

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO ECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

O SERVIÇO SOCIAL NO NASF: DEMANDAS, RESPOSTAS E DESAFIOS
PROFISSIONAIS

LARISSA MEDEIROS

FLORIANÓPOLIS – SC
2012.1

LARISSA MEDEIROS

O SERVIÇO SOCIAL NO NASF: DEMANDAS, RESPOSTAS E DESAFIOS
PROFISSIONAIS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Departamento de Serviço Social da
Universidade Federal de Santa Catarina como
requisito para obtenção do título de Bacharel
em Serviço Social.
Orientadora: Prof.^a Tânia Regina Krüger, Dr.^a.

FLORIANÓPOLIS - SC
2012.1

LARISSA MEDEIROS

O SERVIÇO SOCIAL NO NASF: DEMANDAS, RESPOSTAS E DESAFIOS
PROFISSIONAIS

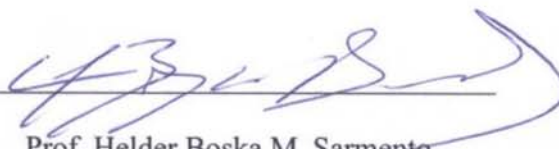
Trabalho de Conclusão de Curso aprovado como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social, de acordo com as normas do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina.

Apresentado em 02 de agosto de 2012 à Banca Examinadora:



Prof.ª Tânia Regina Krüger.

Orientadora



Prof. Helder Boska M. Sarmento.

Membro



Prof.ª Inês Pellizzaro.

Membro

AGRADECIMENTOS

Agradeço por ter tido a oportunidade de concluir um curso tão essencial em um país marcado historicamente pela luta por efetivação dos direitos humanos e sociais. Infelizmente a oportunidade do ensino público para todos os brasileiros ainda parece estar longe de ser alcançada.

Agradeço por ter participado da experiência desafiadora do PET-SAÚDE da Família e por ter realizado dois semestres de estágio no HU no ano de 2011, onde tive a oportunidade de estar mais próximo e desenvolver a prática profissional. Agradeço pelo aprendizado alcançado através das observações e ações realizadas com e para os usuários, e a minha Supervisora de Campo Tayana Maciel Oliveira, que por sua perspicácia e competência me proporcionou referências sólidas sobre o fazer profissional.

A minha avó Rosa Pires da Silva que não mede esforços em compreender, ajudar e perdoar, para mim, um exemplo de força e coragem, muito do que eu sou foi construído ao seu lado.

A minha mãe Ângela e minha irmã Bruna que sempre me ofereceram apoio sem criticar, estando sempre comigo nos momentos de alegrias e tristezas. No fundo, sabemos que sempre estaremos juntas.

A meu namorado Djeison, pela amizade, cumplicidade amorosa, engraçada e sincera que estamos construindo juntos. Obrigada pelas coisas simples que gostamos de compartilhar.

A todos os meus colegas de curso da turma 2008.1, sem dúvida aprendemos muito uns com os outros. Muitos temas discutidos em salas, debates, falas e experiências de vida ficarão registradas e servirão como exemplo.

As amigadas construídas nesse processo de formação, Cris, Aline, Emanuella, Daniel e em especial a minha amiga Rafaela, a faculdade para mim também não seria a mesma sem você, tenho imenso orgulho de ser sua amiga.

E, por fim, a todos os professores que contribuíram com o meu aprendizado, especialmente as professoras Liliane Moser e Tânia Regina Krüger, minha orientadora. Não tenho palavras para descrever tamanha admiração. À professora Tânia meu muito obrigado pelo seu incentivo, por suas valiosas contribuições sobre a prática do Serviço Social na Saúde e também por sua dedicação enquanto orientadora.

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo conhecer a atuação do Serviço Social no NASF via as demandas, respostas e dinâmica da prática profissional. Considerando o fortalecimento e a importância da atenção primária pela expansão da Estratégia de Saúde da Família e seu conjunto de ações na saúde, há um redirecionamento exigido para o trabalho dos profissionais que se dedicam a esse setor, e dentre eles o Assistente Social. O Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF criado em 2008 tem como perspectiva ampliar a abrangência das ações da atenção básica para torná-la mais resolutiva, apoiando as equipes de saúde da família, fortalecendo a Estratégia de Saúde da Família, e dentre os profissionais chamados para compor a equipe NASF está o Assistente Social. A atuação do Serviço Social é percebida com destaque no SUS, considerando os determinantes sociais na saúde explicitados no conceito ampliado de saúde. Entende-se que essa pesquisa se justifica para o Serviço Social, pois atualmente e desde a implantação do SUS tem-se exigido um profissional competente, qualificado não somente na esfera da execução, e com conduta orientada pelos princípios ético-políticos da categoria profissional e os princípios e diretrizes do SUS. Com o intuito de conhecer como está se desenvolvendo a atuação do Serviço Social no NASF, foi realizada uma pesquisa com profissionais do NASF nas cidades de Chapecó, Florianópolis e Lages. A pesquisa empírica possibilitou conhecer as demandas que chegam ao Serviço Social no NASF, indicando a perspectiva de atuação profissional.

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

ABSTRACT

This research aims to evaluate the performance of the social service that belongs to NASF, through the demands, answers and dynamics of the professional practice. Considering the strengthening and importance of the primary attention service through the expansion of the community familiar health strategy service and its set of actions driven to the health area, there are some considerations required for the professionals who are involved and dedicated to this area, and among them there is the social worker. NASF was created in 2008 by the 154/2008 ordinance, and it has the goal that is to increase the primary attention service scope to bring out more efficiency, supporting the groups and strengthening the strategies of the community familiar health strategy service, and among the NASF group of professionals there is the Social Worker. The social service action is substantially found on SUS, considering the health social determinants seen on the extended concept of health. This research intends to be justified to social service, due to the fact that a qualified professional has ever been needed since the SUS establishment, performing not only well qualified for execution, but also having a behavior driven to ethical and political principles of the professional category and SUS main guidelines. By the intention of knowing how the social service has been developed through NASF, it has been made a research with NASF professionals into cities like Chapecó, Florianópolis and Lages. This empirical research allowed to know about the incoming demands of the Social Service at NASF, showing the perspectives of the professional performing.

Key-words: Social Service and Health. Professional Practice. Center of Family Health Support – NASF.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASC	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
CBAS	Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais
CBO	Código Brasileiro de Ocupações
CEPSH	Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CLS	Conselho Local de Saúde
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CONASSS	Congresso Nacional de Serviço Social e Saúde
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CRESS	Conselho Regional de Serviço Social
CS	Centro de Saúde
DAB	Departamento de Atenção Básica
ENED	Encontro Nacional de Estudantes de Direito
ENPESS	Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço social
ESF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
OS	Organizações Sociais
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PET-SAÚDE	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
PUC-SP	Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
SENAI	Nacional de Aprendizagem Industrial
SES	Secretaria de Estado da Saúde
SES/SC	Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina
SESI	Serviço Social da Indústria
SIA/SUS	Sistema de Informações Ambulatoriais
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UDESC	Universidade do Estado de Santa Catarina
UFFS	Universidade Federal Fronteira Sul
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UNIPLAC	Universidade do Planalto Catarinense

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
1. O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE: ELEMENTOS DE UMA TRAJETÓRIA 13	
1.2 O Serviço Social na Saúde nos anos de 1990 a 2000	22
2. ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE	29
2.1 O SUS e a política de Atenção Básica em Saúde	29
2.2 O Núcleo de Apoio a Saúde da Família	33
3.1 Considerações sobre os procedimentos metodológicos.....	46
3.2 Perfil dos profissionais entrevistados no NASF	49
3.3 - NASF: implantação, estruturação e condições de trabalho em Chapecó, Florianópolis e Lages	55
3.4 – O Serviço Social no NASF: inserção e condições de trabalho.....	62
3.5 – A prática do Assistente Social no NASF.....	66
3.5.1- Demandas colocadas pelas Equipes de Saúde da Família - ESF	66
3.5.2 - Demandas da equipe NASF	72
3.5.3 - Demandas da Gestão	74
3.5.4 - Demandas da comunidade e outras instituições.....	76
3.5.5 Demandas do Controle Social	81
3.5.6 O Assistente Social diante da rotina e dinâmica de trabalho no NASF	83
REFERÊNCIAS	94
APÊNDICE	97

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Municípios de Santa Catarina com NASF com incentivo do Ministério da Saúde conforme Modalidade de NASF, n° de equipes, composição da equipe e n° de Assistentes Sociais integrantes, em abril de 2012.

Tabela 2 – Número de profissionais NASF/SC nas modalidades 1 e 2 cadastrados no SCNES atuantes nos Municípios credenciados em abril de 2012.

Tabela 3 – Perfil dos Assistentes Sociais entrevistados que trabalham nos NASF em abril e maio de 2012, nas cidades de Chapecó, Florianópolis e Lages.

Tabela 4 – Eventos que os Assistentes Sociais participaram nos anos 2010/2011 e início de 2012.

Tabela 5 – A participação dos Assistentes Sociais em Conselho de Direito ou Política Social em Abril e Maio de 2012.

Tabela 6 – Tempo de trabalho, carga horária e renda indicado pelos entrevistados em abril e maio de 2012, nos Municípios de Chapecó, Florianópolis e Lages.

Tabela 7 – Número de ESF que uma equipe NASF é referência e População total do município em abril e maio de 2012, nos municípios de Florianópolis, Chapecó e Lages.

INTRODUÇÃO

O interesse pelo tema pesquisado está relacionado à experiência vivenciada no projeto PET-Saúde da Família em que participei como aluna bolsista no ano de 2010 e também com o estágio curricular não obrigatório e obrigatório I no Hospital Universitário da UFSC realizado no ano de 2011, as duas experiências levaram-me a refletir sobre o modelo de atenção à saúde, e a atuação do Serviço Social na atenção básica e na alta complexidade, considerando a importância das ações de promoção e prevenção da saúde que devem ser praticadas pelas equipes de saúde que se dedicam à atenção básica.

Com o fortalecimento da atenção básica via a expansão da Estratégia de Saúde da Família – ESF e seu conjunto de ações na saúde há um redirecionamento exigido para o trabalho dos profissionais que se dedicam a esse setor, e dentre eles o Assistente Social, no qual sua atuação é percebida com destaque na consolidação do SUS, considerando os determinantes sociais na saúde explicitados no conceito ampliado de saúde. O Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF integrado a atenção básica em 2008 tem o propósito de contribuir para que os determinantes sociais do processo saúde e doença sejam reconhecidos e tratados não apenas de forma clínica, mas por um conjunto de saberes das demais profissões da área da saúde. E deste modo os Assistentes Sociais passam ter formalmente um espaço de trabalho na atenção básica em saúde.

Atualmente e desde a implantação do Sistema Único de Saúde tem-se exigido um profissional competente, qualificado não somente na esfera da execução, e com conduta orientada pelos princípios ético-políticos da categoria profissional e pelos princípios do SUS, sendo que ambos têm como perspectiva a universalização dos direitos sociais através da democratização das ações e serviços de saúde. Para isso, é preciso entender, conhecer e reconhecer a totalidade das políticas, e particularmente da política de saúde, decifrando a linguagem das demandas, da estrutura, objetivos e dinâmica do SUS. Enfim, refletir sobre os desafios e possibilidades que o SUS coloca para a prática do Assistente Social para se pensar e construir criticamente ações que visem à garantia de direitos coletivos, e para, além disso, possibilitar a ampliação do espaço profissional.

Este trabalho tem como objetivo conhecer a dinâmica de atuação do Serviço Social no NASF, atentando para as demandas que chegam ao Serviço Social e de que

forma esses profissionais respondem, com o intuito de constatar os desafios enfrentados e as possibilidades da ação profissional. A questão está em reconhecer se a prática profissional consegue ou não priorizar ações que visem uma política de saúde realmente democrática, e se essa prática como está preconizada hoje é ou não suficiente para imprimir uma mudança no modelo de atenção á saúde. Para isso é preciso conhecer como está se realizando essa prática no NASF, quais as prioridades e percepções dos profissionais sobre a prática cotidiana.

A pesquisa desenvolvida foi de caráter qualitativo e exploratório, realizado através da revisão da literatura sobre o desenvolvimento da política de saúde no Brasil, e recuperando brevemente a trajetória histórica do Serviço Social na saúde, sobretudo suas formas de atuação profissional pós Constituição de 1988 e anos 2000. Foi necessário realizar um mapeamento dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família – NASF em Santa Catarina, dando especial destaque a observação do quantitativo de Assistentes Sociais presentes. A pesquisa empírica foi realizada com 8 Assistentes Sociais dos NASF nas cidades de Florianópolis, Lages e Chapecó, após contato com os mesmos, sendo que das 8 entrevistas, duas foram realizadas via e-mail e as demais presencialmente. O critério de escolha das cidades foi o número de equipes NASF, sendo que as cidades supracitadas possuem mais de uma equipe.

Além dos municípios citados, foi feito contato com outras cidades mais próximas a Florianópolis, no entanto, em algumas não havia assistente social no NASF, em outras onde foi possível realizar contato telefônico com os assistentes sociais, os mesmos não conseguiram enviar o roteiro de entrevista em tempo hábil para realizar o processo de sistematização das entrevistas. O processo de contatar com os profissionais e posteriormente realizar as entrevistas foi dificultoso em alguns municípios, pois era necessário que as Secretarias Municipais de Saúde consentissem sobre as entrevistas a serem realizadas com os profissionais, em algumas fazia-se necessário o consentimento do Secretario em outras do Coordenador do NASF. Uma das dificuldades foi a demora do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos – CEPESH em emitir um parecer de aprovação do projeto de pesquisa, sendo que as Secretarias solicitavam que esse parecer fosse enviado, a outra foi que um dos municípios trocou de Secretario e Coordenador do NASF no período que foi enviado a solicitação, acarretando demora na avaliação do projeto e consentimento.

Os profissionais ao serem contatados e informados sobre a pesquisa mostraram-se receptivos e interessados pelo tema, aceitando de imediato o convite. As entrevistas

feitas pessoalmente foram realizadas em salas nos centros de saúde onde os profissionais estavam em atividades no dia, apenas uma delas foi realizada em outro local, pois o entrevistado não estava mais trabalhando no NASF. Foi elaborado um roteiro de entrevista em forma de questionário composto por 31 questões, combinando perguntas abertas e fechadas, sendo algumas questões direcionadas ao perfil do entrevistado e outras voltadas ao problema de pesquisa. Para melhor apreensão das respostas e posterior utilização das falas no trabalho, foi utilizado um gravador de voz.

Este trabalho está estruturado em três capítulos. No primeiro capítulo, realizamos um breve resgate histórico da prática do Serviço Social desde seu surgimento, e principalmente da prática do Serviço Social na Saúde, constatando que a profissão vem se resignificando concomitante as mudanças de ordem societária, econômica e política, influenciando como principal mudança da prática profissional na saúde a Constituição de 1988. Na seqüência discute-se a prática do Serviço Social na saúde nos anos de 1990 e 2000, período marcado pela reforma neoliberal, pela disputa entre o projeto privatista e o projeto de reforma sanitária, sinalizando mudanças na perspectiva de trabalho dos assistentes sociais na saúde.

No segundo capítulo apresentamos a política de atenção primária a saúde e o modelo que vem orientando a proposta de reorganização do SUS, a Estratégia de Saúde da Família e posteriormente a criação dos NASF, sua proposta de atuação junto às Equipes de Saúde da Família – ESF e dados de implantação dos NASF e das equipes nos municípios do Estado de Santa Catarina.

No terceiro capítulo, destacamos em um primeiro momento considerações sobre o procedimento metodológico e o perfil sócio-ocupacional dos assistentes sociais entrevistados. Em seguida apresenta-se a pesquisa realizada com os profissionais entrevistados com objetivo de conhecer e discutir sobre as demandas postas ao Serviço Social no NASF e de que forma os profissionais vem respondendo a essas demandas. O resultado da pesquisa está organizado com os seguintes subtemas: demandas colocadas pelas Equipes de Saúde da Família – ESF, demandas da equipe NASF, demandas da gestão, demandas da comunidade e outras instituições, demanda do Controle Social e por fim, algumas reflexões sobre o exercício profissional do Assistente Social diante da rotina e dinâmica de trabalho no NASF. A discussão sobre essas demandas torna-se um meio de conhecer como está se desenvolvendo a atuação do Serviço Social, quais suas prioridades e os desafios da prática profissional diante da rotina, estrutura, demandas e requisições das equipes de saúde, dos usuários e da gestão.

1. O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE: ELEMENTOS DE UMA TRAJETÓRIA

Historicamente a saúde tem sido o maior empregador de Assistentes Sociais (Bravo 1996). No entanto, desde os primórdios da profissão, a forma de atuação e os fundamentos que perpassam a prática profissional foram construídos e reconstruídos, permitindo mudanças importantes na direção da prática profissional nos espaços próprios aos cuidados de saúde.

As características da atuação profissional desde seu surgimento no Brasil na década de 1930 eram de aspecto normativo e educativo, e que estavam intrinsecamente relacionados com as exigências do modo de produção capitalista. Os Assistentes Sociais nesse período são chamados para trabalhar com a questão social que emergia decorrente do processo de industrialização e urbanização, ou seja, decorrente da relação capital/trabalho. Com o crescimento da industrialização e das populações das áreas urbanas, surge à necessidade de controlar a massa operária, e o Serviço Social irá colocar-se a serviço do Capital, inserindo-se em estruturas institucionais, colaborando no exercício do controle social e na difusão da ideologia da classe dominante entre a classe trabalhadora (SODRÉ, 2010). Considera-se nesse sentido que a atividade do profissional Assistente Social, como tantas outras profissões, esteve e permanece submetida a um conjunto de determinações sociais inerentes ao trabalho na sociedade capitalista.

O papel do Estado em meio a essa conjuntura que se processava no país, é redefinido, este passa a se *preocupar* com a classe trabalhadora, no anseio de possíveis reivindicações atropelarem o andamento da produção, que em meio à efervescência do processo de industrialização, não poderia parar. Para tanto o Estado passa a adotar como estratégia o atendimento, em parte, das reivindicações populares que demandavam condições de reprodução, como alimentação, moradia e saúde, ampliando dessa forma as bases do reconhecimento da cidadania social, através de uma legislação social e salarial.

Coube ao Estado viabilizar salários indiretos por meio das políticas sociais públicas, operando uma rede de serviços sociais, que permitisse liberar parte da renda monetária da população para o consumo de massa e conseqüente dinamização da produção econômica (IAMAMOTO, 2009 p.30).

A atitude do Estado em pensar e organizar políticas sociais em favor da classe trabalhadora visava principalmente o interesse do próprio Estado e das classes

dominantes de atrelar as classes subalternas ao Estado, facilitando sua manipulação e dominação (IAMAMOTO, 2009).

A década de 1940 marca a institucionalização do Serviço Social no país, fato ainda relacionado com as exigências e necessidades de aprofundamento do capitalismo no Brasil, em consonância também com as mudanças que estavam ocorrendo no cenário internacional. Nesta mesma década, Bravo e Matos (2006) afirmam que a ação profissional na Saúde também se amplia, transformando-se no setor que mais absorveu os Assistentes Sociais até os anos 2000. Estava em vigor no período uma política de saúde organizada em dois subsectores: o de saúde pública e o de medicina previdenciária (BRAVO e MATOS 2006), havendo maior destaque e ampliação dos serviços de assistência médica na Previdência Social, do qual é demandada a atuação do Serviço Social. Além do fortalecimento do sistema previdenciário, nesse período evidenciou-se com o sistema de saúde pública a criação de mais hospitais e centros de saúde que demandavam a presença do Serviço Social.

Para além dos condicionantes decorrentes da conjuntura do período e a ampliação dos serviços de assistência médica na Previdência social, a ampliação dos espaços para a profissão na saúde foi possível também, devido ao reconhecimento em 1948 de um novo conceito de saúde enfocando aspectos biopsicossociais, determinando também, por consequência, a requisição de outros profissionais no setor saúde. (BRAVO e MATOS, 2006). A atuação do Serviço Social desde sua primeira inserção na área, através de uma “ação pioneira do Serviço Social no Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo, em 1943, sob a denominação de Serviço Social Médico, criado pelo Decreto-lei 13.192” (CFESS, 1990 apud NOGUEIRA, 2005 p. 04), sedimentou suas ações na prática curativa e por meio da abordagem individual.

Predominavam no trabalho do assistente social nesse período, atuações específicas em âmbitos individual e grupal conhecidos como *métodos do Serviço Social de caso, grupo e comunidade* baseados na metodologia de trabalho norte-americana a qual passou a ser referência ao redirecionar a prática profissional em todas as áreas de atuação.

Na Saúde, no entanto, o Serviço Social Médico, como era denominado, não atuava com procedimentos e técnicas do Desenvolvimento de Comunidade e sim, prioritariamente, com o Serviço Social de Casos, atuação essa, orientada pela Associação Americana de Hospitais e da Associação Americana de Assistentes Médico-Sociais (BRAVO e MATOS, 2006).

Assim como nos Hospitais, a atuação do Serviço Social na Previdência Social não era diferente, os profissionais trabalhavam com o objetivo de viabilizar aos usuários acesso aos serviços e benefícios, restringindo-se aos atendimentos individuais e de grupo, era um serviço muito mais institucional. Nessa lógica:

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 e MATOS, 2006 p.199).

Segundo Bravo e Matos (2006), a medicina comunitária desdobramento da medicina integral e da medicina preventiva que surgem nos anos de 1950 nos EUA não teve repercussão no trabalho dos Assistentes Sociais no Brasil. Os profissionais são absorvidos nos centros de saúde somente em 1975, pois a exigência do momento para os profissionais concentrava-se na ampliação da assistência médica hospitalar, e os profissionais eram considerados sujeitos importantes para lidar com a contradição entre a demanda e o seu caráter excludente e seletivo. A conjuntura desenvolvimentista e autoritária do país colocava apenas demandas imediatas das contradições do sistema para o Serviço Social. Por outro, lado as referências teórico-políticas da profissão, que na saúde eram majoritariamente da clínica e da psiquiatria, ainda não permitiam o envolvimento com práticas mais progressistas.

Outros espaços ocupacionais, nas décadas de 1940 e 1950 como o Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial - SENAI e o Serviço Social da Indústria – SESI e a Legião Brasileira de Assistência, incorporaram em seu quadro de profissionais o Assistente Social para atuar em programas educativos em saúde, além da orientação individual em cuidados de higiene e puericultura às famílias dos trabalhadores (NOGUEIRA, 2005). Percebe-se, portanto, que ainda nesse período, não houve mudanças significativas na prática profissional na saúde, a atuação permanecia submetida a uma atenção em saúde voltada para uma prática médica, educativa e higienista. Essa prática evidenciava um caráter de orientação teórico-metodológica denominada pela categoria como Serviço Social tradicional, que até 1960 não era questionada pela profissão.

No início da década de 1960 tem-se um novo direcionamento na atuação profissional, caracterizado como um processo de crítica ao Serviço Social tradicional. Nesse período são constituídas condições que possibilitaram a redefinição dos procedimentos profissionais, primeiramente no governo de J.K., sob a concepção de

desenvolvimento e depois sob a concepção de desenvolvimento humanista do governo Jânio Quadros. Neste contexto, o Serviço Social - caracterizado então por práticas sob orientação de instrumentos e técnicas tradicionais - inicia na década de 1960, um movimento interno na categoria que constrói os fundamentos, para o que vem a ser na década de 1970 o Movimento de Reconceituação do Serviço Social, ou seja, o movimento de intenção de ruptura com o viés tradicional e conservador, que será fomentado por um amplo debate da categoria, polarizado por disputa de diferentes projetos profissionais.

Os questionamentos levantados pelos Assistentes Sociais no período estavam relacionados à posição conservadora assumida majoritariamente pelos profissionais. Esse processo estava articulado, sobretudo, com a perspectiva de superação do subdesenvolvimento latino-americano, “o eixo do debate se centrava na contestação do Serviço Social importado, com práticas assistencialistas e ajustadoras, e a pretensão de neutralidade científica” (BRAVO, 1996 p.88).

Conforme a autora, o questionamento do Serviço Social *tradicional*, no início da década de 1960, não foi um processo restrito ao país, mas um fenômeno internacional, sobretudo Latino Americano, impulsionado pelos acontecimentos econômico-sociais, políticos, ideológicos e culturais da época, que tiveram rebatimentos na profissão. Consta-se que na saúde o processo de crítica iniciado pelo Serviço Social no período teve pouca repercussão, “a ênfase, nesse setor, foi sedimentar um padrão técnico para atender às necessidades da assistência médica que vai ser reforçada no pós 64, com maior sofisticação” (BRAVO, 1996, p. 91).

A demanda do governo, na década de 1960, em relação aos profissionais assistentes sociais exigia uma ação no sentido de controle da população de forma a adequá-la e submetê-la a ordem do governo ditatorial numa conjuntura de repressão, aumento da concentração de renda, de desemprego, inflação, etc. Muitos profissionais se negavam a desenvolver essa prática propondo um debate crítico, que abrangeu a categoria na América Latina, denominado de Movimento de Reconceituação do Serviço Social. O Movimento de Reconceituação do Serviço Social objetivou construir a crítica a profissão, aos seus pressupostos ideológicos, teóricos e metodológicos e a determinadas práticas profissionais. A partir da crítica buscava-se uma referência distinta da qual orientava a profissão até então, desde sua emergência, de cunho conservador, objetivando orientar e redimensionar o exercício profissional do Serviço Social.

No entanto, evidencia-se que esse processo de crítica em grande parte foi abortado pelo golpe de 1964 no Brasil, e a estratégia utilizada foi a implementação do projeto de modernização conservadora, no qual constitui-se como primeira expressão do processo de renovação do Serviço Social. Conforme Bravo e Matos (2006) o projeto,

[...] exigiu a renovação do Serviço Social, face às novas estratégias de controle e repressão da classe trabalhadora efetivadas pelo Estado e pelo grande capital, bem como para o atendimento das novas demandas submetidas à racionalidade burocrática (BRAVO e MATOS, 2006, p.05).

Portanto, parte da renovação do Serviço Social brasileiro foi no sentido de se incorporar na lógica desenvolvimentista e modernizadora em evidência na conjuntura brasileira. O período de renovação profissional em meio à ditadura se desenvolveu em três direções: a perspectiva modernizadora, como já sinalizada acima, a reatualização do conservadorismo e a intenção de ruptura (NETTO, 1996).¹ O Serviço Social na área da saúde no período de renovação esteve voltado predominantemente para a estratégia de modernização conservadora, com vinculação destacada na estrutura do complexo previdenciário de assistência médica, setor transformado no maior empregador de profissionais. Ou seja, mesmo com todas as críticas e questionamentos que estavam ocorrendo no interior da categoria profissional com relação à prática tradicional, assistencialista e burocratizada, os profissionais que atuavam na saúde continuavam distantes dessa nova perspectiva de mudança. De acordo com Bravo (1996), durante esse período, a atuação do Serviço Social na saúde, nos hospitais, ambulatórios e nos

¹ A *perspectiva modernizadora* consiste em “um esforço no sentido de adequar o Serviço Social, enquanto instrumento de intervenção inserida no arsenal de técnicas sociais a ser operacionalizado no marco de estratégias de desenvolvimento capitalista, às exigências postas pelos processos sócio-políticos emergentes no pós-64. Trata-se de uma linha de desenvolvimento profissional que, se encontra o auge de sua formulação exatamente na segunda metade dos anos sessenta – seus grandes monumentos, sem dúvidas, são os textos dos seminários de Araxá e Teresópolis -, revelar-se-á um eixo de extrema densidade no envolver da reflexão profissional: não só continuará mobilizando energias nos anos seguintes como, especialmente, mostrar-se-á aquele vetor de renovação que mais fundamentalmente vincou a massa da categoria profissional” (NETTO, 1996 p.154). “A direção que condensa a renovação compatível com o segmento do Serviço Social mais impermeável às mudanças pode designar-se como a perspectiva *de reatualização do conservadorismo*. Trata-se de uma vertente que recupera os componentes mais estratificados da herança histórica e conservadora da profissão, nos domínios da (auto) representação e da prática, e os repõe sobre uma base teórico-metodológica que se reclama nova, repudiando, simultaneamente, os padrões mais nitidamente vinculados à tradição positivista e às referências conectadas ao pensamento crítico-dialético, de raiz marxiana” (NETTO, 1996 p.157). A terceira direção identificada no processo de renovação do Serviço Social no Brasil é a perspectiva que se propõe como *intenção de ruptura* com o Serviço Social *tradicional*. Ao contrário das anteriores, esta possui como substrato nuclear uma crítica sistemática ao desempenho “tradicional” e aos seus suportes teóricos, metodológicos e ideológicos. Com efeito, ela manifesta a pretensão de romper quer com a herança teórico-metodológica do pensamento conservador (a tradição positivista), quer com os seus paradigmas de intervenção social (o reformismo conservador). (NETTO, 1996 p.159).

institutos da previdência social, pautava-se em uma atuação psicossocial junto a pacientes e familiares.

