

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - UFSC
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - CCS
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA - REMULTISF

BIA CRUZ FREITAS

**AS DEMANDAS ENCAMINHADAS AO SERVIÇO SOCIAL NO NASF:
UM MAPEAMENTO DURANTE A REMULTISF**

FLORIANÓPOLIS, FEVEREIRO DE 2018

BIA CRUZ FREITAS

**AS DEMANDAS ENCAMINHADAS AO SERVIÇO SOCIAL NO NASF:
UM MAPEAMENTO DURANTE A REMULTISF**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Dra. Keli Regina Dal Prá.

FLORIANÓPOLIS, FEVEREIRO DE 2018

BIA CRUZ FREITAS

**AS DEMANDAS ENCAMINHADAS AO SERVIÇO SOCIAL NO NASF:
UM MAPEAMENTO DURANTE A REMULTISF**

Esta monografia foi julgada adequada para a obtenção do título de “Especialista em Saúde da Família” e aprovada em sua forma final pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família.

Florianópolis, 20 de fevereiro de 2018.

Prof^a. Dr^a. Mareni Rocha Farias
Coordenadora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Keli Regina Dal Prá
Departamento de Serviço Social - UFSC
Orientadora

Ms. Márcia Liane Klauck Santos
Enfermeira CS Agrônômica - SMS
1a Examinadora

Preceptora. Ms. Débora Martini
Assistente Social NASF - SMS
2a Examinadora

Florianópolis, fevereiro de 2018

RESUMO

O presente Trabalho de Conclusão de Residência (TCR) tem como tema as demandas encaminhadas ao serviço social no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), atendidas pela assistente social residente. O objetivo geral é mapear e analisar as demandas encaminhadas por profissionais de saúde e/ou rede intersetorial ao serviço social do NASF em um Centro de Saúde do município de Florianópolis, atendidas pela profissional residente em saúde da família no seu primeiro ano de atuação. Metodologicamente o estudo foi realizado a partir de pesquisa de campo, de natureza qualitativa, tendo como técnicas de levantamento de dados a observação participante, o registro em diário de campo e o levantamento de documentos institucionais. Como principais resultados apontam-se: a identificação de 157 atendimentos e/ou matriciamentos realizados entre o período de 31/05/2016 à 31/05/2017. As pessoas atendidas/matriciadas são majoritariamente encaminhadas pela rede do SUS (72%); 52% dos encaminhamentos mapeados foram informais (51% destes oriundos da própria equipe de saúde da família e 49% externos); dentre os encaminhamentos formais, 98% foram realizado pela equipe de saúde da família; 85% dos encaminhamentos exigiram atendimento presencial por consulta, interconsulta e/ou visita domiciliar e 15% das demandas foram sanadas na instrumentalização das equipes no matriciamentos dos casos. Uma entre as quatro áreas de equipe de saúde da família mapeadas dispunha de 41% das pessoas encaminhadas (internas/externas) em seu território; 90% dos encaminhamentos diziam respeito à acesso à direitos sociais; um em cada três encaminhamentos evidenciaram demanda de violência e/ou situação de risco social, com destaque à negligência. A maioria das pessoas encaminhadas se identificou como mulher, possuíam baixa escolaridade, insuficiência de condições de sustento atribuído a trabalhos informais para fins de complementação de renda (baixa renda). Foram identificadas ao menos 378 orientações e/ou pactuações realizadas derivadas destes encaminhamentos, bem como estes se desdobraram em 386 ações da profissional de serviço social entre matriciamentos, contato com rede de apoio e relatórios escritos.

Palavras-chave: Serviço Social, Demandas Sociais, Atenção Primária em Saúde; Saúde da Família.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AB	Atenção Básica
APS	Atenção Primária em Saúde
CS	Centro de Saúde
CT	Conselho Tutelar
CSAPS	Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde de Florianópolis
CRAS	Centro de Referência em Assistência Social
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	equipe de Saúde da Família
ESPF	Escola de Saúde Pública de Florianópolis
GT	Grupo de Trabalho
ILPI	Instituição de Longa Permanência para Idosos
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
MS	Ministério da Saúde
MP	Ministério Público
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
ONG	Organização Não Governamental
PET	Programa de Educação pelo Trabalho
PMAPS	Política Municipal de Atenção Primária à Saúde
REMULTISF	Residência Multiprofissional em Saúde da Família
SINAN	Sistema Nacional de Notificações Agravos
SUS	Sistema Único de Saúde
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SMS	Secretaria Municipal de Saúde

Sumário

1. INTRODUÇÃO	7
SEÇÃO I	12
2. A INSERÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NO NASF EM FLORIANÓPOLIS: UMA APROXIMAÇÃO A PARTIR DA REMULTISF	12
2.1 O SERVIÇO SOCIAL NO NASF	12
2.1.1 O SERVIÇO SOCIAL NO NASF DE FLORIANÓPOLIS	16
2.2 O SERVIÇO SOCIAL NA REMULTISF	18
SEÇÃO II	24
3. O MAPEAMENTO DAS DEMANDAS DO SERVIÇO SOCIAL NO NASF NO CS AGRONÔMICA	24
3.1 DELIMITAÇÕES METODOLÓGICAS DA PESQUISA	24
3.2. A ANÁLISE DOS ENCAMINHAMENTOS MAPEADOS	32
3.2.1 A DEMANDA DO ENCAMINHADOR	42
3.2.2 A DEMANDA DO SUJEITO	42
3.3 O PERFIL SOCIOECONÔMICO DO SUJEITO ENCAMINHADO	48
3.4 A IDENTIFICAÇÃO DAS ORIENTAÇÕES, PACTUAÇÕES E ENCAMINHAMENTOS DAS DEMANDAS EVIDENCIADAS	59
3.5 OS DESDOBRAMENTOS DO ENCAMINHAMENTO, ATENDIMENTO E/OU MATRICIAMENTO	66
3.6 AS DEMAIS ATUAÇÕES COLETIVAS, COMUNITÁRIAS, MULTIPROFISSIONAIS E/OU INTERDISCIPLINARES DA RESIDENTE DE SERVIÇO SOCIAL NA REMULTISF	68
CONSIDERAÇÕES FINAIS	74
REFERÊNCIAS	78

1. INTRODUÇÃO

Este Trabalho de Conclusão de Residência (TCR) possui como objetivo mapear e analisar as demandas encaminhadas por profissionais de saúde e/ou rede intersetorial ao serviço social do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) em um Centro de Saúde (CS) do município de Florianópolis, atendidas pela profissional residente do Curso de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (REMULTISF) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis (SMS) em seu primeiro ano de atuação. Como objetivos específicos têm-se: identificar a origem dos encaminhamentos e o tipo de demanda encaminhada ao serviço social do NASF; caracterizar socioeconomicamente os usuários encaminhados ao atendimento do serviço social e as orientações e/ou pactuações derivadas dos encaminhamentos realizados; e elucidar as principais ações de educação em saúde interdisciplinares e multiprofissionais realizadas pela residente de serviço social.

Este mapeamento visa garantir visibilidade social para atuação do assistente social na Atenção Básica (AB), apresentando as demandas evidenciadas que não podem ser mensuradas em sua totalidade por meio de relatórios gerenciais, pela limitação deste se realizar com indicação de Código Internacional de Doenças (CID) e ainda pela característica de trabalho intersetorial desta profissão, que possui outras formas de encaminhamento que superam as barreiras formais desenhadas pela instituição, onde mesmo reconhecendo o caráter universal de acesso à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), na AB o serviço social não se constitui enquanto porta de entrada.

A área da saúde tem despertado interesse desde a graduação em serviço social pela UFSC onde tive a oportunidade de participar do Programa de Educação pelo Trabalho (PET) Saúde Redes de Cuidado à Pessoa com Deficiência e aproximado da rede de saúde municipal (considerando as limitações do acesso à universidade pública e a oportunidades de iniciação à pesquisa neste desenho). Posteriormente, em vista de maior qualificação sanitária, ingressei no curso de especialização em saúde coletiva da UFSC, até meu ingresso na residência ocorrido no período de 2016 a 2018. Não por acaso, a escolha do tema deste TCR, emerge da vivência na residência multiprofissional, como assistente social na REMULTISF, abrangendo atividades

práticas e teóricas no ano de 2016 e 2017 no Centro de Saúde (CS) Agrônômica, em Florianópolis.

A atuação do assistente social no NASF em Florianópolis possui algumas barreiras pelo reduzido número de profissionais que atuam no município, na área da saúde. O atendimento do serviço social acarreta (na maioria dos seus matriciamentos) em onerosos desdobramentos intersetoriais que não podem ser mensurados em relatórios gerenciais de produção como a maioria dos demais profissionais que integram a AB, não expondo a real dimensão de sua atuação à gestão. Deste modo, se busca apresentar à ação deste profissional evidenciando as demandas complexas que no caso específico desta profissão ultrapassam a formalidade desenhada no sistema de informação municipal atual (Infosaúde), pois trabalha em rede intersetorial com demais segmentos governamentais.

Ressalta-se que o potencial do trabalho (coletivo ou individual) do (a) assistente social pode se apresentar enquanto transformador de um território com áreas de interesse social à medida que atua com a garantia de direitos sociais, em uma perspectiva emancipatória, além de, no caso específico da saúde, atuar no manejo de casos complexos e articulação entre a equipe de Saúde da Família (eSF) com a rede.

No que se refere à conjuntura de Florianópolis, é importante frisar que o serviço social é a única categoria profissional que não está presente em todas as equipes de NASF (12 ao total). Existem apenas seis profissionais para atender quatro distritos sanitários que compreendem todo território do município. Ademais, cabe ressaltar que cada profissional atende em média seis CS, matriciando ao menos 18 equipes de eSF, além de preceptorar em média dois residentes de programas distintos de residência multiprofissional em saúde da família. O presente mapeamento na área do serviço social no NASF é inédito no município, o mesmo pode proporcionar à gestão e aos profissionais, melhor compreensão das potencialidades do assistente social na AB, compreendendo um dos objetivos do serviço social na política de AB no que tange em contribuir com informações pertinente por meio de territorialização e mapeamento do território da área de atuação das eSF, “identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades” (FLORIANÓPOLIS, 2016, p2).

A REMULTISF é um curso de pós-graduação *latu sensu* caracterizado pelo ensino em serviço que capacita profissionais para o desempenho de atividades no Sistema Único de Saúde (SUS). O processo de formação fundamenta-se na educação no trabalho para o alcance das

competências técnica, política e ética da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Está estruturado teórica e metodologicamente em acordo com diretrizes da Política de Educação Permanente em Saúde do Ministério da Saúde (MS) (UFSC, 2017).

As atividades educativas são integralizadas em dois eixos, um de reflexão teórica, referindo-se aos saberes e técnicas que dão suporte teórico-metodológico à prática da equipe de residentes e/ou outro teórico-prático envolvendo educação no trabalho e produção científica referindo-se aos processos pedagógicos vivenciados na prática de trabalho da eSF nos CS e NASF (UFSC, 2017). O residente atua durante 24 meses na área da saúde da família em eSF ou NASF a depender de sua formação, iniciando e finalizando suas atividades no dia primeiro de março, totalizando 5.760 horas de carga horária teórica, prática e teórico-prática com a realização de trabalho de conclusão, que em geral possibilitam apontar aspectos reflexivos de seu processo de formação para o SUS.

As eSF são compostas por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, cirurgião dentista, auxiliar de saúde bucal e Agente Comunitário de Saúde (ACS). A equipe do NASF é definida pela gestão municipal do município e é composta por: assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, profissional de educação física, nutricionista, psicólogo, pediatra e psiquiatra, sendo que a fisioterapia e o serviço social atendem a mais de um NASF, a psiquiatria vem sendo realocada nas unidades das policlínicas e a equipe de residentes multiprofissionais em saúde da família da UFSC é composta por profissionais com formação em: serviço social, farmácia, educação física, odontologia, enfermagem e nutrição, atuando, em geral, em dois CS, sendo um principal e/ou outro secundário.

As demandas que subsidiaram este mapeamento foram evidenciadas pela residente em referência ao seu primeiro ano de atuação no CS Agrônômica, após seu processo de territorialização e de estágio de gestão compreendidos nos meses iniciais do curso, além disso, o período selecionado para coleta compreende atuação sem a segunda residente (R2) para atendimento e matriciamento conjunto. Este CS se situa em Florianópolis em uma área de vulnerabilidade econômica e social das comunidades residentes em morros, em um território que possui quatro áreas de interesse social e o constante desenvolvimento imobiliário que norteia os condomínios de luxo existentes na Avenida Beira Mar Norte¹.

¹ Trata-se de uma avenida que corre junto ao mar, conhecida por ser uma das regiões mais valorizadas da cidade (NOTÍCIA DO DIA, 2014).

Este mapeamento conta com os encaminhamentos realizados ao serviço social do NASF por profissionais de saúde e/ou rede intersetorial, no período de um ano de atuação da residente no CS Agrônômica. O período mapeado compreendeu 31 de maio de 2016 a 31 de maio de 2017. Realizou-se o recorte temporal por conta da viabilidade prática da pesquisa, em primeiro pela condição de tempo destinado a residente para a produção do TCR, o que não propicia disponibilidade para análise de um banco de dados superior e em segundo pela disponibilidade dos dados, que para compreender todas as demandas atendidas exigiriam início de coleta posterior à finalização do período da residência. Deste modo, o período elencado dá conta de mensurar as demandas de um ano de atuação profissional.

Para tanto, a coleta somente foi sistematizada após onze de dezembro de 2017, com ofício emitido pela Escola de Saúde Pública de Florianópolis (ESPF), autorizando o uso dos relatórios de produção individual por período da profissional, resumo de encaminhamentos, encaminhamentos por CID, relatório de encaminhamentos formalizados por profissionais da eSF por meio do sistema Infosaúde, além de observação participante e uso de diário de campo da residente com todos os atendimentos realizados no primeiro ano de atuação sem acesso a prontuários individuais dos usuários de saúde e/ou exposição de nomes, respeitando o sigilo ético dos envolvidos. O levantamento de dados ocorreu, através de pesquisa qualitativa, revisão de literatura para fundamentação teórica e pesquisa documental.

A revisão de literatura que fundamentou o TCR utilizou-se, entre os principais autores: Brasil (2008), Brasil (2011), Brasil (2016), Florianópolis (2014a), CFESS (2010), Florianópolis (2014b), Freitas; Ortiz; Bertencelo (2017), Gil (2002), Martini (2017), Moraes (2016) e Santos; Lanza (2014).

O TCR está estruturado em duas seções. A primeira aborda a inserção do serviço social no NASF com foco no município de Florianópolis e na REMULTISF. A segunda seção contempla metodologia e o mapeamento das demandas do serviço social no NASF no CS Agrônômica: a origem do encaminhamento, o tipo de demanda encaminhada, o perfil socioeconômico da pessoa encaminhada, a identificação das orientações, pactuações e encaminhamentos das demandas evidencializadas e elucida as principais atuações coletivas, comunitárias, multiprofissionais e/ou interdisciplinares em que a residente de serviço social atuou, apresentando possibilidades de intervenções com educação em saúde no território e com as eSF. A partir desses dados é possível realizar uma análise da relação entre os relatórios gerados

pelo sistema de informação utilizado na AB do município e sua população referenciada, bem como estabelecer uma reflexão crítica.

Por fim, apresentam-se as considerações finais onde em breve síntese se retoma aspectos problematizados ao longo do trabalho. Espera-se com este mapeamento, dar visibilidade a atuação do serviço social no NASF, subsidiar diagnósticos do território e de sua população vulnerada² às eSF correspondentes, de modo à publicizar as demandas encaminhadas em busca de facilitar o acesso à saúde em uma perspectiva de equidade, universalidade e integralidade.

² A autora adotou o conceito de vulnerada ao invés de vulnerável, uma vez que toda e qualquer pessoa é genericamente vulnerável pelo simples fato de ser mortal. Ao diferenciar vulnerabilidade geral de vulneração, busca-se enfatizar que, para além de vulneráveis, há grupos humanos que estão vulnerados. A vulneração seria então a condição existencial das pessoas que não estão submetidos somente a riscos por conta da vulnerabilidade, mas a danos e carências concretas, socialmente construídas. Os grupos vulnerados não são capazes, por alguma razão independente de suas vontades, de se defenderem sozinhos pelas condições desfavoráveis em que vivem ou devido ao abandono das instituições vigentes que não lhes oferecem o suporte necessário para enfrentar sua condição de afetados. Em outras palavras, não podem exercer suas potencialidades para ter uma vida digna e de qualidade (SCHRAMM, 2008 *apud* 1ª COSmu, 2017, p.16-17).

SEÇÃO I

2. A INSERÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NO NASF EM FLORIANÓPOLIS: UMA APROXIMAÇÃO A PARTIR DA REMULTISF

Esta seção contextualiza brevemente a inserção do (a) assistente social enquanto trabalhador (a) em saúde, elucidando as transformações de sua atuação profissional nesta área até a criação do NASF, que alicerçou as intervenções em uma perspectiva de apoio matricial ampliando, qualificando e abrangendo as ações da AB. Realizar-se-á um recorte na atuação do assistente social no NASF na REMULTISF da UFSC em Florianópolis. Este recorte permitirá observar aspectos relacionados ao processo de trabalho da referida residência no CS Agrônômica ao qual a residente desenvolveu seu processo de ensino em serviço nos anos de 2016 a 2018.

2.1 O SERVIÇO SOCIAL NO NASF

Com 81 anos de profissão, o serviço social teve a saúde como maior área de atuação e vem construindo historicamente uma profissão voltada para defesa de direitos sociais, tendo seu projeto ético-político voltado à perspectiva da emancipação humana, defesa da classe trabalhadora e a busca de uma sociedade equalitária (CFESS, 2016).

A partir de 1940, o profissional passou a ser absorvido no quadro de trabalhadores em saúde na atenção hospitalar onde sua principal atribuição era a mediação entre população e instituição, promovendo acesso a direitos sociais e articulando diversas políticas que posteriormente na CF de 1988, foram reconhecidas como de seguridade social (MARTINI, 2017). Faz-se necessário reconhecer que desde a sua origem enquanto profissão no Brasil o Serviço Social é marcado pelas influências do conservadorismo.

No período da década 1970 a profissão passa por um processo importante de renovação que instiga a reconstrução da profissão em três direções: i) a perspectiva modernizadora pautada na adequação da profissão ao desenvolvimento capitalista; ii) reatualização do conservadorismo, recuperando a derivação do pensamento católico no interior da profissão e; iii) intenção de ruptura, com base no método marxista se propõe a romper com o pensamento conservador da profissão (NETTO, 2011 *apud* MORAES, 2017, p.45-46).

A década de 1980 marca o início da maturidade profissional, sinalizada pela “intenção de ruptura” na academia (marcada por ascensão teórica) a entidades representativas com práticas conservadoras. Porém na saúde, os avanços conquistados pela profissão são insatisfatórios, pois o serviço social chega à década de 1990 ainda com uma incipiente alteração do trabalho institucional, desarticulado ao movimento da Reforma Sanitária e com insuficiente produção sobre “as demandas postas à prática em saúde” (BRAVO, 1996 *apud* CFESS, 2010, p. 25). O CFESS (2010, p. 26) aponta que:

O projeto privatista vem requisitando ao assistente social, entre/outras demandas, a seleção socioeconômica dos usuários, atuação psicossocial por meio de aconselhamento, ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde, assistencialismo por meio da ideologia do favor e predomínio de práticas individuais. Entretanto, o projeto da reforma sanitária vem apresentando como demandas que o assistente social trabalhe as seguintes questões: democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde; estratégias de aproximação das unidades de saúde com a realidade; trabalho interdisciplinar; ênfase nas abordagens grupais; acesso democrático às informações e estímulo à participação popular. Destaca-se, a partir do exposto, que há uma relação entre o projeto ético-político e o de reforma sanitária, principalmente, nos seus grandes eixos: principais aportes e referências teóricas, formação profissional e princípios. Os dois projetos são construídos no processo de redemocratização da sociedade brasileira e se consolidam na década de 1980.

Após o movimento sanitarista, a Constituição Federal de 1988 legitimou a saúde como “direito de todos e dever do estado”, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visam à redução do risco de doença e de/outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988, s/p). Tal definição conceitual assume sua versão prática com a instituição formal do SUS, baseada juridicamente nas leis nº 8.080 e nº 8.142, ambas de 1990 (BRASIL, 2007).

Foi na década de 1990 que o serviço social atingiu sua maioridade intelectual. Na política de saúde, “o objetivo da profissão, passa pela compreensão dos determinantes sociais, econômicos e culturais que interferem no processo saúde-doença e na busca de estratégias político-institucionais para o enfrentamento dessas questões” (CFESS, 2010, p.29). Assim, compreende-se que cabe ao serviço social – articulado com outros segmentos que defendem o SUS – formular estratégias que busquem reforçar ou criar experiências nos serviços de saúde que efetivem o direito social à saúde.

A ESF é a principal ferramenta de estruturação da AB. Com ela, ocorre a reorganização de unidades básicas de saúde para que se concentrem nas famílias e comunidades, integrando a

assistência médica com a promoção de saúde e as ações preventivas. Esta estrutura funciona por meio de eSF, que desde 2004, inclui equipes de saúde bucal (FREITAS; ORTIZ; BERTONCELLO, 2017).

Com a inserção da ESF em 1990 nas comunidades, essas equipes encontraram uma realidade social complexa e difícil de ser desvelada, a qual se apresenta por elementos não somente patológicos, ou seja, fatores que exigem dos profissionais uma postura diferenciada no que se refere ao cuidado com a saúde, sobretudo, a ampliação do alcance e a resolutividade das ações. Nessa perspectiva, tornou-se necessária à implementação de equipes de apoio matricial para ampliar o alcance da atuação dessas equipes (SANTOS; LANZA, 2014).

As construções teórico-conceituais em torno do matriciamento, assim como experiências de apoio matricial desenvolvidas em diversos locais do país, foram referência para a elaboração do NASF, previsto na Portaria MS n. 154/2008 (atualmente revogada) onde o serviço social foi inserido entre as áreas estratégicas de atuação das equipes multiprofissionais que atuam integradas à eSF qualificando as intervenções no território e propiciando discussões de casos, atendimento compartilhado entre profissionais tanto no CS como em visitas domiciliares, e construção conjunta de projetos terapêuticos e ações intersetoriais (SANTOS; LANZA, 2014).

Olhar para além das questões de cunho biológico é, ainda, uma fragilidade para alguns trabalhadores das Ciências da Saúde, visto a sua formação técnica hegemônica, que tem poucas aproximações com temas da área social (SHE-RER; MARINO; RAMOS, 2005 *apud* SANTOS; LANZA, 2014). Essa perspectiva de atuação se remete à particularidade do assistente social. Nesse sentido, o assistente social tem sido inserido no NASF, em função das ações em que, historicamente, tem se debruçado e produzido resultados significativos (SANTOS; LANZA, 2014).

