



**FACULDADE RATIO
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL**

SILA REGINA NEVES MACIEL

**O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NO NÚCLEO DE APOIO À
SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF) DA REGIONAL III**

Fortaleza
2016

SILA REGINA NEVES MACIEL

**O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NO NÚCLEO DE APOIO À
SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF) DA REGIONAL III**

Monografia submetida à Coordenação do Curso de Graduação em Serviço Social da Faculdade Ratio, como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social.

Orientação: Prof.^a Dr. Lucili Grangeiro Cortez

Fortaleza

2016

SILA REGINA NEVES MACIEL

O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NO NÚCLEO DE APOIO À
SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF) DA REGIONAL III

Monografia submetida à Coordenação do
Curso de Graduação em Serviço Social
da Faculdade Ratio, como requisito
parcial para a obtenção do grau de
Bacharel em Serviço Social.

Aprovada em ___/___/___

BANCA EXAMINADORA:

Prof.^a Dr. Lucili Grangeiro Cortez (Orientadora)
Faculdade Ratio

Prof.^a Ms. Maria do Socorro Lima Martins Matos
Faculdade Ratio

Prof.^a Ms. Rosa Angela de Brito Falcão
Faculdade Ratio

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus e a Nossa Senhora por ter me iluminado nessa caminhada;

À minha sogra Clara Viana Maciel pelo grande incentivo que ela sempre me deu;

Ao meu marido João Weber Maciel Viana que caminhou junto comigo nessa jornada;

Aos meus filhos Ramonn Diego Neves Maciel, João Secundino Maciel Neto e Emanuel Wibson Neves Maciel, pois cada um, a sua maneira, contribuiu para que esse sonho se realizasse, as minhas amigas e companheiras Ana Claudia Rolim Melo e Mirian Morais Moreno;

À orientadora professora Lucili Grangeiro Cortez que me apoiou nessa caminhada;

À professora Maria do Socorro Lima Martins Matos por ter aceitado participar da banca examinadora;

À professora Rosa Ângela de Brito Falcão, por ter aceitado participar da banca examinadora;

A todos que estiveram comigo neste percurso, seja de forma direta ou indireta.

“Intervir é escolher caminhos com riscos implícitos e explícitos em cada conjuntura, em cada crise. Escolher implica também ter força, pois, quanto mais forte se é ideológica, política e economicamente, tanto mais se amplia o campo de opções, é claro, não sem contradições”.

Vicente de Paula Faleiros

RESUMO

Este trabalho monográfico teve como objetivo compreender a atuação do assistente social, no NASF da Regional III, no município de Fortaleza - CE. Para tanto foi utilizado como metodologia pesquisa qualitativa, fazendo uso de pesquisa bibliográfica, e entrevistas semiestruturada com três assistentes sociais. Constatamos que as demandas enfrentadas pelas assistentes sociais que atuam no NASF, são amplas: Violência contra crianças e adolescentes, mulheres e idosos; Viabilização de garantia de direitos, tais como: aluguel social, Programa Bolsa Família; Benefício de Prestação Continuada; Passe Livre; dentre outros. Identificamos também que as práticas do assistente social contribuem para a viabilização de direitos dos usuários, como por exemplo, grupos de convivência, atendimento individual, visitas domiciliar, dentre outros. Com relação às atribuições do assistente social que compõe a equipe multiprofissional do NASF, observamos que estão dentro as atribuições dispostas pela Portaria nº 154/2008, que regulamenta os NASF, como por exemplo, atender as famílias de forma integral, discutir e refletir a realidade social e as formas de organização social nas comunidades, discutir e realizar visitas domiciliares, orientar e organizar o acompanhamento das famílias do Programa Bolsa Família e outros programas federais e estaduais de distribuição de renda. Por fim, constatamos grandes desafios a serem enfrentados por essas profissionais devido às mesmas terem que lidar diariamente com questões que exigem respostas imediatas, dada a realidade a carência em que estão inseridas essas famílias.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde. Atenção Básica a Saúde. Núcleo de Atenção a Saúde da Família.