Na década de 1970 precisamente nos anos de 1974 a 1979, período denominado de distensão política, a atuação do Serviço Social na saúde não sofre alteração, dando prosseguimento às orientações pertinentes a vertente *modernizadora*. A ação profissional continuava sendo uma atuação psicossocial junto a pacientes e familiares, sendo que ainda estava direcionada pela concepção de saúde de 1948 elaborada pela Organização Mundial de Saúde, que pautava-se no bem-estar físico-mental e social, e sua intervenção centralizava-se ainda em um Serviço Social médico. Portanto, ainda nesse período, a prática do Serviço Social na saúde ainda não valorizava as condições de vida, de trabalho e a necessidade da participação popular nas decisões das políticas sociais.

Nesse espaço de tempo, houve uma tímida e incipiente discussão no setor saúde e em alguns eventos próprio da categoria profissional, como: saúde coletiva, trabalho com comunidade fundamentado em uma perspectiva de prevenção e promoção da saúde, rede básica de serviços, municipalização, hierarquização e ações interinstitucionais. No entanto o Serviço Social não se identifica de imediato com essas questões, evidenciando que a prática profissional permanecia restrita às clínicas, com perspectiva curativa (BRAVO, 1996). A prática do Serviço Social na saúde ainda não valorizava as condições de vida, de trabalho e a necessidade da participação popular nas decisões das políticas sociais.

Mudanças significativas começam a ser sinalizadas no final da década de 1970 em diante, quando a luta pela democratização da saúde ganha corpo no Movimento pela Reforma Sanitária, e o movimento de renovação ocorrido no Serviço Social foi quase que simultâneo ao que aconteceu na saúde coletiva, com o Movimento de Reforma Sanitária.

No final da década de 70, ganha destaque, na relação Estado – Sociedade, o movimento pela democratização de saúde, que, envolvendo intelectuais/profissionais de saúde, movimentos sociais e estudantes criou condições para a construção do projeto da Reforma Sanitária brasileira. Este movimento teve como princípio uma crítica à concepção de saúde restrita à dimensão biológica e individual, bem como a afirmação da relação entre a organização social, organização dos serviços de saúde e prática médica, tendo como fundamento a determinação social da doença para se pensar o processo de trabalho em saúde (VASCONCELOS, 2011, p.76).

Juntamente com as mudanças ocorridas na conjuntura brasileira nos anos de 1980, marcada por um período de grande mobilização política, a emergência de movimentos sociais por demandas democráticas e populares, até então reprimidas na

realidade social brasileira, como também o aprofundamento da crise econômica evidenciado na ditadura militar, acabam servindo como alavanca para que os fundamentos da prática profissional começassem a se modificar. Ao mesmo tempo, impulsionados pela vertente de intenção de ruptura na década 1980, “o clima de ampliação das liberdades democráticas, próprio da abertura política, foi um dos condicionantes para a perspectiva *intenção de ruptura* aprofundar seu processo de maturação” (BRAVO, 1996, p. 108). O processo de intenção de ruptura que se inicia após o desenvolvimento do Movimento de Reconceituação, buscou romper com o conservadorismo da profissão.

O Movimento Sanitário que vinha consolidando-se desde meados dos anos 1970 conseguiu avançar na criação de propostas de fortalecimento da saúde pública, tendo como marco em 1986 a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, em Brasília. No entanto, para Bravo (1996) o surgimento do Movimento Sanitário não teve repercussão na atuação dos Assistentes Sociais que trabalhavam na área da saúde, assim como o processo organizativo e o aprofundamento teórico da profissão expresso no Movimento de Reconceituação, não influenciou o Serviço Social na saúde. Ou seja, o Serviço Social na saúde não se identifica de imediato com os temas do Movimento da Reconceituação e do Movimento da Reforma Sanitária, evidenciando que a prática profissional permanecia restrita às clínicas, com perspectiva curativa (BRAVO, 1996).

Apesar da expansão de tendências democráticas nos anos de 1980 ter impulsionado a vertente de intenção de ruptura dentro do Serviço Social, os profissionais que trabalhavam na área da saúde continuaram distantes das reflexões e na prática ainda subalternos ao protagonismo médico. Conforme Bravo e Matos,

O processo de renovação do Serviço Social no Brasil está articulado às questões colocadas pela realidade da época, mas por ter sido um movimento de revisão interna, não foi realizado um nexo direto com outros debates, também relevantes, que buscavam a construção de práticas democráticas, como o movimento pela reforma sanitária. Na nossa análise, esses são os sinalizadores para o descompasso da profissão com a luta pela assistência pública na saúde (BRAVO e MATOS, 2006 p.204).

Como no Movimento Sanitário, reconhece-se também no Serviço Social, avanços no aspecto legal/institucional, acadêmico e político, no entanto, esses inegáveis avanços não foram tão expressivos no segmento da categoria que atuava na saúde, o Serviço Social assim como outras profissões envolvidas na área, não se envolveu nas lutas pela Reforma Sanitária (ASSUMPÇÃO et al., 2009). A profissão só começa a atuar e lutar por direitos quando estes passam a ser garantidos por lei, ou seja, pós

Constituição Federal promulgada em 1988. Conforme Bravo e Matos (2006) os avanços apontados na profissão nessa época são considerados insuficientes, pois o Serviço Social na área da saúde chega à década de 1990 ainda com uma incipiente alteração da prática institucional, ainda desarticulado com o Movimento de Reforma Sanitária. Por causa disto não havia “nenhuma explícita e organizada ocupação na máquina do Estado pelos setores progressistas da profissão e insuficiente produção sobre as demandas postas à prática em saúde” (BRAVO e MATOS 2006, p.205).

Reconhece-se, no entanto, que, apesar dessa postura de quase indiferença ao Movimento Sanitário foi possível identificar a sensibilização de Assistentes Sociais para o campo da saúde coletiva. Identifica-se que no final do período de redemocratização, os profissionais começaram a participar timidamente de eventos, entre eles a VIII Conferência Nacional de Saúde, os Congressos de Saúde Coletiva e apresentando trabalhos nos CBAS. Também houve uma preocupação em realizar estudos voltados para a prática profissional, aprofundando temas como direitos, assistência, cidadania e políticas públicas (BRAVO 1996).

Em 1987, levando em conta as questões trazidas pela VIII Conferência de Saúde, iniciou-se o processo de elaboração da nova Constituição Federal de 1988. A Constituição incorporou novos conceitos, princípios e uma nova forma de organizar os serviços de saúde, trazendo o conceito de saúde relacionado com as políticas sociais e econômicas e entendido como um direito de cidadania, com ações e serviços de saúde alcançando relevância pública, incluindo a saúde no campo da Seguridade Social e criando o Sistema Único de Saúde – SUS.

A partir do texto Constitucional que incorporou as demandas provenientes do período de redemocratização, as propostas do Movimento Sanitário e dos determinantes econômicos e sociais destacados no conceito ampliado de saúde que se indica a necessidade de superação das práticas clínicas e curativas até então não muito questionadas. O conceito ampliado de saúde que permeou o debate da Reforma Sanitária e as proposições da VIII Conferência foi resumido por Sérgio Arouca:

Saúde não é simplesmente não estar doente, é mais: é um bem-estar social, é o direito ao trabalho, a um salário condigno; é o direito a ter água, à vestimenta, à educação, e até, a informação sobre como se pode dominar o mundo e transformá-lo. É ter direito a um meio ambiente que não seja agressivo, mas que, pelo contrário, permita a existência de uma vida digna e decente; a um sistema, político que respeite a livre opinião, a livre possibilidade de organização e de autodeterminação de um povo. É não estar todo tempo submetido ao medo da violência, tanto daquela violência resultante da miséria, que é o roubo, o ataque, como a violência de um

governo contra o seu próprio povo, para que sejam mantidos os interesses que não sejam os do povo (AROUCA, 1987, p.36).

Diante desse contexto, sinalizado legalmente pelos princípios e competências do Sistema Único de Saúde – SUS na Carta Magna de 1988², direcionado ao direito coletivo à saúde e ao reconhecimento das determinações sociais no processo saúde e doença, *convoca-se* o Serviço Social e outros profissionais da área da saúde a mudar sua perspectiva de atuação, possibilitando por consequência dessa proposta, a criação de novos espaços de atuação na saúde.

É perceptível que o regimento dos princípios e diretrizes constituiu-se como avanço importante no sentido da consolidação do SUS. Entretanto, observamos que existem muitos problemas para a efetivação e a prática do SUS, pois há uma contradição entre a legislação que prioriza a prática e ação do Estado na saúde, e a realidade política e econômica que faz o Estado reduzir sua ação social para dar espaço à livre concorrência do mercado. O modelo de política de saúde brasileiro apresenta-se como um modelo que privilegia o mercado e o setor privado, nesse sentido os princípios do SUS que permeiam toda uma lógica de construção de um sistema público, gratuito e de qualidade, vêm de encontro com uma lógica incontestavelmente oposta, e que compromete os princípios e diretrizes do SUS.

É nesse contexto de redemocratização e de reforma do Estado brasileiro que a descentralização, sinalizada como diretriz do SUS, adquire força no país, em contraponto ao modelo centralizado de serviços de saúde rompido pela reforma sanitária brasileira. A descentralização conforme Mendes (2001) coloca-se como instrumento de racionalização, e também como forma de democratização do Estado e de construção de cidadania.

Nos próximos itens serão levantadas considerações sobre o SUS e suas perspectivas, e a inserção e atuação do Serviço Social no campo da saúde pós Constituição de 1988, sinalizando as prioridades do SUS e a reorganização do modelo assistencial, no qual exigem dos profissionais novas perspectivas de atuação na área para atuar com as demandas e os desafios tencionados na prática, visto que esse é o objeto de estudo desse trabalho.

² Ver nota 3.

1.2 O Serviço Social na Saúde nos anos de 1990 a 2000

Como já sinalizado, historicamente a atuação do Serviço Social na área da saúde desenvolveu-se no âmbito curativo e com abordagem individual através do Serviço Social de caso. Já a preocupação com a área da saúde enquanto uma questão política se deu no final dos anos de 1980 e início da década de 1990.

A Constituição Federal de 1988 incorporou novos conceitos, princípios e uma nova forma de organizar os serviços de saúde, trazendo o conceito de saúde relacionado com as políticas sociais e econômicas e entendido como um direito de cidadania, possibilitando novas ações e serviços de saúde, incluindo a saúde no campo da Seguridade Social, ao lado da Assistência Social e Previdência. Para organização da política de saúde, se optou pela estrutura de Sistema Único de Saúde - SUS. O SUS foi regulamentado em 1990 por meio das leis 8.080 e 8.142, na qual a primeira dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços de saúde e a segunda dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências de recursos financeiros na área da saúde.

No que se refere à profissão, no início da década de 1990, o Serviço Social apresentou avanços em seu aspecto legal/institucional, acadêmico e político, materializando-se na construção do projeto ético-político da profissão sustentado no Código de Ética de 1993, na Lei de Regulamentação da Profissão também de 1993 e nas Diretrizes Curriculares para os cursos de graduação aprovadas em 1996. Em termos pressupostos, esse projeto profissional correspondia com os fundamentos dos direitos sociais reconhecidos em 1988 e particularmente com os fundamentos da Reforma Sanitária e do SUS. Tanto que foi somente a partir de 1988, num processo tortuoso e imbuído de forças divergentes que se dá à inserção do Serviço Social na Saúde Coletiva segundo Bravo e Matos (2006).

A década de 1990, momento de implementação do SUS, é marcada pela difusão da ideologia neoliberal no Brasil, processo que ocorreu como resposta mundial do capitalismo de enfrentamento à crise estrutural iniciada nos anos 1970. A Reforma neoliberal teve como perspectiva a minimização do Estado com os assuntos sociais, o uso e incorporação dos serviços sociais como espaço de mercantilização e lucratividade e a privatização de serviços públicos (SOARES, 2010). Soares (2010, p.340), assinala que “a saúde se tornou um dos campos preferenciais desse processo, constituindo uma

das áreas de maior investimento tecnológico do mundo e de grandes possibilidades no mercado privado”.

Esta conjuntura tem como proposição a ampliação e fortalecimento do projeto privatista, que em contraposição ao projeto de Reforma Sanitária, está articulado ao mercado. Bravo (2006, p.35) caracteriza o projeto privatista “como aquele pautado na política de ajuste e que tem como tendência a contenção dos gastos com a racionalização da oferta e a descentralização com isenção de responsabilidades do poder central”. Já o projeto de Reforma Sanitária defende que a saúde seja um direito de todo o cidadão, um dever do Estado e que seja universal o acesso a todos os bens e serviços de saúde³. Deste modo, observa-se a focalização e a seletividade no setor saúde no atendimento às populações vulneráveis, a setorialização da política de saúde em programas estanques e o questionamento da universalidade do acesso à assistência à saúde. Essas características são frutos do processo de privatização, onde a saúde e a previdência social tornam-se alvo da mercantilização, e o assistencialismo é ampliado.

Tanto o projeto privatista, quanto o projeto de Reforma Sanitária apresentam diferentes requisições para o Serviço Social.

O projeto privatista vem requisitando ao assistente social: seleção socioeconômica dos usuários, com vistas à exclusão e não à inclusão; atuação psicossocial através de aconselhamento; ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde; assistencialismo, através da ideologia do favor; predomínio de práticas individuais, atividades burocráticas e gerenciamento das unidades na direção da redução dos gastos; 'inovações gerenciais' articuladas às técnicas de auto-ajuda, que objetivam a redução da oferta de serviços e benefícios públicos. [...] O projeto de reforma sanitária vem apresentando como demandas que o assistente social trabalhe as seguintes questões: construção de um novo modelo de gestão; articulação ensino-pesquisa-assistência; busca de democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde; atendimento humanizado; estratégias de interação da instituição de saúde com a comunidade; interdisciplinaridade; ênfase nas abordagens grupais; acesso democrático às informações e estímulo a participação cidadã (MATOS, 2000, p. 65).

A perspectiva de um projeto de saúde privatista para o país avança na medida em que avança também o projeto neoliberal, através da implantação de políticas e programas celetistas e compensatórios, que excluem a universalidade do atendimento à saúde a toda a população. A reforma neoliberal teve como principal proposta para o

³ O projeto de Reforma Sanitária, construído na década de 1980, tem como uma de suas estratégias o Sistema Único de Saúde (SUS) e foi fruto de lutas e mobilização dos profissionais de saúde, articulados ao movimento popular. Tem como preocupação central assegurar que o Estado democrático e de direito, responsável pelas políticas sociais e, por conseguinte, pela saúde. Como fundamentos dessa concepção, destacam-se: melhor explicitação do interesse público, democratização do Estado, criação de uma esfera pública com controle social. Outros aspectos significativos da proposta são: democratização do acesso, universalização das ações, descentralização, melhoria da qualidade dos serviços com adoção de um novo modelo assistencial pautado na integralidade e equidade das ações (BRAVO e MATOS, 2004).

setor saúde, apontada pelo Banco Mundial, a redução do papel do Estado nesta área, principalmente através: da responsabilização da família, que deve tratar suas enfermidades comprando os serviços médicos necessários no mercado; da transferência de funções governamentais às Organizações Sociais - OS, visando atender a população de baixa renda que não pode recorrer ao mercado para resolver seus problemas de saúde, e da transferência de serviços públicos de saúde para o setor privado.

As intencionalidades das reformas setoriais na área da saúde estão centradas na idéia de estabelecer um pacote básico de serviços clínicos e de prioridades de financiamento para serviços e o desenvolvimento de experiências de co-pagamento o que rompe com os princípios da universalidade, da integralidade e da igualdade. Portanto, o contexto de reforma acaba por subordinar a política de saúde à lógica perversa da contenção de gastos, e a introdução de medidas restritivas e privatizantes em detrimento da orientação constitucional que consagra a universalidade do atendimento à saúde e a garantia das condições para que toda a população tenha acesso a esse direito.

Independente deste conjunto de reformas é necessário evidenciar que o SUS ao reconhecer a saúde como resultado das condições econômicas, políticas, sociais e culturais, tornou o Serviço Social, ao lado de um conjunto de outras áreas, uma profissão necessária à identificação e análise dos fatores que intervém no processo saúde/doença. A ampliação da inserção do assistente social, assim como de outras profissões, no campo da saúde após Constituição de 1988 em parte se deve à mudança no processo de gestão da política de saúde, sobretudo com descentralização política e administrativa. Acreditamos que a lei 8.080/1990⁴ ao regulamentar o SUS e fazer

⁴ **Art. 2º** - A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. **Art. 5º - Dos objetivos do Sistema Único de Saúde - SUS:** I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde; II - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no §1º do artigo 2º desta Lei; III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas. **Art. 6º Campo de atuação do SUS:** I - a execução de ações: a) de vigilância sanitária; b) de vigilância epidemiológica; c) de saúde do trabalhador; d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica. II - a participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico; III - a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde; IV - a vigilância nutricional e orientação alimentar; V - a colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho; VI - a formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção; VII - o controle e a fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde; VIII - a fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano; IX - participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos; X - o incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico; XI - a formulação e execução da política de sangue e seus derivados. **Art. 7º As ações do SUS são desenvolvidas obedecendo aos seguintes princípios:** I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; II - integralidade de

referência a um conceito ampliado de saúde, nos seus objetivos, nas suas atribuições e nos seus princípios, indica muitas possibilidades para a inserção do Serviço Social na saúde em setores não tradicionais como ambulatórios e hospitais. Para os profissionais ampliaram-se as possibilidades de trabalhar na atenção básica, com educação e promoção da saúde, com planejamento/orçamento, gestão e coordenações, capacitações, regulação, ouvidorias, sistemas de informação, vigilância em saúde, saúde do trabalhador, controle social entre outras áreas (KRUGER, 2010).

O conceito ampliado de saúde, os princípios e atribuições do SUS influenciaram o novo modelo de assistência à saúde, voltado para sua promoção e para a superação do modelo centrado na doença e nas ações curativas. E por isto ao longo dos anos de 1990 e 2000 os serviços de saúde estão requisitando trabalhos multiprofissionais e com isso, o assistente social passou a ter maior espaço de trabalho na área da saúde (KRUGER, 2010).

Constata-se que ao longo destas duas décadas houve o crescimento da discussão da temática saúde no interior do Serviço Social, sinalizando uma mudança na perspectiva de trabalho dos assistentes sociais nessa área. As ações profissionais assumem um caráter mais ético-político, diferentemente do período de 1964 até o final da década de 1980, onde as ações profissionais caracterizaram-se pela preocupação com a dimensão técnico-operativa reduzidas a modelos desarticulados dos determinantes da questão social e marcadas pelo não aprofundamento teórico da discussão da política e da estrutura dos serviços de saúde (BRAVO e MATOS, 2004).

No entanto, queremos deixar claro, este reconhecimento de possibilidades, na segunda década dos anos 2000 ainda é um desafio para profissão, que mesmo tendo passado dois períodos do governo Lula de perspectiva política democrático-popular, o conservadorismo e a prática nos espaços tradicionais da clínica ainda predominam. A

assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde; VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e sua utilização pelo usuário; VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática; VIII - participação da comunidade; IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo: a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde; X - integração, em nível executivo, das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico; XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, na prestação de serviços de assistência à saúde da população; XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos. (BRASIL, lei 8.080 de 1990).

ampliação do setor saúde e a criação de novos serviços envolvendo outros profissionais, além dos médicos, a Reforma do Estado, tencionada nos de 1990 e sua versão flexibilizada nos anos 2000, provocou grandes impactos na política de saúde e no interior do SUS, estando à saúde nos últimos anos, constituída como um espaço de intensos conflitos e contradições. Esses impactos, já exemplificados, vêm atingindo a prática do Assistente Social na saúde pública, ampliando a complexidade das problemáticas que lhe são apresentadas cotidianamente. (SOARES, 2010).

As principais demandas do Serviço Social dentro do SUS advêm das contradições presentes no processo de racionalização/reorganização do sistema, determinado pela hierarquização por nível de complexidade (básica, média e alta complexidade), descentralização e democratização do sistema, imprimindo novas características ao modelo de gestão e atenção e, portanto, aos processos de trabalho (COSTA, 2000). Ao atender as necessidades imediatas e mediatas da população, o Serviço Social na saúde, incide sobre as principais contradições do sistema.

O aumento na contratação de Assistentes Sociais em todos os níveis de atenção, principalmente na média e alta complexidade, tornou-se uma tendência causada pelo rebatimento da reforma do Estado na política de saúde, e que está vinculado ao crescimento exponencial de demandas aos serviços de saúde (SOARES, 2010). Esse fato expressa as contradições do SUS e sua racionalidade hegemônica, tendo em vista que a política de saúde mesmo tendo como uma de suas principais diretrizes a centralidade na atenção básica e, dentro desta a Estratégia de Saúde da família – ESF implantada nos anos de 1990, a maior parte dos Assistentes Sociais encontra-se trabalhando na média e alta complexidade.

Portanto, apesar de abertos novos espaços de atuação profissional na saúde depois do SUS possibilitando a prática em trabalho multiprofissionais, interdisciplinares e intersetoriais, a atuação do Serviço Social nas últimas duas décadas, permanece centrada na atenção de média e alta complexidade, sendo predominantemente assistencial. A política de saúde ao refletir a racionalidade hegemônica, acaba por determinar os espaços de atuação profissional, indicando tendências na forma de atuação do Serviço Social.

Assim, mesmo tendo incorporado ao longo de sua trajetória histórica, outras competências que extrapolam a assistência propriamente dita, o assistente social tem sido comumente requisitado a priorizar o espaço da assistência numa política cujo conteúdo assistencial, fragmentado, precarizado e focalizado tem sido uma de suas tendências mais presentes (SOARES, 2010 p.353).

Essa tendência é expressa nos dados colhidos por Soares (2010, p. 351):

De acordo com as entrevistas, com relação ao nível de atenção em saúde, 78,8% dos assistentes sociais atuam na média e alta complexidade e 13,5% na atenção básica ou primária. Tais dados corroboram os referentes ao tipo de unidade de saúde em que os profissionais entrevistados trabalham: 60% em hospitais e/ou maternidades; 11% na esfera da gestão em distritos sanitários ou no interior das secretarias de saúde; 11% em unidades de saúde mental; 11% em ambulatórios / clínicas especializadas ou Unidades de Pronto Atendimento (UPA's); e apenas 6% em unidades básicas, Saúde da Família ou NASF.

A trajetória do Serviço Social na saúde possibilitou a aquisição de conhecimentos que qualificaram o profissional para atuar na equipe de saúde como articulador do “recorte do social, tanto no sentido das formas de promoção da saúde, bem como das causalidades das formas de adoecer, intervindo, neste sentido, em todos os níveis nos programas de saúde” (CFESS, 1990 apud NOGUEIRA, 2005).

Além das mudanças internas na profissão que influenciaram o exercício profissional do Assistente Social, as leis orgânicas de 1990 que regulamentam os direitos sociais, provocaram mudanças no exercício profissional na área da saúde, ao mesmo tempo em que essas leis respaldaram legalmente suas ações. Ou seja, o profissional de Serviço Social passa a ter subsídios para realizar seu trabalho na perspectiva da universalidade de acesso e da integralidade da assistência, onde seja considerada, por todos os profissionais da saúde, a realidade econômica e social do usuário visando com isso, um atendimento articulado e contínuo das ações e serviços de saúde.

Assim, o Assistente Social pode contribuir levantando e sistematizando dados sobre a realidade socioeconômica dos usuários; divulgando e propiciando o acesso às informações pelos usuários, visto que o assistente social tem a seu favor sua prática educativa que traz a informação perpassada em todas as suas atividades; e incentivando a participação da comunidade junto a órgãos legitimados de participação e controle social, ampliando com isso, seu campo de atuação. É, pois, competência do Assistente Social contribuir para o acesso aos direitos garantidos pela Constituição Federal de 1988, uma vez que, a partir desta, a participação da sociedade civil organizada é estimulada através da descentralização político administrativa, da municipalização e da criação dos conselhos gestores de políticas públicas e também, dos conselhos de direito.

“Um marco destas duas décadas do SUS tem sido o processo de municipalização o que conseqüentemente colocou os profissionais mais próximos dos usuários e dos processos de planejamento e gestão” (KRUGER, 2010). Esse processo tem permitido e

proporcionado uma crescente ampliação do mercado de trabalho para os profissionais de saúde atuar na esfera municipal, dentre eles, o assistente social. No entanto, para todas as profissões, esse espaço relativamente novo, consiste como principal desafio, criar a possibilidade da atuação conjunta, integrada e intersetorial, que incorpore a participação dos usuários e traduza a nova concepção ampliada de saúde assumida pelo SUS.

2. ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE

2.1 O SUS e a política de Atenção Básica em Saúde

O modelo de proposta da atenção básica em saúde que vem orientando a reorganização da lógica assistencial do SUS, teve início em 1994 com a operacionalização do Programa Saúde da Família – PSF, incorporando a experiência anterior do Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS. A implantação do PACS ocorreu em 1991, os agentes eram pessoas da comunidade, treinadas, capacitadas e supervisionadas por profissionais de saúde. O mesmo foi criado baseado em experiências anteriores bem sucedidas, constituindo-se em uma estratégia que agrega idéias de proporcionar à população o acesso e a universalização do atendimento à saúde, descentralizando as ações e tendo como objetivo incrementar as ações de prevenção e promoção da saúde. Tanto no PACS quanto no PSF, a família passa a ser enfocada como unidade de ação programática em saúde, o PSF nessa lógica é proposto como estratégia de reversão do modelo assistencial à saúde, onde até então era predominante o atendimento emergencial ao doente, colocando a família como objeto de atenção no ambiente em que vive (VIANA e DAL POZ, 1998).

A criação do PSF em 1994 tem como primeiro documento oficial intitulado “Programa Saúde da Família: dentro de casa” e a criação de procedimentos vinculados ao PSF e ao PACS na tabela SIA/SUS. Sua implantação teve como objetivo geral melhorar o estado de saúde da população, mediante a construção de um modelo assistencial de atenção baseado na promoção, proteção, diagnóstico precoce, tratamento e recuperação da saúde em conformidade com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS, dirigidos aos indivíduos, à família e à comunidade. Trata-se de reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional. Ou seja, busca-se, através do PSF, afirmar a atenção à saúde, gerando novas práticas profissionais mediante a indissociabilidade entre trabalhos clínicos e a promoção da saúde. A equipe de saúde da família considerada multiprofissional, inicialmente composta por no mínimo um médico, generalista ou de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde.

