias de interação da instituição de saúde com a realidade, interdisciplinaridade, ênfase nas abordagens grupais, acesso democrático às informações e estímulo a participação cidadã. (BRAVO; MATOS, 2004, p 10)

Após os anos 2000, estes dois projetos ainda continuam em disputa produzindo políticas sociais fragmentadas e subordinadas a lógica econômica. É nessa época que, principalmente na área da saúde, a crítica ao projeto hegemônico da profissão passa pelo discurso da divisão entre o estudo teórico e a intervenção, pela descrença da possibilidade da existência de políticas públicas e na suposta necessidade da construção de um saber específico na área da saúde, que tanto nega a formação original em Serviço Social ou leva para a exclusividade de estudos na perspectiva da divisão clássica da prática médica (BRAVO; MATOS, 2004).

Assim, o problema não está no fato do Serviço Social buscar conhecimentos em outras áreas da saúde, mas sim no fato de passar a executar e tomar para si atividades que não lhe compete. Referindo ao Serviço Social a ideia de um fazer historicamente definido na divisão do trabalho coletivo em saúde, consistindo ao que Netto (1990, apud BRAVO; MATOS, 2004) denominam de execução terminal de política social. As novas demandas colocadas como gestão, assessoria e a pesquisa, direcionadas ao trabalho profissional e explicitadas na Lei de Regulamentação da Profissão (1993) e nas Diretrizes Curriculares, aprovadas pela ABEPSS (1996), na maioria das vezes, não são consideradas.

Outra questão trabalhada é quando se tenta encobrir a função social da profissão inserida na divisão social e técnica do trabalho, e este profissional se distancia no seu cotidiano do seu objetivo profissional, que na área da saúde se mostra na concepção dos aspectos sociais, econômicos, culturais que interferem no processo saúde-doença e a busca de estratégias para o enfrentamento destas questões. Assim, é necessário reforçar a formação de profissionais direcionados para uma visão generalista para o SUS, tendo como norte o projeto ético-político profissional (BRAVO; MATOS, 2004).

O trabalho do assistente social na saúde deve ter como eixo central a busca criativa e incessante da incorporação dos conhecimentos e das novas requisições à profissão, articulados aos princípios dos projetos da reforma sanitária e ético-político do Serviço Social. É sempre na referência a estes dois projetos que se poderá ter a compreensão se o profissional está de fato dando respostas qualificadas as necessidades apresentadas pelos usuários (BRAVO; MATOS, 2004, p. 17).

5.1 COMPETÊNCIAS E ATRIBUIÇÕES DO ASSISTENTE SOCIAL: OS PARÂMETROS PARA SUA ATUAÇÃO NA SAÚDE

No que se refere às atribuições e competências do assistente social em qualquer espaço socio-ocupacional se tem por orientação o Código de Ética e a Lei nº 8.662, de 7 de junho de 1993 (Lei da Regulamentação da Profissão) que promulgam os direitos e deveres do profissional. Assim, destaco a alínea c, do artigo 2º do Código de Ética, onde é assegurado os direitos gerais dos assistentes sociais, que dispõe sobre a “participação na elaboração e gerenciamento das políticas sociais e na formulação e implementação de programas sociais” (CFESS, 1993).

Portanto, a atuação nas diferentes políticas sociais, requer do assistente social o reconhecimento da questão social como objeto de intervenção e um profissional que atue numa perspectiva totalizante, baseada na identificação das determinações sociais, econômicas e culturais das desigualdades sociais. Longe das abordagens tradicionais funcionalistas e pragmáticas, que reforçam as práticas conservadoras e individuais.

A Lei da Regulamentação da Profissão (BRASIL, 1993), dispõe sobre a profissão e dá outras providências que permitem ao profissional realizar a análise crítica da realidade, para estruturar seu trabalho e estabelecer as competências e atribuições específicas necessárias ao enfrentamento das situações e demandas sociais que se apresentam em seu cotidiano. Conforme o artigo 4º discorre sobre as competências do assistente social:

- Elaborar, implementar, executar e avaliar políticas sociais junto à órgãos da administração pública direta ou indireta, empresas, entidades e organizações populares;
- Elaborar, coordenar, executar e avaliar planos, programas e projetos que sejam de âmbito de atuação do Serviço Social com participação da sociedade civil;
- Encaminhar providências e prestar orientação social a indivíduos, grupos e à população;

- Orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos;
- Planejar, organizar e administrar benefícios e serviços sociais;
- Planejar, executar e avaliar pesquisas que possam contribuir para a análise da realidade social e para subsidiar ações profissionais;
- Prestar assessoria e consultoria a órgãos da administração pública direta, indireta, empresas privadas e outras entidades;
- Prestar assessoria e apoio aos movimentos sociais em matéria relacionada às políticas sociais, no exercício e na defesa dos direitos civis, políticos e sociais da coletividade;
- Planejamento, organização e administração de serviços sociais e de Unidade de Serviço Social;
- Realizar estudos socioeconômicos com os usuários para fins de benefícios e serviços sociais junto aos órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades.

Ainda no artigo 5º, apresenta como atribuições do Assistente Social:

- Coordenar, planejar, executar, supervisionar e avaliar estudos, pesquisas, planos, programas e projetos na área de Serviço Social;
- Planejar, organizar e administrar programas e projetos em Unidade de Serviço Social;
- Assessoria e consultoria a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades em matéria de Serviço Social;
- Realizar vistorias, perícias técnicas, laudos periciais, informações e pareceres sobre a matéria de Serviço Social;
- Assumir, no magistério de Serviço Social, tanto a nível de graduação quanto pós-graduação, disciplinas e funções que exijam conhecimentos próprios e adquiridos em curso de formação regular;
- Treinamento, avaliação e supervisão direta de estagiários de Serviço Social;
- Dirigir e coordenar Unidades de Ensino e Cursos de Serviço Social, de graduação e pós-graduação;

- Dirigir e coordenar associações, núcleos, centros de estudo e de pesquisa em Serviço Social;
- Elaborar provas, presidir e compor bancas de exames e comissões julgadoras de concursos e outras formas de seleção para assistentes sociais, ou onde sejam aferidos conhecimentos inerentes ao Serviço Social;
- Coordenar seminários, encontros, congressos e eventos assemelhados sobre assuntos de Serviço Social;
- Fiscalizar o exercício profissional por meio dos Conselhos Federal e Regionais;
- Dirigir serviços técnicos de Serviço Social em entidades públicas ou privadas;
- Ocupar cargos e funções de direção e fiscalização da gestão financeira em órgãos e entidades representativas da categoria profissional.

Diante do exposto, através das competências e atribuições do assistente social é fundamental o conhecimento dos instrumentos legais para especificar os parâmetros de atuação profissional na saúde que caracterizam a ação profissional que se estruturam no conhecimento da realidade e dos sujeitos para os quais são destinadas, na definição dos objetivos, na escolha de abordagens e dos instrumentos apropriados às abordagens definidas. Portanto, a ação profissional possui os fundamentos teórico-metodológicos e ético-político e os procedimentos técnico-operativos estabelecidos pela profissão em certo momento histórico (CFESS, 2010).

A questão social é a base de fundamentação do projeto ético-político da profissão e pauta-se na perspectiva da totalidade social, tendo como alguns conceitos fundamentais para a ação dos assistentes sociais na saúde a concepção de saúde, a integralidade, a intersetorialidade, a participação social e a interdisciplinaridade. Ao defender a concepção de saúde contida na Constituição Federal de 1988 e na Lei nº 8.080/1990, o movimento de Reforma Sanitária define a importância da determinação social apoiada nas categorias de trabalho e reprodução social da vida. Nessa concepção, é fundamental o contexto e as condições sociais que influenciam o processo saúde-doença. Segundo, Iamamoto (1982, apud CFESS, 2010), “essas expressões da questão social devem ser compreendidas como o conjunto das

desigualdades da sociedade capitalista, que se expressam por meio das determinações econômicas, políticas e culturais que impactam as classes sociais”.

Portanto, os assistentes sociais na saúde atuam em quatro grandes eixos: atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional. A partir do exposto, é importante destacar que esses eixos não devem ser compreendidos de forma segmentada, mas articulados dentro de uma concepção de totalidade (CFESS, 2010).

5.2 O SERVIÇO SOCIAL NO NASF

A implantação do SUS tem provocado muitas mudanças no campo da saúde desde sua criação pela Constituição Federal de 1988, que se pode considerar o passo principal na garantia de direitos, dentre outras leis, decretos, portarias que foram promulgadas no decorrer da história do SUS, sendo assim, como já explicitado, o ESF foi criado com o intuito de integrar o indivíduo e a sociedade numa visão abrangente, como já vimos no decorrer do trabalho.

A ESF pressupõe processos de territorialização, de planejamento participativo, de atuação no fortalecimento dos espaços de controle social, além de intervenção no processo saúde–doença. Depara-se com as mais extremas expressões da exclusão social, com negação dos direitos humanos e sociais. No âmbito da saúde, há que se destacar a importância da participação social de diferentes forças na luta pela construção de um projeto democrático, em face dos preceitos constitucionais: saúde como direito do cidadão e dever do Estado (BRASIL, 2010a, p. 88).

Assim, cabe à equipe da ESF enfrentar os problemas individuais e biológicos, como também os problemas coletivos e socioculturais das pessoas e da comunidade pela qual tem responsabilidade sanitária. Demandam dos profissionais de saúde aptidões nas dimensões técnicas, humanas, políticas e sociais.

[...] As habilidades e atitudes mais exigidas dizem respeito à capacidade de comunicação, realização de uma escuta qualificada, propiciando o diálogo entre comunidade e profissionais dos serviços, capacidade de articulação das redes sociais comunitárias, fortalecimento de parcerias entre equipe e comunidade e as outras políticas públicas setoriais; mediação entre usuários e equipe de saúde e entre os próprios membros das equipes, fundamentado no compromisso profissional, na ética, no respeito às diferenças e à cultura local (BRASIL, 2010a, p. 89).