ABSTRACT

This monographic study aimed to understand the role of the social worker in NASF Regional III in the city of Fortaleza - CE. For this was used as a method of qualitative research, making use of literature and semi-structured interviews with three social workers. We found that the demands faced by social workers who work in NASF, are broad: Violence against children, women and the elderly; rights guarantee feasibility, such as rent assistance, Family Grant Program; Continuous Cash Benefit; Free pass; among others. We also identified that the practices of the social worker contribute to the viability of rights of users, such as community groups, individual care, home visits, among others. Regarding the tasks of the social worker that make up the multidisciplinary team of NASF, we see that are within the responsibilities arranged by Ordinance No. 154/2008, which regulates the NASF, for example, meet the families fully, discuss and reflect reality social and forms of social organization in the communities, discuss and carry out home visits, guide and organize the monitoring of the families of the Bolsa Família Program and other federal and state programs for income distribution. Finally, we see major challenges to be faced by these professionals due to them having to deal daily with questions that require immediate answers, given the fact the grace in which they operate these families.

Keywords: Health Unic System. Primary Health. Care Center Family Health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CAPs	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CREAS	Centros de Referência de Assistência Social
CBO	Código Brasileiro de Ocupações
CEF/88	Constituição Federal de 1988
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
ESF	Programa Estratégia Saúde da Família
HEMOCE	Centro de Hematologia e Hemoterapia do Ceará
IAPs	Institutos de Aposentadoria e Pensões
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
NSF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PSF	Programa de Saúde da Família
PNS	Política Nacional da Saúde
PBF	Programa Bolsa Família
PSB	Proteção Social Básica
SER III	Secretaria Executiva Regional III
SUS	Sistema Único de Saúde
SMS	Secretaria Municipal da Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
1 A CONSTRUÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL E O NASF	16
2 O CAMPO DE ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE.....	30
3 A REGIONAL III.....	42
3.1 Relatos sobre o exercício profissional de assistentes sociais que atuam no NASF da Regional III	43
CONSIDERAÇÕES FINAIS	50
REFERÊNCIAS.....	52
APÊNDICES	11

INTRODUÇÃO

Nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) existem situações do cotidiano que trazem demandas sociais, as quais são indispensáveis à intervenção do (a) profissional assistente social. No entanto, a inserção do (a) assistente social na Estratégia Saúde da Família (ESF), tem sido alvo de debates e questionamentos polêmicos, entre outros profissionais da saúde, como também, no âmbito da categoria. Desse modo, a reflexão do referido processo não pode ser desvinculada do contexto político, econômico e social em que ocorre, como defende Aguiar (2011).

A respeito da ESF é importante colocar que esse programa é um modelo que procura reorganizar a Atenção Básica de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS) e com o apoio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), estrutura vinculada à Atenção Básica de Saúde que busca ampliar, aperfeiçoar a atenção e a gestão da saúde na ESF, privilegiando a construção de redes de atenção e cuidado, constituindo-se em apoio às equipes de saúde da família e ampliando sua habilidade de resolução e sua capacidade de compartilhar e fazer a coordenação do cuidado (BRASIL, 1997).

Diante da pertinência do tema, surgiu a indagação: Diante das ações exercidas pelo ESF, como é a atuação do assistente social junto ao Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Portanto, nosso objetivo geral é compreender a atuação do assistente social no NASF da Regional III, no município de Fortaleza, no Estado do Ceará. Para tanto, como meio de responder nosso objetivo geral, temos como objetivos específicos: identificar as práticas do trabalho do assistente social que contribuem para a viabilização de direitos dos usuários; analisar as atribuições do assistente social que compõe a equipe multiprofissional do NASF; e descrever a realidade vivenciada pelos assistentes sociais da Regional III.

O interesse pela área de saúde surgiu com a nossa atividade na Secretaria Executiva da Regional III, em Fortaleza, a partir de 2009, quando passamos a atuar como Agente Comunitária de Saúde, no momento em que foi incluído o NASF, em 2011, na UBS Clodoaldo Pinto. Passamos a observar que tal fato rendeu discussões entre as equipes de saúde sobre a prática desses

profissionais no NASF, principalmente do assistente social, devido ao grande número de famílias em extrema vulnerabilidade em diversos segmentos e das diversas expressões da questão social existentes nas demandas da UBS. Além disso, muito embora os Estágios Supervisionados em Serviço Social I e II tenham sido realizados em instituições distintas, os mesmos tiveram como denominador comum o constante contato com a realidade e problemática que perpassam a esfera das inúmeras famílias assistidas. A partir disso, passamos a amadurecer a ideia e posteriormente, a decisão de realizar o presente estudo sobre a relação entre Serviço Social e a Estratégia Saúde da Família (ESF), a qual cabe destacar, é uma modalidade própria para prestação da Atenção Básica à Saúde (ABS).