O PSF caracteriza-se como uma estratégia para reorganização da atenção básica, na perspectiva da vigilância à saúde, mediante uma concepção de saúde centrada na promoção da qualidade de vida. O discurso oficial expressa a idéia de construir um novo modelo de assistência no país, a partir do investimento na atenção básica, na prevenção e promoção à saúde, articulados com a assistência curativa e de alta complexidade, colocando o PSF como porta de entrada do Sistema de Saúde (VIANA e DAL POZ, 1998).

A reafirmação do PSF como serviço da atenção básica ocorre com a Norma Operacional Básica de 1996 – NOB-SUS 96. Essa normativa prioriza a atenção básica ao dar ênfase ao PSF e ao PACS. A NOB-SUS 96 criticava o modelo clínico pela sua relação individualizada entre o profissional e o paciente, pela intervenção terapêutica armada específica e propunha um modelo de atenção centrado na qualidade de vida das pessoas e do meio ambiente, bem como na relação da equipe de saúde com a comunidade, especialmente, com seus núcleos sociais primários - as famílias (BRASIL, 1996).

O PSF toma uma nova forma a partir de 2006, com o fortalecimento da atenção básica em saúde, fundamentado na Política Nacional de Atenção Básica – PNAB (Portaria Nº. 648 de 28 de Março de 2006), a partir desse ano a atenção básica passa a constituir-se como porta de entrada preferencial do SUS. O documento expressa em suas determinações, um alinhamento com os princípios e diretrizes do SUS, estando vinculado ao propósito inscrito no Pacto pela Saúde de 2006. O Pacto tem como objetivo possibilitar a efetivação de acordos entre as três esferas de gestão do SUS para a reforma de aspectos institucionais vigentes, promovendo inovações nos processos e instrumentos de gestão que visam alcançar maior efetividade, eficiência e qualidade de suas respostas e ao mesmo tempo, redefine responsabilidades coletivas por resultados sanitários em função das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social. O referido documento é dividido em três componentes centrais: pacto pela vida, em defesa do SUS e de gestão, que afirma surgir com a finalidade de consolidar o SUS, buscando fortalecer principalmente a atenção básica em saúde e focalizando em ações de promoção a saúde. Nesse documento fica estabelecido que o PSF, como estratégia prioritária do Ministério da Saúde, para organizar a atenção básica, e passa a denominar-se Estratégia de Saúde da Família - ESF.

A escolha da ESF como porta de entrada no sistema tem destaque por essa ser a melhor estratégia para garantir a universalização, pelo menos na atenção básica. Em

2011, através do Decreto 7.508/2011 que regulamenta a lei 8.080/90, a atenção primária está indicada como principal porta de entrada no sistema, que são portas de entrada os serviços de atenção de urgência e emergência, de atenção psicossocial e especial de acesso aberto, como por exemplo, a Vigilância em Saúde (BRASIL, 2011). Ainda em 2011 o Ministério da Saúde institui a Portaria nº 2.488, que teve como objetivo estabelecer a revisão dos princípios, diretrizes e normas para a organização da atenção básica, enfatizando a Saúde da Família como estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção básica.

Como estratégia que tem como perspectiva a descentralização das ações com enfoque na família e na comunidade, a ESF tem como idéia inovadora deslocar a atenção centrada na figura do médico para ser preocupação de toda a equipe de saúde, nesse sentido, a atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando as equipes de saúde da família uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenção que vão além de práticas curativas. Nesta perspectiva, destacam-se os profissionais da saúde, na construção da representação do processo saúde/doença, devendo os mesmos buscar uma mobilização mais integrada com vários setores da administração pública, trabalhando nesse sentido para a garantia da intersetorialidade, na busca por uma ação interligada entre algumas áreas que devem estar em paralelo com as ações da ESF, áreas como: saneamento, educação, habitação e segurança (BRASIL, 2006).

A implantação de programas de atenção básica à saúde, como a ESF apresenta características próprias decorrentes da política de saúde brasileira. Política esta, que foi sempre marcada por um Estado financiador do setor privado para que estes, quando não mais necessitassem desse financiamento, se desvinculassem do Estado, passando a ser uma espécie de competidor, através de uma regulação do próprio Estado. Paradoxo este que tem como decorrência a ausência de equidade e a dificuldade de acesso da sociedade aos serviços de saúde. (NOGUEIRA, 2002).

A ESF pode ser entendida, de forma genérica, como um espaço de fortalecimento da organização da atenção básica em Saúde, no sentido da garantia dos princípios e diretrizes do SUS. No entanto, deve ser analisada a partir das influências recebidas pelo projeto neoliberal e algumas características que poderiam indicar a focalização deste serviço apenas na população mais empobrecida não como estratégia de equidade, mas como princípio contrário à universalização (COHN, 2005).

É importante destacar nesse sentido, que na década de 1990, período de criação do PSF, o Brasil consolidava medidas indicadas na Reforma do Estado. A estratégia de universalização do ideário neoliberal passou pela difusão das idéias do Consenso de Washington, que era um conjunto de políticas que deveriam ser adotadas pelos governos dos países em desenvolvimento para alcançarem o êxito econômico e o tão almejado desenvolvimento social. Dentre as propostas desse relatório foram definidos dez pontos tidos como consensuais entre os participantes para que os países em desenvolvimento adotassem e, com estas, atrairiam capitais e se credenciarium para o desenvolvimento de suas economias. Além de privatizações, taxas, reforma tributária, dentre outros, um dos pontos destacado no relatório seria a focalização dos gastos públicos em educação, saúde e infra-estrutura.

O Brasil foi um dos países que participou desse Consenso, por isto na saúde houve a necessidade de se flexibilizar o SUS, direcionando-o aos mais pobres, colocando em risco a universalidade do direito a saúde. Nesse lógica o PSF reflete as características que pretende o Estado Mínimo sendo o programa composto por equipes mínimas e direcionados para as áreas de maior vulnerabilidade social. Desta forma, o PSF/ESF evidencia um conflito na proposta de mudança dos paradigmas assistenciais e o princípio da universalidade, considerado princípio básico do SUS.

Com uma avaliação diferenciada, Cohn (2005) afirma que a implementação de políticas e programas de saúde focados na atenção básica, tornam-se instrumentos estratégicos para se expandir a universalidade do acesso aos serviços de saúde por parte da população socialmente vulnerável.

De fato, os programas Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) e Saúde da Família (PSF), implantados na década de 1990, ao invés de assumirem a lógica de um *pacote básico* de serviços de saúde focados nos segmentos mais pobres da população, tornam-se programas estratégicos para a mudança da própria lógica do modelo de atenção à saúde vigente no país (COHN, 2005 p.397).

Viana e Dal Poz (2005) também destacam a expansão focalizada do programa, afirmando a possibilidade de se ter práticas focalizadas dentro de uma política universal e que não há necessariamente conflito entre focalização e universalização, isto é, os dois conceitos não precisam ser excludentes.

É importante destacar que a proposta da ESF, pressupõe uma organização que se diferencia do modelo médico hegemônico, estando sua intervenção centrada na família e num determinado território, enquanto que o modelo médico hegemônico é centrado na doença, no hospital, no médico e prioritariamente em ações de caráter curativo. A ESF

como estratégia de mudança do modelo assistencial, focalizado e seletivo de assistência à saúde, através de ações preventivas, de promoção e assistência, e da união de vigilância e planejamento das ações de saúde em nível local, somado ainda aos saberes *multiprofissionais* e populares, permite minimamente pensar a saúde em uma perspectiva de universalidade e integralidade.

É visível também que a implantação da ESF é permeada por desafios, pois ela visa mudar um modelo assistencial que está impregnado nas ações em saúde, o que requer constante aperfeiçoamento dos profissionais para que reformulem suas práticas, apontem os limites de atuação, para que as ações em saúde sejam garantidoras do acesso, da integralidade, da equidade, e de eficiência nos serviços prestados, voltados para as necessidades da população usuária. Desafios esses que apontam para a importância e potência da Estratégia em gerar mudanças reais e impactar na qualidade de vida da população.

2.2 O Núcleo de Apoio a Saúde da Família

Consoante a prática da ESF muitos desafios ainda se colocam para ampliar a resolutividade da atenção básica, pois na medida em que os serviços públicos se aproximam das necessidades sociais e necessidades de saúde as demandas reprimidas se explicitam.

A proposta de criação de equipes multiprofissionais para dar apoio às equipes mínimas da estratégia de saúde da família, principal ação de atenção básica do Ministério da Saúde, há algum tempo vinha sendo discutida. Os debates sobre propostas que viessem a ampliar os atendimentos da equipe e dar conta das demandas explicitadas eram pauta dos encontros da equipe do PSF/ESF, dos Conselhos Regionais e Federal das demais categorias de profissionais da área da saúde, das Conferências de Saúde nas 3 esferas de governos e nos movimentos dos trabalhadores da área da saúde. Após vários processos de negociação, discussão do entendimento do que é atenção básica, dos custos dos municípios para arcar com a contratação de outros profissionais não tradicionais junto à atenção básica e várias propostas de normatização, o Ministério da Saúde lançou a Portaria GM nº154/2008⁵ que criou o Núcleo de Apoio a Saúde da Família - NASF (KRUGER e MOSCON, 2010).

⁵ A Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, é republicada pelo Ministério da Saúde em 4 de março de 2008 (BRASIL, 2009).

A criação do NASF tem como perspectiva ampliar a abrangência das ações da atenção básica para torná-la mais resolutiva, apoiando as equipes de saúde da família sem, contudo, caracterizá-la como um ponto de atenção.

O principal objetivo foi o de apoiar a inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços, além de ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Básica, e aumentar a resolutividade dela, reforçando os processos de territorialização e regionalização em saúde (BRASIL, 2009).

Segundo o art. 2º da Portaria 154/2008 que cria os NASF's, estes devem atuar em parceria com os profissionais das Equipes Saúde da Família - ESF, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das ESF. Os NASF não se constituem em porta de entrada do sistema, e devem atuar de forma integrada à rede de serviços de saúde, a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as ESF. Os NASF deverão desenvolver ações junto às equipes de Saúde da Família de forma a apoiá-las em seu fazer cotidiano, tais ações deverão ser planejadas e definidas em conjunto com as equipes e de acordo com as necessidades e realidade local.

O NASF deve ser constituído por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, para atuarem em parceria com os profissionais das Equipes de Saúde da Família, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das ESF no qual o NASF está cadastrado. De acordo com a Portaria 154/2008 os profissionais que poderão compor os NASF dentre as seguintes ocupações do Código Brasileiro de Ocupações – CBO são: Psicólogo, Assistente Social, Farmacêutico, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Médico Ginecologista, Profissional da Educação Física, Médico Homeopata, Nutricionista, Médico Acupunturista, Médico Pediatra, Médico psiquiatra e Terapeuta Ocupacional, para compor os NASF 1 fica previsto a inserção de no mínimo 5 profissionais de nível superior dentre as ocupações citadas, e para o NASF 2 a inserção de no mínimo 3 profissionais de nível superior dentre Assistente Social, Profissional de Educação Física, Farmacêutico, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Nutricionista, Psicólogo e Terapeuta Ocupacional (BRASIL, 2009). A responsabilização compartilhada entre as ESF e a equipe do NASF na comunidade prevê a revisão da prática do encaminhamento com base nos processos de referência e contra-referência, ampliando-a para um processo de acompanhamento longitudinal de responsabilidade da equipe de Saúde da Família, atuando no fortalecimento de seus atributos e no papel de coordenação do cuidado no SUS. Os NASF devem buscar instituir a integralidade do cuidado físico e mental aos usuários do SUS por intermédio da qualificação e complementaridade do trabalho das ESF.

Os Núcleos, constituído por uma equipe multiprofissional segue a lógica do apoio matricial⁶, que tem como perspectiva propor arranjos organizacionais que buscam diminuir a fragmentação dos processos de trabalho decorrente da especialização crescente das áreas de cuidado. Consoante a essas normativas, os Núcleos visam fortalecer diretrizes na atenção à saúde, são elas: a interdisciplinaridade, a intersetorialidade, o território, a integralidade, o controle social, a educação permanente em saúde, a promoção da saúde e a humanização, atuando em nove áreas estratégicas: atividade física/práticas corporais; práticas integrativas e complementares; alimentação e nutrição; saúde mental; serviço social; saúde da criança, do adolescente e do jovem; saúde da mulher e assistência farmacêutica (BRASIL, 2009).

Em 2010 o Ministério da Saúde lança a Portaria N° 2.843 de 20 de Setembro de 2010, criando no âmbito do SUS os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - Modalidade 3 - NASF 3, com prioridade para a atenção integral para usuários de crack, álcool e outras drogas, tendo como visibilidade a promoção da atenção integral em saúde e saúde mental. Mais recentemente, em 2011, é lançada a Portaria 2.488 de 21 de outubro de 2011, que estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, ESF e o PACS, modificando no que diz respeito ao NASF, o número de ESF vinculadas às equipes NASF e incluindo novos profissionais que poderão compor as equipes.

De acordo com a mais recente normatização do NASF, a Portaria 2.843/2011, com relação aos profissionais que poderão compor às equipes nos núcleos:

Poderão compor os NASF 1 e 2 as seguintes ocupações do Código Brasileiro de Ocupações - CBO: Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional/Professor de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista/Obstetra; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; Terapeuta Ocupacional; Médico Geriatra; Médico Internista (clínica médica), Médico do Trabalho, Médico Veterinário, profissional com formação em arte e educação (arte educador) e profissional de saúde sanitária, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas (BRASIL, 2011).

⁶ 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 (Equipes de Saúde da Família). Assim, se a equipe de referência é composta por um conjunto de profissionais considerados essenciais na condução de problemas de saúde dos clientes, eles deverão acionar uma rede assistencial necessária a cada caso. Em geral é em tal “rede” que estarão equipes ou serviços voltados para o apoio matricial (no caso, os NASF), de forma a assegurar, de modo dinâmico e interativo, a retaguarda especializada nas equipes de referência (no caso, as equipes de Saúde da Família) (BRASIL, 2010 p.12).

Esta mesma Portaria alterou o nº de ESF de referência para cada NASF, na Portaria 154/2008 estava previsto que o NASF deveria estar vinculado a no mínimo 8 ESF e no máximo 20 ESF, com a Portaria 2.843/2011 fica previsto que o NASF 1 deverá ser composto por no mínimo 5 profissionais de nível superior dentre as profissões mencionadas acima e deve desenvolver ações junto à 8 a 15 ESF. O NASF 2 deve ser composto por no mínimo três profissionais de nível superior de ocupações não-coincidentes e deve desenvolver ações vinculado de 3 a 7 ESF (BRASIL, 2010). O NASF 3 de acordo com a Portaria 2.843 de 2010 deveria realizar suas atividades vinculadas a, no mínimo, 4 (quatro) e, no máximo, a 7 (sete) Equipes de Saúde da Família – ESF, no entanto de acordo com a Portaria 2.488 de 2011, os NASF 3 tornam-se automaticamente NASF 2⁷.

Em conjunto com as Equipes de Saúde da Família, os profissionais do NASF organizam seu processo de trabalho tendo como foco o território delimitado de sua responsabilidade, priorizando ações circunscritas em três eixos preconizados pelo Ministério da Saúde, são eles:

(a) Atendimento compartilhado, para uma intervenção interdisciplinar, com troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas, gerando experiência para ambos os profissionais envolvidos. Com ênfase em estudo e discussão de casos e situações, realização de projeto terapêutico singular, orientações, espaços de reuniões, bem como consultas e intervenções conjuntas, apoio por telefone, e-mail etc.

(b) Intervenções específicas do profissional do Nasf com os usuários e/ou famílias, com discussão e negociação a priori com os profissionais da equipe de SF responsáveis pelo caso, de forma que o atendimento individualizado pelo Nasf se dê apenas em situações extremamente necessárias e, quando ocorrer, continuar mantendo contato com a equipe de SF, que não se descomprometeria com o caso, ao contrário, procuraria redefinir um padrão de seguimento complementar e compatível ao cuidado oferecido pelo Nasf diretamente ao usuário, ou à família ou à comunidade.

⁷ A organização do trabalho do NASF deve seguir as normas publicadas pelo Ministério da Saúde destacando os Cadernos de Atenção Básica/Primária que tratam do tema, descrevendo as diretrizes, o processo de trabalho, as principais ferramentas e as ações de responsabilidade de todos os profissionais dos NASF a serem desenvolvidas em conjunto com as equipes de Saúde da Família, equipes de atenção básica para populações específicas e/ou academia da saúde. Define-se que cada NASF 1 realize suas atividades vinculado a, no mínimo, 8 (oito) Equipes de Saúde da Família e no máximo 15 (quinze) equipes de Saúde da Família e/ou equipes de atenção básica para populações específicas. Excepcionalmente, nos Municípios com menos de 100.000 habitantes dos Estados da Amazônia Legal e Pantanal Sul Matogrossense, cada NASF 1 poderá realizar suas atividades vinculado a, no mínimo, 5 (cinco) e no máximo 9 (nove) equipes. Define-se que cada NASF 2 realize suas atividades vinculado a, no mínimo, 3 (três) equipes de Saúde da Família e no máximo 7 (sete) equipes de saúde da família. OS NASF 3, que são suprimidos por essa portaria, se tornarão automaticamente NASF 2, para isso os municípios com projetos de NASF 3 anteriormente enviados ao Ministério da Saúde deverão enviar para CIB documento que informa as alterações ocorridas. Fica garantido o financiamento dos NASF intermunicipais já habilitados em data anterior, porém extinta a possibilidade de implantação de novos a partir da publicação desta portaria (Portaria nº 2.488, de 21 de Outubro de 2011).

(c) Ações comuns nos territórios de sua responsabilidade desenvolvidas de forma articulada com as equipes de SF. Como o desenvolvimento do projeto de saúde no território, planejamentos, apoio aos grupos, trabalhos educativos, de inclusão social, enfrentamento da violência, ações junto aos equipamentos públicos, como escolas, creches, igrejas, pastorais etc. (BRASIL, 2009).

Além do conhecimento técnico, a responsabilidade por determinado número de equipes de saúde da família e o desenvolvimento de habilidades relacionadas ao paradigma da Saúde da Família, o NASF deve estar comprometido, também, com a promoção de mudanças na atitude e na atuação dos profissionais da Saúde da Família e entre sua própria equipe NASF.

A possibilidade de realizar ações de promoção da saúde com atuações multiprofissionais, interdisciplinares e intersetoriais evidencia-se como ferramenta essencial como perspectiva de atendimento as demandas coletivas, partindo do entendimento de saúde ampliada. As ações e serviços de saúde não podem ser vistas de forma isolada, prevê intervenções profissionais em todos os níveis do sistema e que estejam em contínua comunicação, ou seja, que efetivem o canal de referência e contra-referência para que possam ser atendidas as reais demandas de saúde da população. Essa visão ampliada, de totalidade do sistema de saúde, por parte dos profissionais torna-se importante e necessária nesse processo. Essas ações consoantes aos objetivos e ações da ESF e do NASF são amplas, no caso, como exemplo, de ação intersetorial que vem se colocando como necessária é a relação com a área da Assistência Social via os CRAS, como exemplo pode-se citar: as condicionalidades do Programa Bolsa Família; os programas de atenção à população idosa, sobretudo os de proteção aos usuários vítimas de negligência e violência; os programas de tratamento dos dependentes químicos; os programas de apoio às mulheres vítimas de violência doméstica e a área de educação, especialmente a educação infantil pela falta de vagas em creches (KRUGER, 2010).

Partindo desse entendimento, a perspectiva de trabalho demandada pelo NASF tem por consequência a ampliação dos espaços ocupacionais de profissionais da saúde na atenção básica, dentre eles o assistente social. Sendo que o processo de municipalização ao determinar novas características aos serviços de saúde, aproximando-se da população, propicia a ampliação de serviços e programas no espaço do executivo e da gestão, ampliando o mercado de trabalho para várias profissões, demandando frequentemente o trabalho de profissionais não médicos e alterando concomitantemente o perfil e as necessidades de saúde dos usuários. Esses novos serviços são pensados e materializados em torno do entendimento do conceito ampliado

de saúde e o reconhecimento das determinações sociais do processo saúde-doença. Com isso a atuação do Serviço Social no âmbito municipal e na atenção básica amplia-se com a regulamentação dos NASF (KRUGER e MOSCON, 2010).

As diretrizes do NASF que dispõem sobre a atuação do Serviço Social nesse espaço, pressupõe que:

A inclusão do serviço social nos Nasf, portanto, 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 Nasf: 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, 2009).

Nesse sentido a requisição do profissional Assistente Social nas equipes NASF parte da compreensão de que o direito a saúde se faz pela promoção da cidadania e suas ações junto às equipes de SF, devendo voltar-se para articulações intersetoriais, educação e mobilização em saúde e formação de redes de proteção social, como forma de provocar mudanças significativas nos serviços de saúde e na qualidade de vida da população.

As ações preconizadas pelo NASF e direcionadas aos profissionais de saúde partem do pressuposto de que a questão saúde precisa ser tratada a partir de determinantes e condições de vida inerentes à conjuntura brasileira, e que esta, como não é estática, constantemente se transforma, construindo e reconstruindo a realidade. Nada está posto, e é em um processo de construção permanente que exige-se superar as dificuldades. Espaços como os NASFs possibilitam tratar a questão saúde a partir dos princípios do SUS, no entanto são inúmeros os desafios no âmbito teórico, instrumental e político. Nessa direção, o grande desafio que se coloca cotidianamente, está em trabalhar para superar a distância entre o SUS legal e o SUS real.

É nesse sentido, que o NASF como proposta complementar e fundamental para o desenvolvimento efetivo da Estratégia de Saúde da Família encaixa-se na afirmativa de Nogueira e Miotto (2006) sobre as ações necessárias para um atendimento ampliado em saúde:

Verifica-se que o atendimento das necessidades de saúde remete ao atendimento das necessidades humanas elementares, dentre as quais se destacam a alimentação, a habitação, o acesso à água potável e saudável, aos cuidados primários de saúde e à educação. Atender as necessidades de saúde da população requer um salto qualitativo nas condições de vida que não é automático e nem garantido ao longo dos anos, mas depende da interlocução de um conjunto de fatores, dentre os quais a educação para a saúde

associada à integralidade tem merecido destaque. Destaque por permitir a articulação das equipes profissionais e dos serviços, dentro de uma rede complexa, favorecendo a consciência do direito à saúde e instrumentalizando para a intervenção individual e coletiva sobre os determinantes do processo saúde / doença, ao reconhecer a pessoa como um todo indivisível que vive em um espaço local, em um Estado Nacional e em mundo pretensamente globalizado (NOGUEIRA e MIOTO, 2006 p. 230).

Conforme BRASIL (2009), que trata sobre as diretrizes do NASF, a responsabilização compartilhada entre as Equipes de Saúde da Família e a equipe do NASF na comunidade prevê a revisão da prática do encaminhamento com base nos processos de referência e contra-referência, ampliando-a para um processo de acompanhamento longitudinal de responsabilidade da equipe de Saúde da Família, atuando no fortalecimento de seus atributos e no papel de coordenação do cuidado no SUS. No entanto, a efetivação das diretrizes das ESF e do NASF não podem de forma alguma distanciar-se das outras portas de entrada do SUS salientadas no decreto 7.508/2011, e os níveis de atenção de média e alta complexidade.

Para se abrir um debate sobre o NASF, suas equipes e o Serviço Social, se faz necessário aproximar-se de dados e estatísticas sobre o NASF no Brasil em nível mais ampliado, portanto, destacaremos nesse item dados dos NASF no Estado de Santa Catarina - SC, com observância ao quantitativo de Assistentes Sociais presentes nos NASF dos Municípios do Estado.

Como espaço regulamentado recentemente, os NASF e as equipes estão em processo de estruturação nos Municípios brasileiros, constata-se nos dados obtidos no Departamento de Atenção Básica – DAB⁸ em agosto de 2011 haviam 975 Municípios com NASF implantado, somando 1.498 Núcleos em todo o território Brasileiro. Essa soma divide-se entre modalidade de NASF 1 e NASF 2, constando:

- N° de NASF 1 = 1353 e N° de Municípios = 830
- N° de NASF 2 = 145 e N° de Municípios = 145

Tratando-se do Estado de Santa Catarina, conforme dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde/Santa Catarina - CNES/SC⁹, em abril de 2012, dos 293 municípios apenas 28 deles possuem NASF com incentivo do Ministério da Saúde, conforme demonstra a Tabela 1.

⁸ Disponível em: < <http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php#consolidado> > Acesso em 20 Maio. 2012.

⁹ Disponível em: < http://cnes.datasus.gov.br/Lista_Tot_Equipes.asp > Acesso em: 15 abril.2012.

Tabela 1: Municípios de Santa Catarina com NASF com incentivo do Ministério da Saúde conforme Modalidade de NASF, n° de equipes, composição da equipe e n° de Assistentes Sociais integrantes, em abril de 2012.

Municípios de SC	Modalidade de NASF	N° de Equipes	Composição da Equipe NASF	Assistente Social
Abelardo Luz	NASF 1	1	Nutricionista, Fisioterapeutas, Avaliador Físico, Médico Ginecologista, Psicólogo, Pediatra, Farmacêutico e Assistente Social	1
Ararangua	NASF 1	1	Nutricionista, Assistente Social, Farmacêutico, Fisioterapeuta, Psicólogo	1
Biguaçu	NASF 1	1	Avaliador Físico, Nutricionista, Psicólogo, Farmacêutico, Fisioterapeutas	0
Brusque	NASF 1	1	Fonoaudiólogo, Fisioterapeutas, Psicólogo, Nutricionista, Avaliador físico	0
Chapecó	NASF 1	4	Avaliador Físico, Assistentes Sociais, Avaliador Físico, Nutricionistas, Fisioterapeutas e Psicólogos	4
Criciúma	NASF 1	3	Avaliador Físico, Fisioterapeuta, Nutricionista, Psicólogo	0
Florianópolis	NASF 1	7	Psicólogo, Nutricionista, Farmacêutico, Avaliador Físico, Médico Pediatra, Assistente Social, Médico Psiquiatra, Fonoaudiólogo, Fisioterapeuta	5
Forquilha	NASF 1	1	Fisioterapeuta, Nutricionista, Médico Ginecologista, Professor de educação Física, Médico Pediatra, Psicólogo	0
Gaspar	NASF 1	1	Psicólogo, Nutricionista, Terapeuta Ocupacional, Avaliador Físico, Assistente Social, Fisioterapeuta	1
Içara	NASF 1	1	Fisioterapeuta, Nutricionista, Farmacêutico, Assistente Social, Fisioterapeuta, Psicólogo	1
Imbituba	NASF 1	1	Fonoaudiólogo, Farmacêutico, Educador Físico, Assistente Social, Nutricionista, Fisioterapeuta, Médico Pediatra	1
Itaiópolis	NASF 1	1	Psicólogo, Fisioterapeuta, Nutricionista, Educador Físico, Assistente Social	1
Itapema	NASF 1	1	Educador Físico, Nutricionista, Farmacêutico, Psicólogo, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Médico Pediatra, Médico Ginecologista	0
Lages	NASF 1	4	Educador Físico, Farmacêutico, Psicólogo, Nutricionista, Assistente Social	3
Laguna	NASF 1	1	Nutricionista, Educador Físico, Assistente Social, Fisioterapeuta, Psicólogo	1
Navegantes	NASF 1	1	Fisioterapeuta, psicólogo, Assistente Social, Fonoaudiólogo, Farmacêutico	1
Orleans	NASF 1	1	Médico Ginecologista, Médico Pediatra, Fisioterapeuta, Farmacêutico, Médico Psiquiatra	0
Palhoça	NASF 1	1	Fisioterapeuta, Assistente Social, Médico Pediatra, Psicólogo, Nutricionista	0
Pomerode	NASF 1	1	Psicólogo, Nutricionista, Educador Físico, Farmacêutico, Médico Pediatra, Médico Ginecologista	0
Rio do Sul	NASF 1	1	Nutricionista, Psicólogo, Farmacêutico, Assistente Social, Fonoaudiólogo, Fisioterapeuta	1
São João Batista	NASF 1	1	Nutricionista, Psicólogo, Farmacêutico, Assistente Social, Fisioterapeuta,	1

			Fonoaudiólogo	
São Miguel do Oeste	NASF 1	1	Farmacêutico, Fisioterapeuta, Assistente Social, Psicólogo, Nutricionista, Ed. Físico	1
Tijucas	NASF 1	1	Educador Físico, Fisioterapeuta, Psicólogo, Nutricionista, Fonoaudiólogo	0
Timbo	NASF 1	1	Fisioterapeuta, Nutricionista, Assistente Social, Psicólogo	1
Três Barras	NASF 1	1	Médico Ginecologista, Fisioterapeuta, Psicólogo, Assistente Social, Nutricionista	1
Tubarão	NASF 1	1	Psicólogo, Nutricionista, Farmacêutico, Fisioterapeuta, Assistente Social	1
Urussanga	NASF 1	1	Fisioterapeuta, Médico Pediatra, Assistente Social, Psicólogo, Nutricionista, Médico Psiquiatra	1
Xaxim	NASF 1	1	Assistente Social, Educador Físico, Psicólogo, Fisioterapeuta, Nutricionista	1
Total	28	42	-	28

Fonte: http://cnes.datasus.gov.br/Lista_Tot_Equipes.asp. Acesso em 24 de abril de 2012. Elaboração da autora.