Muito embora os Centros de Referência em Assistência Social (CRAS) tenham sido instituídos em 2004, enquanto porta de entrada do serviço social na assistência social do município, ainda é significativo a procura da população pelo profissional nos CS onde somente em 2008 o serviço social passou a compor a atenção primária em saúde através do NASF, sendo retaguarda das eSF. Isso se dá pelo vínculo histórico do profissional vinculado à saúde, demandando um trabalho multiprofissional e interdisciplinar com a rede. A atuação do assistente social do CRAS e do NASF em um mesmo território gera questionamentos na gestão, quanto à necessidade deste profissional na área da saúde, uma vez que sua resolutividade não pode ser

quantificada nos formatos biomédicos dispostos no sistema de informação, o que se busca ilustrar com este mapeamento.

A equipe NASF surge em busca da contribuição para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS por intermédio da ampliação da clínica, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários. São exemplos de ações de apoio desenvolvidas pelos profissionais do NASF: discussão de casos; atendimento conjunto ou não; interconsulta; construção conjunta de projetos terapêuticos; educação permanente; intervenções no território e na saúde de grupos populacionais e da coletividade; ações intersetoriais; ações de prevenção e promoção da saúde; discussão do processo de trabalho das equipes; etc. (BRASIL, 2011).

Deste modo, o NASF dispõe de profissionais de diversas áreas do conhecimento definidas pelo gestor municipal, com o objetivo de ampliar a resolutividade, abrangência e o escopo das ações da AB, apoiando a inserção da ESF na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da AB (BRASIL, 2008). Ressalta-se que “os NASF não se constituem em porta de entrada do sistema, e devem atuar de forma integrada à rede de serviços de saúde, a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes Saúde da Família” (BRASIL, 2008, p.1), baseando a prática do encaminhamento nos processos de referência e contrarreferência, de modo a permitir um acompanhamento longitudinal de responsabilidade compartilhada.

O serviço social passou a compor o NASF, em seu surgimento na Portaria n. 154/2008 (atualmente revogada), quanto de sua implantação no município de Florianópolis, pois, a atuação desse profissional se faz necessária no cenário brasileiro de desigualdades sociais e de gênero, além da desinformação a cerca de direitos sociais. O (a) assistente social na AB, fomenta o fortalecimento de vínculos e redes intersetoriais, emancipando e propiciando resgate de cidadania (BRASIL, 2008).

Dentre os detalhamentos da ação do (a) assistente social na Portaria 154/2008 destacam-se o papel de “discutir e refletir permanentemente com as ESF a realidade social e as formas de organização social dos territórios, desenvolvendo estratégias de como lidar com suas adversidades e potencialidades” (BRASIL, 2008, p.10).

O que não significa atuar com focalização da atenção em grupos pauperizados e sim democratizar acessos e fortalecer a AB na atuação pautada no princípio de universalidade da reforma sanitária.

Sendo assim o assistente social busca, em conjunto com os profissionais da AB, desenvolver ações intersetoriais com as diversas políticas públicas existentes, com o objetivo de proporcionar a população atenção integral, lutando pela efetivação da equidade no acesso aos serviços, pela redução das desigualdades sociais e transformação social (MARTINS, 2015).

No ano de 2012, a Portaria nº 3.124 delimitou novos parâmetros para permitir a implementação do NASF no país, deste modo, existem na atualidade três modalidades possíveis (financiadas pelo MS): NASF1 para ser referência de cinco a nove eSF, NASF 2 referência para três à quatro eSF e NASF 3 para municípios menores que pode ser retaguarda de uma ou duas eSF.

2.1.1 O SERVIÇO SOCIAL NO NASF DE FLORIANÓPOLIS

Atualmente, Florianópolis conta com 12 NASFs, distribuídos em quatro distritos sanitários, ao qual o serviço social dispõe de seis profissionais, que possuem em média dois residentes para preceptoria, atendendo de 18 a 30 eSF, o que está em desacordo com a portaria (NASF 1), posto que alguns profissionais atendem até 30 eSF (MARTINI, 2017). Tal sobrecarga limita o diálogo com a eSF e por conseguinte o alcance de suas intervenções.

Além disso, percebe-se que o número de eSF precisa ser revisto e ampliado, principalmente em CS que possuem em sua abrangência áreas de interesse social, como é o caso do CS Agrônômica, que possui quatro eSF para uma população cadastradas de 11.634 pessoas (FLORIANÓPOLIS 2016), distribuídas em um território com quatro áreas de interesse social (78% das microáreas deste território).

Os desafios para atuação do serviço social na AB do município são muitos, o NASF é o único campo de atuação no SUS neste nível de complexidade e possui carga horária de 40 horas³ semanais em desacordo com a lei de regulamentação da profissão que prevê carga horaria semana

³ “Para fins de gratificação prevista na Portaria nº 52/2013, desta Pasta, que define os Cargos e Valores da Gratificação de Produtividade do Programa de Saúde da Família, a carga horária de trabalho de todos os profissionais vinculados a NASF deverá ser de 40h semanais salvo exceções definidas por legislação específica, com o recebimento de gratificação proporcional à carga horária cumprida” (FLORIANÓPOLIS, 2016, p.34).

de 30 horas⁴. Há falta de espaço físico e equipamento de trabalho (computador, telefone e arquivo e etc.) não faltando exemplos da precarização do trabalho do assistente social no NASF, conforme elucida o CFESS (2010, p.24):

A nova configuração da política de saúde vai impactar o trabalho do assistente social em diversas dimensões: nas condições de trabalho, na formação profissional, nas influências teóricas, na ampliação da demanda e na relação com os demais profissionais e movimentos sociais. Amplia-se o trabalho precarizado e os profissionais são chamados a amenizar a situação da pobreza absoluta a que a classe trabalhadora é submetida.

A atuação em Florianópolis também é norteada por duas portarias, a primeira (Portaria n. 26/2014) aprova a Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde de Florianópolis (CSAPS), que tem como objetivo ordenar a AB, definindo normas e diretrizes para o funcionamento das equipes e serviços que atribuí ao serviço social a promoção de pactos de divisão de trabalho e qualificação da relação da AB com os CRAS de sua área de abrangência e conselhos tutelares; identificar, articular e ativar rede de recursos comunitários, governamentais e não governamentais e apoiar as ESF em tratamentos com centralidade de fatores socioeconômicos e no acompanhamento de pessoas em situação vulnerada.

A segunda é a Portaria nº 22/2016 que trata da Política Municipal de Atenção Primária à Saúde (PMAPS) para organização dos serviços e gestão e direcionamento das ações de educação permanente no âmbito da Atenção Primária à Saúde no município de Florianópolis, que em seu Art. 19 trata das diretrizes para a organização do processo de trabalho individual dos trabalhadores da AB, atribuindo ao serviço social:

a) Realizar, em conjunto com as Equipes de Saúde da Família e Equipe de Saúde Bucal, o manejo de casos complexos, através de: atendimentos específicos, discussão de projetos/planos terapêuticos, interconsultas presenciais e por telefone/ou meio eletrônico, apoio à tomada de decisão das equipes em situações complexas, urgentes ou imprevistas. b) Conhecer o território apoiado, contribuindo com informações pertinentes à territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades. c) Apoiar as Equipes de Saúde da Família e Equipe de Saúde Bucal na articulação de recursos terapêuticos do território e das redes de saúde e intersetoriais d) Realizar atividades colaborativas diretas com as Equipes de Saúde da Família e Equipe de Saúde Bucal, como consultas conjuntas, visitas domiciliares conjuntas, grupos compartilhados, apoio do a atividades coletivas das equipes, entre/outros. e) Realizar intervenções específicas dos profissionais

⁴ A Lei n. 12.317, de 26 de agosto de 2010, altera o artigo 5º da Lei de Regulamentação Profissional (Lei 8.662/1993) e define a jornada máxima de trabalho de assistentes sociais em 30 horas semanais sem redução salarial (CFESS, 2017).

de seu núcleo profissional, como consultas individuais ou familiares, grupos específicos, intervenções educativas com profissionais e com a população. f) Realizar atendimentos e/outras intervenções e atividades, individualmente/ou em conjunto com as Equipes de Saúde da Família e Equipe de Saúde Bucal, para pessoas de todas as faixas etárias e com todos os tipos de problemas, dentro dos limites de seu núcleo profissional e da capacidade tecnológica da Atenção Primária à Saúde. g) Realizar a gestão e regulação do acesso aos seus atendimentos e intervenções específicos em conjunto com a Equipe de Saúde da Família e a partir das necessidades destas. h) Contribuir para a regulação do acesso aos serviços de atenção especializada afins à sua área temática e profissional. i) Realizar encontros regulares com as Equipes de Saúde da Família apoiadas para discussão de casos e organização, avaliação e execução das outras atividades de apoio, com periodicidade definida em conjunto com Distrito Sanitário e as equipes. j) Registrar todas as ações realizadas com usuários no sistema de prontuário eletrônico da SMS e instrumentos de registro e acompanhamento do cuidado compartilhado. k) Colaborar com o desenvolvimento de atividades docente-assistenciais nas equipes e unidades apoiadas. l) Colaborar com o desenvolvimento das atividades de todos os profissionais de todas as categorias atuando no serviço. m) Zelar pelos equipamentos de sua guarda comunicando a sua chefia imediata a necessidade de consertos e reparos (FLORIANÓPOLIS, 2016, p.73-75).

Cabe ressaltar que o código de ética profissional dispõe de ferramentas para atuação na saúde em todas as suas dimensões, bem como não pode perder de vista os princípios e diretrizes do projeto ético político do serviço social.

2.2 O SERVIÇO SOCIAL NA REMULTISF

As Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde foram instituídas pela Lei nº 11.129/2005, complementada pela Lei nº 12.513/2011. São orientadas pelos princípios e diretrizes do SUS, a partir das necessidades e realidades locais e regionais.

A residência multiprofissional oportuniza uma aprendizagem em equipe inserida na realidade concreta dos serviços de saúde, cujo processo de trabalho pode ser potencialmente construído e reconstruído no cotidiano da ESF, buscando articular o conhecimento interdisciplinar e a prática multiprofissional e intersetorial.

A REMULTISF promovida pela UFSC em parceria com a Prefeitura Municipal de Florianópolis (PMF) tem o objetivo capacitar profissionais para desempenhar atividades no SUS. O processo de formação fundamenta-se na educação para o trabalho para o alcance de competências técnica, política e ética da ESF.

O modelo pedagógico da REMULTISF compreende o aprender fazendo e seu significado;

metodologias ativas de ensino aprendizagem, que busquem valorizar a relação dos educandos e educadores como uma relação de sujeitos construtores do processo; metodologias de avaliação intimamente relacionadas com a metodologia do aprender fazendo; a educação permanente como espaço efetivo de garantia do modelo (UFSC, 2017).

O (a) residente é um (a) profissional que possui graduação na área da saúde e está cursando uma pós-graduação, ou seja, uma especialização. O curso se desenvolve na modalidade presencial, em tempo integral, com dedicação exclusiva com carga horária de 5.760 horas, sendo 60 horas semanais e duração de 24 meses. Atualmente no município de Florianópolis, compreendem seis profissões da área da saúde na REMULTISF: serviço social, farmácia, nutrição, educação física, enfermagem e odontologia.

No caso da residência a carga horária de 60 horas semanais, excede a disposição do inciso XIII do artigo 7º da Constituição Federal de 1988: “duração do trabalho normal não superior a oito horas diárias e quarenta e quatro semanais” (BRASIL, 1988, p.10.), por não considerar esta jornada como “trabalho”. Porém os dois anos consistem em atividades intensas, em que se atribui considerável carga de responsabilidade, propiciando esgotamento, e podendo gerar adoecimento, tornado essa discussão pauta de diversas reivindicações entre residentes em todo país, e exigindo reflexão do papel do residente enquanto trabalhador em formação e/ou força de trabalho “barata” aos municípios (uma vez que as bolsas são financiadas pelo governo federal). Muito embora existam alguns direitos garantidos ao exemplo de férias e recolhimento à previdência social, existem lacunas entre os direitos trabalhistas e a legislação da residência.

Em relação à jornada de 60 horas, já existe um movimento nacional para redução da carga horária total para 44 horas semanais. Nesse sentido, a carta de Olinda (2017, p.3), resultante do Fórum Nacional de Coordenadores, defende que “para salvaguardar a qualidade da formação e a saúde dos profissionais residentes, a carga horária exclusivamente prática assistencial não ultrapasse a jornada de 36 horas semanais”.

Ao considerar o número de residentes em serviço social no município, que chegou a oito no ano de 2017, nos deparamos com uma importante força de trabalho que ultrapassa o número de profissionais regulares do NASF (seis profissionais) no mesmo período.

Atualmente as residências multiprofissionais em saúde, têm absorvido um relevante quantitativo de assistentes sociais. Em discurso proferido por Letícia Batista Silva⁵ (informação verbal), a profissional coloca que a estimativa em 2016 foi de 800 assistentes sociais residentes, números esses com grande propensão de crescimento até a atualidade.

Considerando a Resolução CNRMS n. 3, de 4 de maio de 2010, que dispõe sobre a duração e a carga horária dos programas de residência multiprofissional em saúde e de residência em área profissional da saúde e sobre a avaliação e a frequência dos profissionais da saúde residentes, destaca-se a importância da presença do preceptor, visto que:

Atividades práticas são aquelas relacionadas ao treinamento em serviço para a prática profissional, de acordo com as especificidades das áreas de concentração e das áreas profissionais da saúde, obrigatoriamente sob supervisão de docente/ou preceptor (CNRMS, 2010).

Muito embora, a supervisão direta da residente ocorra semanalmente, com carga horária prevista pela REMULTISF de quatro horas semanais na agenda da preceptoria, esta também ocorre de forma indireta por meio de plataforma de diálogo online e/ou de acordo com a necessidade por telefone e/ou deslocamento da profissional de referência ao CS. Sendo a residência multiprofissional, na ausência da preceptoria no CS de referência da residente, ocorre a co-supervisão de/outro(a) preceptor(a) das demais áreas. Ademais, existem diversos espaços de atuação conjunta da residente e sua supervisora, tais como: reunião de matriciamento mensal com as eSF, reunião de categoria (bimestral), reunião de NASF (bimestral), fechamento de ponto (mensal), reunião de categoria da REMULTISF (mensal), visitas domiciliares/institucionais e atendimentos supervisionados (sem frequência prévia definida).

O reconhecimento do ambiente na REMULTISF tem início na territorialização, processo que ocupa o primeiro mês de atuação, compartilhado em momentos de imersão no território (com auxílio dos (as) ACS) e apropriação teórico-metodológica. Levando em consideração o tempo destinado a este processo, os residentes em comparação aos demais profissionais possuem a territorialização como forte instrumento para conhecer e diagnosticar as potencialidades do território.

A territorialização se constitui como pressuposto básico do trabalho na ESF, pois permite

⁵ Palestra proferida por Letícia Batista Silva no Seminário Nacional sobre Residência em Saúde e Serviço Social realizado pelo CFESS e ABEPSS nos dias 04 e 05 de setembro de 2016 (*apud* MORAES, 2017, p.42).

a demarcação de limites das áreas de atuação dos serviços; reconhecimento do ambiente, da população e da dinâmica social existentes nessas áreas; e estabelecimento de relações horizontais com outros serviços adjacentes e verticais (PEREIRA; BARCELOS, 2006).

Reforçando as diretrizes para a organização do processo de trabalho individual dos trabalhadores da AB, atribuindo ao serviço social:

Conhecer o território apoiado, contribuindo com informações pertinentes à territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades (FLORIANÓPOLIS, 2016, p.73).

O CS Agrônômica pertence ao Distrito Sanitário Centro e dispõe de quatro áreas de abrangência subdivididas em 18 micros áreas, sendo 14 destas (78%) de interesse social.

A população adstrita diverge de acordo com o referencial utilizado (Quadro 01). Esta disparidade sugere um desafio para o planejamento de ações efetivas que, por vezes, resultam em ações fragmentadas e de cunho assistencial. Em relação ao perfil populacional, este se manifesta heterogêneo, evidenciando diferenças socioeconômicas, culturais e sanitárias. Além disso, percebe-se a existência de micro áreas de risco, com altos índices de violência em suas mais diversas formas de manifestação, e barreiras geográficas que derivam de obstáculos naturais, criando limitações de acesso aos serviços de saúde.

Quadro 01. Relação entre a estimativa populacional da área de abrangência do CS Agrônômica e a população cadastrada. Florianópolis, 2016.

Área	Estimativa populacional (IBGE, 2013)	População cadastrada (CADFAM, 2016)	Diferença
690	5685	3191	2494
691	3266	3147	119
692	3862	2219	1643
693	4459	3077	1382
Total	17272	11634	5638

Fonte: CADFAM (2016); IBGE (2013).

O Quadro 1 revela uma discrepância entre a estimativa populacional do IBGE (2013) e a população cadastrada no sistema de saúde (5.638) pessoas. Ao considerarmos a orientação do MS que CS com maior incidência de áreas de interesse social devem dispor de 2.000 pessoas de

referência por eSF, a população excedente deste CS necessitaria de ao menos mais 2 equipes eSF. Ocorre que, mesmo a população cadastrada já excede a orientação, acarretando em inequidades de acesso e sobrecarregando as eSF existentes.

O CS funciona de segunda à sexta, no período das 8h às 17h, horário este que sugere um empecilho aos usuários trabalhadores, pois coincide com o horário comercial, ou seja, o período laboral mais frequente da classe trabalhadora. Em busca de ampliar o acesso, o CS permanece aberto em horário de almoço e realiza atendimentos no último sábado de cada mês, contemplando exames preventivos, aplicação de dispositivo intrauterino, campanhas vacinais e grupos. É sabido que o acesso, atributo essencial da AB, representa a ausência de barreiras organizacionais e físicas para se conseguir atenção à saúde (ARAÚJO, 2014). A delimitação de dias e horários de funcionamento pode atuar como fator limitante deste atributo, tendo em vista que as unidades da ESF funcionam em horário comercial nos dias úteis da semana (SILVA, 2014).

Os meios de acesso da população se dividem em demanda programática, organizada e agendada pela eSF, e demanda espontânea, por meio do acolhimento. A organização dos serviços, com base na oferta organizada de ações em saúde, tende a superar as formas tradicionais, cabendo às unidades atender tanto usuários em busca de consultas (demanda espontânea) quanto desenvolver ações visando ao controle de agravos e ao atendimento de grupos populacionais prioritários. O CS Agrônômica possui quatro eSF que se apresentaram incompletas no primeiro ano de minha residência, seja por afastamento ou ausência de recursos humanos, resultando em demandas reprimidas e microáreas descobertas. Além das eSF, o CS Agrônômica conta com o suporte dos profissionais do NASF que não se caracteriza como porta de entrada do serviço (BRASIL, 2011b).

A integração entre a eSF e o NASF, ocorre durante as reuniões de matriciamento conjunto de modo interdisciplinar e multiprofissional. Destaca-se que os profissionais da equipe NASF são referência para diversos CS do Distrito Centro, podendo ser acionados em outros momentos com base nos critérios de urgência pactuados. Durante a residência no CS Agrônômica, a residente ficou na retaguarda de quatro eSF e acompanhou a preceptoría em outros quatro CS, para vivenciar a dinâmica e/ou oneroso processo de trabalho no NASF.

Para Martins (2015), o assistente social faz-se necessário nas articulações intersetoriais existentes, demandando ao profissional conhecer a rede de serviços para além da política a qual está atuando, não bastando conhecer os fluxos de encaminhamento entre os níveis de

complexidade do sistema, exigindo que este conheça todas as políticas e seus fluxos, cabendo o mesmo aos trabalhadores das demais políticas. Ao compartilhar deste entendimento, é possível vislumbrar a importância do (a) assistente social em tais processos de trabalho, visto que este tem uma formação que permite compreender a sociedade em sua totalidade.

No período de coleta deste TCR o assistente social NASF, recebeu 90 encaminhamentos formais (gerados pela eSF via sistema Infosaúde e realizou 214 atendimentos, 40 visitas domiciliares/institucionais), realizando 187 atualizações de prontuário, 25 atendimentos em grupo que permitiu o alcance de 244 pessoas, 36 reuniões intersetoriais/controle social, 73 reuniões com equipes de saúde para discussão de caso e/ou projeto terapêutico singular, educação permanente, planejamento de ações, diagnóstico do território entre/outros. No período ocorreram ainda de 27 faltas de consultas agendadas.

Para maiores esclarecimentos do processo de sistematização e análise de dados, inicia-se abaixo a segunda seção que contempla os aspectos metodológicos e o mapeamento em si.

SEÇÃO II

3. O MAPEAMENTO DAS DEMANDAS DO SERVIÇO SOCIAL NO NASF NO CS AGRONÔMICA

Esta seção destina-se a exposição dos aspectos metodológicos da pesquisa, contemplando seus procedimentos e análise dos dados coletados. O estudo foi realizado a partir de pesquisa de campo, de natureza qualitativa, documental, exploratório-descritivo, tendo como técnicas de levantamento de dados, a revisão não sistemática de literatura, a observação participante, registro em diário de campo e documentos institucionais como relatórios de produção individual.

3.1 DELIMITAÇÕES METODOLÓGICAS DA PESQUISA

O presente estudo caracteriza-se como uma pesquisa qualitativa, de natureza documental. Foi realizada uma revisão não sistemática de literatura, a qual se baseou em pesquisa exploratória em documentos atuais, relatórios de produção individual, participação em conferências municipais (saúde da mulher), encontros (nacional e estadual de residentes), grupo de trabalho (imigrantes), capacitações, cursos e atividades compartilhadas da REMULTISF⁶ ocorridos no período da residência 2016/2018, que abordavam o tema da AB, com ênfase aos processos de trabalho do NASF na REMULTISF. Os métodos qualitativos buscam o aprofundamento da compreensão sobre fenômenos, fatos e processos particulares relacionados ao mapeamento em questão.

Segundo Moreira (2002 *apud* OLIVEIRA, 2008, p.14) as características básicas da metodologia qualitativa incluem:

1. A interpretação como foco. Nesse sentido, há um interesse em interpretar a situação em estudo sob o olhar dos próprios participantes;
2. A subjetividade é enfatizada. Assim, o foco de interesse é a perspectiva dos informantes;
3. A flexibilidade na conduta do estudo. Não há uma definição a priori das situações;
4. O interesse é no processo e não no resultado. Segue-se uma orientação que

⁶ “São as atividades desenvolvidas pela equipe interdisciplinarmente. Territorialização, planejamento local em saúde, sala de situação, trabalho com grupos educativos e terapêuticos, momentos de integração, trabalho com a comunidade, mobilização e organização popular, participação nos conselhos de saúde, articulação com outros equipamentos públicos, acolhimentos à população, visita domiciliar, oficinas de integração educativa do Centro de Saúde, e a programação cotidiana destas atividades. As atividades são suportadas pelo planejamento local em saúde” (UFSC, 2017, p.30).

objetiva entender a situação em análise; 5. O contexto como intimamente ligado ao comportamento das pessoas na formação da experiência; 6. O reconhecimento de que há uma influência da pesquisa sobre a situação, admitindo-se que o pesquisador também sofre influência da situação de pesquisa.