Sendo o NASF um núcleo de apoio às ESFs a inclusão do Serviço Social nestes é fundamental para o que prevê a Portaria nº 154 de 15 de maio de 2008 (BRASIL, 2008) e está em consonância com os princípios éticos e políticos da profissão e do projeto de reforma sanitária:

As ações de Serviço Social deverão se situar como espaço de promoção da cidadania e de produção de estratégias que fomentem e fortaleçam redes de suporte social, propiciando maior integração entre serviços sociais e outros equipamentos públicos e os serviços de saúde nos territórios adscritos, contribuindo para o desenvolvimento de ações intersetoriais que visem ao fortalecimento da cidadania (BRASIL, 2008).

Portanto, o Serviço Social no NASF deve partir da apreensão de que o direito à saúde é direcionado pela promoção da cidadania, promovendo ações junto às equipes das ESFs através de articulações intersetoriais, educação e mobilização em saúde e formação de redes de proteção social. Ou seja, deve ser desenvolvido de forma interdisciplinar e integrado com as equipes, para prestar apoio no trato das mais variadas expressões da questão social do cotidiano na área da saúde do território abrangente, fazendo as interlocuções com as redes existentes. Para isso é necessário a compreensão do processo saúde-doença, que requer considerar, conhecer e interagir com o território. É neste cenário que o assistente social, juntamente com as demais categorias profissionais, busca caminhar no sentido de compreender, intervir, antecipar e planejar projetos sociais e terapêuticos (BRASIL, 2010a).

O assistente social é um profissional que trabalha permanentemente na relação entre estrutura, conjuntura e cotidiano, contribuindo com as equipes na apreensão e na ação em face do cotidiano, no qual as determinações conjunturais se expressam e a prática se realiza (BRASIL, 2010a, p. 88).

A atuação do Serviço Social em um NASF é permeada por variados e numerosos objetivos, que dependem de ser ajustados às várias realidades onde a prática se efetiva. A seguir se esboça uma síntese (BRASIL, 2010a, p. 90):

1. Desenvolver ações que garantam a escuta e acolhida dos usuários;
2. Incentivar e contribuir no processo de fortalecimento da autonomia e da organização pessoal do usuário;
3. Apoiar os usuários na construção e ressignificação de seu projeto de vida;

4. Criar espaços grupais que possibilitem a construção de relações humanizadoras e socializadoras por meio de trocas de experiências e construção de rede de apoio;
5. Desenvolver ações integradas com os profissionais da equipe correlacionados com a área de atuação em atenção à saúde e demais políticas públicas;
6. Socializar informações nas equipes e participar de discussão de situações vivenciadas por usuários e/ou familiares com as demais categorias profissionais, valorizando as ações desenvolvidas por eles;
7. Promover a integração dos demais membros da equipe de trabalho;
8. Produzir conhecimento sobre a população atendida na área da saúde, processo de pesquisa e a especificidade do Serviço Social;
9. Participar da elaboração conceitual/metodológica para apoiar as práticas educativo-participativas desenvolvidas pela equipe de trabalho, com usuários e população atendida;
10. Construir coletivamente e de forma participativa entre a equipe de saúde, segmentos organizados da comunidade, usuários e demais sujeitos sociais populares envolvidos a organização do trabalho comunitário.
11. Incentivar a participação dos usuários nos fóruns de discussão e deliberação, tais como: Conselhos Locais de Saúde, Conselho Distrital de Saúde, Conselhos de Assistência Social, Conselho de Direitos da Criança e do Adolescente, Conselhos do Idoso e demais Conselhos de direitos, Reuniões da Comunidade, e outros.

A partir desta síntese dos objetivos e do que dispõe a Portaria nº 154 de 15 de maio de 2008 (BRASIL, 2008), é possível definir as ações do Serviço Social no NASF, como resultado da interação do assistente social com todos os demais profissionais envolvidos na estratégia de intervenção, conforme detalha o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010a, p. 91):

1. Coordenar os trabalhos de caráter social adstritos às equipes das ESFs;
2. Estimular e acompanhar o desenvolvimento de trabalhos de caráter comunitário em conjunto com as equipes das ESFs;

3. Discutir e refletir permanentemente com as equipes das ESFs à realidade social e as formas de organização social dos territórios, desenvolvendo estratégias de como lidar com suas adversidades e potencialidades;
4. Atenção às famílias de forma integral, em conjunto com as equipes das ESFs, estimulando a reflexão sobre o conhecimento dessas famílias, como espaços de desenvolvimento individual e grupal, sua dinâmica e crises potenciais;
5. Identificar no território, junto com as equipes das ESFs, valores e normas culturais das famílias e da comunidade que possam contribuir para o processo de adoecimento;
6. Discutir e realizar visitas domiciliares com as equipes das ESFs, desenvolvendo técnicas para qualificar essa ação de saúde;
7. Possibilitar e compartilhar técnicas que identifiquem oportunidades de geração de renda e desenvolvimento sustentável na comunidade ou de estratégias que propiciem o exercício da cidadania em sua plenitude, com as equipes das ESFs e a comunidade;
8. Identificar, articular e disponibilizar, junto às equipes das ESFs, rede de proteção social;
9. Apoiar e desenvolver técnicas de educação e mobilização em saúde;
10. Desenvolver junto com os profissionais das equipes das ESFs estratégias para identificar e abordar problemas vinculados à violência, ao abuso de álcool e a outras drogas;
11. Estimular e acompanhar as ações de controle social em conjunto com as equipes das ESFs;
12. Capacitar, orientar e organizar, junto com as equipes das ESFs, o acompanhamento das famílias do Programa Bolsa-Família e outros programas federais e estaduais de distribuição de renda;
13. No âmbito do Serviço Social, identificar e buscar as condições necessárias para a atenção domiciliar.

Portanto, podem ser enumeradas algumas estratégias metodológicas na organização do processo de trabalho em AB, que devem ser articuladas e relacionadas com as demandas de cada realidade, para cada momento histórico e para um agir crítico e reflexivo, como a abordagem grupal, abordagem familiar, abordagem individual, abordagem de rede social, visitas domiciliares, grupos

educativos e/ou de convivência, visitas institucionais, estudo social, aperfeiçoamento, formação e produção de conhecimentos, Intervenção coletiva, planejamento e gestão (BRASIL, 2010a).

A atuação do assistente social no NASF deve ser desenvolvida com apoio da instituição, através de ações individuais e compartilhadas, fortalecendo a criação de espaços coletivos de discussões e planejamento. Para isso é necessário um conjunto integrado de saberes e práticas articuladas às demais ações de apoio junto às ESFs, o que possibilita algumas oportunidades de intervenção conjunta com os demais membros do NASF e com as equipes das ESFs, conforme o Ministério da Saúde:

A atuação da área de Serviço Social no NASF apresenta importante contribuição na articulação e formulação de estratégias que busquem reforçar e criar experiências nos serviços de saúde, que efetivem o direito à saúde e a consolidação da cidadania.

Os profissionais de saúde, ao trabalhar com a questão social nas suas mais variadas expressões cotidianas, têm o desafio de estabelecer muitos olhares para fazer enfrentamentos críticos da realidade, para estabelecer estratégias do agir profissional de forma criativa e inovadora, que se complementam na interlocução com outras categorias profissionais, no cotidiano do trabalho e com os demais sujeitos políticos envolvidos (BRASIL, 2010a, p. 95).

A intervenção profissional, nesta perspectiva, assinala para a necessidade de uma sólida base de conhecimentos, ligada a uma direção política consistente que nos permita desvendar adequadamente as tramas conjunturais e as forças sociais presentes.

6 ANÁLISE DOS DADOS

6.1 PERFIL PROFISSIONAL

A profissional entrevistada é graduada pela Universidade Federal do Espírito Santo - UFES em abril de 2004. Especialização em Projetos Sociais em 2006, pela Interação. Especialização em Atenção Primária à Saúde, pela Faculdade Católica Salesianas, em 2010. Atuou como Instrutora de Agente Jovem no IASES em Viana, dando apoio técnico ao curso de formação direcionado por uma proposta de mudança de trabalho Depois, contratada pelo Instituto Solidário, que gerenciava a prestação de serviços à SEJUS, atuou no Programa de Atenção à Saúde Prisional, compondo a primeira equipe de saúde prisional, na Penitenciária Estadual de Tucum - Cariacica, de 2006 a 2009. E após ser aprovada no concurso público ofertado na área da saúde pelo município de Anchieta, atuou na Secretaria Municipal de Saúde de Anchieta de 2009 até o presente momento no NASF. Ela atua na área saúde do município há mais de 6 anos.

6.2 TRAJETÓRIA DE IMPLANTAÇÃO DO NASF NO MUNICÍPIO DE ANCHIETA E O SERVIÇO SOCIAL LOCAL

Para iniciar a análise, reforço sobre o processo de surgimento do Serviço Social, que segundo Matos (2013), ocorre no momento de transição do capitalismo concorrencial para o monopolista, ocasionando o aumento da questão social, expressão da desigualdade do modo de acumulação capitalista.

A introdução do Serviço Social na área da saúde, no início da década de 1990, advindo da Constituição de 88 e principalmente da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), ainda não era municipalizado, ou seja, existia apenas um profissional de Serviço Social que atuava no âmbito do Estado, e tratava apenas das questões assistenciais. (ENTREVISTADA)

A entrevistada esboça o início da história do Serviço Social no município de Anchieta, já que não foi possível encontrar documentos para seu embasamento. Percebe-se que a inserção do Serviço Social na AB aconteceu tardiamente, em relação aos primórdios da profissão na área da saúde no Brasil. Razão que se explica diante do processo de municipalização, conquistado por meio do princípio da descentralização político-administrativa da saúde definido pela Constituição de 1988,

preconizando a autonomia dos municípios e a localização dos serviços de saúde na esfera municipal, próximos dos cidadãos e de seus problemas de saúde.

Matos (2013) pontua que nos anos 1940 e 1950 o Serviço Social vai construir um discurso e uma prática pautada em metodologias e teorias próprias de cada processo interventivo. Assim, compreende-se que os diferentes modos de intervenção variariam a depender do tipo de instituição, favorecendo o “Serviço Social Médico”. A inserção do Serviço Social nos serviços de saúde foi impulsionado pela busca de construção do exercício profissional a partir do modelo médico-clínico, sendo demandado primeiramente nos hospitais.