As informações obtidas constataam que até o mês de abril de 2012 é predominante a implantação da modalidade de NASF 1 nos municípios, evidenciando que a modalidade de NASF 2 ainda não foi implantada em nenhum município. Os dados também mostram que apenas 4 municípios dentro do total de 28 apresentam mais de uma equipe NASF, estando Chapecó com 4 equipes, Criciúma com 3, Florianópolis com 7 e Lages com 4 equipes. O profissional Assistente Social compõe a equipe NASF de 15 municípios, não constando Assistente Social em 13 municípios dentre os 28, nos municípios que possuem mais de uma equipe NASF há a integração de mais de um Assistente Social. Dos demais profissionais que compõe as equipes, totalizam em: 27 Fisioterapeutas, 26 Nutricionistas, 25 Psicólogos, 18 Educadores Físicos, 15 Farmacêuticos, 6 Fonoaudiólogos, 6 Médicos Pediatras, 5 Médicos Ginecologistas, 3 Médicos Psiquiatras e 1 Terapeuta Ocupacional. Conforme os dados não há um profissional que esteja em todas as equipes obrigatoriamente, mais evidencia-se a predominância de alguns profissionais, tal como os Fisioterapeutas, os Nutricionista e os Psicólogos.

Além dos NASF financiados pelo Ministério da Saúde, em 2009 a Secretaria do Estado de Santa Catarina – SES através da Comissão Intergestores Bipartite – CIB, institui a Deliberação 023/CIB/2009, que aprovou a criação dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família Santa Catarina – NASF/SC com incentivo financeiro do Estado, para apoiar os municípios que estão impossibilitados de cumprir os requisitos exigidos no Art. 5º e no Art. 6º da Portaria GM nº 154/2008¹⁰ do Ministério da Saúde que cria os

¹⁰ **Art. 5º** Definir que cada NASF 1 realize suas atividades vinculado a, no mínimo, 8 (oito) Equipes de Saúde da Família, e a no máximo, a 20 (vinte) Equipes de Saúde da Família. § 1º Excepcionalmente, nos

NASF. A referida Deliberação aprova o NASF SC, criando o NASF SC 1 (Composto por 3 ou mais profissionais com jornada de 40 horas) e NASF SC 2 (Composto por 3 ou mais profissionais com jornada de 20 horas), informando sobre o valor de incentivo financeiro para cada um, delimitando as equipes e os profissionais. Após Deliberação 023/2009 foi necessário realizar algumas modificações, sendo concretizadas as Deliberações 69/CIB/2010, 52/CIB/2011, 344/CIB/2011 e a mais recente 044/CIB/2012.

Conforme Deliberação 023/2009 e a 52/2011 as equipes dos NASF SC poderão ser compostas por profissionais das seguintes atividades do Código Brasileiro de Ocupações – CBO: Assistente Social, Profissional de Educação Física, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Nutricionista, Psicólogo, Terapeuta Ocupacional, Farmacêutico, Médico Acupunturista, Médico Homeopata, Médico Pediatra, Médico Ginecologista e Médico Psiquiatra.

Dentre os 293 municípios de Santa Catarina, estão cadastrados no CNES 141 municípios credenciados pela CIB para receberem incentivo NASF/SC, estando implantados em 107 municípios o NASF/SC modalidade 2, e em 34 municípios o NASF/SC modalidade 1.

Tabela 2: Número de profissionais NASF/SC nas modalidades 1 e 2 cadastrados no SCNES atuantes nos Municípios credenciados em abril de 2012.

Profissionais NASF/SC	Nº de Profissionais cadastrados no CNES
Assistente Social	60
Educador Físico	15
Fisioterapeuta	94
Fonoaudiólogo	17
Nutricionista	49
Psicólogo	119
Terapeuta Ocupacional	0
Farmacêutico	81

Municípios com menos de 100.000 habitantes dos Estados da Região Norte, cada NASF 1 poderá realizar suas atividades vinculado a, no mínimo, 5 (cinco) equipes de Saúde da Família, e a, no máximo, a 20 (vinte) equipes de Saúde da Família. § 2º O número máximo de NASF 1 aos quais o Município e o Distrito Federal podem fazer jus para recebimento de recursos financeiros específicos será calculado pelas fórmulas: I - para Municípios com menos de 100.000 habitantes de Estados da Região Norte = número de ESF do Município/5; e II - para Municípios com 100.000 habitantes ou mais da Região Norte e para Municípios das demais unidades da Federação = número de ESF do Município/8. **Art. 6º** Definir que cada NASF 2 realize suas atividades vinculado a, no mínimo, 3 (três) equipes de Saúde da Família. § 1º O número máximo de NASF 2 aos quais o Município pode fazer jus para recebimento de recursos financeiros específicos será de 1 (um) NASF 2. § 2º Somente os Municípios que tenham densidade populacional abaixo de 10 habitantes por quilômetro quadrado, de acordo com dados da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, ano base 2007, poderão implantar o NASF 2 (BRASIL, 2008).

Médico Acupunturista	0
Médico Homeopata	0
Médico Pediatra	4
Médico Ginecologista	4
Médico Psiquiatra	2
Total	445

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (SES/SC). Municípios credenciados pela CIB para receberem incentivo NASF/SC. Abril de 2012. Documento elaborado pela gerência e coordenação da atenção básica. Elaboração da autora.

Assim como nos NASF financiados pelo Ministério da Saúde, é predominante a presença de profissionais Psicólogos, Farmacêuticos, Fisioterapeuta e Nutricionistas nas equipes. A presença dos Assistentes Sociais mostram-se em maior número nos NASF/SC devido também ao número maior de municípios com implantação dos NASF/SC. O número de profissionais médicos e Terapeutas Ocupacionais em ambos os NASF mostra-se ainda muito restrito.

A prioridade dos profissionais que deverão compor a equipe é definida pelos gestores municipais e as equipes de saúde da família, onde se parte da identificação da realidade local e das necessidades identificadas. A equipe NASF, portanto, tendo sua atuação articulada com as equipes de saúde da família, busca instituir a integralidade do cuidado físico e mental aos usuários do SUS por intermédio da qualificação e complementaridade do trabalho das ESF.

O NASF ao priorizar em suas diretrizes ações voltadas para suas nove áreas estratégicas temáticas, evita a fragmentação, ampliando a prática integral em saúde, tendo em vista o reconhecimento das demandas e necessidades de saúde, incorporando ações de promoção, prevenção, assim como ações curativas e reabilitadoras. Dentre as nove áreas estratégicas de atenção a saúde no NASF, o Serviço Social destaca-se ao trabalhar com a questão social e nas suas mais variadas expressões cotidianas, sendo desenvolvido de forma interdisciplinar e integrada com as demais equipes. Salienta-se que as diretrizes e principais ações a serem desenvolvidas relativas às áreas estratégicas, não se remetem à atuação específica e exclusiva de uma categoria profissional, assim o que irá definir se a ação é de um ou outro profissional é a situação, ou seja, a necessidade da população e as características da equipe (BRASIL, 2010).

A inclusão do serviço social nos Nasf, portanto, 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 Nasf: “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, 2010 p.88)

No documento BRASIL (2010) está estabelecido os seguintes objetivos para o Serviço Social no NASF:

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 (BRASIL, 2010 p. 90).

A organização política junto às organizações comunitárias, conselhos locais de saúde e Conferências é algo a ser discutido e articulado nas ações das ESF e dos NASF, nessa perspectiva, a promoção da saúde ao priorizar esses espaços, abrindo possibilidades aos setores organizados da sociedade a representarem e obtendo controle sobre as políticas sociais perante o Estado, ganha projeção as ações dos assistentes sociais. Esses espaços que possibilitam a participação das comunidades, concretizando um direito constitucional, evidenciam-se como espaços que propiciam o desenvolvimento da diretriz *participação social*, no qual além de outros princípios e diretrizes já expostos aqui, devem orientar as ações desenvolvidas pelo NASF articulado as ESF.

Portanto, a atuação do Serviço Social no NASF deve partir da compreensão de que o direito à saúde se faz pela promoção da cidadania, efetivando o direito à saúde. E as ações junto às equipes de saúde da família, deve voltar-se para articulações

intersetoriais, educação, mobilização em saúde e formação de redes de proteção social, como forma de provocar mudanças significativas nos serviços de saúde, sobretudo no que diz respeito à melhoria do atendimento e as respostas às necessidades de saúde.

3. O SERVIÇO SOCIAL NO NASF

3.1 Considerações sobre os procedimentos metodológicos

Antes de apresentarmos o resultado da pesquisa, torna-se necessário explicar como chegamos a tais resultados, quem foi nosso público-alvo, o tipo de pesquisa utilizada e outros procedimentos metodológicos inerentes a este trabalho científico.

A metodologia¹¹ deste trabalho está direcionada por uma perspectiva qualitativa exploratória. A abordagem qualitativa não se preocupa em quantificar, mais em tentar explicar os significados das relações sociais, consideradas essenciais e resultantes da atividade humana. Engloba os sistemas de relação que constroem o modo de conhecimento exterior ao indivíduo, e também as representações sociais que compõem a vivência das relações objetivas pelos atores sociais, que por sua vez lhe atribuem significados (MINAYO, 2004).

Este trabalho deve ser considerado uma pesquisa qualitativa, por conter a existência de uma relação dinâmica entre mundo real e o sujeito, conforme afirma Minayo (1994 p.21):

A pesquisa qualitativa se preocupa, nas Ciências Sociais, com o nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde ao espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

Com relação ao caráter exploratório da pesquisa Gil (1991) salienta que a pesquisa exploratória “tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema”. A pesquisa ao focar na familiaridade com o problema visa torná-lo mais explícito ou a facilitar a construção de hipóteses. Tem como características a flexibilidade, de modo que qualquer aspecto relativo ao tema estudado tem importância. Grande parte das pesquisas exploratórias envolve levantamento bibliográfico, documental e entrevista ou questionário envolvendo pessoas que tiveram alguma experiência com o tema de estudo.

Para a coleta de dados primeiramente foi necessário mapear e delimitar a população a ser estudada, posteriormente produzimos um roteiro de entrevista em forma de questionário. Sobre as características de um questionário, Gil (1999) conceitua-o

¹¹ Entendemos por metodologia o caminho e o instrumento próprios de abordagem da realidade. Nesse sentido, a metodologia ocupa o lugar central no interior das teorias sociais, pois faz parte intrínseca da visão social de mundo veiculada na teoria. A metodologia inclui as concepções teóricas de abordagem, o conjunto de técnicas que possibilitam a apreensão da realidade e também o potencial criativo do pesquisador (MINAYO, 2004 p.22).

como uma técnica “de investigação composta por um número mais ou menos elevado de questões apresentadas por escrito às pessoas, tendo por objetivo o conhecimento de opiniões, crenças, sentimentos, interesses, expectativas, situações vivenciadas, etc” (GIL, 1999 p.128). O questionário aplicado foi composto por 31 questões, combinando perguntas abertas e fechadas, apenas duas das questões têm característica mista (aberta e fechada), portanto são 21 questões voltadas para o perfil do entrevistado e 10 estritamente direcionadas ao problema de pesquisa, ou seja, a atuação do Serviço no NASF.

Assim, o modo de operacionalização da pesquisa aconteceu por meio de entrevista semi-estruturada. Para Haguette (1997), a entrevista pode ser definida como um “processo de interação social entre duas pessoas no qual uma delas, o entrevistador, tem por objetivo a obtenção de informações por parte do outro, o entrevistado”. A entrevista como coleta de dados sobre um determinado tema científico é a técnica mais utilizada no processo de trabalho de campo. Através dela os pesquisadores buscam obter informações, ou seja, coletar dados objetivos e subjetivos.

As técnicas de entrevista semi-estruturada têm como vantagem a sua elasticidade quanto à duração, permitindo uma cobertura mais profunda sobre determinados assuntos. Além disso, a interação entre o entrevistador e o entrevistado favorece as respostas espontâneas. As respostas espontâneas dos entrevistados e a maior liberdade que estes têm podem fazer surgir questões inesperadas ao entrevistador que poderão ser de grande utilidade em sua pesquisa (HAGUETTE, 1997).

Para a realização da pesquisa inicialmente se mapeou os NASF nos municípios de Santa Catarina e em qual deles o Assistente Social é membro da equipe. Posteriormente se definiu a amostra da pesquisa com objetivo de ter uma representação estadual, sobretudo nos municípios que possuem mais de uma equipe NASF e consequentemente mais de um Assistente Social envolvido. Contatamos por telefone, em um primeiro momento com as Secretarias de Saúde dos municípios de Chapecó, Criciúma, Lages e Florianópolis, por conta desses municípios terem mais de uma equipe NASF, no entanto, em Criciúma nenhuma das equipes estava composta por Assistente Social. Diante disso, contatamos com municípios próximos de Florianópolis como Palhoça, Biguaçu, Imbituba, Laguna, Tijucas e Brusque, também em municípios mais afastados como Araranguá, Tubarão, Pomerode e Timbó. Dentre os municípios citados o profissional de Serviço Social fazia parte da equipe NASF de Laguna, Araranguá e Timbó optamos então por realizar entrevista via e-mail com os profissionais para

diferenciar, pois a três cidades referidas eram mais próximas. Com autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Araranguá, Laguna e Timbó contatamos com os Assistentes Sociais dos NASF solicitando a disponibilidade das mesmas em responder via e-mail o roteiro de entrevista da pesquisa, as profissionais se dispuseram, no entanto não conseguiram enviar o roteiro respondido no prazo determinado pela pesquisadora.

Os entrevistados foram contatados através de telefone e e-mails, em que foram esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa e a importância da participação destes na realização do estudo, o mesmo foi feito com a coordenação do NASF de cada cidade, com o objetivo de solicitar autorização para realizar as entrevistas. Foram entrevistados 8 Assistentes Sociais distribuídos pelos seguintes municípios: 3 de Florianópolis, 2 de Chapecó e 3 de Lages. Em Florianópolis um dos 3 entrevistados já não estava mais atuando no NASF, no entanto consideramos importante sua participação até mesmo para conhecer seu olhar sobre o NASF e entender o motivo de sua saída. Já no município de Chapecó contatamos com 3 Assistentes Sociais, mas somente dois comprometeram-se em dar a devolutiva do roteiro de entrevista, e, no município de Lages contatamos com 3 Assistentes Sociais do NASF que aceitaram ser entrevistados, mesmo sendo 2 com pouco tempo de trabalho no NASF. Após concordarem com a participação agendou-se a entrevista. As entrevistas foram realizadas no local de trabalho dos profissionais, ou seja, nas unidades de saúde, com exceção dos profissionais em que o roteiro de entrevista foi respondido via e-mail. Os entrevistados foram receptivos e dispuseram-se a colaborar no que fosse necessário, demonstrando considerar importante a pesquisa em questão.

Para a realização das entrevistas e posterior utilização dela no decorrer do estudo, foi garantido sigilo quanto à identidade dos entrevistados, sendo assim, optamos por numerar os profissionais em AS1, AS2, AS3 e assim por diante. Após os esclarecimentos necessários solicitou-se a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TEACLE, em que os participantes receberam uma via deste. No processo de entrevista, utilizou-se gravador de voz, principalmente para melhor apreensão das questões abertas.

A maioria das entrevistas realizadas pessoalmente foi efetuada em salas de atendimento médico nas unidades de saúde e auditório das unidades, exceto uma delas, no qual a profissional não estava mais trabalhando como Assistente Social do NASF.

Sendo assim, optamos por realizar as entrevistas com profissionais de outras cidades do Estado de Santa Catarina para ampliar o olhar sobre o NASF, conhecer a

estrutura, as possibilidades e prioridades na atuação da equipe, focando na atuação do Serviço Social, considerando o período de implantação do NASF e as particularidades dos municípios, que não são coincidentes.

3.2 Perfil dos profissionais entrevistados no NASF

No intuito de conhecer o perfil dos Assistentes Social que trabalham no NASF, a primeira parte do roteiro de entrevista contemplou questões de identificação do perfil sócio-ocupacional do profissional e a segunda parte as perguntas direcionam-se para as características da prática profissional no NASF, dinâmica de trabalho, demandas e respostas profissionais.

Tabela 3: Perfil dos Assistentes Sociais entrevistados que trabalham nos NASF em abril e maio de 2012, nas cidades de Chapecó, Florianópolis e Lages.

Entrevistadas (os)	Idade	Sexo	Escola de Formação	Ano de Formação	Pós-Graduação
AS1	29	F	UFSC	2009	Outra Graduação (Administração Pública)
AS2	27	F	UFSC	2007	Especialização e Residência em Saúde da Família
AS3	41	F	UFSC	1993	Especialização
AS4	24	F	UFSC	2009	Especialização
AS5	41	F	UNIPLAC	2008	Especialização e outra Graduação (Direito)
AS6	39	F	UNIPLAC	2007	-
AS7	30	M	PUC-SP	2010	-
AS8	26	F	UFSC	2008	Outra Graduação (Enfermagem)

Fonte: Roteiro para identificação do perfil sócio ocupacional de preenchimento individual antes de iniciar a entrevista. Elaboração da autora.

Os profissionais de Serviço Social que foram entrevistados são em sua maioria mulheres, constando apenas um homem entre os 8 entrevistados e quanto a idade, esta oscila entre 24 a 41 anos. Dentre os profissionais, cinco formaram-se na Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, dois na Universidade do Planalto Catarinense - UNIPLAC e um na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo - PUC-SP, um dos entrevistados já tem 19 anos de formação, mas a maioria dos profissionais graduaram-se nos últimos anos, entre 2007 e 2010. Sobre a formação continuada quatro dos entrevistados possuem especialização, dois deles estão cursando Gestão de Saúde

Pública na UFSC, um deles cursou Saúde Pública e Gestão Hospitalar a distância oferecido pelo Grupo Educacional UNINTER, e o outro entrevistado fez especialização em Mediação através da UNIPLAC. Os demais entrevistados não cursaram ou estão cursando uma pós-graduação. No entanto, dos entrevistados que não cursaram pós-graduação, um está atualmente cursando Administração Pública na Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC e o outro cursando Enfermagem na Universidade Federal Fronteira Sul – UFFS. O AS5 além de ter buscado especializar-se, está cursando atualmente graduação em Direito. Talvez estes profissionais estejam buscando apreender outros conhecimentos ou quem sabe exercer outra profissão.

A próxima tabela apresenta os eventos em que os entrevistados participaram nos dois últimos anos.

Tabela 4: Eventos que os Assistentes Sociais entrevistados participaram nos anos 2010/2011 e início de 2012.

Nome do evento	Entrevistados
Capacitação Conselhos Locais de Saúde	AS1
Capacitação da Secretaria Municipal de Saúde	AS1, AS2, AS4, AS5
Capacitação Saúde Mental na Atenção Básica	AS4
Conferência Estadual de Saúde - 2011	AS2
Conferência Municipal de Saúde - 2011	AS1, AS2, AS3
Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais – CBAS – 2010 - Brasília	AS1, AS3
Congresso Internacional Rede Unida – 2012 – Rio de Janeiro	AS3
Congresso Nacional de Serviço Social e Saúde – CONASSS 2012 – São Paulo	AS1, AS2
Cursos disponibilizados pela Instituição de Longa Permanência para idosos	AS6
Drogas Por quê? Desafios para Educação –Fundação Milton Campos - 2012	AS8
Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço social – ENPESS 2010 – Rio de Janeiro	AS3
Encontro Nacional de Estudantes de Direito - ENED - 2011	AS7
Eventos realizados pela PUC-SP	AS7
Eventos relacionados à questão urbana	AS1
Hepatites Virais e Movimento Social –Grupo Hercules SC e Rede Catarinense Contra Hepatites Virais - 2012	AS8
I Seminário da Região Oeste Catarinense sobre Inclusão de Pessoas com Deficiência no Mercado de Trabalho –Prefeitura de Chapecó e UNOESC - 2011	AS8
II Congresso Interdisciplinar em Saúde – UNOCHAPECO- 2011	AS8
Semana do Serviço Social – UFSC 2011	AS3
Semana do Serviço Social – UFSC 2010	AS4
Seminário Programa Saúde na Escola – PSE – 2011/2012	AS1, AS2, AS3
Seminário Serviço Social na Educação – Promoção CRESS - 2012	AS5
Seminários da Política de Assistência Social	AS6
Seminários da Política de Saúde	AS6

Seminários da Secretaria Municipal de Saúde: Questão do Idoso e questão da Mulher	AS4
---	-----

Fonte: Roteiro para identificação do perfil sócio ocupacional de preenchimento individual antes de iniciar a entrevista. Elaboração da autora.

O nome de alguns Seminários e eventos citados na tabela acima não correspondem ao título oficial, por que muitos assistentes sociais não lembravam o título e o período ao certo no momento da entrevista. Os eventos que os entrevistados participaram nos anos de 2010, 2011 e 2012 foram promovidos, principalmente, pela Universidade Federal de Santa Catarina e pela Secretaria Municipal de Saúde dos Municípios de Florianópolis, Chapecó e Lages. Alguns cursos e palestras foram promovidos pela Prefeitura Municipal de Florianópolis, um deles pelo Conselho Regional de Serviço Social – CRESS. Dois dos entrevistados participaram do Congresso Nacional de Serviço Social e Saúde - CONASSS, dois participaram do Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais - CBAS e um deles participou do Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço social – ENPESS no ano de 2010.

Pode-se perceber que a maioria dos profissionais, tendem a participar mais de eventos com temas relacionados à saúde, e poucas extrapolam essa temática ampliando essa participação para temas intersetoriais. Fazendo um somatório desses eventos observa-se que nesses dois últimos anos os entrevistados participaram de 3 eventos da área do Serviço Social, 14 eventos na área da saúde e 6 eventos com temáticas intersetoriais. Os referidos entrevistados não chegaram a relatar a participação em eventos ou capacitações que tratasse propriamente da atenção básica em saúde e do NASF. Outra observação é que os eventos citados pelos assistentes sociais entrevistados em sua grande maioria são de caráter local, ou seja, são realizados nos municípios, destacando-se como promotor desses eventos a prefeitura e a Secretaria Municipal de Saúde. Poucos foram os entrevistados que extrapolaram esse espaço local, como os que participaram do CONASS, do CBAS e do ENPESS. Os dados apontam que alguns eventos que não só os relacionados à questão saúde, mais também os que se reportam a categoria profissional, são vinculados às universidades, o que demonstra a importância desses espaços na educação continuada e atualização dos profissionais.

Com relação a livros e/ou autores lidos nos dois últimos anos (2010 e 2011) os profissionais entrevistados salientam artigos, leis, resoluções e diretrizes direcionados ao NASF e o tema saúde em suas mais variadas expressões. Dentre estes os mais citados foram: Diretrizes do NASF e leis, revistas que tem como tema o NASF, e um

deles coloca a leitura constante de leis e livros na área do Direito, pelo motivo de estar cursando Direito.

Autores que tem destaque no que concerne à produção teórica do Serviço Social, de acordo com a fala dos entrevistados os mais lidos nos dois últimos anos são: Marilda Vilela Iamamoto (Serviço Social em tempo de Capital Fetiche), José Paulo Netto (Capitalismo Monopolista e Serviço Social), Elaine Bering, Regina Célia Tamasso Mioto, Maria Lúcia Silva Barroco, Carmelita Yasbek, Helder Sarmento Boska, Rose Serra e Dirce Koga (Apostilas sobre Território). Já autores com destaque na área da saúde, os profissionais salientam como os mais lidos: Ana Maria Vasconcelos, Vera Maria Ribeiro Nogueira, Maria Inês Souza Bravo (Serviço Social e Saúde: Formação e trabalho profissional), Ana Elizabete Mota. Autores que não são do Serviço Social, como Emerson Merhy e Jairnilson Silva Paim são citados pelo AS3. Outros como: Edgar Morin citado pelo AS6 como um ator referência que trata da Teoria da Complexidade, e Mauricio Tragtemberg citado pelo AS7.

A participação dos Assistentes Sociais em Conselhos de Direito ou Política Social acontece de forma esporádica nos CLS e CMS. Particularmente sobre a participação nos CLS e CMS os entrevistados responderam conforme tabela abaixo.

Tabela 5: A participação dos Assistentes Sociais em Conselho de Direito ou Política Social em Abril e Maio de 2012.

Entrevistados	Participa nas reuniões do CLS	Qual segmento representa	Motivo sobre a não-participação ou participação esporádica	Obs.
AS1	Sim, esporadicamente	Representa o NASF	Condições de trabalho, falta de tempo	Participa esporadicamente das reuniões do Conselho Municipal de Saúde
AS2	Não	-	Devido ao horário de trabalho, o serviço não possibilita liberação	-
AS3	Sim	Representa o NASF. Também é filiada ao SINTRASEN	-	Participa de 4 CLS. Correspondente as comunidades de 4 CS que é referência
AS4	Não	-	Não existe CLS no Município	-
AS5	Não	-	Não existe CLS no Município	-
AS6	Não	-	Não existe CLS no Município	-
AS7	Sim, esporadicamente	Representa o NASF	-	Participa também das reuniões do CMS e Conselho

				Municipal do Idoso
AS8	Sim	Representa o NASF	-	Participa como profissional para conhecer a comunidade local e suas demandas

Fonte: Roteiro para identificação do perfil sócio ocupacional de preenchimento individual antes de iniciar a entrevista. Elaboração da autora.

Os assistentes sociais participam esporadicamente dos Conselhos Locais de Saúde e mais esporadicamente ainda nos Conselhos Municipais de Saúde. Os dados das entrevistas apontam que dois profissionais participam dos CLS e dois participam eventualmente desses espaços, quatro dos profissionais afirmam não participar desses espaços, sendo que desses quatro, dois deles alegam que a não participação se deve a falta de tempo que por sua vez está relacionada à carga horária de trabalho, os outros três colocam que não existe CLS no município e também não participam de outros espaços de controle social.