O estudo também se caracteriza por ser exploratório-descritivo. Segundo Gil (2002, p. 41) a pesquisa exploratória têm como objetivo proporcionar mais familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses. Pode-se dizer que estas pesquisas têm como objetivo principal o aprimoramento de ideias ou a descoberta de intuições. Seu planejamento é, portanto, flexível, de modo que possibilite a consideração dos mais variados aspectos relativos ao fato estudado. Este mesmo autor, afirma que a pesquisa descritiva tem como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis. Para Gil (2002, p. 42):

As pesquisas descritivas são, juntamente com as exploratórias, as que habitualmente realizam os pesquisadores sociais preocupados com a atuação prática. São também as mais solicitadas por organizações como instituições educacionais, empresas comerciais, etc.

Como fonte de embasamento teórico, o trabalho contou com apontamentos das ações da política de saúde e assistência social extraídos de documentos oficiais, tais como legislações, portarias, decretos em conjunto com publicações do CFESS, Conselho Nacional de Secretários de Saúde, Secretaria Municipal de Saúde; Ministério da Saúde; sendo essenciais para explanação de dados e reflexões a cerca das demandas atendidas pela residente no NASF publicações de Freitas; Ortiz; Bertancelo (2017), Martini (2017), Martins (2015), Moraes (2016) e Santos; Lanza (2014).

A pesquisa documental foi utilizada como complemento, recorrendo-se a fontes diversificadas e dispersas, sem tratamento analítico, tais como: tabelas estatísticas, jornais, revistas, relatórios, documentos oficiais, etc. (FONSECA, 2002). De acordo com Gil (2002, p.46), a pesquisa documental apresenta algumas vantagens por ser uma “fonte rica e estável de dados”: não implica altos custos, não exige contato com sujeitos da pesquisa e possibilita uma leitura aprofundada das fontes. Ela é semelhante à pesquisa bibliográfica, segundo o autor, e o que a diferencia é a natureza das fontes, sendo utilizado na pesquisa documental material que ainda não recebeu tratamento analítico.

No caso do estudo em questão, a residente utilizou a observação participante de suas vivências apreendidas da realidade social na qual as pessoas encaminhadas estão inseridas. Para

garantir a fidedignidade das informações coletadas, os dados obtidos por meio da observação foram registrados em diário de campo, sendo arquivados. A observação em conjunto com os outros métodos de pesquisa se torna aliada na alimentação dos dados, tendo em vista que é utilizada para obtenção de aspectos da realidade.

Os dados foram analisados pela técnica de análise temática, que segundo Minayo (2007) é composta de três fases: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados obtidos e interpretação. A pré-análise é a fase em que o conjunto de dados obtidos é organizado para uma análise mais aprofundada. Nesta etapa, foi realizada uma leitura flutuante do conjunto das comunicações obtidas nas fontes de dados (MINAYO, 2007).

Realizou-se a exploração do material, o classificando em categorias emergentes. Esta fase caracterizou-se pela busca dos significados e agrupamentos de dados, permitindo o emergir de temas ou categorias que têm significado no contexto dos objetivos da pesquisa (MINAYO, 2007).

A terceira etapa foi constituída pelo tratamento dos resultados obtidos e interpretação. É o momento em que, a partir da organização dos dados, buscou-se o seu significado. Nesta última fase, foram feitas as interpretações a partir do marco teórico proposto, bem como inferências que poderão esclarecer os achados da pesquisa. É importante ressaltar ainda que esta análise permite a apreensão do caráter multidimensional dos fenômenos em sua manifestação natural, bem como favorece a possibilidade de captar os significados da experiência vivenciada para compreender os indivíduos em seu contexto (MINAYO, 2007).

Como compromisso ético para a realização desta pesquisa, manteve a privacidade e a confidencialidade dos dados coletados, e, sobretudo, o sigilo sobre os nomes das pessoas e profissionais envolvidos.

O acesso aos dados e informações da pesquisa será restrito à residente, ficando sob sua responsabilidade o sigilo do diário de campo, encaminhamentos e demais relatórios gerenciais de produção (documentos deste mapeamento) até arquivamento à preceptoria do NASF do Distrito Centro, em local lacrado no CS Agrônômica, por um período de seis anos, após esse período, o conteúdo do material será incinerado. Os produtos resultantes desta pesquisa (publicações posteriores) serão informados a SMS de Florianópolis e a UFSC.

Para realização deste mapeamento, houve a solicitação formalizada por meio de projeto submetido, avaliado e autorizado à comissão de acompanhamentos de projetos de pesquisa em

saúde e diretoria de atenção à saúde da ESPF, conforme ofício n. 082/SMS/GAB/ESP/2017 de 08 de dezembro de 2017.

Alerta-se que esta pesquisa não gerou riscos físicos aos sujeitos envolvidos, por tanto, estes não necessitarão de nenhum ressarcimento. No tocante aos riscos de constrangimento, ocorre o comprometimento por parte da autora em zelar pela guarda do diário de campo e demais documentos, de modo a não perdê-los até arquivamento.

Em relação aos benefícios, não houve qualquer auxílio material ou de/outra natureza, mas indiretamente, com os resultados do mapeamento, pois se pretende dar visibilidade a condição de trabalho do serviço social no NASF, área de atuação da REMULTISF e despertar na gestão municipal interesse em investir na ampliação do profissional de serviço social na AB e/ou em territórios de maior concentração de áreas de interesse social, ampliando o acesso de pessoas que utilizam o SUS e enriquecendo essa área de educação em serviço, possibilitando ampliação da qualificação do caráter pedagógico da residência.

O presente estudo contou com amostra de 100% das pessoas atendidas e/ou matriciadas pela residente de serviço social no NASF em seu primeiro ano de atuação, registradas em planilhas de acompanhamento em seu diário de campo totalizando 157 encaminhamentos, em um universo composto por famílias com média de 3,6 pessoas por residência (excluindo-se deste cálculo 37 encaminhamentos oriundos de pessoas abrigadas e/ou matriciadas sem registro do número de pessoas na família) compostas pelos seguintes ciclos de vida: 274 adultos, 128 crianças e/ou adolescentes e 27 idosos.

Embora no período de corte para este mapeamento (31/05/2017 a 31/05/2017) a residente de serviço social tenha realizado 254 atendimentos, entre consultório e visitas domiciliares, para este mapeamento, foi considerado o primeiro atendimento dos encaminhamentos formais e os encaminhamentos informais e externos (encaminhados pela rede), registrados em diário de campo, que possibilitaram a sistematização de seus dados, totalizando uma amostra válida de 157 atendimentos. Reforça-se que os critérios eleitos para inclusão do atendimento no mapeamento foram: a) considerar o primeiro atendimento (ocorreu de a profissional atender a mesma pessoa mais de uma vez no período de corte) oriundo do encaminhamento realizado; b) considerar os atendimentos registrados em diário de campo (que contemplaram 100% dos encaminhamentos formais). Deste modo, o mapeamento caracteriza os atendimentos mais complexos do primeiro ano de atuação da residente.

Para identificação da origem da demanda, foram realizadas consultas aos encaminhamentos realizados pelas eSF⁷ do CS Agrônômica, gerados pelo sistema Infosaúde da SMS de Florianópolis e entregues à residente de serviço social nas reuniões de equipe. Para os referidos encaminhamentos utilizaremos a nomenclatura de “encaminhamento formal”, além deste, as eSF podem realizar “encaminhamentos informais” (ao exemplo do ACS que não possui acesso ao sistema de encaminhamentos) em reuniões de matriciamento destas eSF com o NASF; além da possibilidade de encaminhamentos realizados pela rede intersetorial governamental municipal, estadual ou federal ao exemplo de solicitação de relatórios de acompanhamento familiar pelo Ministério Público (MP), Serviço de Proteção Especial para Pessoas com Deficiência, Idosos e suas Famílias (SEPREDI), Conselho Tutelar (CT), entre/outras, que utilizaremos a nomenclatura de “encaminhamento informal” por não ser contemplado no sistema de informação que gerencia a produtividade/produção do profissional. Ainda em relação à coleta de dados, a pesquisa contou com a utilização de diário de campo, pesquisa documental e observação participante.

Nas Figuras 1 a 4 ilustra-se como ocorreu o formato da sistematização dos dados coletados extraídos da plataforma gogleform.

Figura 1 – Modelo de sistematização dos dados do mapeamento relacionado às demandas atendidas pela residente de serviço social no NASF no período de 31/05/2016 à 31/05/2017: Origem do Encaminhamento.

3. Origem do encaminhamento *

- Interno Formal: Atenção Primária em Saúde e Média Complexidade (via Info Saúde).
- Interno Informal (ESF/NASF/Especialidades)
- Externo (Rede de Apoio)

Fonte: Elaboração da autora (2017).

Embora o desenho do NASF enquanto apoio matricial desenhe que o encaminhamento deva ocorrer de maneira formal via sistema Infosaúde pelas eSF, o serviço social possui

⁷ Ressalta-se que somente profissionais de nível superior possuem acesso ao sistema de encaminhamento formal para um profissional NASF, para tanto se faz necessário inclusão de CID o que sugere impasses para determinadas categorias profissionais realizarem o encaminhamento conforme desenhado/preconizado pela gestão municipal.

atribuições de promoção de pactos de divisão de trabalho e qualificação da relação da AB com a rede ao exemplo dos CRAS de sua área de abrangência e conselhos tutelares (FLORIANÓPOLIS, 2014).

Figura 2 – Modelo de sistematização dos dados do mapeamento relacionado às demandas atendidas pela residente de serviço social no NASF no período de 31/05/2016 à 31/05/2017: Política, órgão ou instituição que originou o encaminhamento.

3.1 Política, órgão ou instituição que originou o encaminhamento. *

- Assistência Social
- Saúde
- Educação
- Ministério Público
- Conselho Tutelar
- Other: _____

Fonte: Elaboração da autora (2017).

Após o preenchimento obrigatório das Figuras 1 e 2, especifica-se em relação à política de “Saúde”, a complexidade que realizou o encaminhamento e/ou à de “Assistência Social” atribuindo a proteção social que realizou o encaminhamento conforme Figuras 3 e 4.

Figura 3 – Modelo de sistematização dos dados do mapeamento relacionado às demandas atendidas pela residente de serviço social no NASF no período de 31/05/2016 à 31/05/2017: Política, órgão ou instituição que originou o encaminhamento: Saúde.

3.1.1 Política, órgão ou instituição que originou o encaminhamento: Saúde

- Saúde: Alta complexidade (Hospital);
- Saúde: Média complexidade (CAPS, UPA, Especialidades)
- Saúde: Atenção Primária (ESF)
- Saúde: Atenção Primária (NASF)
- Other: _____

Fonte: Elaboração da autora (2017).

Figura 4 – Modelo de sistematização dos dados do mapeamento relacionado às demandas atendidas pela residente de serviço social no NASF no período de 31/05/2016 à 31/05/2017: Política, órgão ou instituição que originou o encaminhamento: Assistência Social.

3.1.2 Política, órgão ou instituição que originou o encaminhamento: Assistência Social

- Proteção Social Básica (CRAS)
- Proteção Social Especial de Média Complexidade (CREAS, PAEFI, Centro POP, CREMV, PETI)
- Proteção Social Especial de Alta Complexidade
- Other: _____

Fonte: Elaboração da autora (2017).

Após identificação da origem da demanda e seu matriciamento com o segmento encaminhador, foi identificado o “tipo” de demanda, sendo inicialmente categorizado em demanda de “violação (ou suspeita)” de direito e/ou demanda de “acesso” a direitos (ocorre da pessoa encaminhada, dispor das duas demandas simultaneamente), conforme ilustra a Figura 5.

Figura 05 – Modelo de sistematização dos dados do mapeamento relacionado às demandas atendidas pela residente de serviço social no NASF no período de 31/05/2016 à 31/05/2017: Demanda do Encaminhador.

4. Demanda do Encaminhador *

- Violação (ou suspeita)
- Acesso
- Other: _____

Fonte: Elaboração da autora (2017).

Após a indicação destas categorias, se ilustra o tipo de violação (ex: negligência – Figura 6) e política, direito ou benefício social ao qual o acesso se refere (Figura 7).

Figura 6 – Modelo de sistematização dos dados do mapeamento relacionado às demandas atendidas pela residente de serviço social no NASF no período de 31/05/2016 à 31/05/2017: Demanda do Encaminhador: Violação (ou suspeita).

4.1 Demanda do encaminhador: Violação (ou suspeita)

- Negligência
- Judicialização
- Bullying
- Gordofobia
- Assédio Moral
- Assédio Sexual
- Violência Física
- Other: _____

Fonte: Elaboração da autora (2017).

Figura 7 – Modelo de sistematização dos dados do mapeamento relacionado às demandas atendidas pela residente de serviço social no NASF no período de 31/05/2016 à 31/05/2017: Demanda do Encaminhador: Acesso.

4.2 Demanda do encaminhador: Acesso

- Saúde
- Previdência Social
- Assistência Social
- Educação
- Jurídico / Defensoria Pública
- Profissionalização
- Habitação
- Direitos do Idoso
- Direito da Pessoa com Deficiência
- Direitos Trabalhistas / Sindicato
- Direito da Pessoa com HIV
- Direitos da Gestante
- Benefícios Sociais
- Direitos da Criança e do Adolescente
- Other: _____

Fonte: Elaboração da autora (2017).

As classificações dos itens destes encaminhamentos atribuídos às categorias “acesso” e/ou “violação (e/ou suspeita)” vinculam-se a vivência da residente associados ao conceito ampliado em saúde e buscam abranger os direitos sociais existentes. Deste modo, se agrupou as demandas mais recorrentes e/ou socialmente significativas à sua política correspondente para evidenciar sua incidência e importância tendo em vista o cuidado integral do cidadão. Esse agrupamento busca permitir melhor exploração dos dados ao leitor e subsidiam sua interpretação e análise posterior.

Em relação à sistematização dos dados socioeconômicos extraídos por meio do documento de encaminhamento, matriciamento e/ou atendimento da pessoa encaminhada e registrada em diário de campo, os mesmos serão sistematizados sem identificação de nome no formulário estruturado no programa googleform. Este programa possui como ferramenta a apresentação dos dados inseridos em planilhas em Microsoft Excel 2016®, além de propiciar a apresentação destas em gráficos, auxiliando a pré-análise dos dados e seu tratamento.

3.2. A ANÁLISE DOS ENCAMINHAMENTOS MAPEADOS

O NASF trabalha na lógica do apoio matricial⁸. Isso pressupõe a organização da clínica e do cuidado em saúde a partir da integração e cooperação entre as equipes responsáveis pelo cuidado de determinado território em um sistema de referência e contrarreferência com compartilhamento de saberes específicos, ampliando conhecimentos e, com isso, aumentando a resolutividade da própria AB (BRASIL, 2018).

No que diz respeito aos encaminhamentos ao NASF de Florianópolis, este é preconizado que ocorra formalmente por meio do sistema Infosaúde, o que sugere erro nos relatórios de desempenho gerenciais do serviço social, pois:

a) este sistema está disposto somente para AB, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e média complexidade, não integrado à alta complexidade e as demais políticas intersetoriais e transversais à saúde (ex: assistência social e educação.);

b) somente profissionais de nível superior da AB podem realizar encaminhamentos formais no sistema Infosaúde. Este encaminhamento se vincula um CID, que não permite

⁸ São exemplos de ações de apoio matricial: discussão de casos, atendimentos compartilhados (NASF e eSF vinculada), atendimentos individuais do profissional do NASF precedida ou seguida de discussão com a eSF, construção conjunta de projetos terapêuticos, ações de educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais e da coletividade, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da saúde, discussão do processo de trabalho das equipes e etc. (BRASIL, 2018).

identificar a real demanda do encaminhado. Além disso, por exemplo, um técnico de enfermagem que realize um acolhimento no CAPS ou mesmo um ACS que integra as demandas entre o território o CS e as eSF, estão excluídos deste processo devendo referenciar para um profissional de nível superior da equipe, o que sugere hierarquização vertical e não horizontalidade, e possivelmente ocorrerá em reuniões de equipe com frequência semanal para equipe básica ao qual o NASF participa uma vez por mês para realizar o matriciamento. As participações mensais do NASF nessas reuniões sugerem distanciamento do cuidado compartilhado e do apoio matricial, uma vez que elencam-se casos para serem matriciados e os demais são repassados. Ressalta-se que uma profissional de serviço social no NASF atende em média 18 eSF e que já ocorre discussões de se reduzir ou extinguir este espaço de troca de saber em favor de ampliar a agenda de atendimento direto ao usuário. A Tabela 1 referencia os encaminhamentos formais realizados ao serviço social no primeiro ano de atuação da residente discriminado por CID.

Tabela 1 - População encaminhada à residente de serviço social do NASF por CID - CS Agrônômica - período de 31/05/2016 à 31/05/2017

CID	DESCRIÇÃO (NINSAUDE, 2018)	QUANTIDADE
Z008	Outros exames gerais	20
Z735	Conflito sobre o papel social, não classificado em outra parte	16
Z60	Problema relacionado com o meio social	11
Z609	Problema não especificado relacionado com o meio social	8
Z608	Outros problemas relacionados com o meio social	6
Z00	Exame geral e investigação de pessoas sem queixas ou diagnóstico relatado	5
Z632	Suporte familiar inadequado	4
R456	Violência física	2
Z63	Outros problemas relacionados com o grupo primário de apoio, inclusive com a situação familiar	2
A167	Tuberculose respiratória primária sem menção de confirmação bacteriológica ou histológica	1
F20	Esquizofrenia	1
F25	Transtornos esquizoafetivos	1
F41	Outros transtornos ansiosos	1
F70	Retardo mental leve	1
G82	Paraplegia e tetraplegia	1
K029	Cárie dentária, sem outra especificação	1
M751	Outras bursites não classificadas em outra parte	1

R452	Tristeza	1
Z000	Exame médico geral	1
Z108	Exame geral de rotina de/outra subpopulação definida	1
Z321	Gravidez confirmada	1
Z554	Má adaptação escolar e dificuldades com professores e colegas	1
Z622	Educação numa instituição	1
Z718	Outros aconselhamentos especificados	1
Z763	Pessoa em boa saúde acompanhando pessoa doente	1
TOTAL		90

Fonte: Elaboração da autora (2017).

A Tabela 1 demonstra os 90 encaminhamentos formais realizados pela eSF do CS Agrônômica do período deste mapeamento.

Ocorre (pela disponibilidade da residente em maior parcela de tempo no CS que um profissional do NASF da mesma categoria), a solicitação de interconsultas e/ou encaminhamentos informais para atendimento imediato de pessoas em critérios de urgência, deste modo, alguns atendimentos mapeados foram classificados como encaminhamento informal (por considerar o primeiro atendimento) e posteriormente ao atendimento obtiveram o encaminhamento formal. Assim considerando os 157 atendimentos mapeados no período, embora tenham ocorrido 90 encaminhamentos formais via o sistema Infosaúde, houveram 76 encaminhamentos categorizados como formais (Gráfico 4).

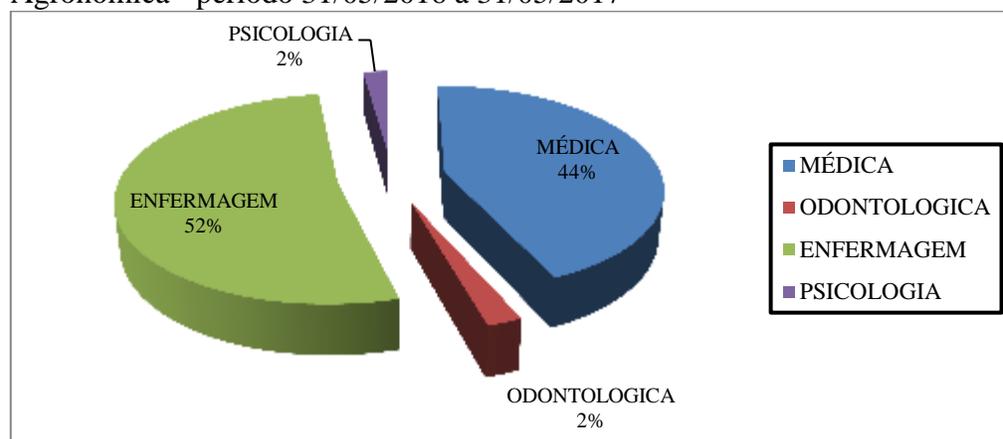
Ao refletirmos em encaminhamentos referenciados, “ressalta-se que o CID, reflete um processo de trabalho centrado em procedimentos, e não na produção de saúde” (SANTOS; LANZA, 2014). Além disso, o serviço social não possui uma formação biomédica, por tanto não é instrumentalizado para o uso deste para dimensionar seu atendimento.

Para compreensão das demandas encaminhadas por CID, realizou-se uma pesquisa do significado atribuído a cada CID, e constatou-se que muitos, não correspondem a uma demanda aparente ao serviço social, ao exemplo dos CIDs: K029 (cárie dentária), Z00 (exame geral e investigação de pessoas sem queixas ou diagnóstico relatado), Z000 (exame médico geral), Z008 (outros exames gerais), Z108 (Exame geral de rotina de/outra subpopulação definida). Se tratando dos CIDs R456, os mesmo foram devidamente notificados ao Sistema de Informações Notificações e Agravos (SINAN), bem como as eSF foram instrumentalizadas para realizarem as

notificações de suspeita de violência (que são compulsórias) independentemente da presença de um profissional de serviço social.

No Gráfico 1 encontra-se a distribuição dos encaminhamentos mapeados de acordo com a categoria profissional que o realizou.

Gráfico 1. Resumo de encaminhamentos ao serviço social NASF por categoria profissional no CS Agrônômica - período 31/05/2016 à 31/05/2017

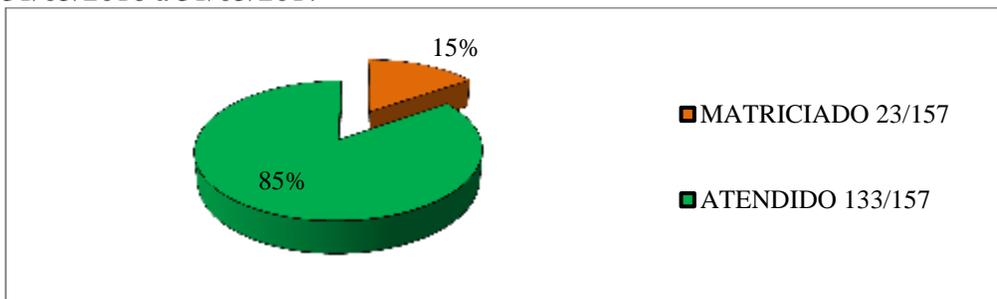


Fonte: Elaboração da autora com base no relatório de resumo de encaminhamentos de especialidade serviço social do sistema Infosaúde da SMS de Florianópolis, no dia de 30/01/2018.

Constata-se que 98% dos encaminhamentos formais realizados pela AB são oriundos da eSF, sendo a maioria deles (52%) realizados pela categoria de enfermeiros. Pode-se aferir que existem situações em que o NASF também realiza encaminhamentos, como é o caso da psicologia, assim como o primeiro tensionamento observado e já mencionado, a ausência de encaminhamentos de ACS, técnicos (as) de enfermagem e auxiliar de saúde bucal que também realizam escuta qualificada, compõem a eSF e não possuem acesso ao sistema de encaminhamento formal.