Observa-se também que para entender o retardamento da expansão do Serviço Social na área da saúde é importante destacar alguns pontos que serão esboçados a seguir. Segundo Vasconcelos (2006) e Matos (2013), somente nos anos 1970, o Serviço Social brasileiro passa pelo importante processo de Renovação e especialmente pela tendência “Intenção de Ruptura”, movimento interno à profissão que emerge na década de 1960. E no final da década de 1970, se destaca um movimento pela democratização da saúde, tendo como princípio a crítica à concepção de saúde restrita à dimensão biológica e individual. Porém, até os anos 1980, houve muita dificuldade de articulação da profissão, que vivia o processo de Renovação, com o Movimento de Reforma Sanitária Brasileira, que reunia profissionais da área da saúde e militantes com vistas a alterar o modelo médico-assistencial privatista por meio da discussão coletiva progressista na área da saúde. Em 1990, pode-se afirmar que os assistentes sociais incorporaram os princípios da reforma sanitária, princípios estes que se constitui dos princípios do SUS.

Logo, afirma a importância da Carta Constitucional de 1988 que, segundo Vasconcelos (2006), garante os princípios fundantes de um novo Sistema de Seguridade Social, que compreende a Saúde, a Assistência e a Previdência Social. O CONASS (BRASIL, 2011a), enfatiza que na saúde, houve clara opção preferencial pela municipalização, a partir do qual a inserção do Serviço Social nos serviços de saúde municipais foi demandada, no que estava sendo construída a AB de saúde, para além do Serviço Social hospitalar.

O processo de implantação do SUS foi impulsionado também pelas Normas Operacionais Básicas (NOB) do SUS. Essas normas definiram competências de cada esfera de governo na implantação do SUS e as condições necessárias para que estados e municípios pudessem assumir as novas atribuições, impulsionando a municipalização. Definiam também critérios para repasses de recursos do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Estaduais e Municipais de Saúde. Dessa forma, o SUS rompeu com a trajetória de formação do Estado brasileiro assentada na centralização e com uma concepção de cidadania regulada. A Norma Operacional Básica do SUS (NOB–SUS/96) criada pela Portaria GM/MS n. 2.203, de 5 de novembro de 2006, é um dos principais instrumentos estruturantes do SUS que consolidou a política de municipalização, estabelecendo a gestão plena do sistema municipal e a gestão plena da atenção básica e redefiniu as responsabilidades da União e dos estados (BRASIL, 2011a).

A presente Norma Operacional Básica tem por finalidade primordial promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal e do Distrito Federal, da função de gestor da atenção à saúde dos seus municípios, com a consequente redefinição das responsabilidades dos Estados, do Distrito Federal e da União [...]. Isso implica aperfeiçoar a gestão dos serviços de saúde no país e a própria organização do Sistema, visto que o município passa a ser, de fato, o responsável imediato pelo atendimento das necessidades e demandas de saúde do seu povo e das exigências de intervenções saneadoras em seu território (BRASIL, 2011a, p. 129-130).

No início do ano de 2006 também foi aprovado o Pacto pela Saúde através da Portaria GM/MS n. 399, de 22 de fevereiro de 2006, um movimento de mudança que tem possibilitado a efetivação de acordos entre as três esferas de gestão para a reforma de aspectos institucionais vigentes e promovido inovações nos processos e instrumentos de gestão, e está redefinindo responsabilidades coletivas por resultados sanitários em função das necessidades de saúde da população e da busca da equidade social (BRASIL, 2011a).

Neste contexto, a história do Programa Saúde da Família (PSF), implementado no Brasil, através da Portaria GM/MS n.º 692 de março de 1994, vem se destacando como estratégia para reorganização da atenção básica, na lógica da vigilância à saúde, representando uma concepção de saúde centrada na promoção da qualidade de vida enfocando a família como unidade de ação programática de saúde e não somente o indivíduo. Deve-se ter em mente que o objetivo geral da ESF é de

"contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica [...] imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população" (BRASIL, 2000, p. 10).

Portanto, o SUS criado pela Constituição Federal de 1988 teve origens em movimentos políticos e sanitários surgidos na década de 1970 e vem se recriando, já que é uma política pública jovem com capacidade de renovar-se sempre. Possibilitando com o processo de municipalização uma grande expansão nos serviços de saúde ligados à atenção básica, abrindo, assim, novas possibilidades da inserção do assistente social na saúde para além da área hospitalar, como demonstra a adoção da ESF como estratégia para expansão do acesso da população aos serviços de saúde na lógica de territorialização.

Nessa lógica, o NASF foi criado com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, busca qualificar o trabalho direcionado para a promoção de saúde na ótica da integridade dos usuários por meio de atividades desenvolvidas no território. A criação de novos espaços, como o NASF, vem ampliando o foco de atenção à saúde, tencionando constantemente a superação do modelo de atenção centrado na doença. No entanto, como serviço que pretende superar esse padrão, o NASF vai aos poucos ganhando legitimidade através dos desafios enfrentados diariamente pelos profissionais, dentre eles o assistente social.

Estes apontamentos são expressos na situação atual no município de Anchieta que conta com 08 assistentes sociais efetivas que atuam na área da saúde. Além de 02 contratadas em um processo seletivo em Designação Temporária em 2013, totalizando 10 profissionais de Serviço Social. É importante destacar também, que no Município de Anchieta, os assistentes sociais com vínculo efetivo é uma realidade somente da área da saúde.

Podemos refletir sobre a realidade do município no que se refere às formas de vinculação profissional, em que os efetivos sobressaem na área da saúde e não área da assistência social, tendo em mente que a Política de Assistência Social é muito nova em comparação a Política de Saúde. Apesar da ampliação do mercado

de trabalho do assistente social na década de 1990, fruto do processo de municipalização das políticas sociais, essa realidade ainda não era na assistência social. Somente a partir dos anos 2000, foram criados novos programas na área da Assistência Social, executados nos municípios.

O processo de expansão do Serviço Social na saúde de Anchieta se inicia em 2002, quando se inaugurou o Centro de Atenção Psicossocial 1 (CAPS 1), onde já figurava em seu quadro técnico um Assistente Social. Depois foi inserido um profissional no Centro de Especialidades Unificadas (CEU), que tratava das questões relativas a processo de pedidos de medicamentos, Estudo socioeconômico. Em 2008 foi realizado um concurso público para diversas áreas da saúde, onde foram disponibilizadas 06 vagas para assistente social que foram assim distribuídas: 01 para a Equipe de Apoio (Hoje NASF), 01 para o Centro de Atenção Psicossocial 1 (CAPS1), 01 para o Centro de Especialidade unificada (CEU), 01 para o Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), posteriormente foram convocadas 03 para o Pronto Atendimento, 01 para o CAPS AD. Em um Processo Seletivo em Designação Temporária em 2013 foram convocadas duas profissionais, 01 para o CAPS AD e outra para a Central de Regulação. (ENTREVISTADA)

A implantação do NASF e do Serviço Social no município é muito recente e esse processo teve apoio dos profissionais, incluindo o assistente social, que mais tarde iria fazer parte do NASF implantado como apoio da gerência.

Ao chegarmos ao município de Anchieta, em 2009, não sabíamos ao certo onde atuaríamos, então juntamente com a Nutricionista e a Terapeuta Ocupacional fomos enviadas para as Unidades Básicas de Saúde (UBS), após muitas reuniões e acordos com a gerência imediata. Nestes espaços buscamos conhecer a realidade do território, unimos como 'equipe de apoio' em prol das demandas trazidas pelas UBS através de reuniões com as enfermeiras. A partir daí criou-se uma empatia entre os profissionais que faziam parte da 'equipe de apoio', fazendo com que passássemos a nos reunir/alocar na sala da gerência, já que não tínhamos sala própria, na intenção de uma sistematização de ação. (ENTREVISTADA)

Relata ainda que, pouco tempo depois uma psicóloga foi convocada para complementar a "equipe de apoio", que passou a ser composta somente por quatro categorias de profissionais, que foram convocados com intenção de dar apoio às UBS, pois o município ainda não tinha feito a adesão à Portaria GM/MS nº 154, de 24 de janeiro de 2008.

Trabalhamos dessa forma muito tempo: dentro da proposta do NASF, sem ser o NASF. Já existia no final de 2009 uma proposta de NASF, porém a gestão não se mostrou interessada em executar. Neste período, ficamos a disposição da gerência para fazer o que eles solicitavam, como por exemplo, em 2010, surge o Plano Diretor na Atenção Primária em Saúde, e o secretário municipal de saúde determinou que fôssemos às facilitadoras desse plano para mais ou menos 200 funcionários. (ENTREVISTADA)

Em sequência, a exposição da entrevistada aborda a forma como o NASF começou a ser introduzido de forma gradativa no Município de Anchieta.

A partir de 2011, ainda permanecendo com essa proposta de equipe de apoio, aos poucos as coisas foram caminhando, e a equipe em busca de ocupar seu espaço conseguiu uma sala própria, mesmo que temporária. Em 2012, foi elaborado o projeto do NASF, na intenção de credenciar o NASF no município pelo Estado. Assim, para conhecer mais a proposta do NASF, fizeram visitas em outros municípios como Vila Velha e Mimoso do Sul, que estavam em fase inicial de implantação do NASF, só que nenhum desses atendia a proposta do Ministério da Saúde que é muito ampla. (ENTREVISTADA)

Após passar pelo processo de adesão junto a Secretaria Estadual de Saúde e ao Ministério Público, o NASF de Anchieta foi implantado na modalidade 1 e conta com uma equipe composta por 02 Nutricionistas, 01 Assistente Social, 01 fonoaudióloga, 01 Educadora Física, 01 Psicóloga, 01 Terapeuta Ocupacional, que tem que dar conta das demandas trazidas pelas 09 ESFs distribuídas no município de Anchieta. Portanto, segundo a Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012, o NASF implantado no município é enquadrado na modalidade NASF 1, em razão dos parágrafos I e II do art. 3º

I - A modalidade NASF 1 deverá ter uma equipe formada por uma composição de profissionais de nível superior que reúnam as seguintes condições: a) a soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe deve acumular no mínimo 200 (duzentas) horas semanais; b) nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que 20 (vinte) horas; e c) cada ocupação, considerada isoladamente, deve ter no mínimo 20 (vinte) horas e no máximo 80 (oitenta) horas de carga horária semanal.
II - Cada NASF 1 deverá estar vinculado a no mínimo 5 (cinco) e a no máximo 9 (nove) Equipes Saúde da Família e/ou equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais) (BRASIL, 2012a).