Na organização do processo de trabalho em Saúde da Família e dentro dos objetivos propostos para a área de Serviço Social, nas diretrizes do NASF destaca-se como uma das ações do Assistente Social no NASF trabalhar com controle social, nesse sentido, esse item caracteriza-se como intervenção coletiva e corresponde à:

[...] articulação de um conjunto de ações junto aos movimentos sociais, na perspectiva da socialização da informação, mobilização e organização popular. Abrange, assim, a intervenção profissional nos espaços democráticos de participação e controle social, na mobilização e assessoria visando contribuir no processo de democratização na política de saúde (BRASIL, 2009).

Portanto, identifica-se que o controle social está entre as ações a serem realizadas pelos Assistentes Sociais no NASF, no entanto os dados apontam que parece não haver prioridade nas ações relativas ao controle social nos espaços dos CLS e CMS, pois a maioria dos entrevistados relata não ter uma participação efetiva e constante nesses espaços.

Quanto à supervisão de estágio, considerada através da Resolução n° 533 de 2008 do CFESS art.2^o¹² atividade privativa do Assistente Social, os dados obtidos foram que dos oito profissionais, quatro já realizaram e ainda realizam supervisão de estágio, e outros quatro nunca supervisionaram. Indagados sobre o motivo de ainda não

¹² Art. 2º. A supervisão direta de estágio em Serviço Social é atividade privativa do assistente social, em pleno gozo dos seus direitos profissionais, devidamente inscrito no CRESS de sua área de ação, sendo denominado supervisor de campo o assistente social da instituição campo de estágio e supervisor acadêmico o assistente social professor da instituição de ensino (Resol. CFESS n° 533, 2008).

terem realizado supervisão, um deles, o AS4, afirma não se sentir preparado para tal, os demais informaram que ainda não houve essa possibilidade.

A tabela abaixo apresenta o perfil profissional dos entrevistados com relação ao vínculo empregatício no NASF.

Tabela 6: Tempo de trabalho, carga horária e renda indicado pelos entrevistados em abril e maio de 2012, nos Municípios de Chapecó, Florianópolis e Lages.

Entrevistado	Carga horária semanal	Tempo de trabalho no NASF	Contrato de Trabalho	Renda em Salário Mínimo
AS1	40	4 meses	Celetista temporário	6 salários e 1/2
AS2	40	2 anos e 1 mês	Estatutário	6 salários e 1/2
AS3	40	2 anos e 6 meses	Estatutário	6 salários e 1/2
AS4	40	2 anos e 2 meses	Estatutário	3 salários
AS5	40	2 meses	Celetista efetivo	2 salários
AS6	40	1 mês	Estatutário	2 salários
AS7	20	6 meses	Celetista efetivo	2 salários
AS8	20	1 ano e 6 meses	Celetista temporário	2 salários

Fonte: Roteiro para identificação do perfil sócio ocupacional de preenchimento individual antes de iniciar a entrevista. Elaboração da autora.

Os dados apontam que a maioria dos profissionais realizam no NASF 40 horas semanais, e o contrato de trabalho divide-se entre Estatutário e Celetista, sendo dois de em caráter efetivo e dois em caráter temporário. A diferença nos salários chama a atenção, principalmente dos profissionais com mesma carga horária, e também com relação ao AS4 que tem vínculo estatutário recebe em torno de 3 salários mínimos, e o AS7 fazendo a metade da carga horária e sendo contratado recebe um salário mínimo a menos que o AS4. Os profissionais que constam receber até 2 salários citados na tabela explicaram que o que recebem nem chega à dois.

Nenhum dos entrevistados confirmou ter outro vínculo empregatício, e alguns entrevistados com carga horária de 40 horas semanais destacam que não haveria possibilidade de ter outro vínculo.

Alguns desses dados apontam sobre algumas dificuldades com relação à estruturação dos NASF, das quais indicaremos nos próximos itens.

3.3 - NASF: implantação, estruturação e condições de trabalho em Chapecó, Florianópolis e Lages

Apesar do NASF ter sido criado e regulamentado pela Portaria n° 154 no ano de 2008, em alguns municípios sua implantação foi tardia comparado aos municípios que já realizavam o movimento de implantação nesse mesmo ano a outros que foram implantados em anos posteriores. Conforme relato dos assistentes sociais entrevistados ao historicizar o NASF no município e a inserção do assistente social e dos demais profissionais na equipe, em Chapecó o NASF foi implantado no ano de 2009, Florianópolis em 2008 e Lages em 2010. A tabela abaixo identifica o n° de equipes NASF nos municípios e o n° de ESF referência para cada equipe.

Tabela 7: Número de ESF que uma equipe NASF é referência e População total do município em abril e maio de 2012, nos municípios de Florianópolis, Chapecó e Lages.

Município	NASF	N° de ESF	População do município
Florianópolis	NASF Centro	17	421.240
	NASF Norte	24	
	NASF Sul I	13	
	NASF Sul II	13	
	NASF Leste	22	
	NASF Continente I	17	
	NASF Continente II	12	
Chapecó	NASF Norte	10	183.530
	NASF Sul	9	
	NASF Leste	10	
	NASF Oeste	10	
Lages	NASF 1	9	156.727
	NASF 2	12	
	NASF 3	10	
	NASF 4	10	

Fonte: Roteiro de Questões - Número de Equipe da Saúde da Família - ESF - que uma equipe NASF é referência e população de cada ESF. Censo 2010 IBGE -<http://www.censo2010.ibge.gov.br>. Acesso em 10 Jun. 2012. Elaboração da autora.

Os dados demonstram que no município de Florianópolis em sua maioria o número de ESF referência é superior a 15, nos demais nem chega ao número máximo, no entanto Florianópolis comporta uma população muito maior em relação aos municípios de Chapecó e Lages. Apesar de estar colocado na Portaria de 2.488/2011 que o NASF passaria a ser referência entre 8 à 15 ESF, em 2012 muitas equipes continuam sendo referência para mais de 15, as vezes ultrapassando o limite de até 20, como estava colocado na Portaria 154/2008.

Florianópolis foi dentre os municípios pesquisados o primeiro a implantar o NASF, conforme as profissionais houve um movimento intenso de discussões desde que fora lançada a Portaria 154/2008 que criava o NASF, principalmente de como se daria a vinculação com as ESF, que na época estava preconizado que cada equipe NASF fosse referência de 8 a 20 ESF. Em Florianópolis os serviços de saúde são organizados por Distritos Sanitários, que são: Distrito Centro, Norte, Sul, Leste e Continente. Em 2008 os NASF foram implantados e as equipes foram divididas por Distrito, o primeiro NASF estruturado no município foi o NASF Centro. Depois as equipes NASF foram se ampliando, e no município hoje, existem 7 NASF que dividem-se entre os 5 Distritos, são 7 por que no Distrito Continente e no Distrito Sul têm 2 equipes NASF. Nem todas as equipes NASF em Florianópolis têm em seu quadro de profissionais o Serviço Social. No caso dos Distritos Sul e Continente onde há duas equipes NASF, no primeiro há apenas um assistente social referência para 26 ESF e no segundo há dois assistentes sociais, um em cada equipe.

Apesar das 7 equipes NASF pertencerem ao mesmo município sua estruturação e composição das equipes não são as mesmas, pois estão alocados em comunidades diferentes, realidades diferentes e unidades de saúde diferentes com ESF diferentes. Conforme relato dos profissionais entrevistados, a equipe NASF da qual fazem parte começou com uma equipe mínima composta basicamente, por Assistente Social, Psicólogo, Farmacêutico e Educador Físico. No entanto, as equipes ao longo do tempo foram reconstruindo-se por recorrentes saídas e entrada de novos profissionais, ou por inclusão de profissionais de outras áreas de atuação como: nutricionista, fisioterapeuta, pediatras e psiquiatras. O número de ESF no qual os NASF são referência em Florianópolis variam entre 17 à 22 ESF, esse dado constata que os NASF ainda não se padronizou de acordo com a Portaria do NASF 2.488/2011 que afirma que os NASF deverão ser referência para 8 a 15 ESF. Em áreas com maior número de ESF as equipes NASF também são referências para essas ESF excedentes, só não estão vinculadas formalmente a elas no CNES. Portanto, em tese o município tem um NASF que se adequa ao nº de ESF previsto na Portaria 154/2008 e 2.488/2011, ou seja, a lógica de organização da equipe respeita as Portarias, mas a distribuição dos profissionais de Serviço Social não.

Sobre esse número excedente de equipes referência os entrevistados destacam a incompatibilidade com o que está previsto legalmente para os NASF.

[...] Então, a política de atenção primária que hoje está prevista na Portaria 2488 de 2011, abre a porta para o Serviço Social dessa forma, através do NASF, pra mim é contraditório por conta da gente ter hoje 22 equipes de SF, apesar da Portaria colocar de 8 a 15, nós temos que atender as 22 [...] (AS3).

Na prática não mudou nada, só na legislação. Continua sendo referência para 17 equipes, então todos os NASF estão fora do padrão (AS2).

Percebe-se que apesar da legislação ter mudado e de certa forma garantido a redução do nº de ESF de referência para cada equipe NASF o município de Florianópolis não se organizou para esta mudança.

Outra dificuldade que os profissionais do NASF encontram é com relação à infra-estrutura do NASF. Tanto a Portaria nº 154/2008 quanto a mais recente 2.488/2011 colocam que o NASF não deve constituir espaço próprio, mas, que compete as Secretarias de Saúde disponibilizar espaço físico adequado nas unidades básicas de saúde, garantindo os recursos necessários para desenvolver as atividades mínimas referentes a cada profissional. No município de Florianópolis as equipes NASF não possuem um espaço próprio, os profissionais utilizam os espaços e equipamentos disponíveis nas unidades de saúde para realizar suas atividades. Dessa forma, os profissionais ocupam espaços como consultórios ou auditórios quando estes não estão sendo utilizados pelos profissionais da ESF. Conforme os entrevistados em algumas unidades recém reformadas está sendo disponibilizada uma sala para o NASF, no entanto considerando que a equipe é grande se faz necessário adaptar horários de utilização da sala. Outros espaços em que os profissionais acabam se apropriando para realizar as atividades necessárias são os que estão disponíveis na comunidade, como salão de igreja e associação de moradores. Além desses espaços, como o NASF trabalha com uma perspectiva intersetorial acaba-se firmando parcerias com outros serviços, instituições e outras políticas. Sendo assim há possibilidades de utilizar-se de espaços disponíveis em outros setores para realizar esse trabalho, como é o caso dos Centros de Referência de Assistência Social - CRAS, muito citado pelos entrevistados por ser um espaço referência no território, e que trabalha constantemente em parceria com as ESF.

Os equipamentos de trabalho como computadores, telefones, transporte, dentre outros materiais, são todos disponibilizados pelas unidades de saúde, compartilhados entre as ESF e o NASF. Os atendimentos e ações realizadas pelos profissionais são registrados em um sistema informatizado da Secretaria Municipal de Saúde chamado INFOSAÚDE, é um prontuário eletrônico único em que todos os profissionais têm acesso e registram suas ações, no entanto nem sempre a internet está à disposição dos

profissionais. Com relação ao transporte, ou locomoção da equipe, existe um carro que é utilizado pelas ESF e que os profissionais do NASF também utilizam, na maioria das vezes quando precisam fazer algum atendimento em conjunto com as ESF, fora isso, a locomoção dos profissionais às unidades de saúde ou em outro espaço fica por conta dos profissionais, pois não existe um transporte que faça esse serviço.

No município de Chapecó, o NASF foi implantado no ano de 2009, criou-se 4 equipes, que são divididas por região Norte, Sul, Leste e Oeste. As primeiras equipes de trabalho iniciaram as atividades somente em novembro de 2010. Os profissionais entraram por meio de processo seletivo temporário realizado em Maio/2010, e que conforme o edital, o contrato era de um ano de trabalho podendo ser prorrogado por mais um. Os profissionais que entraram por meio desse processo para integrar as equipes foram: Assistente Social, Educador Físico, Farmacêutico, Fisioterapeuta, Nutricionista, Psicólogo, todos com carga horária de 40 horas/ semanal. No entanto foi colocado aos profissionais que o contrato de trabalho seria de apenas 6 meses, com previsão de término para Maio de 2011, quando estava próximo dessa data muitos dos profissionais foram se desvinculando do NASF, certo que o contrato seria encerrado, mas este foi prorrogado, deixando as equipes incompletas. Nesse período realizaram um novo processo seletivo para preencher as vagas de profissionais que estavam faltando, no entanto o contrato passou a ser por tempo determinado, de 1 ano com possibilidade de renovação. Quanto à saída e entrada de profissionais, os entrevistados relatam que por ser um contrato temporário os profissionais ficaram inseguros e acabaram migrando para outras áreas de atuação deixando as equipes incompletas. Nesse novo processo a Secretaria decidiu por diminuir a carga horária de alguns profissionais, tais como os Assistentes Sociais e os Fisioterapeutas, sendo que foram colocados somente um Assistente Social de 20 horas em cada equipe NASF, e dois Fisioterapeutas de 20 horas em cada equipe.

Quanto à infra-estrutura do NASF no município, este também não possui espaço próprio, portanto os espaços disponíveis nas unidades de saúde são compartilhados entre ESF e NASF. Os entrevistados afirmam que esses espaços precisam ser “disputados” pelos profissionais da ESF e estagiários, e que é necessário sempre buscar um “jeitinho” para ocupar esses espaços. Com relação aos equipamentos e materiais necessários, é o mesmo processo, pois os profissionais do NASF não possuem equipamentos próprios nas unidades, tendo que utilizar-se do que está disponível para as

ESF, no entanto, nem sempre esses equipamentos estão disponíveis ou em bom funcionamento.

Usamos os equipamentos de informática para escrever projetos, consultar a internet. Havia sido cortado, pois segundo os técnicos o tráfego de dados atrapalhava o funcionamento da rede WinSaúde, mas como todos os ESF reclamaram que os problemas de rede persistiam mesmo sem a internet, liberaram o acesso à internet novamente. Na minha região só tem 1 ESF do interior sem computador. O telefone está funcionando bem atualmente, mas teve períodos que também dava problemas. Não sei por que, mas frequentemente anunciam que o telefone mudou, pois tentaram testar novas tecnologias, como telefone por rádio ou VOIP. Não acho bom, pois acho que os telefones da área da saúde não deviam mudar muito para a população achar rapidamente o serviço (AS7).

Recentemente foi adquirido 1 computador para cada NASF, no entanto ainda não foi pensado em espaços para instalar esse equipamento. Além dos computadores, dois carros foram adquiridos para uso da equipe NASF, a Secretaria colocou esses carros a disposição do NASF, mas, não houve contratação de motoristas, deixando os carros sob total responsabilidade dos profissionais que os utilizam, tendo os mesmos que assinar um documento salientando sua responsabilidade sobre possíveis danos. Dessa forma os profissionais acabam não utilizando esse transporte, tendo na maioria das vezes que se deslocar a pé, por carona ou transporte público coletivo. No entanto, esses meios de locomoção utilizados pelos profissionais nem sempre são favoráveis, pois as unidades de saúde em que trabalham nem sempre são tão próximas. Somente nos dias em que o carro da ESF está disponível, os profissionais do NASF aproveitam para agendar visitas domiciliares.

Dessa forma, é possível perceber nas falas dos entrevistados que a falta de estrutura para se trabalhar no NASF acaba por desfavorecer o trabalho da equipe, exigindo esforço dos profissionais em realizar as ações necessárias, como atividades de grupo, atendimentos individuais, planejamento, produção de relatórios e outros documentos.

Na soma desses problemas (salas, internet, telefone, computador, transporte), já teve algumas coisas que deixei de fazer, mas graças a deus por enquanto nada de grave (AS7).

Em 2009, quando o NASF foi implantado no município, não foi oferecido pela Secretaria capacitações no sentido de preparar os profissionais para trabalhar como profissional do NASF, entendendo que a atuação dos profissionais nesse espaço não é planejada individualmente, mais em conjunto com as ESF constantemente. Dessa forma os profissionais entraram no NASF e começaram a trabalhar sem muita clareza do que fazer e como fazer, para os profissionais esse começo foi marcado por insegurança,

busca de conhecimento, indefinição de papéis e na organização do processo de trabalho. No entanto, passado esse período inicial, os entrevistados entendem que atualmente o NASF está mais organizado.

[...] sinto que apenas neste momento o NASF tem estado mais organizado em nosso município e algumas atividades tem se definido melhor através de planejamento em grupo. Desde abril de 2012 estamos nos reunindo mensalmente com a coordenação do NASF e mensalmente com o profissional de referência para cada categoria profissional. Com estas reuniões percebemos que algumas atividades entre profissionais estão se padronizando, esperamos apenas que não fuja da proposta das diretrizes do NASF, para suprir algumas necessidades por falta de profissional no município (AS8).

No município de Lages, o NASF foi implantado em Janeiro de 2010. Os profissionais contratados inicialmente foram Assistente Social, Educador Físico, Farmacêutico, Nutricionista e Psicólogo. Foram implantados 4 NASF nomeados por NASF 1, NASF 2, NASF 3 e NASF 4, os quais foram divididos por regiões da cidade. Atualmente os 4 NASF possuem Assistente Social na equipe, no entanto as equipes nunca estiveram completas pois como nos municípios de Chapecó e Florianópolis, a rotatividade de profissionais no NASF em Lages também é constante. Os entrevistados entendem que isso ocorre devido à dinâmica e condições de trabalho do NASF, pois existem profissionais que além do NASF possuem um outro vínculo empregatício e a dinâmica do NASF acaba por impossibilitar a dedicação em dois vínculos. Além disso, um outro ponto que acaba por favorecer a saída dos profissionais é o salário pago aos mesmos, considerado *baixo*.

O NASF de Lages também não possui espaço próprio. O espaço físico e equipamentos são compartilhados com as ESF nas unidades de saúde, no entanto, os espaços nas unidades nem sempre são adequados, pois as salas são pequenas. A dinâmica com relação à ocupação dos espaços é a mesma que nas outras cidades, onde tem uma sala disponível os profissionais da equipe NASF utilizam. Algumas atividades são realizadas fora das unidades, como no salão da igreja das comunidades, associações comunitárias ou na sede do CRAS. Quando os profissionais iniciaram o trabalho no NASF havia uma sala que era compartilhada pelas 4 equipes NASF e que estava instalada na Secretaria de Saúde, no entanto era uma sala pequena, que não tinha capacidade de comportar tantos profissionais, sendo que as condições de estrutura da sala era inadequada. Todavia, esta sala hoje não existe mais, um dos entrevistados ressalta que apesar da estrutura da sala ser péssima, esta havia se tornado um espaço referência para a equipe, que os profissionais percebiam como um aspecto positivo.

A sala era do NASF todo, então era assim, tínhamos a nossa sala com os 4 núcleos, então a gente sempre se reunia de manhã aqui, e daqui íamos para as unidades. Nós sempre estávamos juntos, quando não tinha nada para fazer nas unidades ou não tinha lugar para ficar, por que ainda tem unidades que não tem espaço nem para as pessoas lá de dentro. Em outras maiores que seria uma questão de organização, já que o NASF vem naquele dia [...] tem muitos que não se esforçam para isso. Quando a gente não estava na unidade estávamos ali na sala, então sempre tínhamos contato com todos os profissionais (AS4).

Sobre o transporte para os profissionais dos NASF, a Secretaria havia disponibilizado logo no início em que os profissionais começaram o trabalho uma Kombi para levar toda a equipe NASF nas unidades de referência, atualmente esse recurso também não existe mais. Dessa forma os profissionais utilizam como meio de locomoção para ir às unidades ou para alguma atividade externa, transporte público coletivo, o carro próprio, ou então vão caminhando até a localidade.

Assim como nos demais municípios, Lages não realizou capacitações para os profissionais que entraram nas equipes, estes entraram sem saber direito o que fariam nesse espaço. Mas no início, antes de começarem a atuar nas unidades, os profissionais ficaram 2 meses só estudando Portarias do NASF e elaborando propostas. O início foi bem difícil e no momento as equipes estão se organizando e entrando no ritmo do NASF.

Começou bem tumultuado, ninguém sabia como começar, mesmo os profissionais que entraram, a gente entrou assim sem saber o que era o NASF e pra onde que a gente iria, por que no edital não dizia nada, só que era programas de saúde. Eu comecei em março de 2010, mais quem entrou em janeiro, ficaram janeiro e fevereiro estudando portarias e elaborando propostas, coisas assim, começaram mesmo a irem para as unidades em março. Agora a gente está pegando o ritmo, mais no início foi bem tumultuado [...] nesses dois anos a gente estava assim totalmente para baixo e descontente também com a forma de como estava o trabalho, em alguns momentos a gente ficava ocioso, sem ânimo para pensar em alguma coisa diferente. Agora que está engrenando e deu uma revigorada (AS4).

O NASF não era bem discutido em Lages, agora é que tem esse novo olhar. Eu cheguei justamente nessa mudança, foi incrível assim, houve desentendimentos pessoais relacionados à coordenação, e eu cheguei exatamente nesse momento, e eu até fico muito feliz de ter chegado bem nesse momento, nesse momento de transformação (AS5).

O apoio matricial tal qual é o objetivo principal do NASF parece que não está se efetivando no município de Lages. Nesses dois primeiros anos as equipes ainda estão apropriando-se desse espaço, conhecendo, discutindo demandas e planejando ações. O envolvimento dos profissionais NASF com os profissionais das ESF mostrou-se como um desafio diário, pois as ESF apresentavam resistências com relação à equipe, havia dificuldade em entender o caráter de apoio do NASF. A entrada dos profissionais da

equipe complementar do NASF foi visto pelas ESF como uma equipe a mais para atender as demandas das comunidades.

[...] Agora que a gente está mais alegre, com mais vontade de fazer alguma coisa diferente do que antes. Antes não tinha condições, era insustentável, agora com a questão do apoio matricial que queremos começar a trabalhar nesse sentido por que é o que tem que ser feito. Tem unidades que tem resistência nisso, mas a gente quer alcançar, e até agora nenhuma equipe sentou e discutiu algum caso, mais estamos começando com a capacitação com os ACS para a equipe toda no caso, levando vídeo sobre apoio, textos que separamos, para tentar começar de uma forma diferente (AS4).

Quanto à implantação, estruturação e condições de trabalho a muito em comum entre os NASF dos municípios de Florianópolis, Chapecó e Lages. Percebe-se que o NASF é um espaço *novo* na atenção básica em saúde, e por esse motivo os profissionais parecem estar apropriando-se desse espaço, conhecendo, observando e buscando estratégias para enfrentar algumas dificuldades. Nas três cidades a equipe NASF utiliza dos espaços e equipamentos de trabalho das unidades de saúde. Atualmente, apesar das Secretarias de Saúde terem buscado minimamente formas de organizar o espaço do NASF como construir uma sala ou disponibilizar um carro, as condições para utilização destes ainda não parece adequada para as equipes. Os entrevistados indicam que um dos motivos de constante saídas de profissionais do NASF é a estrutura do NASF ou a falta dela, ressaltando a dificuldade em realizar as ações previstas para o NASF. Nesse sentido, a Gestão parece apresentar uma certa negligência quanto ao serviço, por não possibilitar espaços adequados para o trabalho e capacitação para os profissionais, e um outro motivo seria a resistência das ESF com a equipe NASF. Alguns profissionais apresentaram-se frustrados e desestimulados para atuar no NASF por conta dessas dificuldades apresentadas.

3.4 – O Serviço Social no NASF: inserção e condições de trabalho

A inclusão do Assistente Social na atenção básica em saúde ganha destaque a partir da Lei nº 8.080 de 1990, e 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, que dentre eles está o Assistente Social. Para conhecer como se dá a inserção do Assistente Social no NASF abordaremos alguns

pontos destacados pelos entrevistados sobre a entrada destes nas equipes, condições de trabalho e desafios vivenciados no cotidiano do NASF.

Praticamente todos os entrevistados entraram no NASF na formação de sua primeira equipe. Dois dos entrevistados, o AS1 e o AS7 responderam que entraram no NASF depois da equipe já formada, o AS1 trabalhou 4 meses no NASF depois da equipe já formada, sendo a primeira experiência do Serviço Social nessa equipe e tendo que ser referência para 2 NASF e 26 ESF, ou seja, uma carga pesada de demandas para apenas um Assistente Social.

O ingresso desses profissionais nos NASF foi um tanto quanto conturbado, como já salientado, pois os entrevistados relatam encontrar certas resistências por parte dos profissionais que integram as ESF. As entrevistas apontam que também há resistências em tentar compreender e valorizar o trabalho do Serviço Social nesse espaço multiprofissional, tornando-se um constante desafio para esses profissionais afirmarem o seu papel no NASF.

A rotatividade de profissionais nas equipes, indiferente da área de atuação, é constante. De acordo com os dados presentes nas falas dos profissionais, evidenciam-se recorrentes mudanças na equipe profissional, devido a constantes saídas dos profissionais, permanecendo no NASF num curto período de tempo. Os entrevistados entendem que essa rotatividade é motivada pela dinâmica, rotina de trabalho e estrutura do NASF, já que um profissional é referência para 8 a 15 ESF que por sua vez é referência para um número expressivo de usuários que expressa diversas demandas.

A saída constante de profissionais Assistentes Sociais também faz parte dessa realidade, e como os demais profissionais, o motivo é a dinâmica de trabalho do NASF. A rotina diária de realizar várias atividades nas unidades de saúde em um mesmo dia, a carga pesada de demandas para apenas um profissional, a carga horária semanal e as condições de trabalho proporcionadas para os profissionais, estão fazendo com que os profissionais se desliguem do NASF. Além disso, tem também a questão de identificação do profissional com a proposta do NASF, que nem sempre é positiva.

Só uma das psicólogas que ficou e está desde o começo, o restante todos mudaram. A maioria haviam pedido para sair, um psiquiatra pediu exoneração por que conseguiu uma proposta melhor de emprego, a Assistente Social não se adaptou a proposta do NASF, achava que não dava conta, e eu acho que é pela questão da carga horária, da rotina, ter que ser referência pra tantas equipes, tantas pessoas [...] É uma carga pesada, e você não saber onde você vai estar...um dia estou num lugar, outra hora em outro, amanhã não sei onde que é. Isso acaba influenciando bastante os profissionais a não ficarem no NASF, por que não se identificam realmente com a proposta (AS2).

A estrutura coloca-se como uma dificuldade, ao limitar, de certa forma, o trabalho dos profissionais do NASF, por não possuir uma estrutura física e material adequada para realizar atendimentos, tendo que utilizar os espaços e materiais disponibilizados para as ESF. Sabe-se que o NASF não é considerado *porta de entrada*, mais sim uma equipe que atua no apoio e em parceria com os profissionais nas ESF, sendo que o trabalho em equipe é representado frequentemente como uma convivência no mesmo espaço físico. Apesar dessa condição, é perceptível que a estrutura do NASF ou a falta dela, é colocada como uma problemática no desenvolvimento do trabalho dos profissionais.

[...] o NASF chega para auxiliar as ESF, mais ele não tem respaldo nenhum, de material, espaço físico e de infra-estrutura, então acaba dificultando bastante o nosso trabalho, atendimentos em grupo também é a mesma coisa, aqui na Trindade estávamos disputando horário com a psicologia no auditório (AS2).