Consideraremos a partir desta, o mapeamento realizado pela autora que contemplou a totalidade de pessoas encaminhadas (157) no período de 31/05/2016 a 31/05/2017 de seu primeiro ano de atuação no NASF. Observa-se no Gráfico 2 que 85% dos encaminhamentos receberam status de atendidos e 15% foram matriciados sem necessidade de atendimento individualizado. Além disso, mensura-se que 5% dos encaminhamentos atendidos, necessitaram permanecer sendo acompanhados após primeira intervenção da profissional, exigindo retorno em consulta e/ou visita domiciliar.

Gráfico 2. Status dos 157 encaminhamentos ao serviço social NASF no CS Agrônômica - período 31/05/2016 à 31/05/2017



Fonte: Elaboração da autora com base na coleta de dados em Florianópolis, no dia de 30/01/2018.

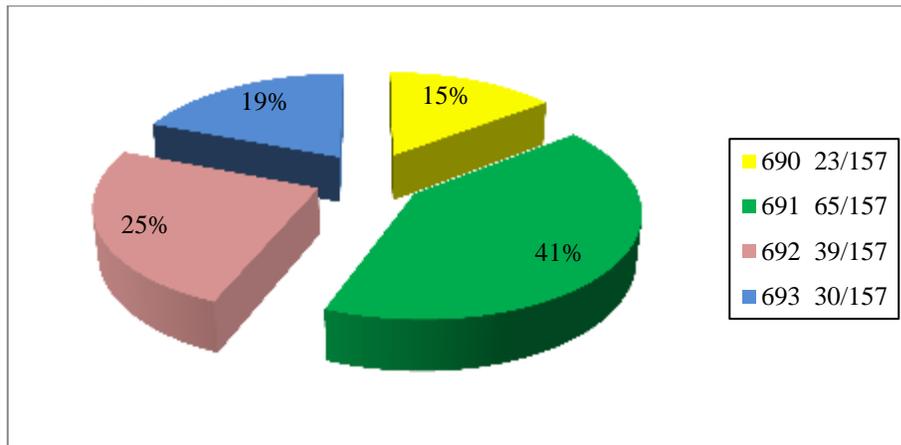
Para Campos (1999) as equipes de referência com apoio especializado, são uma maneira a enriquecer as possibilidades de composição dos projetos terapêuticos individuais por meio de sua composição interdisciplinar, assim além de não diluir a responsabilidade sobre os casos e criar percursos intermináveis de encaminhamento se estimula e promove distintas qualidades de vínculo e resultados, se tornando uma potencialidade da AB.

O Gráfico 2 remete à importância da estratégia de apoio matricial, ao aferimos que 15% dos encaminhamentos realizados ao serviço social NASF no período foram sanados a partir da instrumentalização da eSF, sem necessidade de consulta individual. Considerando o tempo destinado à consulta deste profissional na AB de até uma hora, o apoio matricial resultou em ampliação de até 23 horas deste profissional para outras demandas, sem considerar o índice de faltas em consulta que no caso do período desta coleta foi apurado em 13%. Esse dado amplia a disponibilidade de acesso em consulta com este profissional de no mínimo 15%, se consideramos a produtividade expressa neste mapeamento.

Ponderando sobre as faltas em consultas agendadas (13% no período), pôde-se perceber que estas ausências ocorrem, em sua maioria, pelo gênero feminino, em mulheres mães. Percebe-se dentre seus relatos mais frequentes, o de oportunidade de trabalho informal no horário de consulta agendada, o que é priorizado por essas mulheres vulneradas. Estes relatos nos fazem refletir a inserção da mulher na divisão social do trabalho na condição de informalidade, uma vez que historicamente a mulher é a principal responsável pela dependência das crianças e de seus cuidados; refletindo a ausência de políticas públicas voltadas a este segmento, que associada à situação de baixa escolaridade amplia sua situação de vulnerabilidade que, por conseguinte alastram as barreiras para uma inserção no mercado formal do trabalho.

O território de abrangência do CS Agrônômica conta com 18 microáreas sendo 14 microáreas de interesse social, as quais atualmente 06 correspondem à área da eSF 691; três correspondem a eSF 692, três correspondem a eSF 690 e duas correspondem a eSF 693 (que passou a atender uma microárea da 691 após a redivisão de áreas). Ao cruzar estes dados com as demandas mapeadas pela residente, verifica-se que, não por acaso, territórios com maiores áreas de interesse social demandam mais apoio matricial do serviço social no NASF. No Gráfico 3, a eSF da área 691, realizou 41% dos encaminhamentos totais atendidos pela residente, seguido da área 692 com 25%, 693 com 19% e por fim 690 com 15%.

Gráfico 3. eSF que realizou o encaminhamento ao Serviço Social NASF no período de 31/05/2016 à 31/05/2017



Fonte: Elaboração da autora com base na coleta de dados em Florianópolis, no dia de 30/01/2018.

Durante o processo de territorialização, foi possível elaborar um diagnóstico do território identificando suas potencialidades e desafios. Com base neste processo, identificou-se uma possível inequidade na divisão de áreas onde uma das eSF dispunha em seu território de 100% de áreas de interesse social, compreendendo seis das 14 microáreas de interesse social de toda abrangência do CS, o que resultará em iniquidade de acesso à saúde a sua população adstrita e sobrecarrega da equipe em ações curativas. Se tratando das demandas do serviço social, foi possível identificar que esta era superior à das demais equipes de saúde juntas. Este reconhecimento possibilitou um diálogo entre a AB e a gestão em saúde do município, resultando na re-divisão de áreas no CS.

A Portaria nº 2.355 de 10 de outubro de 2013 do MS, que discute a cobertura da eSF, recomenda que o número de pessoas por equipe respeite o grau de vulnerabilidade do território e

considera que “cada equipe de saúde da família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000, respeitando critérios de equidade para essa definição e que para áreas mais vulneráveis é necessário que as equipes se responsabilizem pelo cuidado de uma população ainda menor que o recomendado, aproximando de 2.000 pessoas por equipe”. Assim, considerando-se a vulneração do território do CS Agrônômica, conclui-se que todas as eSF ultrapassam a população recomendada (conforme apresentado no Quadro 1) e por consequência demandaria atuação mais presente do serviço social.

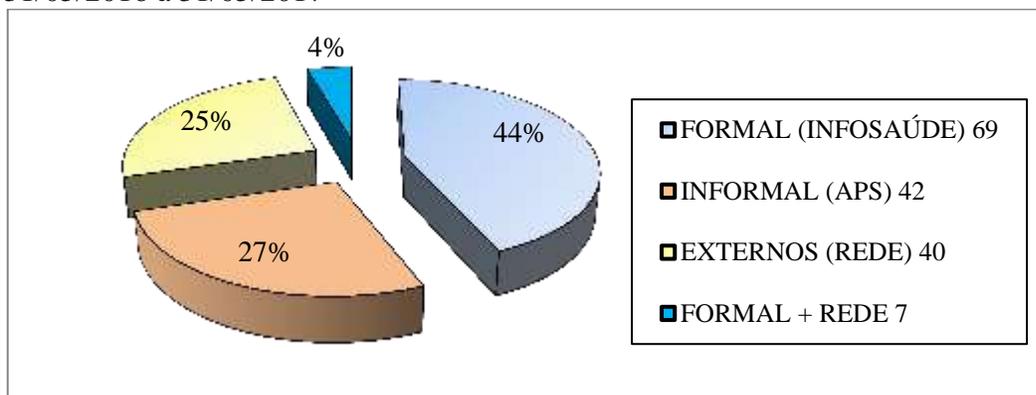
A demanda de assistentes sociais na saúde foi pauta da 1ª Conferência Municipal de Saúde da Mulher (2017, p.24) que teve como tema “Saúde das Mulheres: desafios para a integralidade com equidade”. No evento foi elencando, enquanto proposta final para conferência estadual do eixo III - vulnerabilidades e equidade na vida e na saúde das mulheres, a redação que visa “garantir que, em centros de saúde que contemplem em seu território áreas de interesse social, possuam o profissional de serviço social e psicologia na equipe de saúde da família, como parte da equipe ampliada.”. No evento a autora, em representação da REMULTISF foi eleita delegada na representação das mulheres usuárias do SUS para levar as demandas e discutir as propostas elencadas na conferência municipal para à conferência estadual e obteve aprovação da seguinte moção:

Moção nº 1 Tipo: Apelo. Destinatário: Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. Solicitamos à garantia que, em Centros de Saúde, que contemplem em seu território áreas de interesse social, possuam o profissional de Serviço Social e Psicologia na equipe de Saúde da Família constituindo esta como equipe ampliada. Na atualidade, em nosso município, esses profissionais fazem parte do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) atendendo em média 9 (nove) Centros de Saúde. Em áreas de interesse social a violência gerada, tanto pelo reflexo de nossa sociedade machista e/ou desdobramentos da questão social (vulnerabilidade social e econômica, exploração do trabalho e ausência de equipamentos sociais estatais), geram nas mulheres maior sofrimento psíquico e, portanto, demandam ações de mobilização coletiva, empoderamento e proteção social (CONFERÊNCIA DE SAÚDE DAS MULHERES DE FLORIANÓPOLIS, 2017, p. 26).

A dinâmica do processo de trabalho do serviço social no NASF se difere dos demais profissionais por seu reconhecido papel de atuação em redes de apoio intersetorial, preconizados na CSAPS de Florianópolis e na Política Municipal de APS. Deste modo, as possibilidades de encaminhamentos possíveis extrapolam as barreiras formais desenhadas pelo sistema de informação. Ao mesmo tempo em que é sabido e necessário que este (a) atue de forma

intersetorial, as barreiras institucionais cada vez mais limitam os espaços coletivos de discussão do serviço social, priorizando atendimentos individualizados e delegando a eSF superiores ao indicado e com populações superiores às recomendadas pelo MS. O Gráfico 4 indica a origem dos encaminhamentos mapeados.

Gráfico 4. Origem dos 157 encaminhamentos atendidos pelo serviço social NASF no período de 31/05/2016 à 31/05/2017



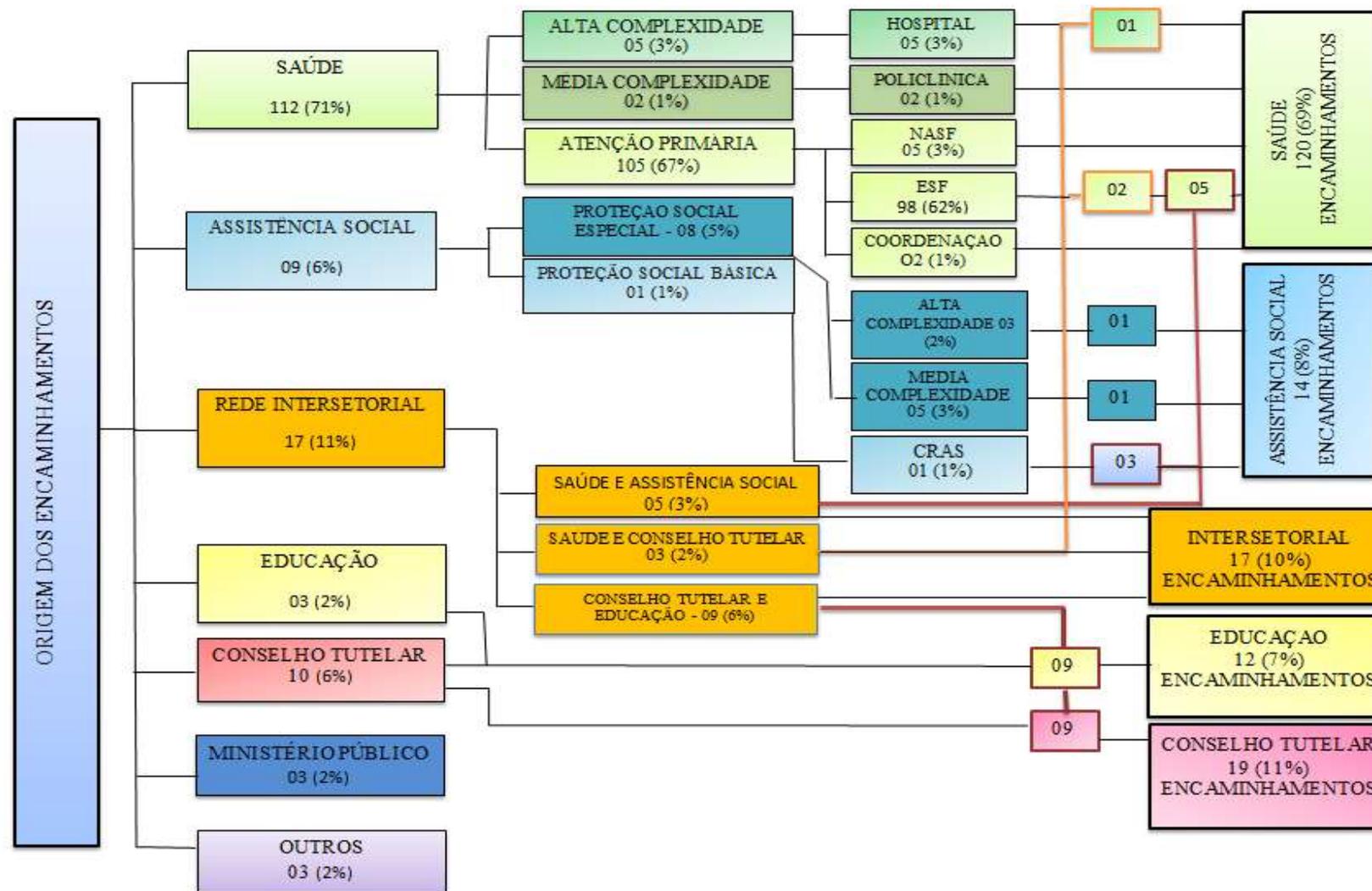
Fonte: Elaboração da autora com base na coleta de dados em Florianópolis, no dia de 30/01/2018.

O Gráfico 4 aponta que 52% dos encaminhamentos mapeados são informais (51% destes da própria eSF e 49% externos). Dentre os 48% dos encaminhamentos formais, 98% foi realizado pela eSF e 2% pelo NASF.

Foi possível perceber que a compreensão das equipes pelo papel do serviço social na saúde se amplia com a proximidade do profissional com carga horária adequada no CS e por consequência, maior participação em reuniões de equipe. Compreende-se a construção histórica do serviço social enquanto uma profissão que norteia a luta e defesa de direitos sociais, tendo seu projeto ético-político voltado à perspectiva da emancipação humana, defesa da classe trabalhadora e busca de uma sociedade igualitária; e pela desconstrução de uma visão assistencialista da profissão com atuação focalizada na pobreza e miséria.

Para melhor compreensão da origem dos encaminhamentos realizados ao serviço social NASF no período de 31/05/2016 a 31/05/2017 por política (s), órgão (s) e/ou instituição com seu nível de complexidade e/ou nível de proteção social, estes foram mapeados e desenhados sob formato de fluxograma conforme segue.

Fluxograma 1. Mapeamento dos 157 encaminhamentos realizados ao serviço social NASF no período de 31/05/2016 a 31/05/2017 no CS Agrônômica por política (s), órgão (s) e/ou instituição com seu nível de complexidade e/ou nível de proteção social.



Fonte: Elaboração da autora com base na coleta de dados em Florianópolis, no dia de 02/02/2018.

Percebe-se que inicialmente, a saúde é a política que mais encaminha ao serviço social NASF (71%), sendo 67% dos encaminhamentos totais destes realizados pelas eSF, conforme proposta de apoio matricial preconizada (embora somente 48% dos encaminhamentos ocorreram formalmente). Os encaminhamentos realizados pela rede elencam os demais 29% da totalidade dos encaminhamentos que no caso da coleta foram oriundos: 17% das reuniões intersetoriais aos quais a profissional mobilizou com frequência mensal (no período exposto), seguido de 6% de encaminhamentos da política de assistência social 5% oriundas da proteção especial e 1% da proteção básica, o que pode sugerir pouca articulação entre a porta de entrada do serviço social no Sistema Único de Assistência Social (SUAS) que atua com ênfase no fortalecimento de vínculos societários, demonstrando maior articulação em rede em situações de violências e rompimento de vínculos atendidos pela alta e média complexidade do SUAS.

Ocorre ainda neste primeiro ano de atuação, uma interlocução com a política de educação facilitada pelo diálogo com o CT, onde o serviço social buscou atuar enquanto elo da eSF com as escolas. Isso possibilitou a instrumentalização das escolas do território quanto ao sistema de acesso facilitado do CS Agrônômica por meio do acolhimento e ainda, em casos específicos, foram disponibilizados agendamentos prioritários em uma compreensão de acesso ampliando na garantia do direito da criança e do adolescente (prioridade absoluta, conforme seu estatuto) em busca de inviabilizar situações de risco dentro das possibilidades de cada eSF. Além disso, estes espaços de atuação intersetoriais no território permitiram a execução de uma extensa agenda de atividades de educação em saúde em escolas, contratuais escolares e média complexidade do SUAS, melhores descritas na seção III deste trabalho.

No que se refere aos encaminhamentos oriundos do MP, este pouco tem espaço de diálogo e se manifesta em judicialização da saúde e/ou “pedidos” de relatórios sociais de famílias vulneradas para julgamento de denúncias de negligência, entre outros. Faz-se importante ressaltar que o papel do serviço social não perpassa em ampliar a responsabilização das famílias por parte do Estado, sendo necessário compreender que os impactos de determinações estruturais acentuam a questão social e fragilizam as classes “subalternas”, carentes de garantia de direitos e bem-estar. Sendo assim, deve-se atentar ao papel do serviço social de promovedor de acesso á direitos.

Ao final do Fluxograma 1, elucidando a “riqueza” de se matriciar casos em rede, afere-se que a pessoa pode ter sido referenciada por duas políticas ao mesmo tempo, o que pode reduzir a

fragmentação do atendimento das pessoas em políticas distintas concomitantemente, deste modo, ao final do fluxo, o percentual de encaminhamentos realizados pela rede (referenciados e contrarreferenciados) passou a ser de 31% resultando em uma atenção integral ao cidadão.

3.2.1 A DEMANDA DO ENCAMINHADOR

De acordo com o sistema de encaminhamento formal, baseado no CID, uma estratégia das eSFs é fazer uso do campo de observação para detalhar o motivo do acompanhamento. Para ilustrar qualitativamente os encaminhamentos, extraíram-se algumas observações de encaminhamentos com seu CID correspondente:

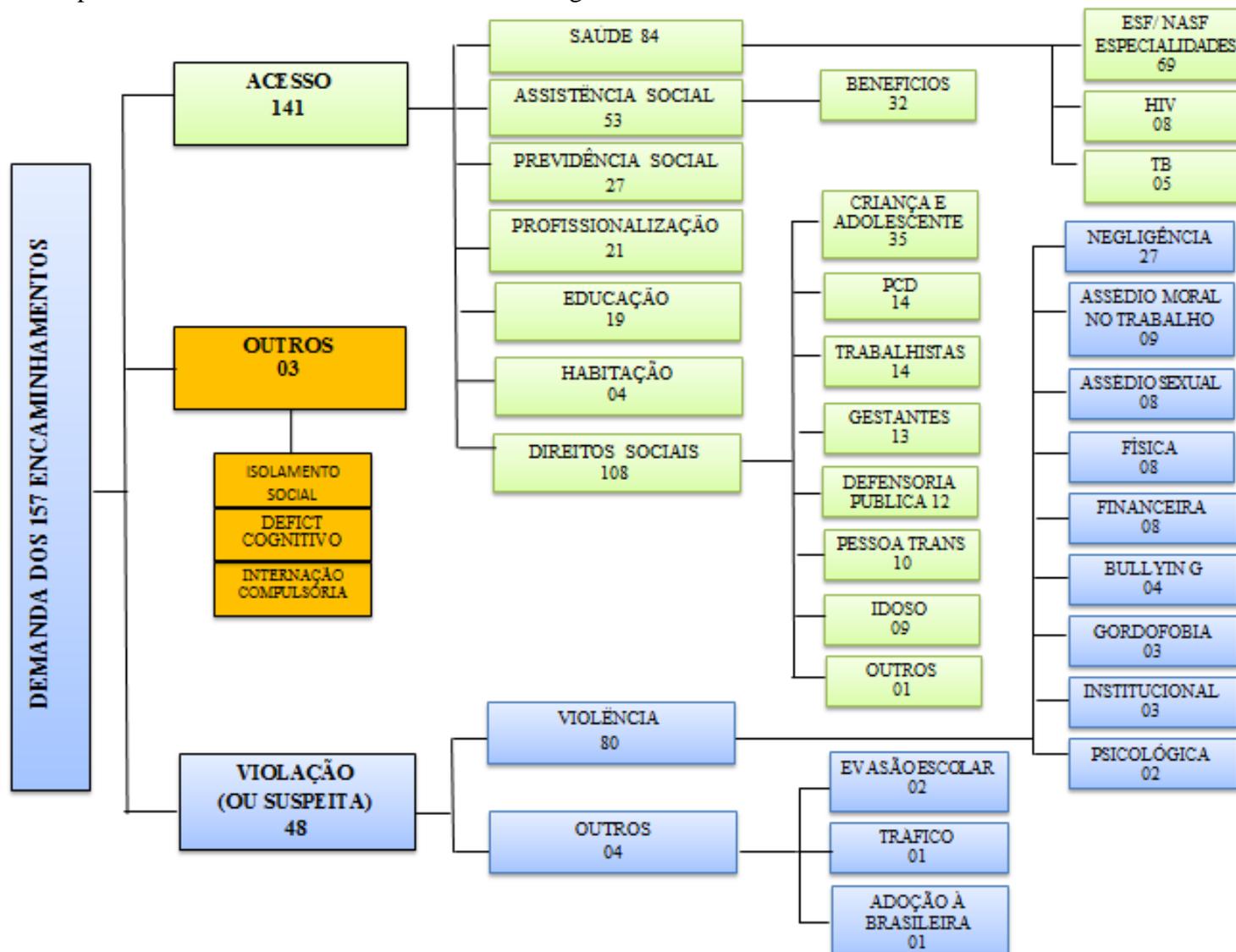
- a) “Cesta básica” – CID Z321 (gravidez confirmada).
- b) “Haitiano há 1 ano no Brasil, trabalhando em restaurante horário noturno com carga horária de mais de 10h por turno, sem direito de intervalos de descanso. Necessita de orientação sobre seus direitos trabalhista” – CID Z608 (problema não especificado relacionado com o meio social).
- c) “Gestante com dificuldade financeira” – CID Z008 (outros exames gerais).
- d) “Paciente 64 anos, DM2 descompensado, vulnerabilidade social extrema, baixa adesão aos tratamentos. Solicito avaliação quanto a possíveis benefícios sociais e também em relação à dinâmica familiar para o cuidado com a idosa” – CID Z60 (problema relacionado com o meio social).