Os principais avanços para o Serviço Social durante todo esse processo descrito foi apontado pela entrevistada, como sendo: a realização de concurso público em 2008 e a conquista do Plano de Carreira, Cargos e Salários disposto na Lei 773 de 13 de março de 2012, onde a assistente social da área da saúde conquistou as 30 horas no município, dentre outras conquistas.

Essa trajetória de conquistas acompanha o avanço na ampliação e qualificação nas ações de saúde no município, como podemos perceber diante o credenciamento do NASF, a partir do qual foi possível sistematizar o trabalho e “brigar” por conquistas.

Assim, baseado em Matos (2013), para entendermos a particularização do Serviço Social na área da saúde é preciso esboçar sobre a caracterização da intervenção profissional, discutindo sobre os determinantes históricos e na configuração do trabalho. Questionamentos e indagações vêm de toda parte em relação à profissão que é da saúde, mas não somente desta área. É difícil compreender que o assistente social não é apenas um profissional da política de assistência. Sendo necessários para dar sequência a discussão ser apontado 03 razões para conhecer a importância da profissão na área da saúde.

O primeiro se refere à necessidade de compreender que o Serviço Social na atualidade é uma profissão da área da saúde juntamente com outras categorias. O segundo está relacionado à importância de estimular a apresentação de projetos que causem impactos na formação profissional, como foi na defesa do projeto “Formação profissional do Serviço Social e sua interface com a saúde”, desenvolvido pela ABEPSS, no contexto do Fórum Nacional de Educação das Profissões na área da Saúde (FNEPAS). E por fim, o terceiro é pertinente à regulamentação da profissão, que diante as demandas trazidas na área da saúde, tem solicitado aos órgãos de fiscalização profissional (CFESS-Cress) subsídios de atuação. Podemos citar os “Parâmetros de atuação de Assistentes sociais na Política de Saúde”, em 2010, como uma resposta a essa demanda (MATOS, 2013).

Porém, parece que essas respostas não são suficientes e o que perpassa até hoje é que a saúde é o maior campo de trabalho dos assistentes sociais, mas ainda se têm questionado sobre sua competência no campo de trabalho já que não atuam somente nessa política. (MATOS, 2013)

6.3 O PROCESSO DE TRABALHO E O EXERCÍCIO PROFISSIONAL

O processo de trabalho e o exercício profissional do assistente social no NASF também foi interesse do estudo empreendido. A respeito do exercício profissional no NASF a assistente social entrevistada se pronunciou conforme apresentado abaixo:

O trabalho da assistente social no NASF 1 compreende ações individuais e/ou coletivas realizadas por meio de planejamento, agendamentos e cronogramas para atender as demandas trazidas pelas ESFs: educação e promoção em saúde nos grupos de Hipertensão, de mulheres, de idosos, crianças, adolescente e jovens; encaminhamentos; visitas domiciliares e institucionais; estudo de caso; eventos coletivos como feiras de saúde;

parcerias com outros setores e programas como saúde da mulher, CTA; dentre outros. Não atendem demanda espontânea, mas se surgir é encaminhado para o serviço necessário. (ENTREVISTADA)

Em relação à educação em saúde, Vasconcelos (2006) afirma em sua pesquisa que, as principais solicitações são para orientação familiar, informações e orientações a respeito da saúde e da doença, apoio emocional, necessidade de atenção, alívio de tensão, necessidade de convivência com alguém. O usuário tem extrema necessidade de ser assistido, necessita sempre de alguma coisa: informação, convivência, direitos, recursos, alívio de tensão, aconselhamento e ajuda.

Utilizam também como instrumento de trabalho os encaminhamentos por vezes através de relatórios, e reuniões familiares, a partir do estudo de caso. As reuniões familiares elas oferecem a visualização real do problema. Fazem planejamento através do matriciamento, que possui pouca adesão por parte de algumas ESFs. O apoio matricial é feito por meio de reuniões onde são levantadas questões para discussão e intervenção. São realizadas também ações que buscamos a interação entre Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) e outros setores da saúde. (ENTREVISTADA)

O assistente social não possui em seu exercício profissional uma atuação ou saber exclusivo de determinadas políticas sociais setoriais, como no caso na área da saúde. Assim, “não desenvolvem no seu exercício profissional nenhum procedimento interventivo ou mesmo conhecimento que só sirva e se explique para sua atuação na área da saúde”, mas há no exercício profissional na saúde particularidades que precisam ser compreendidas (MATOS, 2013).

Segundo a entrevistada ela se sente “amarrada”, pois não dá para fazer tudo que é necessário, fazem da melhor forma o que é possível. Além disso, o NASF não possui coordenação na equipe, sendo a chefia imediata à coordenação das ESFs e a gerência da AB e essa relação é burocrática, nem sempre é possível seguir o cronograma. Como solicitação da gerência a assistente social é a referência técnica da equipe do NASF 1.

Fica evidente a subordinação dos assistentes sociais às demandas dirigidas ao Serviço Social. Mesmo a contragosto, aceitam realizar todas as atividades “possíveis” para dar atenção a todas as demandas, em detrimento de um estudo do conjunto de demandas dirigidas ao Serviço Social, o que permitiria, a partir do estabelecimento de prioridades, planejar as ações profissionais destinadas aos usuários de busca espontânea e os que residem na circunvizinhança da unidade de saúde e as ações

requeridas pela direção da unidade/instituição” (VASCONCELOS, 2006, p. 184).

Para tanto, os profissionais, a partir da clareza de suas atribuições e competências, devem priorizar ações que possam transpor o caráter emergencial das demandas apresentadas pelos usuários, direcionando-se por estratégias socioeducativas e mobilização para a participação nas lutas em defesa da garantia do direito à saúde (CFESS, 2010).

A profissão do Serviço Social atua diante das diversas expressões da questão social, que se encontram metamorfoseadas, ora de responsabilidade do indivíduo, ora da sociedade. Assim, é importante estudar as diversas situações concretas para que se possa desvelar as necessidades e particularidades de qualquer campo de trabalho profissional. No caso do campo da saúde é necessário a compreensão da política de saúde e seus rebatimentos no trabalho desenvolvidos na instituição e na via dados usuários (MATOS, 2013).

O Serviço Social é muito amplo, possui um leque de possibilidades de atuação e o NASF também, devendo se ter muito cuidado, pois são muitas demandas, dos mais variados segmentos, não dá para focar e se aprofundar em uma só temática. Portanto, o assistente social deve ter o conhecimento ampliado da população usuária e da política que se atua. Atuar no NASF requer o manejo com idoso, criança e adolescente, álcool e outras drogas, planejamento familiar, pessoas com algum tipo de deficiência, etc., é um desafio que deve ser enfrentado todos os dias.

Em relação ao NASF 1 e sua equipe são apontadas algumas dificuldades em relação à estratégia de trabalho, que ainda está em construção, já que iniciaram o funcionamento como NASF 1 a partir de 2014, sendo preciso um longo processo para sua definição concreta, visto que há

Dificuldade de definição do público alvo, as sucessivas mudanças dos profissionais da ponta, a dificuldade de compreensão do trabalho do NASF, até mesmo pela própria equipe. Na tentativa de superação dessas dificuldades realizamos muitas reuniões com a nossa equipe do NASF 1 e com as equipes das ESFs, já que o trabalho do NASF tem por base a ESF, para compreender as demandas e apresentar o trabalho do NASF, mas ainda assim é muito difícil. (ENTREVISTADA)

É possível perceber que o NASF 1 no município de Anchieta teve um início difícil, pois as ESFs apresentaram em algum momento não estarem preparadas para articular com a equipe do NASF, e estas por sua vez não tinham clareza por onde conduzir seu trabalho. A proposta de trabalho não estava clara para os profissionais que entravam no NASF, e por sua vez não se mostrava clara para as ESFs. Esta falta de clareza também se deve ao fato de esta ser uma experiência nova para o Brasil e principalmente para o município de Anchieta. Essa dificuldade está colocada face à dinâmica de trabalho estabelecida nas unidades de saúde determinadas pelas pressões com relação à demanda e da fragmentação do trabalho ainda existente (CFESS, 2010).

Em relação ao trabalho do Serviço Social entre o NASF e as ESFs é apontado que

A atuação do Serviço Social com as demais categorias configura-se na interdisciplinaridade o trabalho integrado e colaborativo e a parceria são requisitos básicos para o bom andamento do trabalho e compartilhamento de diferentes saberes. O trabalho em equipe multidisciplinar é priorizado pelos profissionais do NASF. A educação continuada se faz presente através do esforço e da busca da própria equipe, como cursos a distância, capacitações e eventos ofertados pelo Estado. (ENTREVISTADA)

As diretrizes do NASF indicam que o Serviço Social trabalhe articulado com os profissionais da equipe do NASF prestando apoio às ESFs, trabalhando por um prisma socioeducativo. E a proposta para o Serviço Social não se limita a atendimentos de demandas individuais ou a ações junto a grupos específicos de saúde, apesar de esses serem espaços importantes de educação em saúde e a presença do assistente social ser relevante para a abordagem de questões específicas de cunho social, conforme a especificidade do grupo. Portanto, os profissionais da equipe do NASF não só realizam ações individuais, mas também como equipe de apoio às demandas que extrapolam a especificidade dos profissionais das ESFs. A equipe do NASF pode discutir junto com as ESFs estratégias para atender as necessidades de saúde, partindo do entendimento de que a saúde não é simples ausência de doença (BRASIL, 2014b).

O Serviço Social é bastante solicitado a intervir em situações de negligência contra a pessoa idosa, pacientes acamados, conflitos familiares, dependência química, saúde mental, ações de educação em saúde nas ESFs, orientações gerais, matriciamento, atendimento individual etc. Porém, ainda veem muito como uma intervenção do imediato, já remete o Serviço Social ao assistencial, principalmente por parte dos usuários, não

conseguem diferenciar o fazer profissional. Até 80% entende o que é o Serviço Social e tem o reconhecimento da profissão. (ENTREVISTADA)

Segundo Matos (2013 apud COSTA, 2000), o Serviço Social é uma categoria numericamente expressiva no âmbito do SUS. Diante disso, é indiscutível a utilidade do assistente social na saúde, uma vez que possui uma função na divisão social e técnica do trabalho na saúde. Assim, para responder as demandas originadas de diferentes expressões da questão social, o assistente social vem atuando em diferentes ações no âmbito do SUS, como no planejamento, na gestão e na educação em saúde, destacando a necessidade do conhecimento concreto da política de saúde para o trabalho do Serviço Social.