A principal problemática que é identificada pelos profissionais com relação às condições de trabalho no NASF, está imbricada com a condição do sigilo profissional. O Código de Ética profissional dos Assistentes Sociais de 1993 coloca que constitui direito do Assistente Social a “inviolabilidade do local de trabalho e respectivos arquivos e documentação, garantindo o sigilo profissional” (BRASIL, 1993). No entanto, as condições em que a equipe NASF trabalha em algumas situações pode vir a dificultar a garantia do sigilo e da ética profissional. Os entrevistados destacam como principais entraves o local onde fica instalado o telefone da unidade, que geralmente é na sala da coordenação ou na recepção, então assim como para os profissionais das ESF os profissionais do NASF quando precisam fazer algum contato, seja com a rede de apoio ou atendimento, é preciso ter cuidado com o assunto abordado, pois os profissionais estão o tempo todo ocupando esses espaços, e no caso, quando é na recepção há também constante circulação de usuários aguardando atendimento.

[...] o telefone fica na sala da coordenação e na recepção, lugar para guardar pastas não tem disponível para gente, o que eu acho bem complicado nessa questão de ética, de ter que usar às vezes na frente de outra pessoa, ou então você tem que pedir para que a pessoa saia da sala para gente conversar em alguns momentos (AS2).

O Serviço Social nem tem sala, a gente tem uma dificuldade bem grande em questão de, por exemplo, telefone, as vezes precisa passar algum caso mais específico, mais sigiloso, essa questão do sigilo também, e não tem um lugar separado para fazer isso [...] (AS4).

Outro ponto importante destacado é quanto à falta de equipamentos para guardar documentos e relatórios dos profissionais. A maioria das unidades não disponibiliza espaços para que os profissionais do NASF possam guardar materiais de uso pessoal e profissional, nesse sentido alguns entrevistados relatam que preferem levar materiais referentes ao trabalho do Serviço Social para casa, considerando que estarão guardados em locais seguros. Como o Serviço Social não possui sala nas unidades os profissionais procedem dessa forma, um dos entrevistados relata que organiza em uma pasta documentos e relatórios referentes a cada unidade de saúde, e então leva a pasta referente a unidade no dia em que sabe que estará trabalhando lá. Alguns profissionais acabam fazendo dessa forma, pois entendem que apenas o registro no prontuário não é suficiente. O entrevistado AS7 responde a isso colocando sua preocupação com relação ao sigilo das informações quanto o registro de atendimentos nos prontuários.

As ESF oferecem armários ou gavetas, mas eu não uso, pois, prefiro levar comigo as informações de pacientes atendidos e prefiro não escrever nos prontuários [...] prefiro guardar as informações comigo, pois, os prontuários podem ser levados pelo paciente quando estão de mudança, prefiro ter a liberdade de escrever e também de errar, pois se uma informação não era aquilo que pensávamos se fosse no prontuário teríamos de rasurar. Além disso me passam muitas *suspeitas* - como suspeitas de abandono, etc – então precedo dessa forma (AS7).

Nem todos os profissionais procedem dessa forma, a maioria coloca que o prontuário é uma forma de registro sempre utilizado pelo Serviço Social e pelos demais profissionais, mas que sentem necessidade de registrarem suas ações via outros instrumentos como agendas pessoais, diário de campo e cadernos. No entanto, a um ponto na fala do AS7 que precisa ser refletido, pois, mesmo que se considere o sigilo profissional como pressuposto para a atuação profissional, o prontuário é um documento da instituição e do paciente. Portanto, pressupõe-se que o profissional irá relatar e registrar informações e ações realizadas referentes ao paciente, averiguando os fatos e as demandas, ressaltando o que for necessário, e em casos de *suspeitas* é necessário estudar a situação antes de fazer afirmações.

Um outro ponto é quanto aos espaços para atendimentos, além dos profissionais não possuírem espaços próprios, utilizando dos consultórios e auditórios das unidades quando estão disponíveis, esses espaços são considerados pelos profissionais entrevistados, impróprios com relação ao resguardo do sigilo.

A estrutura é péssima, não temos espaço para o atendimento desse público e esbarra justamente na questão do nosso Código de Ética que é o sigilo

profissional, então não temos como abordar certas questões, não tem um espaço onde se possa ouvir para poder estar dando respostas e garantindo direitos para os usuários (AS6).

Acabamos utilizando as salas que estão disponíveis. Tem salas que são abertas na parte de cima, então dependendo da situação não conseguimos atender por que as pessoas lá fora conseguem escutar, então temos que procurar outro espaço, tem vezes que eu já atendi no auditório por que não tinha lugar, então essa é uma dificuldade (AS2).

Sobre o meio de locomoção que os entrevistados utilizam para ir às unidades ou realizar alguma atividade em outras localidades, os profissionais utilizam dos meios de transporte público, alguns vão com carro próprio e utilizam os mesmos para realizar todas as atividades previstas pelo NASF e outros vão caminhando até os locais. Os carros das ESF são utilizados pelos profissionais do NASF somente para realizar atividades compartilhadas como visitas domiciliares, reuniões, etc.

Com a finalidade de conhecer o trabalho do Serviço Social no NASF nos próximos itens desse estudo destacaremos as múltiplas demandas que perpassam o cotidiano desses profissionais.

3.5 – A prática do Assistente Social no NASF

3.5.1- Demandas colocadas pelas Equipes de Saúde da Família - ESF

A interdisciplinaridade como perspectiva de trabalho a ser desenvolvida e defendida na saúde, exige que o trabalho em equipe seja refletido e discutido. Para tanto se faz necessário conhecer como se desenvolve a dinâmica interdisciplinar entre NASF e ESF, e entre ESF e Serviço Social.

As ações do Serviço Social no NASF devem pautar-se em ações junto as ESF, voltando-se para articulações intersetoriais, educação e mobilização em saúde e formação de redes de proteção social (BRASIL, 2009). Nessa lógica o profissional compartilha demandas com as ESF apoiando os atendimentos através do seu saber específico. Partindo desse entendimento, os entrevistados destacam que as demandas que chegam das ESF aos profissionais de Serviço Social são praticamente as mesmas, o que demonstra ser diferente são as respostas dos profissionais a essas demandas.

Como já pontuado no item anterior, as entrevistas apontaram que o entendimento que as ESF têm sobre o papel do Serviço Social perpassa por uma perspectiva assistencialista de atuação, mostrando desconhecer o caráter real da profissão, que como profissão interventiva trabalha no sentido de apoiar o

desenvolvimento da autonomia, participação, do exercício da cidadania e o acesso aos direitos sociais e humanos. Destaca-se às demandas que chegam ao Serviço Social colocadas pelas ESF apresentadas pelos entrevistados:

A equipe sempre colocava as demandas consideradas assistenciais ao Serviço Social, como cesta básica [...] eles viam o Serviço Social com uma postura assistencialista e moralizante, *ah a criança ta com piolho, faz alguma coisa* [...] Concretamente as demandas que a ESF trazia era assistencial, cesta básica, uso de medicamentos, conflitos familiares, falta de adesão ao tratamento de saúde, negligência, violência, criança e adolescente, idoso, muitos acamados que precisavam de auxílio, a parte socioeconômica. [...] A demanda apresentada era um olhar do que o profissional achava do Serviço Social [...] A parte mais da proposta do NASF, que é a parte da educação em saúde não era uma demanda que vinha deles, a gente começou a conquistar esse espaço nos grupos (AS1).

As demandas que vem das ESF são de cesta básica, de benefícios da assistência ou previdência, de direitos dos trabalhadores (aposentadorias, gestantes, doenças), está chegando bastante demandas de saúde mental, que estão vindo muito para o Serviço Social pela questão do contexto da família na verdade, não só no atendimento a pessoa mesmo, mais pela questão de vulnerabilidade da família [...] (AS2).

[...] são aqueles usuários trabalhadores, incapacitados para o trabalho por algum motivo de doença, então esses usuários que passam a acessar benefícios a partir dos direitos previdenciários, trabalhistas como auxílio doença, aposentadoria por invalidez, gestantes com licença maternidade. Todos esses usuários que tem algum tipo de demanda e necessidade de acessar os direitos trabalhistas é muito encaminhado. Além disso todas as situações que envolvem violência contra a pessoa idosa, contra a mulher, negligência em relação ao idoso, pessoas com doenças crônicas incapacitantes também que exige cuidador, exige material específico ou medicação específica [...] (AS3).

Mais questões de cesta básica ou questão de idosos também assim é bem forte, idosos com questões de vínculo com a família ou de abandono... São essas demandas, ou então a família que tem uma casa em uma situação bem precária, não tem banheiro. São mais demandas emergencial e assistencial (AS4).

[...] As demandas vem mais no sentido de orientação e encaminhamento (AS5).

[...] as demandas que chegam geralmente são dos usuários idosos, muito empobrecimento, então eles vêem ainda o papel do Assistente Social como aquele ainda que da a cesta básica, eles desconhecem e ficam pedindo encarecidos [...] (AS6).

As demandas repassadas pelas equipes são em sua maioria as atendidas pelo CRAS. Ex: Solicitação de fraldas descartáveis a idosos acamados e pessoas com deficiências – PCDs; orientação sobre aposentadoria e BPC, idosos em situação de abandono [...] Demandas respondidas através de contato com a rede de atendimento sócio-assistencial, em sua maioria com o CRAS (AS8).

Observa-se que as demandas apresentadas pelas ESF são em sua maioria, demandas materiais de caráter sócio-assistencial e emergencial, pois envolvem situação de vulnerabilidade e risco social. Essas demandas refletem às condições reais de vida

dos usuários, e se apresentam através do desemprego e subemprego, ausência de local de moradia, violência urbana, violência doméstica, acidentes de trabalho e abandono do usuário principalmente os idosos.

Não só na saúde as ações socioassistenciais têm-se constituído nas principais demandas aos profissionais de Serviço Social. A recorrente necessidade de cesta básica continua refletindo a carência sócio econômica de um grande segmento da sociedade brasileira, que por sua vez continua desigual na distribuição da riqueza socialmente produzida. Essas demandas acabam chegando ao Serviço Social com o peso de urgência, de necessidade por respostas imediatas, tendo em vista que delas dependem inclusive a vida ou até a morte de usuários.

A demanda de atendimento aos idosos é ressaltada pela maioria dos profissionais entrevistados, considera-se que essa é uma demanda antiga para o Serviço Social, no entanto as configurações da sociedade - tendo em vista o prolongamento da vida – e as modificações do núcleo familiar vêm ampliando as demandas dessa população para o Serviço Social na saúde como também para o Serviço Social de modo geral. 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, sendo essa responsabilidade uma expectativa natural das autoridades assistenciais e de saúde neste país. Contudo, esse não é um processo natural, 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 a esse contingente de pessoas que estão envelhecendo.

Ao longo da trajetória histórica do Serviço Social as ações sócio-assistenciais foram predominantes na atuação profissional e que mesmo tendo incorporado outras competências para além da assistencial, o assistente social tem sido comumente requisitado a priorizar o espaço da assistência. Essa tendência na prática do Serviço Social é expressão das necessidades sociais contemporâneas do capitalismo e ao mesmo tempo são conseqüências históricas das respostas a essas necessidades, portanto, a ênfase nessas ações de caráter emergencial “vincula o exercício profissional na saúde pública às necessidades da racionalidade referenciadas nessas ações” (SOARES, 2010 p. 363).

Conforme Netto (2007, apud SOARES, 2010) a redução do Serviço Social à assistência ocorre não só pelas necessidades sociais postas pelo Estado e pela política social brasileira, mais também por que esse processo só é possível por que encontra *ressonância no corpo profissional*. 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 (BRASIL, 2009a).

Além das demandas assistenciais os entrevistados também afirmam que as ESF demandam que os profissionais não só atendam casos individuais, mas que também solicitam a participação destes em grupos.

[...] auxiliar as equipes, atendendo os casos individuais que eles nos passam, falar nos grupos já formados pelos ESF (Hipertensos, Grávidas, etc) e formar novos, atuando principalmente no lado socioeducativo quanto às questões de saúde (AS7).

As diretrizes do NASF indicam que o Serviço Social trabalhe articulado com os profissionais da equipe NASF prestando apoio às ESF, 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 destes serem espaços importantes de educação em saúde e a presença do Assistente Social também se fazer importante para a abordagem de questões específicas de cunho social, conforme a especificidade do grupo.

Ainda com relação às diretrizes, é traçado para o Serviço Social alguns objetivos e ações sobre como deve ser direcionada sua atuação, salientando que essas ações não devem ser interpretadas como “específicas do profissional assistente social, mais sim como resultado da interação com todos os profissionais na sua interface com a área estratégica do serviço social” (BRASIL, 2009 p.101). Portanto os profissionais da equipe NASF não só realizam ações individuais, como equipe de apoio às demandas que extrapolam a especificidade dos profissionais das ESF. A equipe NASF pode discutir junto com as ESF estratégias para atender as necessidades de saúde, partindo do entendimento de que a saúde não é simples ausência de doença.

Como respostas as demandas apresentadas pelas ESF ao Serviço Social, os profissionais entrevistados avaliam a necessidade de apresentar para a ESF possibilidades de trabalho para o Serviço Social a partir do que está colocado nas Diretrizes do NASF. Para atender as demandas colocadas pelas ESF ao Serviço Social,

o profissional muitas vezes ao realizar o atendimento precisa resignificar essa demanda, ampliando o olhar sobre ela, e a partir disso construir uma abordagem mais ampliada com as equipes.

[...] no início como profissional de Serviço Social eu fazia um resumo da proposta do Serviço Social com suas diretrizes e apresentava aos profissionais, a partir daí eu comecei a fazer grupos sobre orientação de direitos e comecei a trazer a política de assistência social para o Centro de Saúde, colocando que não era uma ajuda, mostrando todo o rol de benefícios e serviços que a política disponibilizava [...] A partir do momento que iríamos atender essas demandas, através de visita domiciliar ou de atendimento individual ou qualquer estratégia utilizada, abríamos o atendimento através do olhar do Serviço Social, que geralmente eu faço através da avaliação do que é a seguridade social, condições de vida, relação familiar, se a doença é recorrente por condições de saúde, como moradia, saneamento, educação, quais são os condicionantes socioeconômicos que levam ao processo saúde-doença (AS1).

[...] geralmente as ESF não conseguem dar conta de algumas coisas, então tudo que elas não conseguem dar conta elas encaminham para o Serviço Social, e a partir disso vem demanda de várias situações, mesmo que a gente acaba tendo um trabalho de orientação com os profissionais, de está mostrando como é que funciona a rede para que eles também consigam orientar direito, por que entendemos que orientações de direitos, de esclarecer a população de acesso a informação não é só função do Assistente Social, é função de todos os profissionais, então eles tem que conhecer a rede que estão atuando e saber orientar os usuários (AS2).

Hoje depois de 2 anos e meio acho que conseguimos construir um caminho junto com essas equipes, de mostrar o que o Serviço Social faz. Num primeiro momento acolhíamos aquela demanda que vinha e que tínhamos muitas vezes que resignificar e esclarecer pra equipe o que de fato fazemos na atenção primária em saúde. Hoje já se avançou e as equipes tem um entendimento dessas demandas, mais isso é algo construído por que as equipes também são muito dinâmicas, trocam muito, muitos profissionais saem por que são contrato temporário e temos que refazer esse contrato novamente, de falar, de dizer o que a gente faz, quais demandas que atendemos, e isso é construído no cotidiano do trabalho (AS3).

Mais recentemente tínhamos trabalhado com eles sobre rede de apoio, dos serviços que existem na cidade, como se encaminha, como que acontece. Também colocava essa questão do NASF, o que é e o que não é. Foi trabalhado questão de violência intrafamiliar, contra os idosos. Estávamos procurando chamar serviços de fora pra vir falar com as equipes e duas vezes por mês as unidades eram fechadas para a educação permanente da equipe [...] Não se falava nada específico do trabalho de cada um ou da profissão de cada um, mais parecia uma espécie de gestão, eram espaços onde conseguíamos nos inserir, conversar mais com o gestor e com os enfermeiros, teve uma certa parceria e melhoras no serviço dentro da unidades, as equipes estavam demonstrando interesse, mostrando serviço, ajudou também pra ter um bom relacionamento nas unidades (AS4).

É importante salientar que essa posição das equipes de desconhecer o objetivo do NASF enquanto apoio às ESF, e a desconsideração e desvalorização quanto à atuação do Serviço Social, acaba desmotivando muitos profissionais a não continuarem nos NASF. Essa posição evidencia-se nas falas onde os profissionais afirmam buscar alternativas, como reuniões e palestras, objetivando apresentar às equipes o papel das

equipes NASF junto à estratégia de saúde da família e especificamente as prioridades de articulação do Serviço Social com as ESF e comunidade.

No entanto, mesmo que os entrevistados afirmem que o NASF caracteriza-se por ser um espaço de desafios e conquistas, sendo possível a passos curtos e contínuos modificar esse olhar das ESF sobre a equipe NASF e o Serviço Social, observa-se que as falas parecem indicar que os profissionais permitem que as equipes peçam para que o Serviço Social realize atendimentos que não é de sua competência. Os entrevistados relatam que ao receberem as demandas das ESF acabam criando estratégias individuais de atender a demanda para além das necessidades assistenciais e emergenciais, *resignificando-a*, palavra esta, destacada pelo AS3. As estratégias dos entrevistados em responder a essas demandas parece não ter perspectiva de mudanças efetivas com relação a esse olhar das ESF e o objetivo de trabalho no NASF, a preocupação demonstra estar centrada no trabalho realizado individualmente pelos profissionais.

É possível perceber que o NASF nos municípios pesquisados teve um início difícil, as ESF apresentaram-se não estarem preparadas para articular com a equipe NASF, e as equipes NASF por sua vez não tinham clareza por onde conduzir seu trabalho. A proposta de trabalho não estava clara para os profissionais que entravam nos NASF, e por sua vez não se mostrava clara para as ESF. Esta falta de clareza também se deve ao fato de esta ser uma experiência inédita na realidade brasileira, apesar de muito reivindicada.

Tem-se visto, que não só no NASF, mas em todos os espaços de saúde em que há equipes trabalhando interdisciplinarmente, os Assistentes Sociais vêm demonstrando as dificuldades de compreensão por parte das equipes de saúde com relação à atribuição e competência profissional. Essa dificuldade está colocada face à dinâmica de trabalho imposta nas unidades de saúde determinadas pelas pressões com relação à demanda e da fragmentação do trabalho ainda existente (BRASIL, 2009a).

No entanto, ao que tudo indica os entrevistados vêm estudando alternativas para lidar com essa situação, apresentando respostas positivas por parte das equipes. Essas dificuldades devem impulsionar a realização de ações que tenha como objetivo debater, esclarecer e estabelecer rotinas e planos de trabalho, tal qual como os Assistentes Sociais estão demonstrando realizar no NASF, mesmo que essas ações se apresentem como um desafio diário.

3.5.2 - Demandas da equipe NASF

Como estratégia, o NASF deverá estar comprometido com a promoção de mudanças na atitude e na atuação dos profissionais da Estratégia Saúde de Família e entre sua própria equipe NASF. Como equipe complementar e de referência às ESF, os profissionais da equipe NASF deverão oferecer suporte às demandas apresentadas pelas ESF. Para tanto se faz necessário compreender que o NASF, como equipe composta por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, com objetivos comuns, também há possibilidades de demandas entre estes.

As principais demandas da equipe NASF direcionadas ao Serviço Social conforme os entrevistados são de natureza socioassistencial e socioeducativa. As demandas socioassistenciais estão relacionadas a orientações e encaminhamentos de caráter emergencial, ou então quando a equipe identifica demandas de vulnerabilidade social também é repassado ao Serviço Social, tais quais as demandas que já são repassadas pelas ESF. As demandas são identificadas quando os profissionais da equipe NASF ao realizar um atendimento percebe demandas de caráter social e repassa ao Serviço social, abrindo possibilidade de trabalho em conjunto. As demandas que aparecem com caráter socioeducativo e interdisciplinar está relacionada com o trabalho de grupos da equipe NASF junto às ESF e usuários da saúde.

[...] Nos grupos de alimentação saudável a gente já participou de alguma forma ou de atividade física como o grupo de educação em saúde, com o profissional de educação física ou de nutrição, no sentido de se apropriar do espaço de educação em saúde para também passar um pouco e trocar uma idéia em relação ao Serviço Social (AS3).

É mais para o trabalho em grupo [...] Sentar e pensar em alguma coisa diferente, ou mesmo para fortalecer, por exemplo, grupos de gestantes e de hipertensos, que são os grupos que as unidades sempre fizeram e que é preconizado que façam. Pensar em alguma coisa para fazer nesses grupos ou outros mais diferentes, por exemplo, de atividades físicas e sobre educação alimentar, nesse eu participei. Mais alguma coisa do Serviço Social nesse grupo não foi feito. Também às vezes os próprios profissionais percebem alguma situação que envolve Serviço Social, em algum atendimento que fizeram ou eles perceberam alguma coisa no grupo que eles me passaram, mais é essas demandas mais emergenciais (AS4).

Os grupos caracterizam-se como ação técnico-pedagógica, sendo umas das dimensões de suporte do apoio matricial, essa ação tem como objetivo produzir ação de apoio educativo com e para a equipe (BRASIL, 2009), no entanto as entrevistas retratam que essa ação ocorre em sua maioria com a ESF, e não para a ESF. A fala de um dos entrevistados confirma esse fato.

[...] as demandas do NASF, são situações que geralmente são do trabalho multiprofissional. Da ESF são situações que só a gente vai atender do Serviço Social, e não precisa de um olhar da equipe, ou então que eles não percebem que precisa de um olhar da equipe. O que vem pelo NASF é um pouco mais restrito e mais complexo, não que não sejam nas demandas das ESF, mais que no NASF são questões que já foram matriciadas para eles, então são questões que já tem um critério individual de atendimento (AS2).

Em alguns NASF os entrevistados afirmam que a relação entre os profissionais NASF não é uma relação de parceria, de equipe mesmo, o que ocasiona dificuldades quanto à realização de ações integradas e determina os tipos de demandas que a equipe apresenta para o Serviço Social, a maioria de natureza assistencial.

A equipe identificava a demanda, se era relacionada à vulnerabilidade, violência, negligência chamava o Serviço Social, porém a integração do grupo NASF não era uma integração coesa. Ainda era muito pouco essa troca com as equipes NASF e quando as demandas vinham, elas se dirigiam novamente para a equipe, as demandas dos usuários em relação a equipe eram colocadas como demandas dos *nossos usuários*, essa questão do território era muito forte (AS1).

[...] Quanto às demandas sociais que a equipe percebe, pode ser que estejam passando direto para o CRAS. Esse detalhe em si não é problema, eu sempre deixei claro nos postos de saúde que ficaria a critério deles se queriam discutir os casos comigo ou com o CRAS, o que parecesse mais rápido para atender o paciente, tem postos que só apareço quinzenalmente (AS7).

Nessa última fala, o próprio Assistente Social entende que por estar pouco tempo na unidade e por este ter dificuldades de interação com a equipe, coloca que certas ações podem ser delegadas a outros profissionais da rede de apoio, como o CRAS. Dessa forma a equipe procura suprir esse apoio através de contatos com os serviços dispostos na rede, como é o caso do CRAS, um apoio que a priori deveria ser dado pelo Serviço Social da equipe NASF, partindo do entendimento que o Assistente Social do CRAS é o profissional referência para atender as demandas assistenciais da comunidade, podendo em alguns casos estabelecer parcerias. Essa fala identifica que o profissional e as ESF não vêem diferença entre o papel do Serviço Social no CRAS e no NASF. É indiscutível a proximidade dos CRAS com as ESF, sendo estes serviços territorializados e caracterizados em serviços de atenção básica, sendo Política de Assistência Social e Política de Saúde respectivamente, contudo, a proposta do NASF e do Serviço Social junto às ESF deveria estar para além desses atendimentos imediatos. A fala do AS8 confirma a fala do AS7 quanto a relação do CRAS com o NASF.

Sinto que o Serviço Social no NASF não possui autonomia para atender e responder a certas demandas. Como estas na sua maioria são da Assistência Social, ficamos muito presos aos CRAS, sendo que este é o serviço ao qual o recurso é destinado para tais atendimentos, acabamos encaminhando a

eles. Atuamos mais na parte de articulação, exemplo o Serviço Social *sabe onde encaminhar é um balcão de informação* (AS8).

Essa discussão parece que vai além do entendimento sobre o que o Serviço Social faz no NASF, a fala demonstra que não existe co-responsabilização sobre as demandas da comunidade, as equipes parecem separar o que é *responsabilidade* da assistência mandando para o CRAS o que extrapola a competência das equipes de saúde. O CRAS tem um papel importante no território, no entanto, a proposta de cada serviço ficar com a parte que lhes cabe não indica qualquer sentido à realização dos objetivos propostos pela equipe NASF. Além disso, a afirmação do AS7 e AS8 mostra que o Serviço Social no NASF não sabe dizer com objetividade o que faz e o que não faz no NASF, abrindo espaço para a falta de clareza das ESF e da equipe NASF sobre as ações do Serviço Social. Dessa forma o trabalho do Serviço Social no NASF parece não se distinguir do trabalho dos demais profissionais que não atuam no NASF, negando a necessidade de se discutir, planejar e refletir junto às equipes, sobre as demandas de saúde e suas possibilidades.

Tanto nas demandas apresentadas pelos ESF ao Serviço Social quanto nas demandas apresentadas pela equipe NASF, coloca-se nas falas dos entrevistados a prioridade de atendimento às demandas assistenciais e emergenciais, e percebe-se que não só as ESF apresentam essas demandas ao Serviço Social, a equipe NASF também, apesar dos profissionais ressaltarem que a relação entre os profissionais é mais positiva. Minimamente os profissionais tentam trabalhar de forma interdisciplinar, organizando grupos em comum e criando estratégias de atuação junto às ESF, mais o apoio matricial ainda parece estar distante da realidade das equipes. A falta de clareza das ESF com relação às possibilidades do Serviço Social no NASF e as ações a serem realizadas pelos profissionais, demonstram não ser muito diferente da falta de clareza dos profissionais entrevistados sobre o que fazer no NASF. Ao mesmo tempo que o profissional incomoda-se com o olhar das ESF e da equipe NASF sobre o Serviço Social, as falas indicam que os profissionais também não sabem dizer com objetividade o que fazem no NASF.

3.5.3 - Demandas da Gestão

As Secretarias Municipais de Saúde demandam algumas ações para o Serviço Social do NASF, nos quais são retratadas pelos entrevistados nas falas abaixo.

Teve para fazer acompanhamento dos cursos de capacitação para o CLS, os conselheiros indicaram a Assistente Social para participar desse grupo. Uma demanda da gestão e um reconhecimento de que o Serviço Social trabalha nessa parte do controle social, essa demanda veio da coordenadora do distrito na época (AS1).

Vem muito pouco de demanda, o que vem é mais a questão de organização do processo de trabalho, de organizar a agenda de oferecer grupo, de oferecer visitas, eles vêm muito mais quanto à demanda da gente organizar o nosso serviço enquanto NASF do que de atendimento individual, por exemplo (AS2).

Acho que as demandas que vem são mais em função da organização do serviço, definição de fluxo e definição de acesso. As demandas com relação a gestão é mais nesse sentido, de entenderem qual o nosso papel dentro da equipe NASF, de controle das atividades desenvolvidas, são demandas mais organizacionais. Às vezes também chega alguma demanda em relação ao atendimento direto ao usuário e que vai para a Regional, chega de alguma outra instituição, e se é para o Serviço Social a regional me passam (AS3).

Não tem, é mais questão de organizar eventos em algumas datas específicas, elaborar protocolo de atendimento na saúde do idoso, na saúde da mulher. A participação em um programa de leites especiais, nós formulamos alguns critérios de inclusão de famílias, este é um programa da Secretaria, não é algo que vem do Ministério da Saúde, é um programa específico daqui, é só isso, é isso que vem da Secretaria (AS4).