Foi possível perceber que na medida em que o serviço social participa das reuniões de equipe e matriciamento, ocorre à ampliação da formalidade dos encaminhamentos por parte das eSF e ainda, este se torna mais qualificado, em uma visão de discussão de caso compartilhado. Deste modo, os encaminhamentos antes repletos de medidas assistenciais (ao exemplo do acesso ao benefício eventual), dão lugar à construção de projetos terapêuticos e processos dialógicos com mais riqueza da dinâmica social dos sujeitos.

3.2.2 A DEMANDA DO SUJEITO

Considerando a importância em se mensurar a demanda do sujeito encaminhado, acima da interpretação do (a) profissional de saúde que realizou sua escuta e, por conseguinte seu encaminhamento, segue o Fluxograma 2.

Fluxograma 2. Mapeamento das 157 demandas de atendimentos e/ou matriciamentos realizados pela residente de serviço social no NASF no período de 31/05/2016 à 31/05/2017 no CS Agrônômica



Fonte: Elaboração da autora com base na coleta de dados em Florianópolis, no dia de 02/02/2018.

Dentre o censo dos 157 atendimentos e/ou matriciamentos, categorizasse-a 141 demandas por acesso à orientação de direitos sociais, 48 demandas de violação de direitos (e/ou suspeita) e três na categoria outros. Percebe-se que uma mesma pessoa pode ter demandas nas duas categorias (acesso e violação) como ocorreram em 35 atendimentos e que suas demandas nessas categorias podem ser múltiplas, elucidadas nas subcategorias do Fluxograma 2 que são:

a) Categoria “Acesso” – 141 demandas (73%)

a. A categoria “Acesso” foi categorizada em três subcategorias que por sua vez, originaram 316 demandas: i) “Direitos Sociais” com 108 demandas (34%); ii) “Políticas Sociais” com 187 demandas (59%) e iii) “Profissionalização” (7%).

i. A subcategoria “Direitos Sociais” foi desmembrada em: direito da criança e do adolescente (32% dos encaminhamentos desta subcategoria), direito trabalhista (13%), direito da pessoa com deficiência (13%), direito da gestante (12%), direito à defensoria pública (11%), direito da pessoa transexual (9%), direito da pessoa idosa (8%), direito da pessoa em situação de rua (2%) e com 1% de representatividade respectivamente as demandas de direito da pessoa imigrante, da mulher em situação de violência e da pessoa restrita de liberdade.

ii. A subcategoria “Políticas Sociais” foi desmembrada em: de saúde (45% dos encaminhamentos desta subcategoria), assistência social (28%) – sendo que 60% destes dizem respeito a acesso a benefícios sociais e/ou eventuais, previdência social (14%), educação (10%), e habitação (2%).

iii. A subcategoria “Profissionalização” dispõe de 21 encaminhamentos.

Ressalta-se que à medida que se amplia o acesso ao direito, amplia-se a inclusão, o pertencimento e o empoderamento; ao mesmo tempo e se abre possibilidades de inviabilizar situações de risco e violência (considerando os limites estruturais da organização desigual de nossa sociedade).

b) Categoria “Violência ou suspeita de” – 48 encaminhamentos (25%), elucidando que das 157 pessoas mapeadas, 31% estavam em situação de risco ou em situação de sofrimento, ou seja, revela que em média a cada três encaminhamentos atendidos ou

matriciados pela residente de serviço social, um se tratou de pessoa em situação de violação de direitos com demanda média de dois direitos violados, subcategorizados abaixo:

- a. A categoria “Violência ou suspeita de” foi categorizada em duas subcategorias que por sua vez, originaram 84 demandas: i) “violência” com 80 demandas (95%) e ii) “outros” com quatro demandas (5%).
 - i. A subcategoria “Violência” foi desmembrada em: Negligência (34%), assédio moral no trabalho (11%), assédio sexual (10%), violência física (10%), violência financeira (10%), bullying (5%), gordofobia (4%), violência institucional (4%), violência psicológica (2%).
 - ii. A subcategoria “outros” foi desmembrada em: evasão escolar (50%), tráfico de drogas (25%) e adoção à brasileira (25%).

Segundo Krenkel e Moré (2014), a violência deve ser entendida como um processo interacional e não como uma construção individual, isso significa que o fenômeno da violência envolve uma trama de relações em que todos os integrantes estão envolvidos e se afetando mutuamente. A violência se expressa em diferentes aspectos nas diferentes dimensões da vida social e engloba questões históricas, culturais, econômicas, ambientais, entre/outras. Neste sentido, o conceito de família é abordado sob a ótica sistêmica com destaque para a configuração e organização de um grupo que compartilha vivências e regras sociais que determinam o papel de cada um dos seus componentes. A família pode ser pensada como um sistema de proteção social e está na centralidade das políticas sociais brasileiras, como por exemplo, assistência social e saúde.

Em um recorte da violência por gênero e gerações, Krenkel e Moré (2014) revelam que as mulheres que vivem em situação de violência muitas vezes procuram os serviços de saúde, mesmo que não revelem a situação de risco.

Os autores Krenkel e Moré (2014) refletem sobre a violência nos ciclos de vida e afirmam que nem sempre as crianças e adolescentes chegam aos serviços de saúde/ou escola apresentando sinais visíveis de violência, uma vez que a violência pode estar presente por meio de marcas invisíveis, resultado da violência sexual, psicológica ou de negligência; mas reconhecem que se tratando de violência contra o idoso, os profissionais de saúde, na maioria das

vezes, são as únicas pessoas que têm acesso às situações nas consultas médicas ou durante as visitas domiciliares conduzidas pelas eSF.

Neste sentido, os fenômenos sociais também se apresentam de maneira multifacetada, sendo a violência em suas diversas formas um fator que influencia diretamente nas condições de saúde e qualidade de vida das pessoas. O enfrentamento à violência inclui ações de prevenção, garantias de direitos e responsabilização, ou seja, inclui o entendimento desse fenômeno complexo e a articulação entre profissionais, equipamentos sociais e usuários dos serviços. Portanto, a intervenção junto a situações de violência exige uma aproximação do tema e instrumentalização profissional.

A educação continuada (que pode ser fomentada pelo apoio matricial nos espaços de reuniões de equipe) é um meio de instrumentalizar os profissionais para uma aproximação com temas transversais e complexos, como a violência, fundamental para uma intervenção que compreenda a realidade, permeada pelos dilemas humanos a partir dos seguintes pressupostos: acreditar na família, na importância da rede, da escuta profissional e compreender que um saber não cobre o fenômeno da violência como um todo.

Diante do reconhecimento da complexidade da temática da violência familiar, torna-se necessário desenvolver uma posição de humildade profissional com relação aos nossos saberes e acolhê-los sob a perspectiva de uma construção conjunta, para poder refletir e agir nos contextos de violência. Isto seria o cerne para o desenvolvimento da postura interdisciplinar e do trabalho ancorado na perspectiva de uma clínica ampliada, no sentido da conjugação de diferentes saberes e práticas para o melhor acolhimento da família (MORE; KRENKEL, 2014, p. 57).

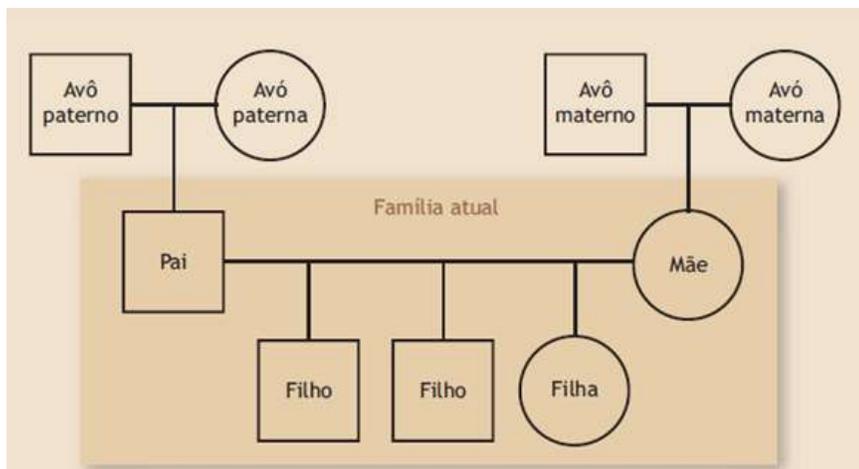
Diante dos referenciais teóricos já expostos, que norteiam o serviço social no âmbito da política de saúde, no NASF e na carteira de serviços da AB de Florianópolis, reforço que minha ação profissional se deu através de um trabalho multidisciplinar e intersetorial na perspectiva da clínica ampliada compartilhada⁹ compreendendo o sujeito atendido como detentor do direito à saúde em seu conceito ampliado, com objetivo de ofertar, de forma integral, condições de saúde para essas famílias, sendo abordados sempre que possível nos atendimentos quatro eixos prioritários: educação; moradia; cidadania, profissionalização e renda, tendo em vista a emancipação, fortalecimento de vínculos, garantia de direitos, bem-estar e acesso, o que propicia

⁹ A clínica ampliada aborda uma metodologia organizacional que combine a padronização de condutas diagnósticas e terapêuticas com a necessidade e a possibilidade de adaptação dessas regras gerais às inevitáveis variações presentes em cada caso para que toda a equipe se responsabilize pelo processo do cuidado (CAMPOS; AMARAL, 2007).

a construção de um projeto terapêutico do sujeito, sendo os profissionais de saúde facilitadores deste processo e reforçando a responsabilização compartilhada, qualificando e complementando a eSF conforme o NASF é preconizado (BRASIL, 2008).

Destacamos que devido a limitações do desenho do sistema de informações da saúde em que se realizam as evoluções dos atendimentos realizados, o diário de campo se reforça enquanto um importante instrumento de registro do serviço social ao qual se associam outros instrumentos que favorecem a compreensão e os matriciamentos em saúde, ao exemplo do genograma. Em resumo, o genograma é um gráfico que descreve, através de símbolos, os membros da família e os tipos de relacionamento, que permite a identificação de características familiares transmitidas de uma geração para a outra e possibilita focalizar e estudar diversos fenômenos humanos através da perspectiva intergeracional (MORÉ; KRENKEL, 2014).

Figura 8 – Exemplo de genograma básico de duas gerações



Fonte: Moré e Krenkel (2014, p.70).

Evidente que, com a grande demanda e dinâmica de atendimentos e registros vivenciados no SUS e o tempo disponibilizado para estes, o uso do genograma foi priorizado em visitas domiciliares e atendimentos de casos mais complexos que exigiriam matriciamento posterior.

A partir das abordagens e instrumentos descritos e dos dados obtidos a partir de registros profissionais em observação participante em diário de campo aliados a informações socioeconômicas extraídas de documentos gerados pelo encaminhamento formal, traçaremos o

perfil socioeconômico dessas pessoas encaminhadas, para associá-las as demandas evidenciadas a partir das informações disponíveis, identificando a cada subitem a amostragem extraída dos atendimentos mapeados, já suficientes para continuidade de análise qualitativa dos resultados obtidos.

3.3 O PERFIL SOCIOECONÔMICO DO SUJEITO ENCAMINHADO

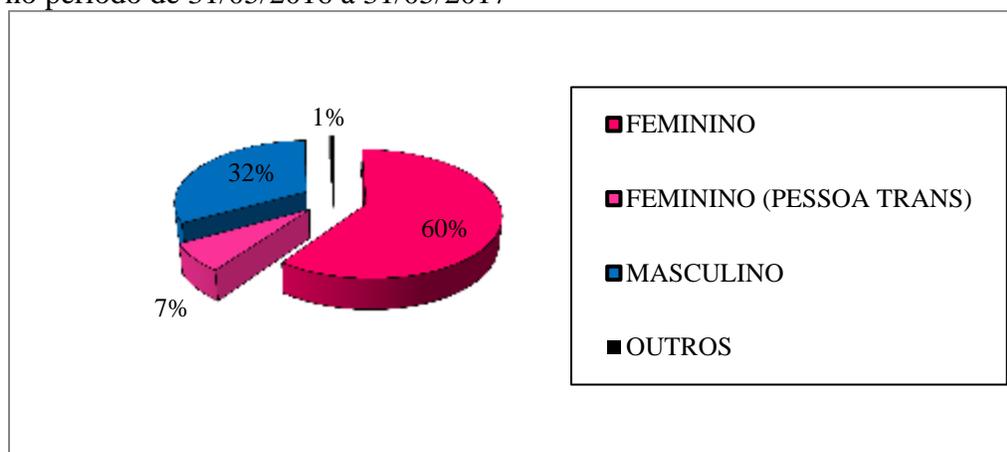
A avaliação socioeconômica tem por objetivo ser um meio que possibilite mobilização dos sujeitos para garantia de direitos, promovendo acesso. Ou seja, deve-se evitar o uso deste enquanto seletividade estrutural e/ou focalização de ações. Deste modo, a construção do perfil socioeconômico dos usuários evidenciam condições determinantes e condicionantes de saúde e visam formular estratégias de intervenção por meio de análises da situação socioeconômica (habitação, trabalhista e previdenciária) e familiar dos usuários, subsidiando o cuidado compartilhado da AB e fazendo parte das principais ações desenvolvidas pelo serviço social segundo os parâmetros para atuação de assistentes sociais na saúde (CFESS, 2010).

O CFESS (2010, p.39), elucidando os determinantes em saúde e seu conceito ampliado, recorda que:

O conceito de saúde contido na Constituição Federal de 1988 e na Lei nº 8.080/1990 ressalta as expressões da questão social, ao apontar que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de/outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (CF, 1988, artigo 196) e indica como fatores determinantes e condicionantes da saúde, “entre/outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País” (Lei nº 8.080/1990, artigo 3º).

Muitas vezes, a situação de vulnerabilidade social aliada aos determinantes de saúde, não possibilitam a elevação da qualidade de vida, sendo assim reforça-se a necessidade da atenção integral da saúde articulado ao trabalho em rede com demais instâncias de proteção (ao exemplo do SUAS). Se tratando de desigualdades estruturais, Miotto (2010, p.168) refere que “tais desigualdades vinculam-se a três eixos fundamentais: classe, gênero e etnia”. Considerando o gênero das pessoas encaminhadas, no Gráfico 5 evidenciamos que 67% são mulheres – grupo humano vulnerado - sendo 7% destas, mulheres transexuais.

Gráfico 5. Gênero dos 157 encaminhamentos atendidos pela residente de serviço social no NASF no período de 31/05/2016 à 31/05/2017



Fonte: Elaboração da autora com base no relatório de resumo de encaminhamentos de especialidade serviço social do sistema Infosaúde da SMS de Florianópolis, no dia de 30/01/2018.

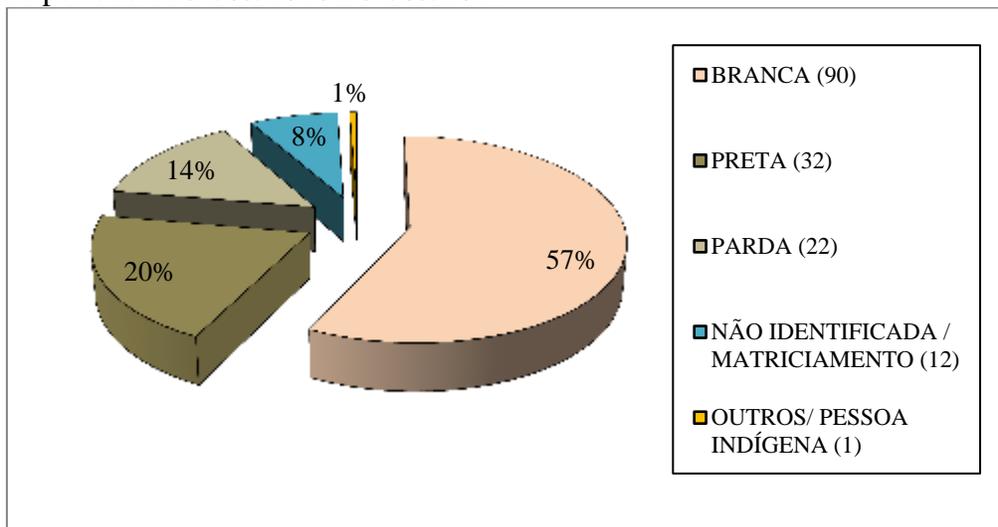
A intenção de separar graficamente o gênero feminino ao da mulher transexual não é a de estigmatizar estas mulheres e sim, destacar este dado, uma vez que estas sofrem historicamente mais desigualdades de gênero. Neste sentido, as questões de gênero que perpassam a transexualidade estão diretamente relacionadas à desigualdade social, uma vez que esta é tratada com preconceito por algumas pessoas, o que ocasiona situações de violências, discriminação e exclusão social. Pessoas transexuais enfrentam mais dificuldades em exercer direitos fundamentais como, por exemplo, o uso do nome social e o acesso à educação, saúde e trabalho.

Além da desigualdade de gênero, as mulheres recebem menores salários e vivem mais¹⁰, porém “em contraposição, os benefícios da previdência social ainda não alcançam mulheres na mesma proporção que homens por que refletem a participação das pessoas no mercado de trabalho, no qual a maior parte das mulheres mais velhas não estava inserida” (BRASIL, 2013, p.92). Recordemos ainda, um em cada três encaminhamentos, ocorreram por situação de risco e/ou violência.

¹⁰ Com exceção da mulher transexual que tem uma expectativa de vida de 35 anos, metade da média nacional (BRASIL, 2017).

Ao considerarmos a diversidade¹¹ (cor e etnia) das pessoas encaminhadas, observou-se no Gráfico 6 que 57% dos referenciados são de cor branca, 20% preta, 14% parda, 8% não foram identificadas, pois ocorreu o matriciamento do caso e uma pessoa (1%) é de origem indígena.

Gráfico 6. Diversidade das 157 pessoas encaminhadas à residente de serviço social no NASF no período de 31/05/2016 à 31/05/2017



Fonte: Elaboração da autora com base no relatório de resumo de encaminhamentos de especialidade serviço social do sistema Infosaúde da SMS de Florianópolis e registros em diário de campo, no dia de 04/02/2018.

Ao associar a cor com a nacionalidade, afere-se que 87% das pessoas encaminhadas, são brasileiras, já 63% das pessoas de cor preta são haitianas (20 pessoas).

A migração é uma temática cada vez mais discutida no acesso à saúde de Florianópolis, isso se dá pelo elevado número de pessoas que estão migrando ao município com a expectativa de melhora na qualidade de vida. O tema gerou abertura de um Grupo de Trabalho (GT) na saúde, ao qual a autora pode acompanhar, além de gerar uma oficina de saúde do imigrante, como metodologia para sensibilizar os CS que mais recebem esta população. Para a oficina, foram escolhidos ACS de referência para atenção da população migrante, profissionais das eSF e imigrantes deste CS. Durante o evento, estes puderam ouvir relatos como o de uma pessoa migrante do Haiti do território¹² do CS Agrônômica, um relato por sua escolha pelo Brasil: “quando me falaram do Brasil, disseram que aqui tinha trabalho e que eu ganharia um salário de

¹¹ A escolha da autora pelo termo diversidade para caracterização do indivíduo por cor/etnia, se expressa por não associar necessariamente estes a uma ideologia.

¹² O nome será preservado por questões éticas.

\$100,00 por dia, eu nem sabia que a moeda aqui era o Real. Somos um povo que gosta de futebol e tudo que sabíamos era que era um lugar bom [...] lá (no Haiti) não tem emprego, a saúde pública não funciona e minha família precisou vender o que tinha para eu vir”.

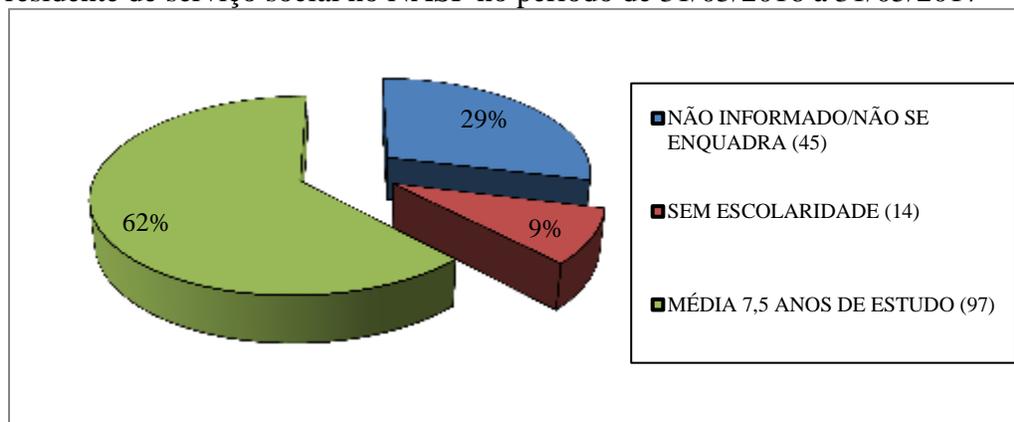
De acordo com dados sistematizados pelo GT migrantes da saúde, a AB atende pessoas de 129 nacionalidades em seus CS, sendo a maioria oriunda da Argentina, República do Haiti e Uruguai. O CS Agrônômica está em 5º lugar entre os que mais recebem a população migrante, 7% do total da população haitiana deste CS foi atendida pela residente de serviço social NASF em seu primeiro ano de atuação. Identificando grupos de apoio a esta população, dispomos do Grupo de Apoio a Imigrantes e Refugiados em Florianópolis e região (GAIRF) pelo endereço eletrônico: <https://imigrafloripa.wordpress.com/portal-do-migrante/> e um documento com referência à Organização Não Governamental (ONG) Pastoral do Imigrante foi desenvolvido pelo serviço social do NASF e socializado com a rede de saúde, além de integrar a instituição ao GT¹³.

Em referência aos migrantes da República do Haiti, percebe-se nos homens escolaridade mais elevada que as mulheres. Muitos possuem nível superior, porém o processo de validação de diploma no Brasil é oneroso e a valorização profissional do imigrante é precária. A estrutura familiar do Haiti tem por base o patriarcado e por conta disso, as relações familiares tendem a serem machistas. No Brasil embora ocorra expressiva exploração da mão de obra imigrante e situações de assédio moral no trabalho, estes referem ter mais oportunidades de emprego e renda, além de proteção social básica. O trabalho do serviço social com este segmento no CS Agrônômica é quase sempre voltado à salientar as Consolidações das Leis Trabalhistas (CLT), realizar escutas de assédio moral e orientações de denúncia e diálogos que possibilitem formação de rede de apoio para emancipação das mulheres haitianas no município.

Se tratando da escolaridade das pessoas encaminhadas, 62% possuíam em média 7,5 anos de estudo, 9% não possuíam escolaridade e 29% não foram informadas ou não se enquadravam por serem crianças sem idade escolar.