Observa-se que as demandas apresentadas pelas ESFs são em sua maioria, demandas materiais de caráter sócio-assistencial e emergencial, pois envolvem situação de vulnerabilidade e risco social, conforme abrange a dimensão assistencial do NASF. Essas demandas refletem as condições de vida dos usuários, e se apresentam através do desemprego e subemprego, violência urbana, violência doméstica, acidentes de trabalho e abandono do usuário, principalmente o idoso que frequentemente tem solicitado a intervenção dos profissionais do NASF.

A principal demanda que vêm sendo apresentada ao NASF é a questão do idoso ou idosos que moram sozinhos e necessitam de cuidados e atenção da família, pois já não tomam seus remédios por conta própria. Nestes casos acionamos os parentes mais próximos solicitamos uma reunião, expomos a situação e as necessidades, pactuamos responsabilidades e acordos e monitoramos. (ENTREVISTADA)

A demanda de atendimento ao idoso é ressaltada pela entrevistada, considerando uma demanda antiga para o Serviço Social, no entanto, as configurações da sociedade e as modificações do núcleo familiar vêm ampliando as demandas dessa população para o Serviço Social na saúde. Assim, como afirma Caldas (2003), a população com mais de 85 anos tem utilizado e demandado mais os serviços de saúde, pois geralmente é mais suscetível aos problemas de saúde ou deficiências que os fazem dependentes.

A população brasileira encontra-se num processo de envelhecimento de forma crescente, e a família é colocada perante o Estado como a única que têm a responsabilidade de prover os cuidados aos seus idosos doentes e dependentes. Contudo, esse não é um processo fácil, tendo em vista a estrutura e a dinâmica

familiar atual, com a redução do número de membros da família, as dificuldades nos cuidados de forma integral e a questão da renda familiar que perpassa todas essas dificuldades. Além disso, as cidades não estão estruturadas para oferecerem as devidas e melhores condições de qualidade de vida às pessoas que estão envelhecendo.

Ainda que se considere a dificuldade de financiamento da assistência ao idoso dependente na comunidade, é possível estabelecer políticas públicas que envolvam mecanismos de apoio institucional e comunitário às famílias que cuidam e aos idosos que não possuem uma família que assuma os cuidados. [...] quando contam com uma estrutura de apoio institucional, estratégico, material e emocional, os cuidadores têm a possibilidade de exercer o cuidado e permanecer inseridos socialmente sem imobilizar-se pela sobrecarga determinada pela difícil e estafante atenção ao doente dependente (CALDAS, 2003, p. 778).

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) define envelhecimento como um processo não patológico de deterioração de um organismo, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer e aumente sua possibilidade de morte (BRASIL, 2006d).

Para Lobato (2004), o envelhecimento é um fenômeno que vem ocorrendo de forma gradual nas últimas décadas e promete abranger maior parte da população no futuro, gerando preocupação para a sociedade. O aumento da expectativa de vida e consequentemente a diminuição dos índices de natalidade e fecundidade possibilita uma leitura da realidade que algo está dando certo, mas também evidencia a deficiência de políticas públicas que atendam as necessidades da população em geral e garanta uma rede de proteção social eficaz que trabalhe o envelhecimento desde cedo.

Portanto, o processo de envelhecimento é um processo condicionado aos aspectos demográficos, gênero, classe social, etnia, raça e implica a garantia de melhores condições de vida que justifiquem a ampliação dos anos de vida. Daí que o envelhecimento ativo, saudável e com dignidade é uma responsabilidade coletiva, implicando não só a criação de políticas públicas como também a garantia de acesso dos idosos a essas políticas (FORTE; GUERRA, 2010).

A finalidade primordial da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa é recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde

para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. É alvo dessa política todo cidadão e cidadã brasileiros com 60 anos ou mais de idade (Brasil, 2006c).

Lobato (2004) relata que o trabalho com o idoso se caracteriza em sua maioria por ações e projetos educacionais que possibilite o idoso absorver novos conteúdos que lhe de condições de desfrutar a bens e serviços da sociedade, contribuindo para sua participação na sociedade. Trabalha-se o indivíduo em relação à motivação, informação e educação, e a sociedade no modo em que se da às relações sociais. Assim, na atenção a pessoa idosa o assistente social tem possibilidades de intervenção junto aos programas de idosos como potencializadores da participação social nos grupos.

6.3.1 O trabalho interdisciplinar

Com todas as conquistas da área da saúde desenvolvidas e aperfeiçoadas no decorrer dos 25 anos, vem se estruturando uma nova visão da atuação do profissional, solicitando aos mesmos descobrir e desenvolver suas potencialidades individuais e coletivas. Cabe, então, o exercício de uma prática, com base em racionalidade, partindo de uma premissa solidária e construída de forma democrática e participativa.

O trabalho de equipe não pode ocorrer pelo simples compartilhar do mesmo espaço físico, significando apenas uma abordagem multiprofissional. Assim, a especificidade das responsabilidades de cada profissional não deverá ofuscar a missão comum da equipe, e sua prática democrática e construtiva precisa estar direcionada a uma maior motivação, satisfação e eficiência de seu trabalho. Tal prática somente será eficaz, se associada ao fato da criação de canais e mecanismos efetivos para a participação ativa da população, como sujeito do processo de manutenção e recuperação de sua saúde (BRASIL, 2000).

Nessa lógica o profissional de Serviço Social compartilha demandas com as ESFs e com a rede intersetorial, apoiando os atendimentos através do seu saber específico. Partindo desse entendimento, a entrevistada destaca que as demandas que chegam das ESFs ao NASF são praticamente as mesmas e possuem um dificultador, que é agravado pela falta de clareza dos profissionais que realizam esses

encaminhamentos. Ou seja, por vezes não direcionavam as demandas para a categoria profissional competente do NASF.

Foi solicitado às ESFs que façam os encaminhamentos de forma geral ao NASF e não direcionado para as categorias profissionais, pois assim eles mesmos podem fazer os direcionamentos ao profissional necessário para a intervenção, e não correr o risco de o profissional atender a demandas que não lhe cabe, como ocorria muitas vezes. Depois de definido com os membros da equipe do NASF é levado a discussão da demanda para a equipe da ESF demandadora. É importante que cada profissional tenha conhecimento e discernimento das outras profissões para direcionar a demanda ao profissional correto. (ENTREVISTADA)

Para facilitar o processo de trabalho em equipe são implementadas algumas ações como discussão e avaliação de experiências e casos, na intenção de decidirem qual ação será executada e quem a fará. Esses direcionamentos são feitos através das características dos casos, já que diante as muitas propostas e demandas não é possível direcionar toda a equipe em prol de um caso só. Mas é preciso avançar para o planejamento do trabalho, estudo da realidade, conhecimento do perfil da população dos usuários, diminuição da burocracia e dinamização do trabalho educativo.

A entrevistada não refere como problemática a questão de ser a única profissional de Serviço Social na equipe multiprofissional do NASF 1, mas afirma que em determinadas situações é sim um dificultador da prática profissional. Então, seria importante e interessante a presença de outro profissional de Serviço Social no NASF, pois poderia suprir as limitações que um único profissional e possibilitaria a troca ideias direcionado para um trabalho mais abrangente.

É um grande desafio integrar uma equipe multiprofissional de saúde, inserido na AB, lidar com múltiplos saberes é muito enriquecedor, ao mesmo tempo em que absorvemos outros saberes e práticas, damos e recebemos conhecimentos, em alguns momentos também pode ser uma atuação solitária, por outro lado nos dá relativa autonomia dentro da equipe, podemos dizer. Como o leque de atuação do Assistente Social no NASF é bastante amplo, muitas vezes há a necessidade da troca de ideias e experiências a fim de potencializar o serviço e o atendimento aos usuários do sistema, bem como a elaboração de estratégias para melhorar o serviço voltado às questões sociais apresentadas no cotidiano. (ENTREVISTADA)

A estrutura de trabalho é posta como um dificultador, ao limitar, de certa forma, o trabalho dos profissionais do NASF, por não possuir uma estrutura física e material adequado para realizar os atendimentos, tendo que utilizar os espaços e materiais

disponibilizados para as ESFs. A estrutura não comporta a individualidade de cada profissional, já a parte coletiva é privilegiada. Quanto aos espaços para atendimentos, além dos profissionais não possuírem espaços próprios, utilizando dos consultórios e auditórios das unidades quando estão disponíveis. O carro não é exclusivo, sendo necessário pedir as ESFs para liberarem os seus carros.

Hoje o NASF possui uma estrutura que nos atende parcialmente. A nossa equipe é alocada em uma sala com 07 técnicos (01 assistente social, 01 psicóloga, 01 fonoaudióloga, 01 educador físico, 01 terapeuta ocupacional e 02 nutricionistas), além de 02 estagiárias na área administrativa, sendo uma de manhã e outra à tarde. Ainda não foi possível ao Serviço Social ter estagiário, devido à escassa estrutura. Temos 04 computadores com internet, impressora na gerência, mesa para reunião. Não dispomos de carro próprio, e nem à disposição o que muitas vezes dificulta o trabalho, na maioria das vezes usamos o carro da unidade de saúde que por sua vez atende a várias demandas da própria ESF. (ENTREVISTADA)

Aqui também é importante destacar em relação às ferramentas utilizadas pela equipe do NASF. O Genograma é elaborado pela ESF; a evolução é realizada em prontuário nas ESFs, onde está concentrado todo o histórico dos usuários, pois o prontuário deve ser único, podendo dificultar o trabalho dos profissionais do NASF. Além disso, a entrevistada também pontua a questão dos recursos direcionados para o NASF, repassados pela Secretaria Municipal de Saúde:

Nunca sabemos com o que podemos gastar, pois os recursos são apenas para custeios de materiais, mas que custeios são esses? Ultimamente temos conseguido alguns recursos por meio de projetos de ações. (ENTREVISTADA)

Segundo Vasconcelos (2006), em sua pesquisa percebe-se que os assistentes sociais estabelecem a mesma rotina, independentemente do tipo de unidade de saúde em que trabalham e, também, há uma alta prevalência dos atendimentos individuais e acabam sendo uma ação única, já que não se sabe se o assistente social terá outro contato com o usuário. O exercício profissional do assistente social na saúde demonstra o descompasso do trabalho realizado em relação aos avanços do projeto ético político-profissional e o projeto de reforma sanitária. Os motivos para esse descompasso se refere à dificuldade de se efetivar a política universal do SUS e à nebulosa concepção da própria categoria dos assistentes sociais, e também dos outros trabalhadores da saúde. E de acordo com Matos (2013), os limites postos ao exercício profissional são tanto estruturais da política e dos serviços de saúde, bem como das características próprias da constituição da profissão no país.