Não por enquanto não chegou nada. O Serviço Social e a Nutrição estão trabalhando juntos na entrega dos leites especiais para crianças de até 2 anos. Conforme a criança que precise eles fazem o cadastro na Secretaria e encaminham para a Nutricionista do NASF correspondente ao bairro, e junto com a Assistente Social realizam Visita Domiciliar, fazem o documento socioeconômico que é um questionário que já tem aqui na Secretária e a nutricionista também faz a orientação dela em relação a criança. Então é essa a demanda que tem da Secretaria por enquanto (AS5).

Eles não repassam, como está ocorrendo essa mudança, comigo ainda não houve *Oh você precisa fazer isso, a sua demanda é essa você vai fazer isso*, eu to sentindo muita liberdade na verdade [...] (AS6).

Melhorar o entrosamento das ESF e tentar mediar alguns conflitos (AS7).

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, desenvolver trabalho em conjunto com as ESF e a participação em programas de saúde. As demandas que as Secretarias de Saúde colocam para o Serviço Social são de caráter operacional, como é o caso o programa do leite relatado pelos AS4 e AS5, ou então demandas assistenciais de caráter individual, nesse caso quando a Secretaria solicita que o profissional atenda uma situação individual repassada por esta.

Quanto ao fortalecimento do potencial político nos espaços de controle social apenas um dos entrevistados, o AS1 salientou a participação nos espaços dos CLS como uma demanda da Gestão. Apesar das diretrizes preconizar que os espaços de controle

social devem ser fortalecidos pelas ESF e que o Assistente Social enquanto profissional que apóia essa equipe deve colaborar no fortalecimento do controle social como espaço de potencializar a gestão em favor dos usuários e trabalhadores de saúde como já frisado aqui, parece não ser prioridade para o NASF

Não aparece nas entrevistas requisições para o Serviço Social elaborar diagnósticos, participar na elaboração de programa e serviços de saúde junto à Secretaria e seus Distritos Sanitários. A dimensão intelectual e política parece não ser reconhecida não só pela gestão, mais também pelos próprios entrevistados. Portanto, as respostas dos entrevistados indicam que a gestão demanda do Serviço Social do NASF intervenção em atendimentos assistenciais, e emergenciais e ações em programas pontuais, não priorizando estratégias de contribuição na construção, planejamento, coordenação e avaliação da política e serviços de saúde.

3.5.4 - Demandas da comunidade e outras instituições

O NASF não se constitui porta de entrada do sistema de saúde, sendo seu objetivo, atuar em conjunto com as ESF compartilhando e apoiando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das equipes de saúde. Portanto, as demandas da comunidade que chegam as equipes NASF são aquelas que a priori foram acolhidas pelas ESF. No entanto, espaços como os CLS abrem portas para que o Serviço Social estabeleça uma aproximação maior com as demandas da comunidade, sem esperar que estas cheguem individualmente através das ESF. A maioria dos entrevistados afirmam que o contato com as demandas da comunidade chegam ao Serviço Social a partir da mediação entre ESF e equipe NASF, onde as demandas são repassadas. Alguns dos entrevistados que participam dos CLS salientam que as demandas da comunidade explicitam-se nesses espaços de controle social, outros nem chegam a comentar.

É difícil a gente conseguir chegar às demandas da comunidade pelo NASF não ser porta de entrada, então, nos espaços dos CLS era percebido essas demandas, por ele ser paritário (AS1).

As demandas da comunidade são mais ou menos as demandas trazidas pelas ESF, o que chega também da comunidade é a relação com o controle social, como conselhos e conferências. Algumas unidades de saúde têm o Serviço Social como referencia para algumas questões de conflitos familiares ou da vizinhança e algumas situações que aparecem na comunidade. O que mais aparece da comunidade é questão de saúde mental, principalmente de vizinhos e de pessoas que moram em condomínios e o vizinho que coloca som a noite de madrugada. A comunidade acaba pedindo ajuda ao posto de

saúde nessas situações, então o que vem de comunidade geralmente é relacionado à saúde mental (AS2).

Demandas da comunidade fica mais ligado ao CLS, para o Serviço Social específico não é tão expressivo as demandas da comunidade de modo geral. O que vem, vem a partir do que a ESF acolhe e ai depois repassa para o Serviço Social, por que nós não somos porta de entrada do sistema, é a ESF, mais no CLS temos uma conversa direta com a comunidade e geralmente as demandas que vem da comunidade é essa questão mais de acesso mesmo aos serviços, às necessidades de saúde, como que o serviço está organizado, o que oferece (AS3).

Observa-se que as demandas da comunidade irão explicitar-se espontaneamente ou não, através do contato com as ESF e que é a partir desse primeiro contato que o usuário faz a ponte com os demais serviços do SUS. Alguns entrevistados salientam que em geral as demandas apresentadas através da comunidade são de acesso aos serviços, outras pontuais como de conflitos no cotidiano comunitário, que talvez os usuários procurem o CS por estar próximo a comunidade, sendo referência de serviço público para as pessoas que utilizam desses espaços. As falas dos entrevistados citados acima afirmam que as demandas da comunidade ao Serviço Social são aquelas que têm alguma relação com o controle social. É interessante identificar que essas demandas não são materiais, diferente da maioria das demandas repassadas pelas ESF para atendimento do Serviço Social, no entanto estas demandas só chegam diretamente para o Serviço Social através dos espaços de controle social, mais precisamente os CLS.

Profissionais que mostram não identificar as demandas expressadas pela comunidade foi o AS5 e o AS6, que colocam não ter percebido a existência dessas demandas pelo pouco tempo de integração na equipe (2 meses e 1 mês respectivamente). É importante observar que os AS4, AS5 e AS6 não participam dos CLS, pois no Município onde atuam ainda não foi criado esses espaços, portanto as demandas da comunidade que chegam ao Serviço Social são apresentadas em sua maioria pelas ESF.

O AS4 por estar a mais tempo no NASF, afirma perceber as demandas da comunidade, mais que estas não são explicitadas por ela, parece ser mais uma questão de observação por parte do profissional.

[...] da comunidade também não tem questões específicas, em conversa com ACS nós perguntamos o que da para fazer, é tudo demanda mesmo emergencial, acesso a medicamentos ou a fralda geriátrica, BPC, coisas assim (AS4).

O AS7 relata realizar ações para atender demandas da comunidade observadas pelo profissional, que não necessariamente são explicitadas pelos usuários, essas

demandas são percebidas nos momentos de articulação com os usuários e envolvimento na dinâmica comunitária. O profissional salienta que a demanda institucional está articulada com as demandas da comunidade, o que evidentemente está de acordo, 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.

Não dá para separar completamente demanda institucional e demanda da comunidade [...] Pretendo ver como está o atendimento ao idoso, fui eu que prometi numa reunião do Conselho Local de Saúde que iríamos atrás da rede de atendimento para ver o que poderia ser melhorado, então pode-se dizer que foi uma demanda da comunidade, pois eles que trouxeram as dificuldades. Outra demanda seria discutir sobre Economia Solidária, e sendo um pouco provocante a minha motivação de ir atrás da Economia Solidária que é de certa forma anti-comunitária, se pensarmos que a motivação nasceu de eu ter ficado bravo com o que vi na comunidade. Acontece que algumas pessoas estavam fazendo muito mau uso da Bolsa-Família e achei que o melhor é que houvesse formas das pessoas que não são preguiçosas se organizarem se desejarem e conseguirem renda a partir de organização de cooperativas populares. O que quero dizer é que a comunidade não é uma coisa que nos traz idéias prontas. Sou um marxista e acredito que a população trará respostas às questões da nossa sociedade, mas eu duvido que ela apareça no dia-a-dia do NASF. Assim, na maioria dos casos as instituições articulam pensando na comunidade [...] (AS7).

O AS7, apesar de apresentar uma fala polêmica ao Julgar a comunidade que recebe o auxílio, sem considerar o contexto social, cultural, educacional, econômico e político que envolve a formação e condição de vida dos sujeitos, sendo que o próprio benefício parece não alcançar uma perspectiva para além de suprir necessidades básicas. Contudo, essa fala apresenta indicativos diferentes da percepção dos demais entrevistados sobre demandas comunitárias. Afirma que as demandas comunitárias não aparecem organizadas ou de forma coletiva, mas que cabe ao profissional perceber que no conjunto das demandas individualizadas e fragmentadas, se expressa um conjunto de necessidades sociais e de saúde mais amplas. Sendo assim, o entrevistado relata ter percebido problemas relacionados à renda dos usuários e o recebimento de um benefício assistencial, propondo a partir dessa constatação, estratégias fundamentadas na Economia Solidária.

As demandas institucionais são destacadas nas falas dos entrevistados abaixo:

Com outras instituições eram muitas demandas, por que a gente faz articulação com a rede, é uma troca, assim como a gente procura outras instituições eles também nos procuravam, assim como eu procuro a

previdência - por que tinha muitas demandas previdenciária - eles nos procuram também, *oh tem um funcionário nosso que está com problemas você pode verificar aí o atendimento?* [...] como os profissionais do NASF só contam com essa rede, então temos que valorizar, de identificar recursos e democratizar informações. Havia um trabalho intenso com os CRAS e com a previdência social, para evitar o que nós chamamos de violência institucional, bate em uma instituição, bate em outra e outra. O NASF ele precisa ter uma articulação com toda a rede de proteção para que o trabalho flua, para que a demanda que acaba voltando para o profissional seja compartilhada com a equipe, e a partir disso a equipe define como que vai ser esse atendimento, e o Serviço Social fica na retaguarda para fazer o atendimento, por que não é porta aberta. (AS1).

Do Centro Integrado de Atenção e Prevenção à Violência contra a Pessoa Idosa - CIAPREVI vêm algumas demandas para acompanhar os idosos, verificar situação de denúncia, ou alguma outra questão que necessite de acompanhamento. Ou então para acompanhar em conjunto com o Sentinela¹³, muitas vezes chegam situações de famílias que estão em acompanhamento ou que terminaram acompanhamento no Sentinela e que a partir de agora vão ser referenciados pela equipe. Absorvemos as demandas de pós-atendimento do Sentinela ou enquanto espera o atendimento do acompanhamento após ter passado pelo diagnóstico (AS2).

Demandas de outras instituições, por exemplo, o CRAS ou as escolas, seria mais em relação ao acesso a determinados serviços de saúde, sobretudo os serviços de média complexidade. Vêm demandas para que a gente possa socializar informação, ou mesmo aquele usuário que está aguardando na fila de espera por um especialista e aí chega no CRAS para trazer essa demanda, e como temos esse espaço mensal de reunião, essa demanda vem. Nas escolas quando as crianças têm alguma necessidade de saúde, às vezes a escola precisa saber como é o acesso, como que o serviço esta disponibilizado (AS3).

De outras instituições a gente não tem, não tem um trabalho em rede, por que no início ninguém sabia o que era o NASF, nem a gente sabia o que a gente podia fazer o que não podia fazer [...] Nós trabalhamos com outras instituições, mas é em forma de encaminhamento, a gente encaminha, depois ligamos para saber o que aconteceu, não tem aquela troca de informações (AS4).

O que mais acontece é o encaminhamento, não o que elas mandam para nós mais a gente encaminhando para elas, para as redes (AS5).

Eu que tenho procurado outras instituições, a intersetorialidade (AS6).

O AS8 afirma que as demandas institucionais e da comunidade não são evidentes para a equipe NASF, e que estas ainda não aparecem no cotidiano profissional, ressaltando em sua fala que a *visibilidade do NASF no município ainda é pequena*.

¹³ Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos – PAEFI Sentinela, compreende atenções e orientações direcionadas à promoção de direitos, à preservação e ao fortalecimento de vínculos familiares, comunitários e sociais e o fortalecimento da função de proteção das famílias diante do conjunto de condições que causam fragilidades ou as submetem a situações de risco pessoal e social. Disponível em: < <http://www.mds.gov.br/assistenciasocial/protECAoespecial> >. Acesso em: 17 Julho 2012.

As demandas institucionais são caracterizadas pelos profissionais por contato com a rede de apoio através dos serviços – principalmente os CRAS - realização de ações articuladas entre os serviços, o NASF e as ESF, atendimentos compartilhados, acompanhamento de situações repassadas por outros setores e serviços, socialização de informações a esses setores e, por fim, encaminhamentos. Percebe-se através da fala do AS4 que esse processo de aproximação com as demandas e a busca por realizar ações em rede não foi e ainda não está sendo um processo do cotidiano, mais, no entanto, a proposta do NASF caminha também por esse norte. As demandas sinalizadas pelos entrevistados e que geralmente chegam pelas ESF, são geralmente demandas da população idosa, dos CLS, demandas relacionadas à saúde mental e outras como situações de violência, negligência e carência sócio-econômica. Todas essas já foram salientadas em outras falas já citadas aqui, e são recorrentes, pois expressam a realidade social, política e econômica brasileira. Contudo, se faz necessário repensar a prática profissional no NASF com relação às demandas e respostas dos profissionais, para que a atuação profissional não fique limitada a encaminhamentos e ponto.

Vasconcelos (2011) destaca que as ações profissionais como respostas às demandas institucionais, demandas dos usuários e as demais demandas repassadas no cotidiano dos profissionais “não expressam um processo consciente e a responsabilidade em contribuir para transformação/superação do *status quo*” (VASCONCELOS, 2011 p. 32). A autora afirma que as demandas que chegam no cotidiano profissional, aparentemente individualizadas e fragmentadas representam necessidades coletivas. No entanto nem sempre os profissionais as compreendem como demandas coletivas, e que essa condição *passiva* dos Assistentes Sociais diante das demandas postas ao profissional nos serviços de saúde é determinada pela falta de uma leitura crítica da realidade e da ausência e insegurança dos princípios ético-políticos. Essas determinações acabam expressando uma prática conservadora, não consciente e não propositiva. Pensar o cotidiano profissional para atender demandas coletivas exige um esforço muito além do operacional, exige do profissional um esforço de reflexão e intelectual de sistematização das demandas do cotidiano, para se propor políticas sociais, setoriais e intersetoriais para estas demandas.

Esse esforço parece ainda estar distante para alguns Assistentes Sociais do NASF, as demandas parecem resumir-se a encaminhamentos e concomitante a isso a falta de clareza sobre a prática profissional se faz presente. Apenas o AS1 relata ter iniciado a tentativa de sistematizar as demandas, facilitando a visualização das

principais demandas para posteriormente pensar em estratégias de atuação de forma mais coletivizada, os demais entrevistados não relataram realizar ações com esse objetivo.

Observa-se na fala dos profissionais entrevistados uma tendência em realizar ações voltadas para a dimensão mais técnico-operativa do que ético-política. Os profissionais acabam por responsabilizar essa tendência na estrutura e organização do NASF e sobre a falta de compreensão que os demais profissionais de saúde têm sobre o Serviço Social. Conforme destacado nos itens anteriores, a atuação do Serviço Social na saúde evidenciou-se no período anterior a Constituição de 1988 que as ações profissionais caracterizavam-se em ações mais técnico-operativas, tendo como referência uma prática assistencialista desarticulados dos determinantes da questão social. Uma mudança na perspectiva na atuação do Serviço Social na saúde evidencia-se nos anos de 1990 a 2000, sinalizando que a profissão assume um caráter mais ético-político nos serviços de saúde. No entanto essa tendência parece ainda estar distante da realidade dos profissionais entrevistados, a prioridade da atuação profissional continuam voltadas para ações assistenciais e pouco propositiva, aquém de ações que possam causar impactos e mudanças necessárias na política e serviços de saúde.

3.5.5 Demandas do Controle Social

O controle social está entre as oito diretrizes de atenção a saúde que pretende ser fortalecida pelo NASF, os espaços de controle social apresentam-se como área estratégia de fomento a promoção da cidadania, mobilização e participação social. Para o Serviço Social no NASF, esses espaços são propícios para desenvolver junto às equipes de saúde ações voltadas para essas áreas estratégicas.

Os entrevistados afirmam que as demandas relacionadas ao controle social são demandas provenientes dos CLS, onde é solicitado à participação desses profissionais em reuniões quando o CLS já está implantado. A participação enquanto profissional propositor, de auxiliar o desenvolvimento do CLS, levando informações para esses espaços é comentado nas falas dos entrevistados AS1, AS2, AS3, AS7 e AS8. No entanto, esses profissionais relatam não ser possível realizar um acompanhamento de fato nesses espaços, pelo motivo da participação não ser contínua. Os demais profissionais, os AS4, AS5 e AS6 colocaram que não há demandas de controle social, e que não havia CLS em nenhuma localidade do município. Além disso, outros espaços

de controle social não foram destacados pelos entrevistados, a não ser pelo AS7 quando afirma que o espaço de discussão sobre economia solidária propicia a participação dos usuários.

Demandas quanto à assessoria prestada pelo Serviço Social nesses espaços é destacado pelos AS1, que coloca não ter tido tempo hábil para realizar essa ação enquanto profissional do NASF. O AS3 também identifica a assessoria como demanda do CLS, sendo muito direcionada para os profissionais que participam desse espaço, os demais profissionais não destacam a ação de assessoria aos CLS.

A maioria das ações realizadas pelos profissionais nesses espaços como respostas às demandas, são: prestação de esclarecimento e informação sobre os serviços de saúde como a questão do acesso, benefícios, organização, dentre outros. É também em estar refletindo com os participantes desses CLS sobre o conceito ampliado de saúde, chamando para participar, divulgando esses espaços e colocando sua importância para a comunidade.

Os AS1, AS2 e AS7 também destacam ainda como demandas dos CLS quando estes estão em fase de criação, onde é solicitado que o profissional auxilie nas dúvidas sobre como deve ser um Conselho, qual a proposta desse espaço, como se organizar, como elaborar um estatuto e outros documentos, o que priorizar, enfim, demandas organizacionais mesmo. O AS1 e AS7 salientam ainda, demandas de capacitação dos Conselheiros, o AS1 afirma ter acompanhado cursos de capacitação para os conselheiros enquanto o AS7 relata ter realizado ações de capacitação para conselheiros e comunidade.

Considera-se a partir do relato dos entrevistados que a inserção do Serviço Social nos CLS caracteriza-se por ser uma atividade profissional, onde em sua maioria os profissionais desenvolvem ações de assessoria aos Conselhos ou a algum de seus segmentos, nenhum dos entrevistados colocaram inserir-se nesses espaços na condição de conselheiro.

Destaca-se na fala dos profissionais, que as demandas de controle social são específicas dos CLS, sendo este um espaço fundamental de representação e discussão, estratégicos para se pensar em propostas para as demandas de saúde. Contudo a prioridade de ação por parte do profissional ainda é pouca, comparada a grande demanda que chega para as equipes de saúde nos espaço de atenção básica, apresentando a tendência dos profissionais a uma atuação focalizada nos atendimentos

imediatos a essas demandas, deixando os espaços de demandas coletivas para segundo plano.

3.5.6 O Assistente Social diante da rotina e dinâmica de trabalho no NASF

Como estratégia que visa apoiar às ESF o NASF delinea diretrizes que devem pautar a atuação profissional, são elas: a interdisciplinaridade, a intersetorialidade, o território, a integralidade, o controle social, a educação permanente em saúde, a promoção da saúde e a humanização. Entende-se que essas diretrizes que pretendem ser priorizadas pelas equipes de saúde desse Núcleo tem como perspectiva chegar às demandas de saúde trabalhando com seus vários determinantes. O NASF constitui-se como um passo importante para a consolidação da Estratégia de Saúde da Família e especialmente para o desenvolvimento e aprimoramento de um novo modelo de trabalho na área da saúde.

Para refletir sobre o processo de inserção no Assistente Social nesse *novo* campo de trabalho, é preciso levar em consideração que o exercício profissional não pode ser analisado isoladamente. É necessário atentar para o contexto socioeconômico e político, o processo de efetivação da proposta do NASF, a dinâmica das diferentes ESF, bem como para as peculiaridades das comunidades atendidas que, apesar de serem caracterizadas pelas precárias condições de vida e estarem situadas no mesmo município, possuem especificidades locais. Assim, para tratar do cotidiano profissional e como se dá a atuação do Serviço Social nesse cotidiano, devem-se levar em conta tais peculiaridades e que nem todos os profissionais desenvolvem exatamente as mesmas atividades, a depender justamente das dinâmicas locais. Ao ingressar na equipe NASF, os profissionais afirmam que a tendência é irem se aproximando da dinâmica das atividades desenvolvidas pelas equipes, inserindo-se aos poucos nessas atividades e ao mesmo tempo propondo ações. Contudo, a realização de determinadas ações dependem de alguns requisitos, como tempo para planejar, estabelecer parcerias com rede de apoio, firmar vínculos de cumplicidade entre ESF e equipe NASF, disponibilidade e vontade dos profissionais em trabalhar em conjunto e também temas específicos de acordo com as demandas identificadas. Enfim, trabalhar realizando ações que fortaleçam cotidianamente as diretrizes que impulsionam o trabalho a ser realizado no NASF.

Dos oito profissionais entrevistados, cinco deles afirmaram que a rotina e dinâmica do trabalho do Serviço Social no NASF não possibilita realizar todas as ações e atividades previstas para o NASF. Os outros dois, respondem que sim, é possível, no entanto, um deles responde que ainda está se acostumando à dinâmica e observando as possibilidades, e considera a hipótese de que poderá vir a perceber a impossibilidade de realizar algumas ações. Um deles, o AS6, optou por não responder, pelo fato de ter recentemente se integrado a equipe NASF, estando ainda em processo de reconhecimento desse espaço. Sobre os que responderam que sim, segue as falas:

È possível, eu tenho conseguido fazer as minhas atividades, conforme vem a demanda eu tenho conseguido realizar (AS5)

Sim. Tem atividades que não conseguimos fazer dependendo do dia, mas no geral conseguimos fazer nos dias seguintes. E também acho que ainda estou me acostumando ao trabalho e vendo o que é possível fazer, que articulações são possíveis. É provável que mais para frente descubra o que não é possível fazer, mas por enquanto estou na fase de onde se as coisas não saem como o planejado foi mais por minha falta em não ter previsto algum detalhe, enfim estou aprendendo (AS7).

Os demais Assistentes Sociais que responderam que a dinâmica do trabalho do Serviço Social no NASF não possibilita realizar todas as ações e atividades previstas, justificaram suas respostas pontuando motivos em comum. A maioria, ou seja, cinco dos profissionais colocam que a estrutura de trabalho que está colocada para as equipes dificulta a realização de certas ações como a disponibilidade de carros para os profissionais realizarem atividades fora dos CS, a dificuldade na utilização de equipamentos no CS, como telefones ou salas para atendimentos individuais e em grupo. O AS7 salienta que em alguns momentos quando se faz necessário utilizar o telefone o mesmo está ocupado por que o CS utiliza para marcar consultas, informar sobre exames dentre outros contatos, e essa espera pode acabar atrasando o trabalho a ser realizado pelo profissional. Esse fator está ligado quanto ao tempo disponível do profissional para realizar as atividades necessárias nas unidades, pois em cada dia tem que estar em uma unidade diferente e às vezes é necessário deslocar-se de uma unidade para outra no mesmo dia, essa situação acaba por dificultar realizar procedimentos simples como um contato telefônico por exemplo. Outras situações comuns quanto à estrutura são citadas na fala do AS4.

Eu acho que é pela dinâmica assim mesmo, no caso específico do NASF do nosso município, nós não temos um tempo na unidade e quando ficamos na unidade não tem uma salinha lá que possamos ocupar. As vezes nós ficamos na sala do médico e ele chega e tem de atender, então temos que sair, nós não temos um espaço que dê condições tranquilas para realmente elaborar

[...] então nesse momento não se consegue colocar quase nada do que está nas diretrizes (AS4)

O AS2 ressalta um outro ponto quanto à rotina dinâmica do profissional no NASF e que está acaba por dificultar a organização do profissional. Como não há um padrão a ser seguido como rotina, acaba ficando por conta do profissional organizar-se da melhor maneira possível priorizando ações a serem realizadas.

[...] muitas questões do dia-a-dia, que por essa complexidade de não estarmos sempre no mesmo local, não ter o nosso trabalho todo organizadinho. Não se consegue dar conta de muita coisa, muitas coisas ficam pendentes, tem algumas famílias que precisam fazer acompanhamento sistemático, por isto precisamos ter um controle, e essa é a nossa dificuldade, por que não temos nenhum sistema que avise isso. A nossa dificuldade é de conseguir dar continuidade nos atendimentos, e que é um número muito grande. Não temos uma forma ainda organizada de trabalhar com isso [...] (AS2).

Outra questão comum está relacionada a condições adversas. Os profissionais têm pouco tempo para estar nas unidades, o que acaba fazendo com que o processo de realizar algumas ações fique lento, podendo ficar ainda mais lento quando ocorrem situações que não estavam previstas.

[...] Nós participamos das reuniões da ESF, mais muitas vezes chegamos e não tem reunião, às vezes os profissionais estão de licença, ou então o ACS não foi trabalhar, acabamos tendo outros imprevistos no meio do caminho, nós não estamos sempre nas unidades de saúde para ver o que acontece, *temos uma reunião na escola e a escola liga para o posto cancelando, ou o posto esquece de avisar a gente.* É normal acontecer de mudar o horário da reunião, de não ter reunião de equipe [...] então tem muitos fatores que influenciam no nosso trabalho e que fazem com que a gente não consiga dar conta, eu acho que mente quem diz que consegue (AS2).

Além dessas também há condições adversas fora dos CS, como por exemplo, quando o profissional vai realizar uma visita domiciliar e o usuário não está em casa.

A impossibilidade de realizar um acompanhamento ou conseguir dar continuidade aos atendimentos com qualidade, também é destacada pelo AS3 como um fator que dificulta realizar um atendimento ideal, e o motivo é a agenda cheia de compromissos com os CS que impossibilita de realizar um atendimento mais sistemático. O profissional ressalta ainda que em alguns centros de saúde caracterizados como área de interesse social tem-se uma organização de uma rotina mais constante, mas, mesmo assim o que é possível ainda é considerado pouco, por que são muitas demandas. O AS1 confirma a fala do AS3 sendo bem pontual sem sua resposta:

A demanda é maior do que a capacidade humana do profissional (AS1).

O AS8 coloca como duas questões que considera um dificultador para se realizar as ações necessárias previstas no NASF. Uma delas é quanto ao entendimento do papel do Serviço Social por parte das equipes, considerando que o entendimento do que é o Serviço Social no NASF ainda é *muito subjetivo*, nesse sentido a equipe repassa para o profissional somente demandas de caráter assistencial ou de *ajuda*. Um outro ponto ressaltado pelo profissional é quanto à efetivação da diretriz intersectorialidade.

Os serviços no município são muito limitados, e como grande parte dos casos estão relacionados à Assistência Social, estes, muitas e muitas vezes são repassados ao CRAS para os seus atendimentos de rotina, até mesmo porque o usuário do CSF também é usuário do CRAS. A equipe não deseja se responsabilizar pelo o usuário, mesmo sendo classificadas como Estratégia de Saúde Família, estas ainda não sabem trabalhar prevenção e promoção. Os casos repassados são em sua maioria de direitos violados, e muitas vezes os mesmos são naturalizados pela equipe e dessa forma não nos são repassados (AS8).

A fala do profissional nos traz evidências, de que apesar da saúde estar se ampliando, buscando estratégias que ultrapasse a fragmentação do atendimento à saúde, as políticas sociais e até mesmo a política de saúde, apesar de esforços, encontram-se departamentalizadas, onde cada serviço cuida da parte que lhe cabe não se efetivando de fato o caráter intersectorial, integral e interdisciplinar destacados no SUS.