¹³ O GT imigrante é composto por profissionais da AB que discutem equidade no acesso da população migrante de Florianópolis desde 2016. Estes iniciaram o GT compartilhando documentos e informações que facilitasse o atendimento da população imigrante nos CS da rede e posteriormente, após levantamento de rede de apoio para imigrantes, se articularam com outros grupos de discussões em andamento município. Ocorreu por parte do GT saúde o mapeamento da distribuições desta população nos CS de Florianópolis, a socialização do contexto migratório, apreensão aspectos socioculturais desta população e a oferta de oficina de sensibilização para os CS com maior incidência de atendimentos a essa população.

Gráfico 7. Escolaridade em anos de estudo autodeclaradas das 157 pessoas encaminhadas à residente de serviço social no NASF no período de 31/05/2016 à 31/05/2017



Fonte: Elaboração da autora com base no relatório de resumo de encaminhamentos de especialidade serviço social do sistema Infosaúde da SMS de Florianópolis e registros em diário de campo, no dia de 04/02/2018.

Ao considerar, no Gráfico 7, as pessoas que declararam sua escolaridade, a média de anos de estudo não atinge o ensino fundamental completo que atualmente é obrigatória entre crianças de 06 a 14 anos e conta com nove anos de estudo. Esse dado atribui mais um indicador de população vulnerada. Para o IBGE (2013), a multidimensionalidade da desigualdade leva, por sua vez, a premência de implementação de ações e políticas públicas que ampliem o acesso a áreas igualmente importantes na análise das condições de vida e bem-estar, muitas dessas refletidas nos indicadores, relacionados a moradia; níveis de escolaridade e correção do fluxo escolar; incidência de doenças evitáveis diversas; condições de trabalho; entre/outras.

Segundo o IBGE (2013, p.126), o acesso ao ensino foi ampliado:

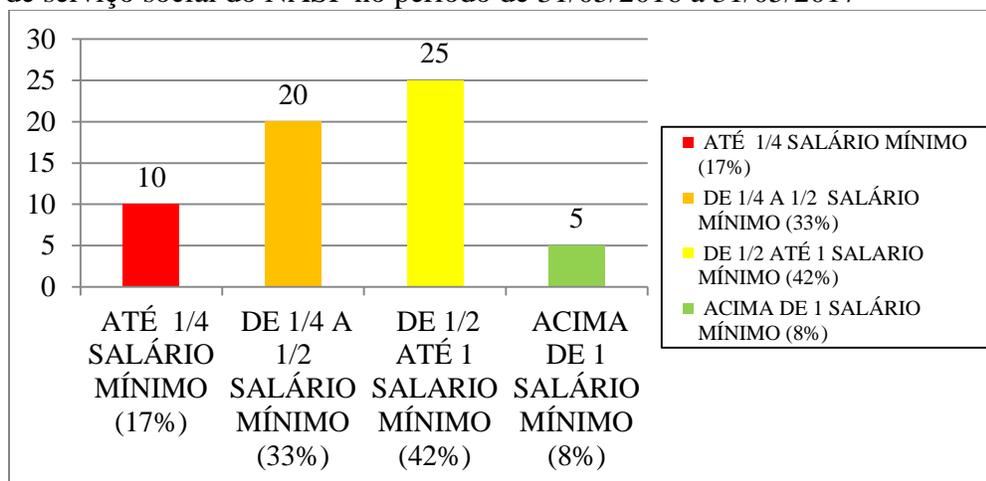
A evolução da média de anos de estudo permite, por sua vez, o acompanhamento do processo de democratização escolar, isto é, das oportunidades de acesso ao ensino. A escolaridade média da população de 25 anos ou mais de idade aumentou de 2002 a 2012, passando de 6,1 anos para 7,6 anos de estudo completos.

Tendo a escolaridade como princípio norteador da inserção no mercado de trabalho, destaca-se que a média de anos de estudo das pessoas deste estudo, agregando os dados das pessoas que não obtiveram acesso à educação, reduz para 6,5 anos a média de anos de estudo, dado este que amplia ainda mais a incidência de baixa escolaridade. Dentre os 157 atendimentos mapeados, foi possível abordar a temática da educação em 52% destes (81 pessoas), e desconsiderando os que não possuíam idade escolar (12 pessoas), aferimos que 42% estavam

estudando, 36% desejam retomar os estudos e receberam orientação para retorno escolar, porém 3% destes não possuem rede de apoio para cuidado dos filhos e apenas 22% de fato não desejam retomar os estudos.

Discorrendo entre os condicionantes de vulneração econômica, a autora verificou entre os registros de diário de campo a renda declarada de 60, dentre os 157 encaminhados, e tendo como referência o salário mínimo do ano de 2017 (R\$ 937,00), avaliou que a renda per capita média das famílias da amostra é de R\$ 564,76. Com base nas informações autodeclaradas, veja o Gráfico 8 de distribuição da renda.

Gráfico 8. Distribuição da média de renda per capita de 60 /157 famílias mapeadas pela residente de serviço social do NASF no período de 31/05/2016 a 31/05/2017



Fonte: Elaboração da autora com base nos registros em diário de campo, no dia de 04/02/2018.

Observa-se a má (ou péssima) distribuição de renda e evidencia-se que esta população possui rendimentos per capita a baixo da média do Estado de Santa Catarina - a quarta maior renda per capita do país no ano de 2015 - de R\$1.245,00 no período correspondente ao coletado. Segundo o IBGE (2015, p.1) em Florianópolis aos trabalhadores formalizados:

Em 2015, o salário médio mensal era de 4.8 salários mínimos. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 67.6%. Na comparação com os outros municípios do estado, ocupava as posições 2 de 295 e 3 de 295, respectivamente. Já na comparação com cidades do país todo, ficava na posição 21 de 5570 e 25 de 5570, respectivamente. Considerando domicílios com rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa, tinha 24.6% da população nessas condições, o que o colocava na posição 209 de 295 dentre as cidades do estado e na posição 5328 de 5570 dentre as cidades do Brasil.

Veja no Gráfico 9 a composição da renda familiar declarada por 108 dos 157 encaminhados deste estudo.

Gráfico 9. Composição da renda familiar das 157 famílias mapeadas pela residente de serviço social do NASF no período de 31/05/2016 a 31/05/2017



Fonte: Elaboração da autora com base nos registros em diário de campo, no dia de 04/02/2018.

Constata-se a prevalência da informalidade nas relações de trabalho (36%), enquanto os trabalhadores formais representam (30%) – menos da metade da média nacional indicada pelo IBGE no ano de 2015 no município -, assim como a incidência de beneficiários de programas de transferência de renda como o Benefício de Prestação Continuada (BPC), 11% e o Programa Bolsa Família (PBF), 14%. Chama atenção, o número de pessoas em situação de auxílio doença (7%) e em seguro desemprego (6%) ao associarmos esses dados à média da população no ano de 2015.

O BPC é um benefício individual, não vitalício e intransferível, assegurado desde 1988 pela Constituição Federal, sendo regulamentado pela Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) de 1993 e pelo Decreto nº 6.214/2007, garantindo a transferência de renda mensal de um salário mínimo ao idoso com 65 anos ou mais, e a Pessoa Com Deficiência (PCD), incapacitada para o trabalho que comprovem não dispor de meios econômicos para própria manutenção e nem de tê-la provida por seus familiares, com renda familiar per capita inferior à ¼ de salário mínimo. Este benefício é parte integrante da Proteção Social Básica do SUAS, direito assegurado não contributivo da seguridade social (BRASIL, 2018).

O BPC pode possibilitar o enfrentamento para situações de risco e/ou institucionalização da pessoa idosa. A alteração na renda per capita deste benefício foi uma das principais reivindicações à União na Conferência Estadual da Assistência Social de Santa Catarina, em novembro de 2015, acompanhada pela autora que foi delegada na representação da sociedade civil (na época conselheira municipal do idoso e assistente social de uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) conveniada com a PMF).

Atualmente é possível aferir a partir dos censos demográficos, que muitos domicílios não contam com presença masculina como fonte de sustento ou apoio moral. Ao mesmo, percebe-se que o aumento da referência feminina, nem sempre reflete a inserção da mulher na divisão social do trabalho, uma vez que esta historicamente é a principal responsável pela dependência das crianças, idosos e de seus cuidados. A ausência de políticas públicas voltadas a este segmento, além da situação de baixa escolaridade, ampliam as barreiras de sua inserção no mercado formal do trabalho.

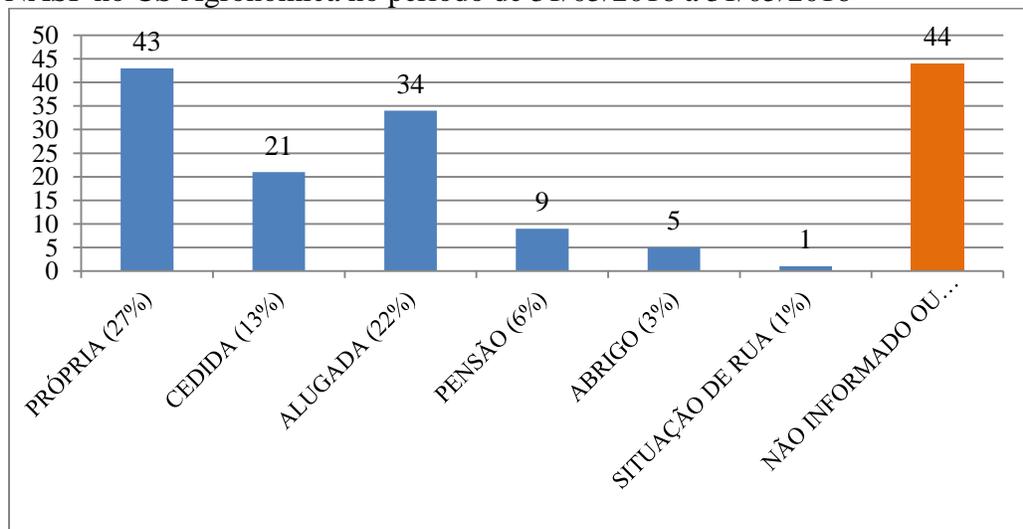
Neste sentido, outro dado relevante é a baixa incidência do fornecimento de pensão alimentícia na maioria dessas famílias. Ao abordar o direito da criança à pensão alimentícia, muitas trazem um discurso de “não querer dinheiro do pai”, nestes momentos busca-se com sensibilidade adentrar em sua estrutura de pensamento e raciocínio para que este passe a reconhecer este enquanto um direito da criança e um dever do genitor.

Foi possível observar nesta abordagem ao menos três situações distintas recorrentes: a primeira é que há situações em que o direito estabelece risco, uma vez que em algumas situações o genitor ocupa um lugar de violência/poder no território, como por exemplo, no tráfico de drogas, em que mesmo assegurada de direitos, o Estado não garante a proteção da mulher; a segunda em que ocorre a tomada de consciência e a orientação para acesso à defensoria pública (22 encaminhamentos), o que nos faz refletir sobre a dificuldade da criança em acessar este direito judicialmente, principalmente se não há registro do progenitor no documento do nascido e ainda se a mãe não dispõe de endereço atualizado do genitor para abertura de pedido de pensão judicial; a terceira ocorre quando a genitora cria vínculo com a profissional de saúde/assistente social e revela, por exemplo, a situação de reclusão do companheiro, dando abertura para orientações previdenciárias e de auxílio reclusão (direito contributivo de trabalhadores formais que perdem o direito a liberdade e possuem dependentes). Por fim, a escuta pode determinar a obtenção de um direito e/ou um acesso.

Mesmo com o reconhecimento do Estado como provedor da saúde, “os governos brasileiros sempre se beneficiaram da participação autonomizada e voluntarista da família na provisão do bem-estar de seus membros”, dificultando abordar políticas de família no Brasil ofertadas pelo poder público de modo a impactar positivamente em um contexto “influenciado por uma tradição de relacionamento do Estado com a sociedade, que exige autoproteção”, salvo exceções conquistadas, sendo as mais recentes nos campos do direito da mulher e da criança. São exemplos, a ampliação da licença maternidade sem prejuízo do emprego ou salário, licença paternidade, “garantia” de direito à creche e o preceito de igualdade de direitos e obrigações entre homens e mulheres (PEREIRA, 2006 *apud* FREITAS, 2015, p.35).

Ao abordar a situação de moradia das pessoas atendidas (Gráfico 10), afere-se que 22% das pessoas encaminhadas pagam aluguel. Dentre os registros em diário de campo do valor pago pelo aluguel (amostra de 23 pessoas), constata-se que este em média custa R\$ 595,00. Recordemos da característica do território em área de morro e com 14 de suas 18 microáreas classificadas enquanto micro áreas de interesse social.

Gráfico 10. Situação de moradia das 157 pessoas atendidas pela residente de serviço social do NASF no CS Agrônômica no período de 31/05/2016 a 31/05/2016



Fonte: Elaboração da autora com base nos registros em diário de campo, no dia de 04/02/2018.

Reconhecemos que nossa sociedade tem passado por transformações que impactaram diretamente nas condições de vida da população. Entre 2002 e 2012, houve o aumento da população formalizada nas relações de trabalho, ampliação de rendimentos para a população historicamente excluída de medidas protetivas do Estado – a partir de transferências de renda -

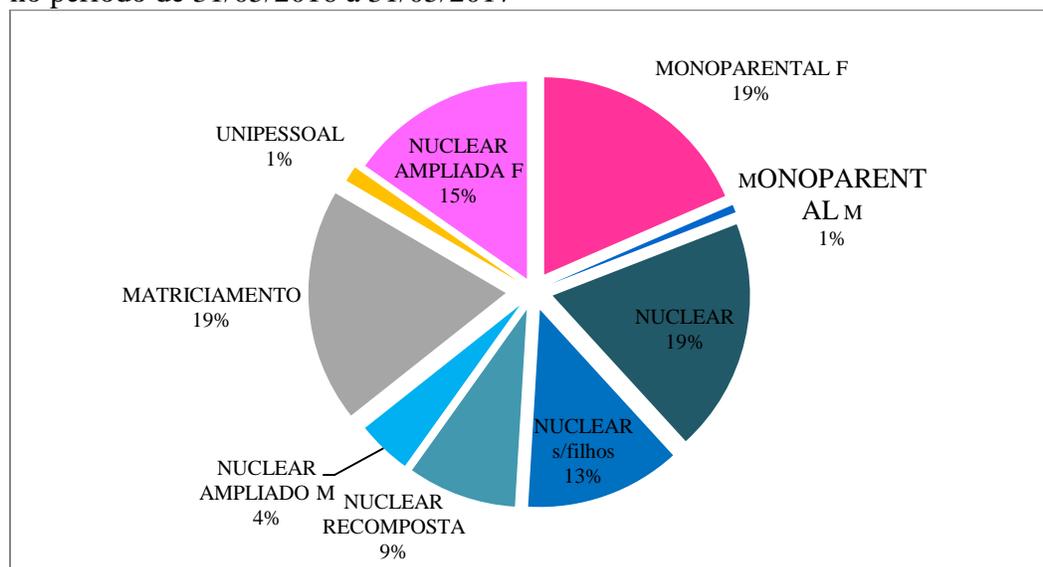
que apesar do alcance limitado a população em situação de pobreza e extrema pobreza, contribuiu para redução nos indicadores de desigualdade de rendimentos e acesso na área de saúde (atenção básica) e frequência escolar (IBGE, 2013).

Embora na atualidade brasileira os censos demográficos apontem a predominância do arranjo familiar do modelo nuclear com ou sem filhos, já é possível evidenciar mudanças neste perfil. Ainda é significativo o número de famílias monoparentais, termo que denomina o pai ou a mãe como responsáveis. Esta configuração pode ser considerada “recomposta” segundo o Código Civil Brasileiro no momento em que o responsável pela família venha a se casar ou viver com um novo cônjuge (WIESE; SANTOS, 2009).

Dispomos em nossa sociedade um elevado número de famílias recompostas (formadas por nova união, diante do término de união anterior), famílias ampliadas pela presença de parentes (como avós), famílias monoparentais com referência feminina e com a acentuação do processo de redução das famílias, a família unipessoal.

Na elaboração do perfil das famílias do presente estudo, observa-se no Gráfico 11 a predominância de quatro arranjos familiares: nuclear (19%); monoparental com direção referencial feminina (19%); nuclear ampliada com direção feminina – avós - (15%) e nuclear sem filhos (13%). Ao considerar estes quatro arranjos predominantes, percebe-se que a direção feminina (destacada em tonalidades de cor rosa) é mais presente que a direção masculina (destacada em tonalidade de cor azul).

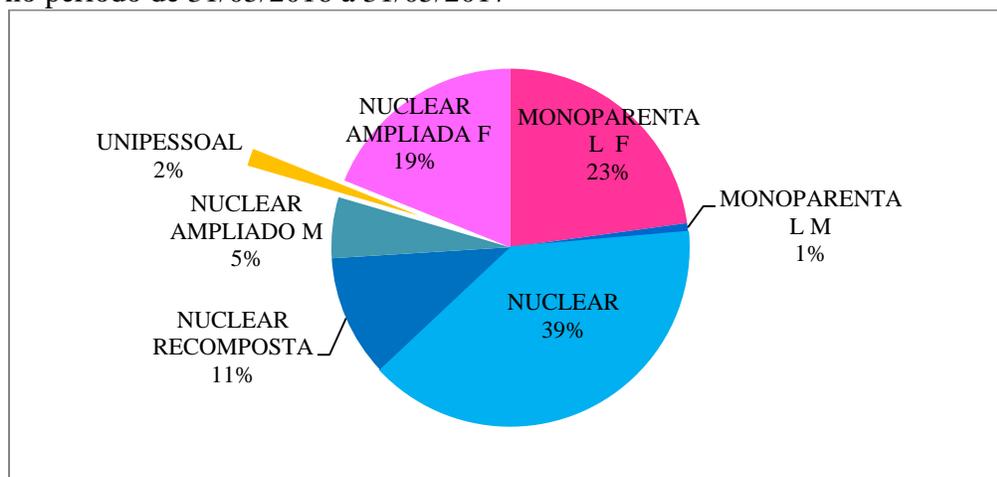
Gráfico 11. Arranjo familiar das 157 pessoas atendidas pela residente de serviço social no NASF no período de 31/05/2016 à 31/05/2017



Fonte: Elaboração da autora com base nos registros em diário de campo, no dia de 04/02/2018.

Ao incluir todos os arranjos evidenciados e desprezar os dados não evidenciados por conta do matriciamento, prevalece a direção masculina (46% ao total), conforme Gráfico 12.

Gráfico 12. Arranjo Familiar de 127 pessoas atendidas pela residente de serviço social no NASF no período de 31/05/2016 à 31/05/2017



Fonte: Elaboração da autora com base nos registros em diário de campo, no dia de 04/02/2018.

Por muito tempo, a denominação “chefe de família” esteve associada à autoridade e a mais importante fonte de recursos. Com o passar das mudanças nas relações de gênero, esta denominação ficou inadequada e, na maioria das pesquisas do IBGE, o termo passou a ser “pessoa de referência”. As evidências trazidas pela Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) (2012) mostraram que 38% dos arranjos familiares tinham como pessoa de referência mulheres, quando, em 2002, essa proporção era 28%. “Independentemente de se tratar de casal sem filhos ou casal com filhos, houve um aumento considerável da proporção de mulheres responsáveis pelos núcleos familiares entre 2002 e 2012” (IBGE, 2013, p.73).

Crenças baseadas em questões morais e de valores “neoliberais” (machistas) afastam da mulher, até a atualidade, direitos sobre o corpo e da maternidade, por exemplo. Faz-se necessário o questionamento do trabalho doméstico gratuito, para seu reconhecimento e valorização como “trabalho”; “em outras palavras, a associação do trabalho doméstico com uma profissão feminina deixa de ser natural” (GUIMARÃES; HIRATA; SUGITA, 2012, p.157).

Woortmann e Woortmann (2002, p.27) ao tratar da monoparentalidade feminina, apresenta que este arranjo familiar é cinco vezes maior que a monoparentalidade masculina, atribuindo enquanto hipótese a presença da ideologia estereotipada de gênero tradicional, onde

“criança é assunto de mulher”. As autoras complementam ao tratar da redução da prevalência do modelo nuclear que:

O modelo de arranjo predominante é ainda o de casal com filhos, mas é possível observar uma contínua redução da importância relativa dos arranjos cujo núcleo era formado por um casal em função, principalmente, da maior proporção de arranjos de núcleo formado por uma mulher sem cônjuge, com filhos e sem parentes. Ainda que crescente, a proporção de arranjos de núcleo simples sem filhos, inclusive os unipessoais de homens ou mulheres, não alcança um terço do total. O monoparentalismo, por sua vez, é predominantemente feminino (MEDEIROS; OSÓRIO, 2000 *apud* WOORTMANN; WOORTMANN, 2002, p.28).

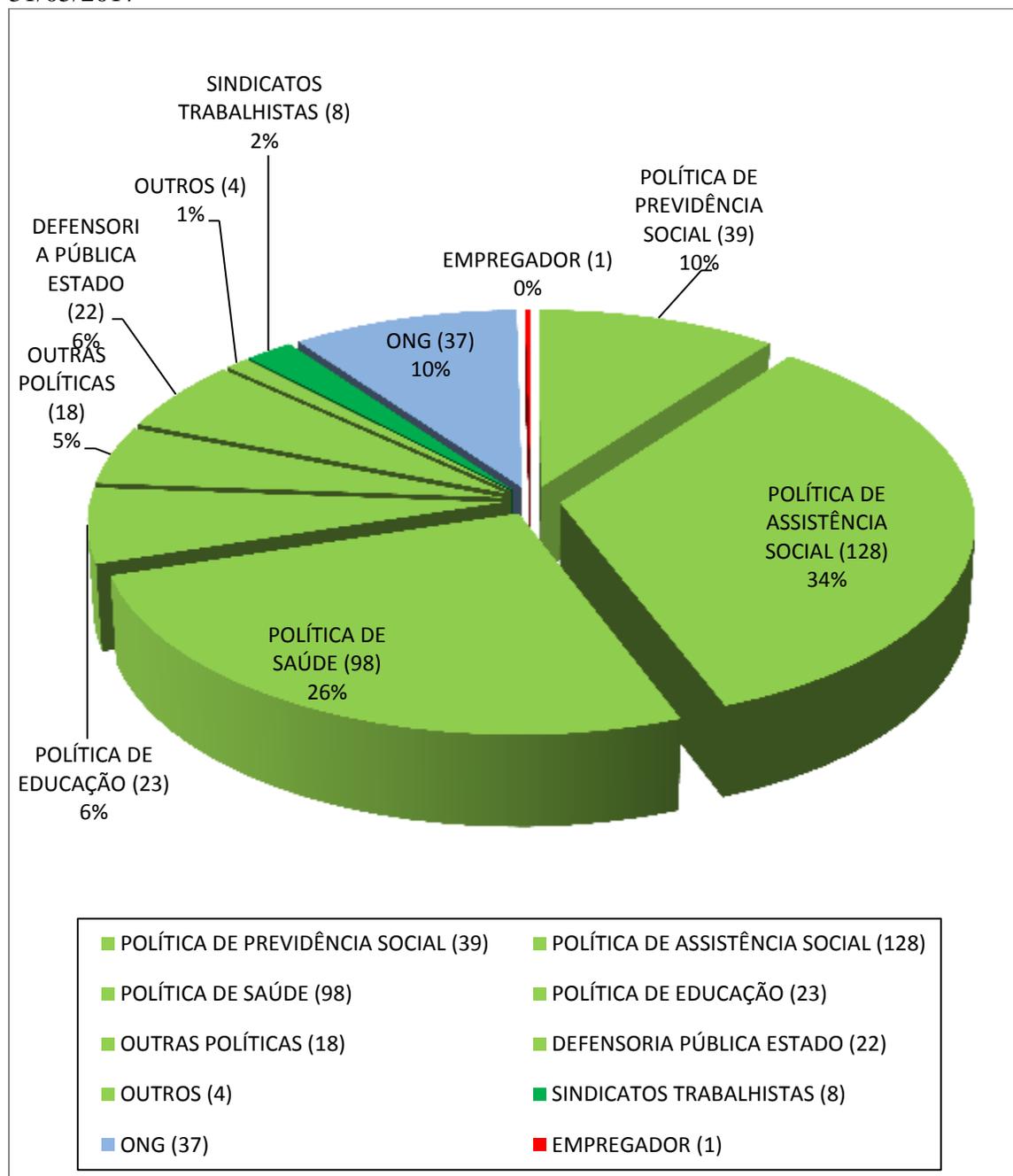
É preciso contemplar políticas que favoreçam a conciliação entre cuidado e trabalho, articulando redes de apoio ao cuidado especializadas e governamentais que deem conta desta demanda e provoquem inclusão e vida digna as novas configurações de famílias com direção feminina. O próprio modelo em que a educação infantil (creche) e educação (básica) estão propostos, não acompanham o modelo societário em que as mulheres mães se inserem na divisão social do trabalho formal e não dispõem de rede de apoio (historicamente de mulheres) para o cuidado dos filhos. Esta situação, dependendo do lugar em que se ocupa na “pirâmide social”, contribui para que as crianças sejam colocadas em situação de risco social, seja por ficarem desassistidas de uma pessoa adulta durante um turno, por exemplo, ou por estimular a ausência de seu/sua cuidador(a) (usualmente a mãe) no acesso ao trabalho e por conseguinte à renda.