6.3.2 A relação do profissional de Serviço Social com os usuários e a participação social

A saúde e a doença historicamente se apresentam como necessidades e as ações e serviços de saúde são legitimadas e transformadas por grupos sociais concretos. Assim, os problemas de saúde de uma dada sociedade são determinados pelas condições de vida de sua população e pela capacidade que esta mesma sociedade tem em realizar ações e prestar serviços de promoção, prevenção, cura e reabilitação para eliminar agravos e riscos de doenças em indivíduos e grupos. Dada à determinação dos problemas de saúde, suas soluções não se restringem apenas a política de saúde, mas ao conjunto das políticas públicas para a melhoria da qualidade de vida. (ALBUQUERQUE, 2006)

De acordo com a entrevistada, a relação do profissional de Serviço Social com os usuários nem sempre é harmoniosa. Ele relata que

Um dos fatores que dificulta essa relação é a questão do imediatismo e paternalismo por parte do usuário e da instituição que acaba por reafirmar. (ENTREVISTADA)

Podemos destacar como fatores limitadores da prática profissional dentro do NASF, a ideia de que o assistente social é um profissional que vai resolver todas as questões conflituosas ou vai fazer o usuário mudar sua forma de pensar e viver para resolver à demanda do mesmo, a rotina diária, a complexidade das demandas a serem enfrentadas por apenas um assistente social, as condições de trabalho proporcionadas para os profissionais, rotatividade dos profissionais da assistência social com a qual possuem parceria.

O assistente social necessariamente compõe a força de trabalho nos serviços de saúde, apesar destes ainda estarem estruturados para atenderem a doença, a realidade tem apontado para outros componentes de influência na concepção de saúde, como por exemplo, as condições de vida da população usuária. Assim, apontar que as respostas a essas questões sejam de responsabilidade exclusiva do Serviço Social gera a crença e a cobrança de que os assistentes sociais resolvam os problemas que são próprios do capitalismo e ainda, por meio de políticas sociais do capitalismo. Portanto, é preciso encarar essa realidade onde os problemas

originados pela contradição da acumulação capitalista são colocados como alvo de respostas dos assistentes sociais. Só assim será possível apreenderem o que se essa demanda significa e desvelem a função que ocupam no trabalho coletivo, e assim construir novas estratégias de trabalho (MATOS, 2013).

Pontua também como negativo em relação às ESFs que correm o risco de se tornarem ambulatorios. A população não tem consciência do que é Atenção Primária em Saúde. A participação da comunidade foi privilegiada no passado, hoje em dia o acesso direto não é viabilizado, pois a gerência não oferece meios necessários.

Como forma de garantir a cobertura e alcance da política pública de saúde, destacamos a importância do princípio constitucional da participação, instituído no SUS. É através dele que se exerce o controle público da política de saúde, garantindo à população o exercício de seu poder político através de mecanismos da democracia representativa e participativa. Portanto, os usuários dos serviços e sistema de saúde também atuam na política através de suas organizações: movimento popular de saúde, associações de bairro, organizações não governamentais, religiosas e outras. Na política de saúde e no SUS, se verifica um importante avanço na prática democrática, onde a sociedade organizada passa a ter poder político deliberativo na formulação, acompanhamento da execução, controle e avaliação da política de saúde (ALBUQUERQUE, 2006).

Tendo raízes nas lutas comunitárias por saúde dos anos 1970, os Conselhos de Saúde são a expressão institucional de uma das ideias fundadoras da Reforma Sanitária: a participação da sociedade nas políticas e organizações de saúde. Ao longo dos anos, especialmente durante a década de 1980, essas ideias de participação ganharam maturidade e refinamento, evoluindo para as propostas de remodelação institucional que se concretizaram a partir da Constituição de 1988 (FLEURY, 1997)

Diante esta explanação sobre os conselhos, fica explícito a importância da participação do assistente social frente a este espaço e o incentivo de seus usuários a participação. Porém, não se vê a priorização desses espaços, tomado como demanda pelos profissionais de Serviço Social que precisam democratizar a informação da existência de um espaço legal a ser ocupado pelos usuários.

Houve participação em Conselhos pelos profissionais do NASF, em especial pela assistente social que já participou como conselheira no Conselho da Criança e Adolescente e da Assistência. Hoje somente faz parte de uma Comissão de Óbitos Materno e Infantil que investiga notificações de óbitos de mulheres em idade fértil, óbitos infantis, com o objetivo de descobrir as causas e tentar evitá-las.

[...] como a demanda pela participação nos Conselhos não é requerida explicitamente pelos usuários nem pelos profissionais de saúde, mas somente em alguns pedidos esporádicos das direções de unidade, o Serviço Social como um todo, não toma a ocupação dos espaços dos Conselhos, pelos usuários e pelos profissionais como demanda (VASCONCELOS, 2006, p. 200).

Assim, segundo a autora, é necessário que o assistente social tenha uma análise de qualidade, informações e conhecimentos fundamentais para conhecer na realidade seu objeto da ação profissional, os espaços a serem ocupados, tendo em vista os objetivos a que se propõe. Esse movimento muitas das vezes não é feito devido os profissionais terem dificuldades de trabalhar com as demanda implícitas – que capta da realidade –, já que dão prioridades as demandas sinalizadas, encaminhadas por alguém.

[...] Fica patente, também, a inutilidade, na medida que não conhecidas, das determinações do Código de ética quanto à autonomia que o profissional guarda nas questões que dizem respeito ao seu fazer profissional e da indicação das possibilidades do trabalho profissional, numa realidade tão complexa [...]. Sem falar da norma legal que possibilita a existência dos Conselhos – a CF – e tudo o que ela representa. [...] É nesse sentido que os assistentes sociais [...] restringem seu trabalho ao atendimento daquelas demandas que lhe são sinalizadas [...] (VASCONCELOS, 2006, p. 200).

Há um descuido não só dos assistentes sociais mais de todos os profissionais de saúde no que se refere a ocupação dos espaços dados por lei para efetivar a plena realização da democracia participativa. Assim, esses espaços não funcionam como deveriam e não contribuem para a efetiva realização de representação e decisão na elaboração, controle e fiscalização da política pública de saúde (VASCONCELOS, 2006).

Quanto ao fortalecimento do potencial político nos espaços de controle social é passível da participação nesses espaços como uma demanda da Gestão. Apesar das diretrizes preconizar que os espaços de controle social parece não ser prioridade para o NASF. Porém, controle social deve ser fortalecido como espaço de

potencializar a gestão em favor dos usuários e trabalhadores de saúde. Essas informações apontam que a maioria das demandas vindas da Gestão/Secretaria de Saúde é para que o assistente social realize ações quanto à organização do processo de trabalho, de caráter operacional, desenvolver trabalho em conjunto com as ESFs e a participação em programas de saúde.

6.4 O DESAFIO DO TRABALHO EM REDE

O NASF não se constitui como a principal porta de entrada do sistema de saúde, sendo seu objetivo, atuar em conjunto com as ESFs compartilhando e apoiando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das equipes de saúde. Portanto, as demandas da comunidade que chegam à equipe do NASF são, prioritariamente, aquelas que foram acolhidas pelas ESFs. A entrevistada afirma que as demandas da comunidade chegam ao Serviço Social a partir da mediação entre ESF e equipe do NASF, onde as demandas são repassadas.

Como proposta do NASF, constantemente se tem buscado a articulação com as ESFs e reuniões intersetoriais com a Assistência, Educação, Conselho Tutelar, já que em um município pequeno como Anchieta sempre aparecem casos em comum a mais de uma dessas instâncias. O segredo para o sucesso é o trabalho em conjunto, unido. (ENTREVISTADA)

As ações do Serviço Social no NASF devem pautar-se em ações junto as ESFs, voltando-se para articulações intersetoriais, educação e mobilização em saúde e formação de redes de proteção social (BRASIL, 2010a).

Dessa forma, a organização da RAS no âmbito do SUS é estabelecida pela Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que define a Rede de Atenção à Saúde como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010b).

A RAS no município de Anchieta se constitui pela principal porta de entrada sendo as ESFs, depois o CAPS, os ambulatórios de especialidades, o PSE, o Pronto Atendimento, o Pronto Socorro e Hospital, o Centro do Idoso, os Conselhos, o programa Academia de Saúde, que se articulam entre si e com o NASF. A rede também favorece a intersetorialidade com o CRAS, o CREAS e o Telessaúde.

A totalidade das ações e de serviços de atenção à saúde, no âmbito do SUS, deve ser desenvolvida em um conjunto de estabelecimentos, organizados em rede regionalizada e hierarquizada, e disciplinados segundo subsistemas, um para cada município – o SUS Municipal– voltado ao atendimento integral de sua própria população e inserido de forma indissociável no SUS, em suas abrangências estadual e nacional.

Os estabelecimentos desse subsistema municipal [...] não precisam ser, obrigatoriamente, de propriedade da prefeitura, nem precisam ter sede no território do município. Suas ações, desenvolvidas pelas unidades estatais (próprias, estaduais ou federais) ou privadas (contratadas ou conveniadas, com prioridade para as entidades filantrópicas), têm que estar organizadas e coordenadas, de modo que o gestor municipal possa garantir à população o acesso aos serviços e a disponibilidade das ações e dos meios para o atendimento integral. (BRASIL, 2011^a, p. 131)



Fonte: adaptado de Brasil (2013, p. 8).