Os profissionais que responderam não para essa pergunta mostram-se dispostos a pensar em alternativas de trabalho, apesar das dificuldades encontradas. A proposta do NASF é colocada como um desafio diário para todos os profissionais que não só os do Serviço Social, sendo que o desafio principal consiste em criar possibilidades de atuação conjunta, integrada e intersectorial, que incorpore de fato a participação dos usuários e traduza a nova concepção ampliada de saúde assumida pelo SUS. A fala do AS3 confirma esse desafio, e como integrante da equipe NASF sugere sobre como deveria ser realizado o trabalho para se chegar a um patamar de qualidade.

Eu acho que o que tem lá na Portaria, nós não conseguimos fazer tudo aquilo lá, mas tentamos fazer [...] acho que a proposta do NASF poderia talvez ficar de uma equipe NASF para 5 ESF, aí sim conseguiríamos realizar de forma exitosa esse trabalho planejado, sendo que os CS com área de interesse social classificada pelo IBGE poderia ter uma Assistente Social em cada um, além de ter essa política do NASF, aí sim nós conseguiríamos ter Assistente Social com qualidade na atenção primária em saúde. Temos muitas coisas a conseguir ainda (AS3).

A proposta do NASF é ambiciosa, no entanto parece ser necessário evoluir muito quando se trata da formação profissional, quando avaliamos que o perfil formativo da maior parte dos profissionais de saúde ainda está muito distante desse horizonte e que muitos obstáculos serão encontrados no percurso. O trabalho em equipe

para a maior parte dos profissionais deverá ser aprendido no cotidiano da produção das ações de saúde, no trabalho coletivo e no território onde a vida acontece. Assim, podemos concluir que a responsabilidade sobre o sucesso dos NASF será de todos os atores envolvidos em sua construção.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É na esfera pública, especificamente na área da saúde, que encontramos inserido o maior número de assistentes sociais. A partir do processo de descentralização, as ações de saúde passaram a ser executadas em equipes através de trabalhos multidisciplinares, interdisciplinares e transdisciplinares. A Lei nº. 8.080 de 1990 que regula a assistência à saúde no país e constituiu o SUS e que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, favoreceu a inclusão do profissional do Serviço Social nos níveis de abrangência da assistência à saúde principalmente no que diz respeito à atenção básica em saúde. A década de 1990 foi marcada por grande investimento do Ministério da Saúde na universalização da atenção básica, indicando a construção de um novo modelo assistencial à saúde. A operacionalização das ações relativas à atenção básica vem se concentrando no processo de expansão da Estratégia de Saúde da Família. A Saúde da Família passou a representar uma nova concepção de promoção e prevenção à saúde, criando vínculo entre a população e as ESF. Contudo, para fortalecer essa estratégia e ampliar o foco na atenção à saúde, partindo do entendimento do Conceito Ampliado de Saúde, foi criado pela Portaria nº. 154/2008 o NASF. Este tem como objetivo oferecer suporte às ESF, a partir da lógica do Apoio Matricial, contribuindo para a organização da demanda, interagindo com a população na busca de uma nova compreensão do processo saúde-doença e da integralidade do cuidado.

O NASF vem desde sua criação ganhando legitimidade como espaço que pretende apoiar as ESF realizando ações pela perspectiva da interdisciplinaridade, integralidade e intersetorialidade. Nessa lógica o Serviço Social entra nesse espaço com o objetivo de trabalhar com os usuários e as ESF os determinantes sociais na saúde, promoção da cidadania, realizando articulações intersetoriais, educação, mobilização em saúde e formação de redes de proteção social.

O desenvolver deste trabalho possibilitou conhecer a atuação do Serviço Social no NASF via as demandas que chegam aos profissionais, o processo de trabalho nesses espaços e a organização dos NASF nos municípios de Chapecó, Florianópolis e Lages, considerando que estes municípios foram escolhidos para fazer parte da pesquisa por possuírem mais de uma equipe NASF, conforme dados do CNES.

Conhecer o trabalho que está sendo realizado nesse novo espaço de atuação do Serviço Social no SUS possibilitou visualizar as percepções sobre as demandas que chegam aos profissionais e os desafios que perpassam o cotidiano desses profissionais.

As entrevistas apontam que o NASF é um serviço em construção, que aos poucos vem ganhando espaço e visibilidade. Os desafios mostram-se evidentes diante da necessidade de espaço físico e equipamentos, a dinâmica de trabalho, a falta de profissionais para compor as equipes e constante rotatividade, quanto à clareza do trabalho a ser realizado e a falta de compreensão das ESF com relação aos objetivos da equipe NASF, o trabalho interdisciplinar e intersetorial diante da perspectiva de integralidade. Esses desafios perpassam não só o cotidiano do assistente social, mas de todos os profissionais integrantes da equipe NASF, além desses, há também os desafios dos assistentes sociais enquanto categoria profissional inserida nesse novo espaço.

O grande desafio colocado aos assistentes sociais em seu trabalho no NASF não é diferente daquele com o qual se deparam os profissionais que lidam com as múltiplas expressões da *questão social*. Vivenciamos um contexto que Netto (1996) define como de transformações societárias, cujas repercussões rebatem diretamente no cotidiano dos usuários atendidos pelas diferentes políticas sociais, entre elas a ESF e o NASF. Ou seja, há um crescente aviltamento das condições de vida da população, como resultado, inclusive, da concretização dos princípios neoliberais. Tal realidade socioeconômica das famílias é acompanhada bem de perto pelas ESF e pela equipe NASF, por estar situada no cotidiano de vida das famílias e da comunidade. Ao lado deste processo de paulatino empobrecimento da população, ocorre, ainda, a precarização e enxugamento das políticas públicas em todo o país. Dessa forma, o assistente social do NASF acaba tendo dificuldade ao referenciar usuários para as instituições que deveriam viabilizar direitos sociais, pois estas apresentam respostas frágeis. Isso também expressa a fragilidade das ações intersetoriais, já que, na concepção ampliada de saúde, a atuação isolada das ESF e dos profissionais da equipe NASF não faz sentido, sendo a ação intersetorial fundamental para lidar com as questões vivenciadas pela população.

Outro desafio que se coloca no cotidiano de trabalho desses profissionais, é o elevado número de demandas que precisam ser atendidas, sendo um assistente social referência para um número de ESF que muitas vezes extrapola o que está previsto na Portaria 2.488/2011, além disso, os profissionais são referência para ESF que estão alocadas em unidades de saúde diferentes e em bairros diferentes, limitando de certa forma uma dedicação maior com as ESF e as demandas da comunidade. É perceptível

nas entrevistas realizadas, o movimento dos profissionais ao pensar em estratégias que visa aperfeiçoar o serviço na busca por respostas às demandas evidenciadas no cotidiano profissional, a ânsia dos profissionais em buscar conhecer para então interagir é visível em algumas falas. Esse processo de conhecer a rotina do NASF, as demandas, os limites, as possibilidades e o estabelecimento de vínculos entre as equipes levou algum tempo para que o profissional fosse se adaptando, mas, percebe-se que foi a partir desse processo que os profissionais começaram a pensar em propostas, estabelecer rotinas e prioridades. Observou-se na realização da pesquisa empírica que alguns entrevistados ao absorver as demandas perpassadas no cotidiano profissional buscaram desenvolver estratégias de sistematização para futuramente dar continuidade aos atendimentos realizados ou então como forma de oferecer subsídios para o trabalho dos próximos assistentes sociais. Contudo, percebe-se a ausência de planejamento do Serviço Social no NASF, seja em virtude da não compreensão dessa necessidade, ou por causa da grande demanda de atendimento individuais, que acaba sobrecarregando os profissionais. Essa realidade resulta para os Assistentes Sociais o desenvolvimento de uma prática conservadora e não propositiva, levando o profissional a não reconhecer que o conjunto de demandas do cotidiano que chegam individualizadas e fragmentadas, representam necessidades coletivas. Reconhecer que as demandas do cotidiano representam necessidades coletivas não é um processo automático, mas exige do profissional esforço intelectual, ou seja, um estudo das necessidades sociais e de saúde do território, conhecer os indicadores sociais e epidemiológicos da região, conhecer os serviços sociais intersetoriais, conhecer o Plano Plurianual de Saúde, enfim há uma necessidade de conhecer e se apropriar de vários dos aspectos (documentos, legislação, indicadores, orçamentos, rede de serviços, protocolos dos serviços...) que cercam seu espaço de atuação. Portanto, o esforço de identificar as demandas coletivas consiste num esforço de cotejar estes diferentes aspectos com o conjunto dos registros de seu trabalho cotidiano, elaborando daí sistematizações, reflexões, comparações, identificando semelhanças, vazios ou particularidades. Disto se produz relatórios, elaboram-se diagnósticos e planejam-se novas possibilidades de ação.

Diante dessa realidade, Vasconcelos (2011) aponta que essa postura do profissional evidenciada nos serviços de saúde, é determinada pela falta de condições para uma leitura crítica da realidade, que impede extrair dela possibilidades de ação, mais também pela ausência ou insegurança dos princípios ético-político e ainda da “falta de exercício político para negociar e eleger as estratégias de alianças necessárias

que viabilizem ações e espaços democráticos e solidários” (VASCONCELOS, 2011 p.34).

A atuação do Serviço Social no NASF reflete e está atrelada a algumas questões sócio-históricas discutidas nesse trabalho e referem-se principalmente as mudanças ocorridas no pós Constituição de 1988 e a consolidação do SUS. A política de saúde acabou sendo marcada pela focalização, setorialização e ampliação do assistencialismo, diante disso, considerando que o assistente social trabalha com as questões sociais, está previsto que as principais demandas do Serviço Social no SUS expressam as múltiplas expressões da questão social que chegam aos serviços de saúde.

Parece que apesar ter se buscado estratégias voltadas para um entendimento de saúde ampliado, nos serviços de saúde e até mesmo espaços como o NASF emperram nas contradições de um sistema que pretende ser universal, gratuito e de qualidade em um país onde é hegemônico o individual e o privado. Nesse sentido, as demandas indicadas pelo projeto de Reforma Sanitária ao Serviço Social parecem não estar sendo priorizada diante das recorrentes e incessantes demandas imediatas. Pode-se citar como exemplo a pouca ou nada prioridade dos profissionais às demandas do controle social. Os profissionais ainda participam pouco de espaços como os CLS e CMS que como espaços de representação e discussão das demandas de saúde são propícios para se pensar em propostas de atendimento às demandas coletivas. As ações do Serviço Social junto aos espaços de controle social precisam ser priorizadas não só pelos assistentes sociais, mas também pela Gestão de saúde e pelos demais profissionais que compõe as equipes de saúde.

Apesar de ser predominante a atuação do Serviço Social na saúde nos espaços de média e alta complexidade, aos poucos o Serviço Social vem ganhando espaço em serviços como o NASF, que ainda por estar aquém do que pretende sua proposta, é um espaço que possibilita exercer a prática em trabalhos multiprofissionais, interdisciplinares e intersetoriais.

É inegável que o SUS vem abrindo para os profissionais possibilidades de se trabalhar com educação e promoção da saúde, com planejamento/orçamento, gestão, capacitações, regulação, ouvidorias, sistemas de informação, vigilância em saúde, saúde do trabalhador, controle social entre outras áreas. No entanto, parece que o Serviço Social no NASF não está atento a essas possibilidades, pois ainda parece centrado em ações imediatas de caráter assistencial e emergencial, sem objetivar dar conta de identificar as possibilidades de ação que cercam seu cotidiano. Diante das demandas

evidenciadas no cotidiano do NASF parece realmente difícil pensar em estratégias amplas com o objetivo de atender às necessidades concretas, aquelas que não explicitam-se diretamente para os profissionais nos serviços de saúde.

Nesse sentido, a ação crítica e reflexiva do assistente social sobre o cotidiano ajuda a produzir novas possibilidades, explicitar interesses divergentes e apontar projetos alternativos. A busca constante de respostas para problemas que impedem a saúde e a qualidade de vida fundamenta-se na capacidade de considerar que a realidade pode ser reconstruída e transformada, num constante compromisso com a vida humana, onde o trabalho profissional é uma fonte para gerar impactos positivos no cotidiano. Deste modo, a intervenção prática e teórica do Serviço Social no SUS precisa ser fortalecida na proposição de caminhos para o desenvolvimento da autonomia e da emancipação, visando ampliar as oportunidades de escolhas dos sujeitos sociais e o acesso aos recursos para um padrão de vida digno.

Desenvolver este trabalho foi um processo lento e gradual. Fez-se necessário resgatar a literatura sobre o Serviço Social na saúde, buscar dados de implantação do NASF em Santa Catarina e posteriormente realizar as entrevistas, sistematizá-las e debruçar-se sobre elas a fim de apresentar os dados nesse estudo. As entrevistas suscitaram informações e temas relevantes a serem abordados, no entanto, ao deparar-se com os resultados da pesquisa fazia-se necessário mapear novas leituras para aprofundar as reflexões, mas, infelizmente não tivemos tempo hábil para desenvolver esses temas relevantes. Um dos temas que merece ser melhor refletido e pesquisado é quanto a relação dos CRAS com as ESF e o NASF. A parceria das equipes de saúde com os CRAS é positiva considerando que são serviços territorializados e as demandas compartilhadas, as ações nesse sentido podem ser potencializadas. No entanto, observou-se na fala de alguns entrevistados uma indistinção do que seriam demandas do CRAS e demandas do NASF. Tanto as equipes de saúde quanto os próprios assistentes sociais entendem que as demandas que chegam ao NASF para o Serviço Social são em sua maioria demandas da assistência social e que por isso devem ser encaminhadas aos CRAS. Essa situação talvez seja motivada pelas questões já levantadas aqui como a falta de clareza sobre as ações do Serviço Social no NASF, e a ausência de definição dos objetivos do NASF junto às ESF. Nesse sentido, observa-se a necessidade de se discutir sobre o NASF e principalmente sobre a atuação do Serviço Social nesse espaço, sendo um espaço novo na atenção básica em saúde e sua proposta um tanto quanto

inovadora e ousada diante do modelo de atenção à saúde centrado no médico e na doença até pouco tempo em voga na sociedade brasileira.

Dos resultados desta pesquisa depreende-se a necessidade do assistente social do NASF vincular-se mais ao território como um espaço de conhecimento e contextualização das demandas, ficando também como sugestão para futuras pesquisas, já que entendemos que este vínculo com o território também possui, em parte, uma relação do envolvimento profissional com os espaços de controle social. O significado do matriciamento nas demandas do Serviço Social parece que ficou como uma lacuna tanto no roteiro de entrevista como nas respostas dos profissionais.

Do mais, uma outra sugestão de pesquisa que seria de relevância para o Serviço Social na Saúde é conhecer como se dá a aproximação com teoria e prática do assistente social diante do seu cotidiano de incessantes demandas. Compreende-se que a teoria, a formação continuada e a aproximação constante com o que oferece apoio e regulamenta a profissão como o Código de Ética, o projeto ético-político e a Lei nº 8.662, de 7 de Junho de 1993 precisam fazer parte do cotidiano e da rotina desses profissionais. Os profissionais indicam limitar-se as leituras das diretrizes e propostas do NASF, alguns minimamente buscam apoiar-se em livros de autores de relevância no Serviço Social outros em conhecimentos que vão além das diretrizes do NASF, mais são poucos. A proposta de pesquisar sobre a aproximação da prática com a teoria mostra-se relevante para debater e refletir sobre a prática do Serviço Social em geral e na saúde, e a presente pesquisa contém elementos que podem colaborar para o aprofundamento de estudos posteriores.

Por fim, vale reconhecer que este estudo, de acordo com seu objetivo central que era identificar demandas, resposta e desafios profissionais, não conseguiu identificar com a mesma objetividade as respostas dos assistentes sociais do NASF, como suas demandas e desafios. Observa-se, agora, nossas lacunas na construção do roteiro de entrevista, na condução da própria entrevista e na apreciação do material das entrevistas.

REFERÊNCIAS

AROUCA, A.S.S. **Saúde e democracia. Anais 8ª Conferência Nacional de Saúde, 1986.** Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987.

ASSUMPÇÃO, P.F.S, FERNANDES, V.B, SILVA, G, KRUGER, T.R, MOSCON, N (orgs.).**Plano de trabalho do Serviço Social da Residência Multiprofissional em Saúde da Família/2009.** UFSC, Florianópolis, 2009.

BRASIL. **Caderno de Atenção Básica. Diretrizes do NASF /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília, Ministério da Saúde, 2009.

_____. **Caderno de Atenção Básica. Diretrizes do NASF /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília, Ministério da Saúde, 2010.

_____. **Cadernos de Atenção Básica N° 1.** Brasília, Ministério da Saúde, 1994.

_____. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – SUS/NOB SUS 96 –** Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

_____. **Saúde da Família: Uma estratégia para reorientação do modelo assistencial.** Brasília : Ministério da Saúde, 1997.

_____. Decreto N° 7.508, de 28 de Junho de 2011.

_____.Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde.** CFESS. Brasília: 2009 a.

BRAVO, M. I. e MATOS, M. C. **O projeto ético-político do Serviço Social e sua relação com a Reforma Sanitária.** In. MOTA, A. E. et al (org.). **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional.** São Paulo: Cortez, 2006.

BRAVO, M. I. **Serviço Social e Reforma Sanitária: Lutas sociais e práticas profissionais.** Rio de Janeiro: Ed. UFRJ, 1996.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro. **Projeto Ético- Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: Elementos para o Debate.** In. MOTA. A. E, BRAVO. M. I, UCHÔA. R, NOGUEIRA. V. M, MARSIGLIA. R, GOMES. L, TEIXEIRA. M (orgs.) **Serviço Social e Saúde: Formação e trabalho profissional.** São Paulo: Ed. Cortez, 2006.

BRAVO, Maria Inês Souza; SOUZA, Rodriane de Oliveira. **Conselhos de saúde e Serviço Social: luta política e trabalho profissional. Ser Social –** Revista do programa de pós-graduação em política social. Brasília, UnB, n. 10, 2002.

CARNEIRO, Nivaldo Junior; SILVEIRA, Cássio. **Organização das práticas de atenção primária em saúde no contexto dos processos de exclusão/inclusão social.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro: 1827-1835, 2003.

COHN, Amélia. **O SUS e o Direito à Saúde: universalização e focalização nas políticas de saúde.** In. LIMA. N.T; GERSCHMAN. S; EDLER. F. C; SUÁREZ. J.M (orgs.) **Saúde e Democracia: História e perspectivas do SUS.** Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005.

CORREIA, Maria Valéria Costa. **Controle Social na Saúde.** In. MOTA. A. E, BRAVO. M. I, UCHÔA. R, NOGUEIRA. V. M, MARSIGLIA. R, GOMES. L, TEIXEIRA. M (orgs.) **Serviço Social e Saúde: Formação e trabalho profissional.** São Paulo: Ed. Cortez, 2006.

COSTA, M. D. H. **O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos (as) assistentes sociais.** *Revista Serviço Social e Sociedade*, São Paulo: Cortez, n° 62, p. 35-72, 2000.

FURLANETTO, Cleidiamar Aparecida. **O acesso a medicamentos no âmbito do Sistema Único de Saúde: demanda para o serviço social.** Florianópolis: UFSC, 2004. Trabalho de Conclusão de Curso.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa.** São Paulo. Atlas. 1991.

_____. **Métodos e técnicas em pesquisa social.** São Paulo: Atlas, 1999.

HAGUETTE, TMF. **Metodologias qualitativas na sociologia.** 5 edição. Petrópolis: Vozes, 1997.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional.** 17.ed. São Paulo, Cortez, 2009.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **Renovação e conservadorismo no Serviço social: ensaios críticos.** 7. ed. São Paulo: Cortez, 2005.

KRUGER, Tânia Regina. **Serviço Social e Saúde: Espaços de atuação a partir do SUS.** *Revista Serviço Social & Saúde.* UNICAMP Campinas, v. IX, n. 10, Dez. 2010.

KRUGER, Tânia Regina; MOSCON, Nelize. **O Serviço Social na atenção básica e o acesso aos serviços de saúde.** *Rev. Saúde Pública.* Santa Catarina, Florianópolis, v. 3, n. 2, jul./dez. 2010.

LUZA, Edinaura; SIMIONATTO, Ivete. **Estado e sociedade civil em tempos de contrarreforma: lógica perversa para as políticas sociais.** *Textos & Contextos (Porto Alegre)*, v. 10, n. 2, p. 215 - 226, ago./dez. 2011.

MATOS, M. C. **O debate do Serviço Social na Saúde na década de 90: sua relação com o projeto ético-político profissional e com o projeto da reforma sanitária.** Rio de Janeiro, 2000.111£ Dissertação (mestrado em Serviço Social). Escola de Serviço Social.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Os grandes dilemas do SUS: tomo I.** Salvador, BA: Casa da Qualidade Editora, 2001.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Os grandes dilemas do SUS: tomo II**. Salvador, BA: Casa da Qualidade Editora, 2001.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994.

NETTO, José Paulo. **Ditadura e serviço social: uma análise do serviço social pós-64**. 3.ed. São Paulo: Cortez, 1996.

NOGUEIRA, V. M. R. **A concepção de direito à saúde na sociedade contemporânea: articulando o político e o social**. In: Textos e Contextos, 2003.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. **O direito à saúde na reforma do estado brasileiro: Construindo uma nova agenda**. 2002. Tese (Doutorado em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. O serviço social CRESS 12ª Região. **Desigualdade se combate com direitos**. Florianópolis, 2005.

NOGUEIRA, Vera Maria. **A importância da equipe interdisciplinar no tratamento de qualidade na área da saúde**. Rev. Katálysis, 1998.

NOGUEIRA, VM; MIOTO, RC. **Desafios atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as Exigências para os Assistentes Sociais**. In: MOTA. A. E, BRAVO. M. I, UCHÔA. R, NOGUEIRA. V. M, MARSIGLIA. R, GOMES. L, TEIXEIRA. M (orgs.) **Serviço Social e Saúde: Formação e trabalho profissional**. São Paulo: Ed. Cortez, 2006.

PAIM, Jairnilson Silva. **Saúde, crises, reformas**. Salvador: Centro Editorial e Didático da UFBA, 1986.

SOARES, Raquel Cavalcante. **Contrarreforma na política de saúde e prática profissional do serviço social nos anos 2000**. In: MOTA, Ana Elizabete (org). **As ideologias da contrarreforma e o serviço social**. Recife: Universitária/UFPE, 2010.

SODRÉ, Francis. **Serviço Social e o campo da saúde: Para além dos plantões e encaminhamentos**. Serviço Social e sociedade, São Paulo, n.103 p. 453-475, 2010.

VASCONCELOS, Ana Maria. **A prática do serviço social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde**. São Paulo: Cortez, 2011.

VIANA, Ana Luiza D'ávila. DAL POZ, Mario Roberto. **A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa Saúde da Família**. Physis: Ver. Saúde Coletiva. Rio de Janeiro 8(2): 11-48 1998.

APÊNDICE

Apêndice: Roteiro de entrevista realizado com os Assistentes Sociais do NASF no período de abril/maio de 2012.

Universidade Federal de Santa Catarina
Centro Sócio Econômico
Departamento de Serviço Social

Projeto de Pesquisa: **O Serviço Social no NASF: espaços de atuação, as demandas, respostas e a dinâmica da prática profissional**

Acadêmica Larissa Medeiros
Profª Drª Tânia Regina Krüger
Maio de 2012

Roteiro da Entrevista

a) Roteiro para identificação do perfil sócio ocupacional de preenchimento individual antes de iniciar a entrevista

- 1 Nome da principal instituição de trabalho: _____
- 2 - Cidade: _____
- 3 - Carga horária Semanal: _____
- 4 - Tipo de contrato de trabalho: () Estatutário () Celetista efetivo
() Celetista temporário () terceirizado
- 5 - Tempo de trabalho na instituição: _____
- 6 - Renda Mensal em Salários Mínimos (R\$ 622,00 valor vigente a partir de 01/2012): _____
- 7 - Nome da segunda instituição de trabalho: _____
- 8 - Cidade: _____
- 9 - Carga horária Semanal: _____
- 10 - Tipo de contrato de trabalho: () Estatutário () Celetista efetivo
() Celetista temporário () terceirizado
- 11 - Tempo de trabalho na instituição: _____
- 12 - Idade: _____ Sexo: masculino () feminino ()
- 13 - Cidade que reside: _____
- 14 - Universidade que cursou Serviço Social? _____
- 15 - Ano da formação: _____
- 16 - Pós-Graduação: () Residência () Especialização () Mestrado () Doutorado
- 17 - Descreva o tipo e a instituição que cursou a pós-graduação? _____
- 15 - Que eventos participou nos dois últimos anos?

16 – Identifique nome de livros e/ou autores lidos dois últimos anos.

17- Quanto à supervisão de estágio:

() já supervisionou Qual período? _____

() faz supervisão atualmente Desde quando? _____

18 – Participar de algum Conselho de Direito ou Política Social?

Descrever o(s) nome(s) do(s) Conselho(s) e o tempo de participação:

Qual segmento representa? _____

b) Roteiro de questões

1 – Historicizar o NASF em sua cidade e a inserção do assistente Social? (quando as equipes foram implantadas, com quais profissionais, em quantas o assistente social participa...)

2 – Número de Equipe da Saúde da Família - ESF - que uma equipe NASF é referência? População de cada ESF?

3 – Infra estrutura (equipamentos de informática, telefone, transporte, espaço físico para planejar o trabalho, fazer relatórios, atender individualmente respeitando o sigilo profissional, para trabalho de grupos...);

4- Caracterize pontualmente as demandas que chegam ao Serviço Social do NASF, e de que forma o Assistente Social responde á essas demandas:

4.1 - Demandas colocadas pela equipe ESF?

4.2 – Demandas do grupo NASF?

4.3 - Demandas da gestão/secretaria de saúde?

4.4 - Demandas da comunidade e outras instituições?

4.5 – Demandas do controle social?

4.6 – Outras demandas?

5- Caracterizar as demandas via os 4 eixos de atuação do Assistente Social da área da saúde , conforme os Parâmetros de atuação do Assistente Social na Saúde:

a) Atendimento Direto aos Usuários,

Ações: Socioassistenciais

- b) Articulação com a Equipe de Saúde Socioeducativas;
- c) Mobilização, Participação e Controle Social;
- d) Investigação, Planejamento e Gestão;
- e) Assessoria, Qualificação e Formação Profissional.

6- Considerando os 4 eixos de atuação do Assistente Social na saúde, conforme os Parâmetros de atuação do Assistente Social na Saúde, organize as respostas no sentido de evidenciar a natureza predominante das demandas atendidas:

- A() Demandas de natureza assistencial/emergencial
- B() Demandas de natureza socioeducativa
- C() Demandas relacionadas ao planejamento, á assessoria e á gestão
- D() Demandas relacionadas á mobilização, á participação e ao controle social
- E() Demandas relacionadas á investigação, á sistematização e á formação

7 – Como as demandas do cotidiano profissional são sistematizadas?

8 - Quais as formas de registro utilizado no seu cotidiano profissional no NASF/Secretaria de Saúde?

Prontuário eletrônico ()

Prontuário em papel ()

() Formulário próprio do setor - Quais? _____

() Cadernos do setor

() Relatório mensal/anual

() Estudo social

() Parecer

() Encaminhamentos

9 – O Serviço Social do NASF elabora:

a) Relatório anual de atividades ()sim () não

b) Plano de trabalho do setor anual () sim () não

10 - A rotina e a dinâmica de trabalho do Serviço Social no NASF possibilitam realizar todas as ações e atividades previstas? Justifique sua resposta.

() Sim

() Não

Justificativa:

ANEXOS