Nesse ponto, vale trazermos aqui Martins (2002), pois sustenta que o atendimento por meio da ABS, possibilita considerar os sujeitos inseridos em sua realidade sociocultural e a importância da corresponsabilidade na construção de projetos terapêuticos, haja vista que incorpora a lógica de novos protagonismos, além da participação ativa dos usuários e trabalhadores na construção da cidadania, condição para viabilização dos direitos sociais, dentre eles, a própria saúde.

Nas palavras da autora:

O PSF estruturado para oferecer a ABS dentro de uma nova lógica teórico-metodológica foi a estratégia encontrada nos anos de 1990 para se alcançar a atenção integral no Brasil, com a instituição de equipes multiprofissionais estruturadas para atuar a partir do contexto sociocultural das famílias, caracterizando-se como uma possibilidade de integração e organização das atividades em um território definido, com o propósito de propiciar o enfrentamento e resolução dos problemas identificados localmente (MARTINS, 2002, p. 89).

Outra questão extremamente relevante, que também nos direcionou à escolha por essa temática para a realização desse trabalho, que é enfatizado por Martins (2002), diz respeito à profissão do Serviço Social, pois trata da prevenção e promoção à saúde da família, sendo que é possível através do contato com as famílias e com a informação prevenir uma infinidade de problemas de saúde que assolam as famílias atendidas pela equipe da ESF, pois possibilita o contato direto com o usuário, materializada no atendimento a Atenção Primária na UBS por meio da equipe multiprofissional.

Segundo Martins (2002), é através da equipe da ESF, onde as famílias são cobertas por esta modalidade de atendimento, tornando-as um grupo preferencial para a atuação do Serviço Social, dada à sua maior vulnerabilidade social, o que se configura como um dos critérios indicados pelo Ministério da Saúde para a escolha das áreas de implantação das equipes.

Vale salientar ainda que, possuímos um anseio especial em desvelar a atuação do (a) assistente social na ESF devido ao nosso interesse em exercermos a profissão na área da saúde. Além do mais, o campo de trabalho do assistente social passa a ser a cada dia mais dinâmico dado o número de problemas sociais que envolvem, no caso, a saúde pública no Brasil.

Por fim, cabe salientar a relevância acadêmica deste estudo tendo em vista que, por ser uma modalidade relativamente nova de Atenção à Saúde, conforme apontado por Martins (2002) é um tema que merece ser estudado e aprofundado, possibilitando contribuir para outros estudos. Pois nessa nova perspectiva, as ações no campo da saúde passam a considerar toda a complexidade da existência humana, demandando os saberes multidisciplinares e o trabalho de equipes multiprofissionais habilitadas para o desenvolvimento de ações de promoção, proteção, recuperação, diagnóstico precoce, tratamento, reabilitação, tendo como campos de intervenção o indivíduo, a famílias, a comunidade e o meio ambiente, para além dos consultórios tradicionais.

Como meio de alcançarmos o objetivo geral e os específicos, supracitados, foi realizada uma pesquisa de caráter exploratório-descritivo, valendo-se de uma abordagem qualitativa, visto que para obtenção de nossos objetivos buscamos valorizar tanto as demandas gerais apresentadas pela Regional III ao Serviço Social, quanto aprofundar nossa reflexão sobre os significados que o Serviço Social possa ter na área da saúde.

Portanto, a metodologia proposta focou seus esforços em compreender a atuação do assistente social, no NASF, da Secretaria Executiva Regional III (SER III), localizada na Avenida Jovita Feitosa, 1264, no bairro, Parquelândia, Fortaleza - CE.

De acordo com Chizzotti (2000), a característica fundamental da investigação qualitativa está no fato de enxergar os acontecimentos, ações,

normas, valores, a partir da perspectiva dos sujeitos que estão sendo estudados, no caso, as assistente sociais. Nas palavras da autora:

[...] a estratégia de tomar a perspectiva dos sujeitos se expressa geralmente em termos de ver “através dos olhos da gente que alguém está estudando”. Tal perspectiva envolve, claramente, uma propensão a usar a empatia com quem está sendo estudado, mas também implica uma capacidade de penetrar nos contextos de significados com os quais eles operam. Portanto, parte do fundamento de que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, uma interdependência viva entre o sujeito e o objeto. O conhecimento não se reduz a um rol de dados isolados, assim, são conectados por uma teoria explicativa, pois o objeto não é um dado inerte e neutro; está possuído de significados e relações que sujeitos concretos criam em suas ações (CHIZZOTTI, 2000, p. 79).

A mesma autora coloca ainda em relação à importância da pesquisa qualitativa, em estudos relacionados à área das Ciências Humanas, que esta se mostra apta para captar tais informações, pois considera todas as pessoas dela participantes como sujeitos que elaboram conhecimentos e produzem práticas adequadas para intervir nos problemas que identificam.