3.4 A IDENTIFICAÇÃO DAS ORIENTAÇÕES, PACTUAÇÕES E ENCAMINHAMENTOS DAS DEMANDAS EVIDENCIADAS

A intervenção familiar exige um conjunto de aspectos necessários para melhor sistematizar a escuta profissional na perspectiva de um trabalho comunitário. Neste sentido, destacam-se as características da família, o contexto sociocultural, as condições de moradia, o tempo de convivência, como são estabelecidos os laços parentais e quais os recursos comunitários que permitem o trabalho em redes com o apoio dos diversos equipamentos sociais para o enfrentamento, acolhimento e acompanhamento das famílias que vivem e convivem com a violência (MORÉ; KRENKEL, 2014).

O Gráfico 13, sintetiza, as orientações e encaminhamentos prestados após o atendimento e/ou matriciamento da residente de serviço social no NASF.

Gráfico 13 - Setores em que os 157 encaminhamentos foram orientados e encaminhados após atendimento e/ou matriciamento da residente de serviço social NASF no período de 31/05/2016 a 31/05/2017



Fonte: Elaboração da autora com base nos registros em diário de campo, no dia de 04/02/2018.

A política ao qual a residente mais referenciou as pessoas atendidas foi a de assistência social (34%) onde a situação vulnerada da população se evidencia pela prevalência de encaminhamentos de benefícios e cadastramento único para acesso a benefícios sociais do

governo federal, seguida de saúde (26%). Veja a Tabela 2, elaborada para melhor visualização destas referências.

Tabela 2. Encaminhamentos, orientações e pactuações dos 157 atendimentos realizados pela residente de serviço do NASF no período de 31/05/2016 a 31/05/2017

SETOR	SEGMENTOS	QTD	SERVIÇOS	QTD
SETOR PÚBLICO	POLÍTICA DE PREVIDÊNCIA SOCIAL	39	Instituto Nacional do Seguro Social (INSS)	39
	POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL	128	Benefícios Eventuais - Secretaria Municipal de Assistência Social (SEMAS) / Centro de Referência de Assistência Social (CRAS)	41
			Serviço de Proteção e tendimento Integral à Família (PAIF) - CRAS	28
			Cadastro Único - CRAS	21
			Conselho Tutelar (CT)	16
			Serviço de Proteção Especial para Pessoas com Deficiência, idosas e suas Famílias (SEPREDI) - Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS)	11
			Centro de Referência de Atendimento à Mulher em Situação de Violência (CREMV) - CREAS	8
			Abordagem Social - Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua (Centro POP)	1
			Instituição de Longa Permanência para idosos (ILPI) - Alta Complexidade	1
			Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEFI) - CREAS	1
			POLÍTICA DE SAÚDE	98
	Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) Centro	21		
	Centro a Atenção Psicossocial (CAPS) Álcool e Drogas (AD)	6		
	Práticas Integrativas e Complementares PICS - Projeto Amanhecer HOSPITAL Huniversitário (HU)	5		

		Saúde - Grupo de Tratamento de Fumantes	4	
		Portaria 15/98 - Distrito Centro	4	
		Farmácia Escola	4	
		Sistema de Informação de Notificação de Graves (SINAN) - Distrito Centro	3	
		Vigilância Epidemiológica	2	
		Ouvidoria	1	
		Transporte Fora do Domicílio (TFD) - Secretaria Municipal de Saúde (SMS)	1	
	POLÍTICA DE EDUCAÇÃO	23	Educação Infantil	9
			Ensino Fundamental II (Osvaldo Galupo; Padre Anchieta)	4
			Educa Mais Brasil	5
			Ensino superior / técnico (UFSC/UDESC/IFSC)	3
			Ensino Médio (Padre Anchieta e EJA Centro)	1
			Programa Nacional de Integração da Educação Profissional (PROEJA) - IFSC	1
	SEGURANÇA PÚBLICA	5	Delegacia da Mulher	2
			Instituto de Identificação (IGP)	2
			Defesa Civil	1
	TRANSPORTE E MOBILIDADE URBANA	4	Sindicato das Empresas de Transporte Urbano de Passageiros da Grande Florianópolis (SETUF) - Passe Livre	4
	TRABALHO EMPREGO E RENDA	4	Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS)	1
			Sistema Nacional de Emprego (SINE)	3
	JUSTIÇA E CIDADANIA	3	Departamento de Administração Prisional (DEAP) - presídio	3
	HABITAÇÃO E REGULARIZAÇÃO FUNDIÁRIA	2	Habitação	2
	DEFENSORIA PÚBLICA ESTADO	22	Defensor(a) Público(a)	22
	SINDICATO	8	Pescador	1
Trabalhador(a) Urbano(a)			7	
MINISTÉRIO PÚBLICO	1	Ministério Público	1	

	MINISTÉRIO TRABALHO E EMPREGO	1	Delegacia Regional do Trabalho	1
	MINISTÉRIO AGRICULTURA, AGROPECUÁRIA E ABASTECIMENTO (MAPA)	1	MAPA	1
	RECEITA FEDERAL	1	Imigração	1
TERCEIRO SETOR	ORGANIZAÇÃO NÃO GOVERNAMENTAL (ONG)	37	ONG (Fundação Nova Vida; Pastoral do Imigrante; contraturno escolar e etc.)	37
SETOR PRIVADO	EMPREGADOR	1	Empregador (Iguatemi)	1
TOTAL	19	378	44	378

Fonte: Elaboração da autora com base no relatório de encaminhamento por CID do sistema Infosaúde da SMS de Florianópolis, no dia de 30/01/2018.

A Tabela 2 aponta que a cada encaminhamento recebido, a residente precisou orientar e/ou encaminhar 2,4 políticas e/ou locais para seu acesso e/ou apoio à situação de risco social. Ao total elenca-se 19 instâncias/políticas distintas e transversais com 44 possibilidades de atenção. Isso demonstra a importância da articulação intersetorial, conhecimento da rede socioassistencial e complexidade dos atendimentos que demandam tantos fluxos a sujeitos que, conforme caracterizados anteriormente, possuem baixa escolaridade, baixa renda e sugerem, em alguns casos rede de apoio fragilizada. Segundo CFESS (2010, p.24):

A nova configuração da política de saúde vai impactar o trabalho do assistente social em diversas dimensões: nas condições de trabalho, na formação profissional, nas influências teóricas, na ampliação da demanda e na relação com os demais profissionais e movimentos sociais. Amplia-se o trabalho precarizado e os profissionais são chamados a amenizar a situação da pobreza absoluta a que a classe trabalhadora é submetida.

As pessoas são encaminhadas majoritariamente ao setor público (90%), com ênfase nas instâncias de seguridade social: Assistência Social, Saúde e Previdência Social respectivamente. Ocorre no município de Florianópolis grave violação de direitos em respeito aos benefícios sociais eventuais, como por exemplo, a ausência de aquisição de cesta básica a mais de um ano pelo município. A ausência desses direitos justifica parte significativa dos 10% de encaminhamentos à ONG por parte da residente e encaminhamentos à defensoria pública, referidos na Tabela.

Para Vasconcelos (2011, *apud* Moreira, 2016) a ausência de condições objetivas de captar possibilidades de ação contida na realidade (mesmos aos assistentes sociais que buscam articular seu trabalho às necessidades do usuário) impossibilitam a previsão, projeção e, conseqüentemente, a realização de um trabalho que rompa com práticas conservadoras. Neste sentido, em resposta a diversas demandas reprimidas elaborou-se coletivamente com o Fórum de Políticas Públicas um documento de denúncia em nome das assistentes sociais das áreas da saúde e assistência social com destino ao MP e coletaram nos serviços assinaturas de apoio da população, trabalhadores, instâncias representativas de controle social entre/outros denunciando, publicizando e pedindo apoio em formato de abaixo assinado:

Nós, Assistentes Sociais da Prefeitura Municipal de Florianópolis, baseadas no Código de Ética Profissional, o qual prevê, dentre/outros princípios fundamentais: “V. posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos os programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática”, viemos por meio desta comunicar a violação de direitos da população de Florianópolis, no âmbito das políticas sociais de saúde e assistência social no que tange à garantia de acesso aos benefícios sociais, por exemplo: fornecimento de fraldas descartáveis, cesta básica segundo a portaria 15/98, cartão de transporte para tratamento de saúde, auxílio natalidade, cesta básica, entre/outros benefícios e direitos não operacionalizados pelo Município (ABAIXO ASSINADO, 2017).

Tais violações de direitos no âmbito das políticas sociais tornam ainda mais precário o cenário de atuação do serviço social no município, sobretudo associado à necessidade de emancipar uma população carente de condições básicas de subsistência, em uma sociedade com exploração de classe, etnia e gênero que assedia a classe trabalhadora, acentua as desigualdades e provoca o adoecimento biopsicossocial do indivíduo. O pior é atribuir à AB e seus profissionais o ônus de baixa resolutividade, mediante ao processo de sucateamento massivo do SUS que vem ocorrendo para se justificar as terceirizações. O problema é de ordem estrutural.

Por fim, na Figura 8, o mapa cartográfico que indica visualmente os locais que realizaram os encaminhamentos ao serviço social NASF (linhas vermelhas) e os locais em que foram encaminhados (linhas verdes), após atendimento por meio de orientações e/ou pactuações resultando no desenho de uma rede de referência e contra referência intersetorial.

Uma entre as quatro áreas de eSF mapeadas dispunha de 41% das pessoas encaminhadas (internas/externas) em seu território o que sugere inequidade de acesso e sobrecarga dos profissionais, além do indicativo de que em áreas de interesse social a população de referência para eSF deve ser reduzida, o que não ocorre;

Os 157 encaminhamentos geraram 192 demandas por acesso e por situação de risco/violência, onde 90% dos encaminhamentos diziam respeito a acesso (à maior incidência a direitos sociais, seguido de saúde) e um em cada três encaminhamentos evidenciaram demanda de violência e/ou situação de risco social, com destaque à negligência.

As pessoas encaminhadas foram caracterizadas socioeconomicamente, apresentando a característica de gênero feminino, baixa escolaridade (em média 6,5 anos de estudo). Há insuficiência de condições de sustento atribuído a trabalhos informais acarretando em baixa renda e possibilidade de desproteção previdenciária. A renda per capita média (entre a amostra de 60 pessoas encaminhadas) foi de R\$ 564,00 (45%) menor que a média do município no ano de 2015 segundo IBGE; 22% dos encaminhados (amostra de 113 pessoas) residem de aluguel investindo em média R\$ 595,00 mensais para moradia em área de interesse social (amostra de 23 pessoas).

As famílias das pessoas encaminhadas possuíam característica nuclear (com filhos, sem filhos e ampliada), seguida de famílias com direção feminina. Em média cada família era constituída por 3,6 pessoas por residência (excluindo-se deste cálculo 37 encaminhamentos oriundos de pessoas abrigadas e/ou matriciadas) compostas pelos seguintes ciclos de vida: 274 adultos (64%), 128 crianças (30%) e/ou adolescentes e 27 (6%) idosos, elucidando a tendência de redução das famílias.

Veja a seguir os desdobramentos da residente de serviço social NASF, perante as demandas atendidas.

3.5 OS DESDOBRAMENTOS DO ENCAMINHAMENTO, ATENDIMENTO E/OU MATRICIAMENTO

Os profissionais do NASF são solicitados a realizar acompanhamento *in loco* de situações mais complexas em que as eSF têm dificuldade de lidar. Em geral, esse acompanhamento é realizado por meio de visitas domiciliares conjuntas, na companhia dos ACS, interconsultas, para

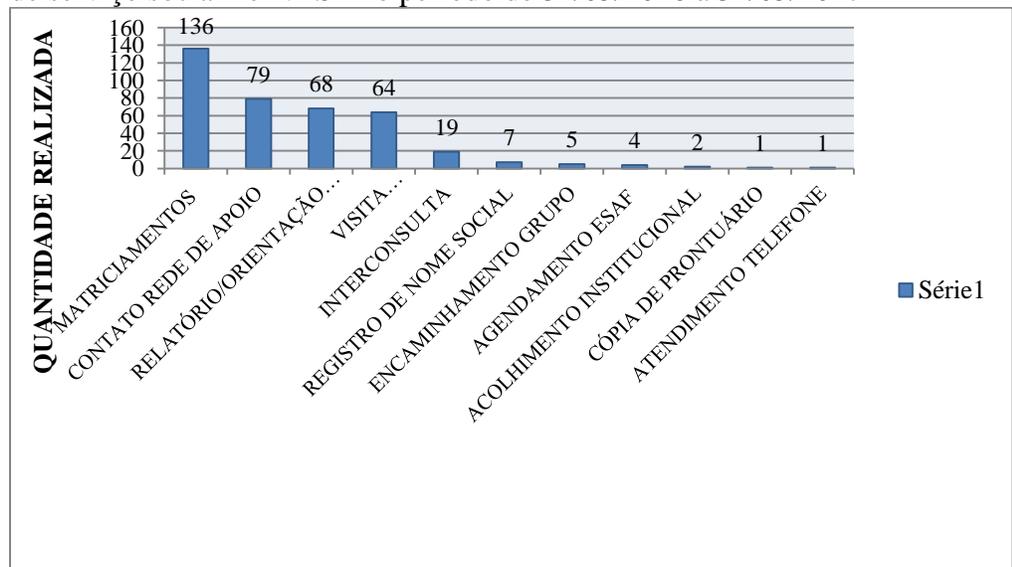
debaterem e discutirem a intervenção. Esta ação é avaliada pelos profissionais como uma estratégia importante para a construção de vínculos e sedimentação do NASF no cotidiano do trabalho. É potente, ainda, para horizontalizar as relações, assim como dotar a relação de processos que induzem um trabalho criativo e produtor de cuidado, de modo mais qualificado e efetivo (SANTOS; LANZA, 2014).

Conforme elucidado pela Constituição Federal de 1988, obtivemos uma das maiores conquistas da proteção social integral - a “Seguridade Social” - integrada por três políticas sociais: a saúde considerada dever do Estado e direito de todos, a previdência social contributiva e a assistência social a quem necessitar. Tratando-se de saúde, obtivemos na Lei n. 8.080/1990 a regulamentação do SUS e o entendimento da saúde (FREITAS, 2014, p.33):

Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre/outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (BRASIL, 2013, s/p).

Embora a CF de 1988 estabeleça o “tripé” da seguridade social (saúde, assistência social e previdência social), se faz um grande desafio profissional a efetivação desses direitos socialmente garantidos. O Gráfico 14 indica os desdobramentos dos encaminhamentos atendidos pela residente.

Gráfico 14. Desdobramento dos 157 encaminhamentos atendidos e/ou matriciados pela residente de serviço social no NASF no período de 31/05/2016 à 31/05/2017



Fonte: Elaboração da autora deste trabalho com base nos registros em diário de campo, no dia de 04/02/2018.

Foram identificadas ao menos 378 orientações e/ou pactuações realizadas derivadas dos 157 encaminhamentos atendidos pelo serviço social no NASF. Estes atendimentos se desdobraram em 386 ações da residente de serviço social entre matriciamentos, contato com rede de apoio, relatórios escritos, entre/outros. elucidados no Gráfico 14.

Ao se considerar analogicamente condições ideais de trabalho (ao exemplo de: sala com telefone, arquivo, computador com acesso ao sistema Infosaúde, visita domiciliar com carro da saúde em horário pactuado exclusivo para uma eSF e etc.) e atribuímos o tempo médio de 30 minutos para cada execução (tempo de agenda reservado no sistema de informação ao atendimento individual do serviço social), a residente levaria (após o prévio atendimento inicial dos 157 encaminhados) ao menos 193 horas de trabalho (24,1 dias de trabalho sem interrupção). Considerando a atual realidade do processo de trabalho do NASF, bem como suas condições e contradições de trabalho, não seria possível quantificar com exatidão o tempo despendido pelo serviço social nos desdobramentos dos atendimentos realizados.

Por fim, apresenta-se as principais ações interdisciplinares e multiprofissionais realizadas pela residente durante o processo de educação em serviço da residência, no tópico a seguir.

3.6 AS DEMAIS ATUAÇÕES COLETIVAS, COMUNITÁRIAS, MULTIPROFISSIONAIS E/OU INTERDISCIPLINARES DA RESIDENTE DE SERVIÇO SOCIAL NA REMULTISF

A REMULTISF garante espaços de integração multidisciplinares entre os residentes da saúde, bem como fomenta a participação dos profissionais da eSF e possibilita o planejamento e execução de atividades que excedem as barreiras da instituição. As atividades coletivas ocorrem na maioria das vezes de forma interdisciplinar e multiprofissional por meio de intervenções de educação em saúde externas no território, ao qual se atribui o nome de atividades “extra-muros”. Contemplam essas atividades, às de participação comunitárias previstas na portaria do NASF.

Na agenda do residente, existem semanalmente dois espaços multiprofissionais garantidos (de 04 horas cada). O primeiro diz respeito ao Projeto Integrado (PI) onde os residentes se reúnem, discutem seu processo de trabalho, socializam participação em eventos, espaços de controle social, ações desenvolvidas e planejamento de diagnósticos e ações extra

muros nos territórios de atuação do grupo de residentes; a segunda é a Atividade Compartilhada (AC), espaço em que saberes são compartilhados entre os residentes e a AB, para tanto ocorre a cada semana uma temática de discussão com temas transversais, bem como desenvolvimento de ações no território (ao exemplo da territorialização).

Muitas atividades desenvolvidas no CS são resultantes do planejamento realizado nestes momentos, como: planejamento de grupos, planejamento de ações em saúde desenvolvidas em outros equipamentos sociais do território, planejamento de formações para a equipe, participação em Conselhos Locais e Conselho Municipal de Saúde, discussão de casos clínicos, discussões de temas transversais entre/outros.

Neste sentido, Magalhães (2017, p.24) defende que:

Atividade compartilhada e Projeto Integrado são fundamentais para formação do profissional residente, pois é a partir deles que temos condições de ter os períodos de discussão de caso, planejamento e execução de ações e o aprofundamento de temas relevantes para o serviço. Ainda, esses momentos compartilhados entre residentes fortalecem e são essenciais para o crescimento, experiências exitosas e concretização da formação dos profissionais em saúde no SUS.

Para exemplificar algumas das atividades desenvolvidas neste espaço, utiliza-se exemplos que podem facilmente ser verificados por registros em atas e/ou sistema Infosaúde no Registro de Atividade Coletiva (RAAC) no período de 2016 a 2017. Atividade de educação em saúde em contraturnos escolares e escolas no território dos CS Agrônômica e CS Prainha (abrangência das residentes multiprofissionais do Distrito Centro), locais: Associação Evangélica Beneficente de Assistência Social (AEBAS), Gente Amiga, Escola Jurema Cavalazzi, Escola Padre Anchieta, Escola Estadual Rosa Torres de Miranda, Irmandade do Divino Espírito Santo (IDES, Centro de Referência Especializado e Assistência Social (CREAS), CRAS Centro. Projeto e implantação de hortas de plantas medicinais nas unidades de saúde (CS Agrônômica, CS Prainha), premiado pela SMS no prêmio Boas Práticas 2016 e apresentado nas Práticas Exitosas do SUS (2017). Educação Continuada com presença de profissionais em temas transversais: gordofobia e/outros preconceitos, saúde do adolescente, direito à amamentação, suicídio, saúde mental, saúde da população trans, saúde da população rural e agrotóxico, saúde bucal, saúde da população em situação de rua, saúde da pessoa idosa, Práticas Integrativas e Complementares (PIC), saúde da população imigrante, visita domiciliar, álcool e drogas, programa saúde na escola, participação

social, clínica ampliada e Projeto Terapêutico Singular (PTS), saneamento básico, entre/outros. estudos epidemiológicos com intervenções em saúde.

Deste modo, elencam-se a baixo as atividades em que a residente esteve envolvida durante o percurso da residência:

a. Instâncias de controle social:

- I) Participação em conselhos de direito – rearticulação, divulgação e participação no Conselho Local de Saúde do CS Agrônoma 2016 à 2017; Participação como ouvinte em reuniões do Conselho Municipal de Saúde (CMS); Participação em audiências públicas entre/outros.
- II) Participação na I Conferência Municipal de Saúde da Mulher (2017); Delegada na representação das mulheres usuárias do SUS na I Conferência Estadual de Saúde da Mulher (2017);
- III) Participação em Encontros de Residentes em Saúde – Instâncias: Nacional (2016); Estadual (2017); Participação no Coletivo Catarinense de Residentes em Saúde (2016);

b. Participação em eventos

Semana de Pesquisa ensino e Extensão (SEPEX), com planejamento de estande; Participação e publicação de trabalho no II Seminário Nacional de Serviço Social, Trabalho e Política Social; Participação e publicação de trabalho no Integra SUS Floripa na modalidade de práticas exitosas no SUS entre/outros.

c. Participação em reuniões:

Reunião de intersetorial de rede – Instâncias: Saúde mental (2016); CRAS, CT e escolas (2016 e 2017); GT Imigrantes (2016-2017); NASF (2016-2017) e etc.

d. Participação em atividades extra muros em escolas, contraturnos escolares, CRAS, CREAS e etc.

e. Participação em AC;

f. Participação em Projeto Integrado (PI);

h. Participação em palestras, grupos, rodas de conversas (Tabela 3);

I no primeiro ano de atuação a residente participou de 25 grupos, alcançando 244 pessoas.

i. Cursos e capacitações (Tabela 3);

j. Estágios:

Os estágios ocorrem em três modalidades: gestão (desenvolvido pela residente na vigilância epidemiológica do Distrito de Saúde Sul e na Zoonose); obrigatório (desenvolvido no CAPS II) e optativo (desenvolvido em uma instituição privada na Alemanha que atua como centro de fortalecimento de vínculos para crianças, adolescentes, jovens, adultos e idosos alemães e refugiados sírios).