O NASF sendo ainda um projeto em construção já apresenta uma boa articulação dentro da Rede de Atenção à Saúde.

É um espaço que ainda está sendo conquistado. Realizam reuniões periódicas e produtivas com o CREAS para discutir casos específicos. A rede intersetorial oferece o apoio necessário à Saúde, favorecendo o desenrolar de informações desconhecidas. Atualmente possuem uma boa parceria com as duas psicólogas do CREAS que trabalham na área da violência doméstica contra mulher e o idoso, já que estes são os casos que mais demandam o NASF. (ENTREVISTADA)

Quando as demandas encaminhadas ao NASF não são de sua competência, seus profissionais direcionam e facilitam o acesso dos usuários, providenciando os documentos, os formulários necessários e orientando, no caso dos serviços disponíveis no município. Esses serviços muitas vezes são desconhecidos pelos usuários e pelos próprios profissionais. Como exemplo, o programa Tratamento Fora do Domicílio (TFD), direcionado aos usuários para o tratamento dos casos que precisam receber assistência integral à saúde que no local de residência (município/estado) do paciente não dispõem de todos os serviços.

O acesso aos serviços pelo NASF não são exercidos por influência política, mas sempre através de rede. Os usuários são orientados a acessar a rede ao invés de intrometer algum político no caso, que na maioria das vezes só atrasa o andamento do serviço. O Assistente Social atua na questão de orientar quanto aos direitos dos usuários e assim tornar acessíveis os serviços, sendo contrária qualquer forma de “adaptação” para a acessibilidade dos serviços. Por isso a visita domiciliar é muito rica, é preciso ter um olhar e um conhecimento completo. (ENTREVISTADA)

Assim, a entrevistada relata que o NASF, por ser uma nova proposta, é passível de mudanças para o bom funcionamento de toda uma rede, porém a população usuária e até mesmo os profissionais da área da saúde, muitas das vezes, não aceitam essas mudanças. A resistência às mudanças pode ser explicada pela posição do próprio órgão municipal e de seus gestores que, querendo agradar aos eleitores, passam por cima da estrutura dos serviços e acabam por obrigarem a oferta dos serviços sem a devida conscientização. Portanto, é necessário um trabalho de compreensão por parte dos profissionais da ESF, dos próprios profissionais do NASF e da Gestão, para depois poderem conscientizar os usuários, que refletem o que seus gestores pensam.

Vasconcelos (2006, p. 191) chama atenção para

o desinteresse, a desvalorização e a falta de preparação da instituição e das equipes de saúde para a organização e realização da atenção integral à saúde [...] negam o que está colocado como prioridade dentro das próprias ações e serviços do SUS [...], o que demanda, principalmente, democratização de informações participação social na busca de superação das dificuldades de implantação do modelo de descentralização [...] num país que traz a característica histórica de centralização das políticas sociais.

O profissional salienta que as demandas institucionais estão articuladas com as demandas da comunidade, pois os serviços estão dispostos para atender as demandas dos usuários formando uma rede de apoio. Portanto se faz evidente que

as demandas institucionais aparecem na medida em que se explicitam demandas da comunidade, dessa forma o trabalho do profissional direciona-se para articular essa rede, respondendo concomitantemente demandas da comunidade/usuários e demandas institucionais. As demandas institucionais são caracterizadas por contato com a rede de apoio através dos serviços – principalmente o CRAS – realização de ações articuladas entre os serviços, o NASF e as ESFs, atendimentos compartilhados, acompanhamento de situações repassadas por outros setores e serviços, socialização de informações a esses setores e, por fim, encaminhamentos.

O município de Anchieta conta com ampla cobertura dos serviços de saúde, no entanto a população ainda encontra-se vinculada ao modelo ambulatorial. A aceitação do modelo preconizado pelo SUS vem sendo um grande desafio a ser vencido. Algumas unidades de saúde já vêm tentando ultrapassar essa barreira através de um projeto voltado para crianças e adolescentes onde se trabalha vários temas de saúde, nutricionais, sociais e comportamentais em parceria com o NASF. (ENTREVISTADA)

O vínculo do exercício profissional na saúde com a política de assistência social é necessário para buscarem ou tentarem diferentes recursos com vistas a garantir aos usuários o acesso aos seus direitos. A profissão não pode ser fundamentada apenas na política de assistência social, como muitos acreditam, pois seria uma forma fragmentada de atuação. São profissionais conhecedores da realidade e de todo o conhecimento sobre os setores do serviço de saúde em que atua que possibilita o conhecimento da rede de serviços do entorno para haja êxito em seu trabalho que depende da articulação de uma rede de serviços e profissionais, dentro e fora do seu local de trabalho (MATOS, 2013).

Em relação às assistentes sociais de outros setores existe a dificuldade de se reunirem e unirem como categoria, acabam se acomodando diante das dificuldades. Em muitas coisas a assistência é bem presente no município o que facilita o andamento da rede, as coisas funcionam adequadamente pela estrutura da assistência que ajuda muito. Mas não é fácil. (ENTREVISTADA).

Os pontos positivos são em relação ao acesso aos serviços de saúde disponíveis no município que funcionam e são bem equipados. As demandas encaminhadas têm resultados concretos, porém o processo é longo. Hoje trabalham em prol da não institucionalização, sendo a família privilegiada e vinculada em todos os casos que demandam e possibilitam a presença da família. É gratificante quando se vê o resultado, na maioria dos casos individuais, principalmente. E no coletivo são as

questões de educação em saúde, em que toda equipe participa, tanto do NASF como ESF. São implementados pelo NASF o Programa Saúde na Escola e alguns programas elaborados mediante o matriciamento, que são executados por algum tempo até o objetivo ser atingido.

7 CONCLUSÃO

A história da saúde no Brasil aponta para muitas conquistas de uma luta que vem se estruturando na mudança do modelo assistencial centrado na doença para o modelo assistencial voltado para a saúde. Com a proposta da Reforma Sanitária a saúde tem uma nova concepção, voltada também para melhores condições de vida e de trabalho. Nessa lógica, os mais diversos profissionais são chamados para atuarem na ampliação e qualificação das ações de saúde dispostos nos variados segmentos da saúde, contribuindo assim para a melhoria da qualidade de vida da população.

Perante o explicitado, o NASF surge como apoio às ESFs e junto traz o assistente social, profissional capaz de trabalhar com questão social nas suas mais variadas expressões, visando qualificar a atenção à saúde e melhorar a sua resolutividade ao atuar na defesa dos direitos sociais. Assim, o Serviço Social se caracteriza como uma profissão da área da saúde, mas não somente desta, em razão de sua função na divisão social e técnica do trabalho.

O NASF inicia com a proposta de oferecer uma base de suporte à ESF, consolidada por meio de uma equipe multiprofissional a qual deve valer-se de ferramentas de apoio que os agreguem em constante relação entre si, às equipes das ESFs e a gestão do município. Assim, a atuação do Serviço Social configurada na interdisciplinaridade com as demais categorias, de forma integrada e colaborativa, favorece o bom andamento do trabalho e o compartilhamento de diferentes saberes, sendo a ESF amparada e suas ações ampliadas.

Nessa lógica o Serviço Social é bastante solicitado a intervir em situações de negligência contra a pessoa idosa, pacientes acamados, conflitos familiares, dependência química, saúde mental, ações de educação em saúde nas ESFs, orientações gerais, matriciamento, atendimento individual etc. Sendo, a demanda de atendimento ao idoso ressaltada na pesquisa, diante as configurações da sociedade e as modificações do núcleo familiar que colabora para a ampliação das demandas dessa população para o Serviço Social na saúde.

Portanto, diante a todos os rebatimentos que a política de saúde enfrenta no Brasil e que manifestam um SUS, desviado dos princípios democráticos, essa proposta

muitas das vezes encontra no cotidiano vários limites para a atuação dos profissionais de saúde e os impedem de realizar uma prática que efetivamente seja de acordo com as diretrizes e os princípios da Reforma Sanitária, que tornaram o SUS uma realidade. Nesse sentido, o que ocorre com o Serviço Social não é diferente. Os profissionais assistentes sociais que integram a equipe do NASF encontram no cotidiano os obstáculos para sua atuação.

A pesquisa aqui abordada permite indicar que o exercício profissional do assistente social é limitado, segundo Matos (2013), por limites estruturais da política e dos serviços de saúde, bem como das características próprias da constituição da profissional no país, tais como:

- As condições de trabalho proporcionadas aos profissionais tanto do NASF como de toda a rede local, levando em conta a rotatividade dos profissionais da assistência social com a qual possuem parceria.
- A rotina diária.
- Espaço físico inadequado.
- O número excessivo de demanda e a complexidade das mesmas a serem enfrentadas por apenas um assistente social.
- O desinteresse, a desvalorização e a falta de preparação da instituição e das equipes de saúde para a organização e realização da atenção integral à saúde tem reforçado a questão do imediatismo, paternalismo, messianismo da prática profissional e do serviço de saúde.
- A falta de informação da população, onde a participação popular é prejudicada.
- A subordinação dos assistentes sociais às demandas dirigidas ao Serviço Social, depreciando o estabelecimento de prioridades, planejamento das ações profissionais e das ações requeridas pela direção da unidade/instituição.
- As dificuldades da articulação com a rede.

A pesquisa mostra como perspectiva a implementação de algumas ações e instrumentos como a avaliação de experiências e estudo de casos, reuniões, planejamentos, matriciamento, etc., na intenção de facilitar o processo de trabalho.

Para tanto, os profissionais devem ter clareza de suas atribuições e competências, priorizar ações que possam ir além do caráter emergencial das demandas apresentadas pelos usuários, direcionando-se por estratégias socioeducativas e mobilização para a participação nas lutas em defesa da garantia do direito à saúde. Assim, é possível afirmar o cumprimento dos objetivos definidos para a profissão no NASF.

Portanto, é necessário que o assistente social tenha uma análise de qualidade, informações e conhecimentos fundamentais para conhecer na realidade seu objeto da ação profissional, os espaços a serem ocupados, tendo em vista os objetivos a que se propõe. Esse movimento muitas das vezes não é feito devido os profissionais terem dificuldades de trabalhar com as demanda implícitas – que capta da realidade –, já que dão prioridades as demandas sinalizadas, encaminhadas por alguém (VASCONCELOS, 2006).