Na REMULTISF, estão previstas 480 horas de atividades complementares externas ao serviço. Neste espaço se prevê a participação em encontros, cursos, congressos entre/outras que complementam sua formação para o trabalho no SUS.

Tabela 3. Atividades complementares da residente na REMULTISF no período de 01/03/2016 a 31/01/2018.

ATIVIDADE	DATA	CARGA HORÁRIA	LOCAL
6º Encontro Nacional de Residentes em Saúde	05 à 08/07/2016	20	Curitiba
Conselho Municipal de Saúde	20.07.2016	4	CS Trindade
Participação no CMS	04.08.2016	3	CMS
Reunião REMULTISF	10/08/2016	4	UFSC
Evento de Promoção de saúde do Trabalhador (matutino)	10.08.2016	4	SMS
Evento de Promoção de saúde do Trabalhador (vespertino)	10.08.2016	4	SMS
2ª Semana de Promoção de Saúde, Segurança e Qualidade de Vida dos Trabalhadores da SMS	11.08.2016	8	SMS
2ª Semana de Promoção de Saúde, Segurança e Qualidade de Vida dos Trabalhadores da SMS	12/08/2016	4	SMS
Reunião de Assistentes Sociais - Ética e registros	01/09/2016	4	SMS
Reunião de Saúde Mental	08/09/2016	4	CAPS
Jornada de Assistência Social	13 e 14/10/2016	13	UFSC
Capacitação em Tratamento Intensivo do Fumante em conformidade com a Política Nacional de Prevenção e Controle do Tabagismo do INCA/MS	17 a 19.10.2016	17	SMS
Formação básica e auriculoterapia	02.07 a 21.10.2016	80	SMS
15ª Semana de de Ensino, Pesquisa e Extensão (SEPEX)	20 a 22.10.2016	30	UFSC
Reunião de Categoria de Assistentes Sociais na Saúde	03/11/2016	5	CMS

Sensibilização sobre hanseníase	08.11.2016	2	CS Agrônômica
Debate sobre a PEC 241	09.11.2016	4	CS Prainha
Palestra PEC 144/55	11.11.2016	4	UFSC
Debate sobre clínica ampliada	23.11.2016	4	CS Prainha
Oficina de Acesso dos Imigrantes e Refugiados	25.11.2016	8	SMS
Curso Controle Social	26.11.2016	20	ENAP
Reunião Intersetorial CRAS Centro	28/11/2016	5	CRAS
Minitrante Palestra: A intervenção do assistente social no NASF a partir da experiência da REMULTISF	01/12/2016	6	UFSC
Prêmio Boas Práticas em Saúde: Horta CS Agrônômica e Prainha	14.12.2016	8	SMS
Curso de Plantas Medicinais	2017	16	HU
Curso de extensão universitária: Gordofobia	2017	20	UFSC
Conselho Local de Saúde- CS Agrônômica	2017	12	CS Agrônômica
Curso Reiki (PIC)	02/03/2017	4	Florianópolis
Reunião de Rede de Saúde Mental	09/03/2017	5	CAPSI
Planejamento de Ação Comunitária ONG Gente Amiga	21/03/2017	3	Gente Amiga
Curso Reiki nível I	24/03/2017	8	Osório
Seminário do Coletivo Catarinense de Residentes em Saúde	05/05/2017	8	Florianópolis
6 Encontro do Serviço Social HU\UFSC,	15/05/2017	8	HU
Minitrante Palestra: O Serviço Social na área da saúde: A intervenção do assistente social no NASF	18/05/2017	6	UFSC
1ª Conferência Municipal de Saúde das Mulheres	19 e 20/05/2017	16	Florianópolis
Visita Institucional à Fundação Itacolúmi (SCFVI)	22/05/2017	4	Itacolúmi
Curso de Reiki nível II	03 e 04/06/2017	12	Osório
1ª Conferência Estadual de Saúde das Mulheres	13 e 14/06/2017	22	Florianópolis
Capacitação e Formação em Auriculoterapia na Atenção Básica	07/07/2017	5	UFSC
Reunião de Categoria de Serviço Social	10/08/2017	4	SMS
Planejamento SEPEX	25/08/2017	4	UFSC
SEPEX 2017	21/10/2017	30	UFSC
Apresentação de 2 trabalhos no II Seminário Nacional de Serviço Social, Trabalho e Política Social,	23 a 25/10/2017	12	UFSC
INTEGRASAÚDE FLORIPA	05/12/2017	8	SMS

Apresentação de trabalho: Utilização de formulário informatizado como ferramenta de planejamento, mapeamento e otimização do tempo em GTF	05/12/2017	4	SMS
Apresentação de Trabalho: Integração ensino-serviço: estratégias de ampliação de acesso em saúde bucal	05/12/2017	4	SMS
CARGA HORÁRIA TOTAL		480	

Fonte: Elaboração da autora com base em certificados e declarações de comparecimento.

Ao todo, além das atividades registradas na Tabela 3, foram registrados em RAAC: 25 atendimentos em grupo que permitiram o alcance de 244 pessoas, 36 reuniões intersetoriais/controle social e 73 reuniões com eSF para discussão de caso e/ou projeto terapêutico singular, educação permanente, planejamento de ações, diagnóstico do território entre, outros.

Por fim, apresentam-se as considerações finais com breve síntese dos dados expostos no desenvolvimento do trabalho, analisado no percurso da pesquisa com suas reflexões e apontamentos sobre as demandas encaminhadas ao serviço social NASF.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao pensarmos em acesso à saúde e ao correlacionarmos com famílias em situação vulnerada, aferimos o desafio à implementação de nosso SUS segundo seus princípios e diretrizes de “integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das relações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1990, p.2).

Percebemos que o projeto privatista trouxe para a prática do assistente social uma série de demandas que confrontam a perspectiva crítica da profissão, tais como a seleção de população mais pauperizada. Devemos nos ater à proposta da Reforma Sanitária em democratizar acessos e aproximar as unidades de saúde com a realidade, pautando a atuação de modo interdisciplinar (CFESS, 2010).

Durante este processo de residência, foi perceptível que mais se acionou a rede intersetorial do que o inverso, ocorrendo inclusive, necessidade de requerer intervenção do MP para garantia de direitos negados pela própria rede socioassistencial municipal. Se tratando da referência e contrarreferência, o serviço social pouco recebeu encaminhamentos oriundos de/outras instâncias da saúde; e presenciou em alguns casos, morosidade e/ou resistência de/outros profissionais de serviço social da rede em compartilhar informações que vislumbravam a garantia de direitos da pessoa atendida intersetorialmente sob o discurso moral de “ética profissional”. Como pode ser ético restringir acesso a direitos sociais de um cidadão? Recordo-me instantaneamente da professora Marta Verdi (informação verbal)¹⁴, transcorrendo sobre a linha tênue entre a ética e a moral, salientando que a ética diz respeito ao questionamento e reflexão crítica da realidade, enquanto à moral reflete o pacto da convivência social de um grupo e seu contexto histórico. Deste modo devemos nos atentar em nosso papel profissional de promover acessos a direitos e não restringi-los para “nossa” proteção – nos formamos para estes enfrentamentos.

A interpretação qualitativa dos dados teve como foco os segmentos vulnerados que por sua característica histórica de exclusão social demandam maior detalhamento de interpretação. A intenção é aproximar o leitor ao processo de trabalho da assistente social do NASF na residência

¹⁴ Palestra proferida por Marta Inês Machado Verdi na aula inaugural de abertura da Residência Multiprofissional UFSC no dia 01 de março de 2017.

multiprofissional em saúde da família, evidenciando e descrevendo as demandas atendidas dimensionando a complexidade desta atuação intersetorial e multidisciplinar.

Para facilitar a compreensão incluiu-se marco teórico extraído da pesquisa documental (análise temática). Por tanto, a ênfase da análise desta coleta perpassou por discussão de gênero (mulher, pessoa transexual), etnia (migração) entre/outros, não se prendendo ao quantitativo apurado em si. Ocorre ainda, a preocupação da pesquisadora em contextualizar o território de coleta, que por sua peculiaridade de ser uma área de população residente em morro associada a microáreas de interesse social (violência e pobreza) inferem nas demandas dos sujeitos envolvidos.

O estudo contou com 100% dos encaminhamentos realizados ao serviço social do CS Agrônômica no primeiro ano de atuação no NASF. Percebe-se que territórios com maiores áreas de interesse social demandam maior apoio matricial, como é o caso deste CS. Se constata, não por acaso, que 41% dos encaminhamentos (internos e externos) mapeados pertencem a mesma eSF que dispõe na abrangência de seu território cinco microáreas de interesse social dentre as 14 microáreas (de um total de 18 microáreas) que compõem as quatro áreas de interesse social atribuídas a este CS.

O mapeamento contou com um universo de 157 pessoas, que resultaram em 254 atendimentos diretos entre consultas, interconsultas e visitas domiciliares. Estas pessoas em sua maioria eram mulheres de baixa renda (renda per capita familiar média de R\$ 564,00) e baixa escolaridade (em média 6,5 anos de estudo). As demandas se configuraram em 90% em busca de acesso à direitos sociais básicos já conquistados e um em cada três atendimento se tratavam de situação de risco e/ou pessoa em situação de violação de direitos (violência) com demanda média de dois direitos violados - dado mais agravante desta coleta. Estes encaminhamentos geraram em média duas orientações (encaminhamentos e pactuações) e dois desdobramentos da profissional residente tais como: orientação escrita, estudo social, relatórios, visita domiciliar, interconsulta entre/outras ações intersetoriais com a rede socioassistencial.

Estas evidências reforçam o fato de que, não é possível mensurar as demandas do serviço social a partir de um modelo biomédico pautado em CID, pois este não comporta a complexidade de nossa atuação profissional e não permite mensurar o real motivo do encaminhamento fragmentando relatórios gerenciais e por vezes possibilitando a falta de reconhecimento profissional. A intenção deste estudo não foi de desqualificar o sistema Infosaúde, e sim apontar

para gestão que o processo de trabalho do serviço social se difere dentre/outras especialidades da área de saúde por sua característica intersetorial.

Outro fator extremamente dificultador ao processo de trabalho é a ausência de arquivos de documentação, se tratando de um profissional característico por atuação em rede que recebe demandas externas, há necessidade de arquivar documentos oficiais confidenciais.

O apoio matricial se apresenta como grande estratégia para AB quando o acesso ao profissional de serviço social é limitado. Aferimos que o matriciamento ocorrido mensalmente entre o NASF e a eSF nas reuniões de equipe sanaram 15% dos encaminhamentos sem necessidade de consulta individualizada. Isso amplia o potencial de acesso de/outros indivíduos do SUS ao serviço social, possibilitando ampliação mínima de 15% de agenda de consultas ou interconsultas.

Espera-se indiretamente com os resultados deste mapeamento, dar visibilidade a condição de trabalho do serviço social no NASF, área de atuação da REMULTISF e despertar na gestão municipal interesse em investir na ampliação do profissional efetivo de serviço social na AB e/ou em territórios de maior concentração de áreas de interesse social, ampliando o acesso do povo brasileiro que utiliza o SUS e enriquecendo essa área de educação em serviço, possibilitando ampliação da qualificação do caráter pedagógico da residência em um contexto em que, na prática profissional, as/os residentes NASF, por vezes, atuam desassistidos presencialmente dos/as seus/suas preceptores/as.

Tomada por um sentimento de satisfação por meu desempenho neste processo de educação em serviço (ponderando suas limitações), grata pelo investimento do povo brasileiro em minha formação, certa do potencial transformador do serviço social e da troca proporcionada em minha atuação entre residentes, profissionais, tutores e preceptores e ciente da dificuldade do acesso das mulheres mães à educação superior, sobretudo em nível de especialização e residência, deixo esta produção como parte devolutiva à sociedade que me permitiu o privilégio deste acesso.

Permitir-se revisitar a própria prática não se constitui em um exercício simples exige humildade, perseverança e coragem (PRADO; RLIBNETZ, 2016). Se por ventura, a leitura deste lhe provocou inquietação, sinto-me contemplada. A intenção é “provocar uma inquietação necessária para que/outros profissionais de saúde (assim como nós) se permitam “desacomodar” [...] segundo Freire a conscientização implica em um momento perturbador, tremendamente

perturbador naquele que começa a se conscientizar, momento em que o ser começa a renascer” (FREIRE *apud* PRADO; RLIBNETZ, 2016). Hoje, mais do que ontem renasce uma assistente social.

REFERÊNCIAS

ARAUJO, L.U.A et al . Evaluation of the quality of primary health care from the perspective of the elderly. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 19, n. 8, p. 3521-3532, 2014.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 1988.

_____. Lei n. 8.142, de 28 de setembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da Saúde e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 1990.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação estruturante do SUS**. Brasília, DF, 2007. (Coleção Progestores - Para entender a Gestão do SUS, 12).

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.448, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2011a.

_____. Senado Notícias. **Expectativa de vida de transexuais é de 35 anos, metade da média nacional**. Brasil, DF. 20 de setembro de 2017. Disponível em: <<https://www12.senado.leg.br/noticias/especiais/especial-cidadania/expectativa-de-vida-de-transexuais-e-de-35-anos-metade-da-media-nacional>>. Acesso em: 04/02/2017.

_____. Ministério da Saúde. **Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. Brasil, DF, 2018. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/nasf_perguntas_frequentes.php. Acesso em: 29/01/2018.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.335, de 10 de outubro de 2013. **Altera a fórmula de cálculo de teto máximo das Equipes de Saúde da Família**. Brasília, DF. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2355_10_10_2013.html. Acesso em: 02/02/2018.

_____. Portaria n. 154, de 24 de janeiro de 2008. Dispõe sobre a criação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2008.

_____. Ministério de Desenvolvimento Social. Serviço de Proteção para Pessoas com Deficiência, Idosos e suas Famílias. 2018. Disponível em: <http://mds.gov.br/aceso-a-informacao/perguntas-frequentes/assistencia-social/pse-protacao-social-especial/servicos-de-media-complexidade/servicos-de-protacao-pessoas-com-deficiencia-idosas>. Acesso em: 07/02/2018.

CONFERÊNCIA DE SAÚDE DAS MULHERES DE FLORIANÓPOLIS (1ªCOSmu), 1., 2017, Florianópolis, SC. **Relatório Final**. Florianópolis: Secretaria Municipal de Saúde, 2017,1V. Disponível em: <<http://cms.pmf.sc.gov.br/admin/uploads/1505932994pdf>>. Acesso em: 02/02/2018.

CAMPOS, G.W.S. **Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde**. São Paulo, 1999.

CFESS (Brasil). **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. Série: Trabalho e projeto profissional nas políticas sociais. Brasília, DF, 2010. Disponível em: <[http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Sau de.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Sau_de.pdf)>. Acesso em: 29/01/2018.

_____. **Comemorações do Dia do/a Assistente Social homenageiam os 80 anos da profissão**. 2016. Disponível em: <<http://www.cfess.org.br/visualizar/noticia/cod/1254>>. Acesso em: 11 nov. 2017.

_____. Ofício Circular n. 30 de 06 de julho de 2017. Dispõe sobre **a Jornada de trabalho e remuneração dos/as Assistentes Sociais**. Florianópolis, SC, 2017. Disponível em: <<http://cress-sc.org.br/wp-content/uploads/2017/07/Of%C3%ADcio-Circ.-030.2017-Orienta%C3%A7%C3%A3o-acerca-da-jornada-de-trabalho-e-recomenda%C3%A7%C3%A3o-de-remunera%C3%A7%C3%A3o.pdf>>. Acesso em: 31/01/2018.

FEPese. Edital Residência Integrada Multiprofissional em Saúde - **REMULTISF**. Disponível em: <<http://hurm.fepese.org.br/?go=home&mn=106a6c241b8797f52e1e77317b96a201>>. Acesso 16/07/2017.

FLORIANOPOLIS. Portaria 22/2016 - **Política Municipal de Atenção Primária à Saúde** para organização dos serviços e gestão e direcionamento das ações de educação permanente no âmbito da Atenção Primária à Saúde no município de Florianópolis. Disponível em: http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/29_11_2016_16.17.33.73c009e15b1538cd39469d1b7ec80eb2.pdf. Acesso em 10/11/2017.

_____. Portaria n 26/2014 – **Carteira de Serviços** da Atenção Primária em Saúde. Disponível em: <file:///C:/Users/Usu%C3%A1rio/Downloads/1-carteira_de_servicos_atencao_primaria_florianopolis.pdf> Acesso em: 29/01/2018.

Fórum Nacional de Coordenadores de Residências em Saúde. **Carta de Olinda**. VII Encontro Nacional de Residências em Saúde. Olinda, 2017. Disponível em: <https://pt-br.facebook.com/pg/setimoenrs/community/>. Acesso em: 05/02/2018.

FREITAS, Bia Cruz. **Crianças e adolescentes com deficiência e/ou doenças crônicas: uma reflexão sobre a responsabilização da família pelo cuidado**. 2014. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

FREITAS; ORTIZ; BERTONCELLO. **DESAFIOS DO SUS E A REMULTISF**: um panorama a partir da vivência da territorialização. Florianópolis: Ufsc, 2017. 9 p. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/180142>>. Acesso em: 13 out. 2017.

FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: UEC, 2002. Apostila.

CAMPOS, W. S.G; AMARAL, M. A. **Clínica ampliada e obstáculos à reforma do hospital**. São Paulo 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/csc/v12n4/04.pdf>>. Acesso em: 15 jul. 2017.

GAIRF. **Portal do Imigrante**. Florianópolis, SC, 2018. Disponível em: <<https://imigrafloripa.wordpress.com/portal-do-migrante/>>. Acesso em: 04/02/2018.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2002.

IBGE. **Síntese de indicadores sociais**: Uma análise das condições de vida da população brasileira 2013. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv66777.pdf>>. Acesso em: 01.02.2018.

_____. **Panorama de Florianópolis**: trabalho e rendimento. 2015. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sc/florianopolis/panorama>>. Acesso em: 05/02/2018.

MAGALHÃES, M. A. **Momentos Multiprofissionais e sua importância para a formação do residente em Saúde da Família**: um relato de experiência. Florianópolis, 2017.

MARTINI, D. **A Intervenção do Serviço Social no NASF e no PAIF no Município de Florianópolis**. 2017. 253 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Serviço Social, Centro Socio Econômico, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2017. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/177871/346935.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 10 nov. 2017.

MARTINS, Marla Sacco. **O Assistente Social do Nasf e a Intersetorialidade: um estudo a partir da residência multiprofissional em saúde da família**. Trabalho de Conclusão de Curso (Residência Integrada Multiprofissional em Saúde da Família). Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2015.

MIOTO, Regina Célia Tamasso. Novas propostas e velhos princípios: a assistência às famílias no contexto de programas de orientação e apoio sócio-familiar. In: SALES, Mione Apolinário; MATOS, Maurelio Castro de; LEAL, Maria Cristina (org). Política Social, Família e Juventude: uma questão de direitos. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2006.

MIOTO, R. C. **Família, trabalho com famílias e Serviço Social**. Serviço Social em Revista; Londrina, v.12, n.2, p. 163-176, jan./jun.2010. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/view/7584/6835>>. Acesso em: 03.02.2018.

MINAYO, M.C.S. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 10. ed. São Paulo: HUCITEC, 2007. 406 p.

MORÉ, C. L. O. O.; KRENKEL, S. Violência no contexto familiar. In **Curso Atenção a Homens e Mulheres em Situação de Violência por Parceiros Íntimos**. Florianópolis, UFSC: 2014.

MORAES, B. V. **As tendências teórico-políticas do serviço social em relação ao SUS nos cursos de residência**. Multiprofissional. Trabalho de Conclusão de Curso (Residência Integrada Multiprofissional em Saúde da Família). Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2016.

NINSAÚDE. **Pesquisa por CID**. Brasil, 2018. Disponível em: <http://cid.ninsaude.com/pesquisar-por-cid/>. Acesso em: 30/01/2018.

NOTÍCIAS DO DIA. **Beira Mar Norte a Avenida Mais Valorizada e Cobiçada de Florianópolis**. 2014. Disponível em: <<https://ndonline.com.br/florianopolis/noticias/beira-mar-norte-a-avenida-mais-valorizada-e-cobicada-de-florianopolis>>. Acesso em 07/02/2018.

OLIVEIRA, C. **Um apanhado teórico-conceitual sobre a pesquisa qualitativa: tipos, técnicas e características**. 2008.

PEREIRA, M.P.B.; BARCELLOS, C. O território no Programa de Saúde da Família. **Hygeia, Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, v. 2, n. 2, p. 47-55, 2006.

PRADO, M. L.; REIBNITZ, K. S. (Org.). **Paulo Freire: a boniteza de ensinar e aprender na saúde**. Florianópolis: Nfr/ufsc, 2016. 195 p.

Resolução CNRMS nº 3, de 4 de Maio de 2010. Dispõe sobre a duração e a carga horária dos programas de Residência Multiprofissional em Saúde e de Residência em Área Profissional da Saúde e sobre a avaliação e a frequência dos profissionais da saúde residentes. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 2010.

SANTOS, E.R.; LANZA, L.M.B. **O Matriciamento no NASF: interpretações sobre o trabalho do Assistente Social**. Espírito Santo, 2014.

SARTI, Cynthia. **Famílias Enredadas**. In: ACOSTA, Ana Rojas; VITALE, Maria Amélia Faller (Org.). Família: rede, laços e políticas públicas. 25. ed. São Paulo, 2010. p. 21-36.

SILVA, S. A da, FRACOLLI, L. P. Avaliação da Estratégia Saúde da Família: perspectiva dos usuários em Minas Gerais, Brasil. **Saúde Debate**, v. 38, n.103, p. 692-705, 2014.

UFSC. **Residência Multiprofissional em Saúde da Família**. Florianópolis, 2017. Disponível em: <<http://remultisf.ufsc.br/programa/>>. Acesso em: 06/09/2017.

WIESE, M.; SANTOS, R. **A centralidade da família nas políticas sociais da assistência social e saúde: a relevância do debate para o serviço social**. SIBS- Relatos, 2009. Disponível em: <<http://www.cibs.cbciss.org/arquivos/A%20CENTRALIDADE%20DA%20FAMILIA%20NAS%20POLITICAS%20SOCIAIS%20DA%20ASSITENCIA%20SOCIAL%20E%20SAUDE.pdf>>. Acesso em 05/02/2018.