Concluo que, por se tratar de uma estratégia inovadora, vários desafios poderão ser superados e a prática do assistente social deve estar pautada nos fundamentos teórico-metodológicos, ético-político e técnico-operativo, possibilitando que o profissional estabeleça um olhar crítico para o enfrentamento da realidade, realizando, juntamente com toda equipe e com os sujeitos políticos envolvidos, estratégias criativas e inovadoras.

O estudo aponta que os limites e desafios para o exercício profissional na área da saúde são estruturais da política e dos serviços e, também, das características da constituição da profissional no país. Essa realidade instiga enquanto estudante, categoria profissional e docente de Serviço Social para a necessidade de aprofundar estudos nesta área, especialmente tendo em vista a recente implantação do NASF, a fim de construir bases teóricas para provocar novas discussões. Também, se ressalta a relevância do mesmo para o processo de formação, contribuindo para e reforçar a necessidade do assistente social na política de saúde.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Maria do Carmo (Org.). **Participação popular em políticas públicas**: espaço de construção da democracia brasileira. São Paulo: Instituto Pólis, 2006. Disponível em:

<<http://www.direito.mppr.mp.br/arquivos/File/PoliticaHabitacionalnoBrasil.pdf>>
Acesso em 22 de novembro de 2015.

ARAÚJO, M.F.S. **O enfermeiro no Programa de Saúde da Família**: prática profissional e construção da identidade. Conceitos: Julho de 2004 - Julho de 2005. João Pessoa-PB. Disponível em:

<<http://www.saude.ms.gov.br/control/ShowFile.php?id=53553>>. Acesso em: 28 de junho de 2015.

BERTOLOZZI, Maria Rita; GRECO, Rosangela Maria. **As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais**. Rev.Esc.Enf.USP, v.30, n.3: dezembro de 1996.

BRASIL. **Constituição Federal Brasileira de 1988**. Brasília, DF: 05 de outubro de 1988. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 28 de junho de 2015.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação do SUS**. Brasília: CONASS, 2003. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/progestores/leg_sus.pdf> Acesso em: 19 de Novembro de 2015.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação Estruturante do SUS**. Brasília: CONASS, 2011a. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao_sus_v13.pdf> Acesso em: 28 de junho de 2015.

_____. Decreto nº 1.232, de 30 de agosto de 1994. Dispõe sobre as condições e a forma de repasse regular e automático de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF: 30 de agosto de 1994.

Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/D1232.htm>. Acesso em: 29 de junho de 2015.

_____. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF: 19 de setembro de 1990a. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em 28 de junho de 2015.

_____. Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras

providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF: 28 de dezembro de 1990b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm>. Acesso em 28 de junho de 2015.

_____. Lei nº 8.662, de 7 de junho de 1993. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF: 07 de junho de 1993. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8662.htm> Acesso em: 16 de agosto de 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório Final da IX Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1992. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_9.pdf>. Acesso em: 28 de junho de 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Implantação da Unidade de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. (Cadernos de Atenção Básica, n. 1)

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006a. Disponível em: <<http://www.saude.mppr.mp.br/arquivos/File/volume1.pdf>> Acesso em: 28 de junho de 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf> Acesso em: 04 de outubro de 2015.

_____. Ministério da Saúde. Portaria 2528/GM de 19 de outubro de 2006. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**. Brasília, DF: 24 de janeiro de 2006c. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html> Acesso em 22 de Novembro de 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006d. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 19)

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Caderno de Atenção Básica, n. 27).

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010c. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf>. Acesso em: 04 de outubro de 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. (Série E. Legislação em Saúde). Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>> Acesso em: 12 de julho de 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Academia de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/academia_saude_cartilha.pdf> Acesso em: 22 de novembro de 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b. (Cadernos de Atenção Básica, n. 39)

_____. Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001. Norma Operacional de Assistência à Saúde/NOAS-SUS 01/2001. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF: 26 de janeiro de 2001. Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095_26_01_2001.html>. Acesso em: 28 de junho de 2015.

_____. Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002. Norma Operacional de Assistência à Saúde/NOAS-SUS 01/2002. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF: 27 de fevereiro de 2002. Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html>. Acesso em: 28 de junho de 2015.

_____. 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: 24 de janeiro de 2008. Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html> Acesso em: 12 de julho de 2015.

_____. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**. Brasília, DF: 30 de dezembro de 2010b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html> Acesso em: 12 de julho de 2015.

_____. 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 Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**. Brasília, DF: 21 de outubro de 2011b. Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em 28 de junho de 2015.

_____. 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: 28 de dezembro de 2012a. Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3124_28_12_2012.html>. Acesso em: 28 de junho de 2015.

_____. Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). **Diário Oficial da União**. Brasília, DF: 11 de

novembro de 2014a. Disponível em:

<http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html>

Acesso em: 04 de outubro de 2015.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil. In. MOTTA, Ana Elizabete (org.). **Serviço Social e Saúde: Formação e trabalho profissional**. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.

BRAVO, Maria Inês Souza; Matos, Maurílio Castro de. Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate. **Saúde e Serviço Social: Formação e Trabalho Profissional**, 2004.

CALDAS, Célia Pereira. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, mai-jun, 2003.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Resolução nº 273/93 de 13 março de 1993**. Institui o Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais, com alterações introduzidas pelas resoluções CFESS nº 290/94 e 293/94. Brasília, DF: CFESS, 13 março de 1993.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Parâmetros para atuação do assistente social na saúde**. Série: Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais. Brasília, DF: CFESS, 2010.

COHN, Amélia. Mudanças econômicas e políticas de saúde no Brasil. In: LAURELL, A. C. (org.). **Estado e políticas sociais no neoliberalismo**. São Paulo, Cortez, 1995.

COHN, Amélia. **Caminhos da reforma sanitária**. Lua nova, São Paulo, novembro 1989. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ln/n19/a09n19.pdf>>. Acesso em: 28 de junho de 2015.

FADEL, Cristina Berger; SCHNEIDER, Luciana; MOIMAZ, Suzely Adas Saliba; SALIBA, Nemre Adas. Administração pública: o pacto pela saúde como uma nova estratégia de racionalização das ações e serviços em saúde no Brasil. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro, 2009.

FLEURY, Sonia. (org.) **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

GENTILLI, Raquel de Matos Lopes. **Representações e práticas: Identidade e processo de trabalho no Serviço Social**. 3. ed. revista. São Paulo: Veras, 2006.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6 ed. 5. reimpr. São Paulo: Atlas, 2012.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional. 10. ed. São Paulo, Cortez, 2006.

LOBATO, Alzira Tereza Garcia. Serviço Social e envelhecimento: perspectivas de trabalho do assistente social na área da saúde. In: BRAVO, M. I. S. et al (orgs). **Saúde e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2004.

MATOS, Maurílio Castro de. **Serviço Social, ética e saúde**: reflexões para o exercício profissional. São Paulo: Cortez, 2013.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Minas Gerais: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a05.pdf>> Acesso em: 28 de junho de 2015.

_____. **As redes de atenção à saúde**. 2º ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MERHY, Emerson Elias; QUEIROZ, Marcos de Souza. **Saúde Pública, Rede Básica e o Sistema de Saúde Brasileiro**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, Abr/Jun, 1993.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

RAICHELIS, Raquel. O assistente social como trabalhador assalariado: desafios frente às violações de seus direitos. **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, n. 107, jul./set. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sssoc/n107/03.pdf>> Acesso em: 06/09/2015.

RAMOS, Maria Helena Rauta. **O trabalho na sociedade capitalista**. ed. do autor. Anchieta, 2011.

TENÓRIO, Fernando Guilherme. **Gestão social**: metodologia e casos. 5º ed. rev. Amp. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007.

TRINDADE, Rosa Lúcia Prédes. Ações profissionais, procedimentos e instrumentos no trabalho dos assistentes sociais nas políticas sociais. In. GUERRA, Y. ; BACKX, S.; SANTOS, C. M. (orgs.). **A dimensão técnico-operativa no Serviço Social**: Desafios contemporâneos. 2º ed. Juiz de fora, MG: Editora UFJF, 2013.

FORTE, Valéria; GUERRA, Yolanda. (org.). **Serviço Social**: temas, textos e contextos. Coletânea nova de Serviço Social. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2010.

VASCONCELOS, Ana Maria de. **A prática do Serviço Social**: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2006.

APÊNDICE – ROTEIRO DE ENTREVISTA

1. Fale sobre sua formação profissional: especialização, tempo de formação, tempo de atuação na saúde, tempo de atuação no NASF.
2. Quais são as atribuições desempenhadas pelo AS no NASF?
3. Como avalia sua estrutura de trabalho, no que se refere aos recursos existentes?
4. Como é para você ser a única profissional de Serviço Social que atua na atenção básica a saúde, mais especificamente no NASF? Descreva os principais fatores limitadores de sua prática profissional.
5. Como percebe o trabalho do assistente social junto às demais categorias que atende no NASF?
6. Qual sua avaliação do trabalho do Serviço Social desenvolvido entre o NASF e a ESF?
7. Qual a relação do NASF dentro da Rede de Atenção à saúde no município? Você já realizou algum tipo de adaptação para tornar os serviços disponíveis acessíveis aos usuários?
8. Como você avalia os serviços de saúde na rede municipal atualmente? Pontos positivos. Dificuldades e Perspectivas. Participação na comunidade (integração com serviços, eventos e lideranças locais). É desenvolvido hoje algum projeto/programa junto ao usuário ou demais serviços?
9. Quais são as principais demandas e como elas são trabalhadas? O que dificulta os usuários e profissionais, diante dessas demandas, a garantia do acesso aos serviços de saúde em toda a rede e seu cuidado continuado?
10. Como avalia o NASF enquanto política de saúde?
11. Como foi o processo de introdução do Serviço Social na Secretaria Municipal de Saúde de Anchieta? Quando começou? Onde? Quais foram os principais marcos (momento; cursos; grupos de coordenadores locais, vigilância sanitária)?
12. Gostaria de fazer mais algum comentário?