Minayo (2005, p. 15) aponta que a pesquisa qualitativa “parte da compreensão de que a realidade social se faz por aproximação e de que é preciso exercitar a disposição de olhá-la por vários ângulos”. Vale ressaltar que a metodologia do presente trabalho buscou o olhar das demandas sociais que são encaminhadas pela equipe de saúde, vinculadas ao NASF, para a intervenção pelo Serviço Social.

Quanto ao universo pesquisado, teve como sujeitos desta pesquisa três assistentes sociais, que atuam no NASF, das Unidades Básicas de Saúde que compõem a SER III. Lembrando que a metodologia utilizou-se de uma fundamentação prévia a qual foi construída a partir de uma vasta pesquisa bibliográfica com resgate teórico de autores que abordam a temática, discutida nos próximos capítulos deste trabalho. Conforme esclarece Gil (2008, p. 66): “[...] a pesquisa bibliográfica constituiu-se no procedimento metodológico para a coleta de informações que se utiliza fundamentalmente das contribuições dos diversos autores sobre determinado assunto”.

Quanto aos critérios de amostragem na abordagem qualitativa, iremos utilizar uma lógica diferente da usada na perspectiva quantitativa, uma vez que sob o ponto de vista qualitativo, os princípios de definição amostral se baseiam

na busca, segundo Minayo (2005, p. 94): “de aprofundamento e de compreensão de um grupo social, de uma organização, de uma instituição ou de uma representação”.

Ainda nas palavras da mesma autora, os critérios de amostragem qualitativa possuem as seguintes características:

- Prioriza os sujeitos que possuem os atributos que se deseja conhecer;
- Considera que o tamanho da amostra é suficiente a partir da reincidência das informações, mas não despreza informações singulares;
- Trabalha com a noção de que os informantes sejam suficientemente diversificados a ponto de possibilitarem a apreensão de semelhanças e diferenças;
- Busca que a escolha do campo e dos grupos a serem observados contenham o conjunto das experiências que se pretende captar (MINAYO, 2005, p. 94).

Com relação aos sujeitos entrevistados, no caso, três assistentes sociais que atuam no NASF da Regional III, as mesmas foram guiadas por meio de um roteiro semiestruturado (APÊNDICE B), o qual foi construído a partir dos objetivos propostos neste trabalho. De acordo com Triviños (1987, p. 146), entrevista semiestruturada: “[...] valoriza a presença do investigador, oferece todas as perspectivas possíveis para que o informante alcance a liberdade e espontaneidade necessária, enriquecendo a investigação”.

Por fim, cabe salientar que primeiramente antes de termos realizados as entrevistas foi explicado o objetivo do estudo e solicitando que as participantes desta pesquisa assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o qual está disponível (APÊNDICE A). Com relação à análise dos resultados da pesquisa, o mesmo, foi resguardado pelo Código de Ética e pelas Diretrizes da Lei de Regulamentação da profissão do Serviço Social. Estando assim, de acordo com o TCLE e a Resolução 196/96, a qual visa o sigilo profissional. Após isso, realizamos as entrevistas fazendo uso de um gravador de voz.

O presente Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), foi dividido em 3 (três) capítulos, quais sejam: o primeiro capítulo é intitulado: “A Trajetória da Saúde Pública no Brasil e no NASF”, o qual contextualiza a construção da saúde pública brasileira e a criação do referido Núcleo de Atenção à Saúde da Família como parte integrante à Atenção Básica a Saúde.

O segundo capítulo denominado: “O Campo de atuação do Serviço Social na Atenção Básica à Saúde” o qual traz os parâmetros e as diretrizes que embasam o trabalho no assistente social junto à equipe multidisciplinar do NASF.

Por fim, o terceiro capítulo denominado: “A Regional III” no qual capítulo foi descrito a Regional bem como os relatos sobre o exercício profissional de assistentes sociais que atuam no NASF que abrange a referida regional.

1 A CONSTRUÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL E O NASF

O Movimento da Reforma Sanitária e a construção do SUS no Brasil passaram por momentos distintos dentro do contexto socioeconômico, histórico e cultural, não sendo possível compreender os moldes da saúde pública atual sem que se faça uma retrospectiva dos movimentos que levaram ao modelo de saúde adotado no presente, pois foi através do mesmo que levou a inserção do Serviço Social na saúde. Portanto, para uma melhor compreensão da temática é necessário que se faça um resgate histórico sobre a saúde antes da Constituição Federal de 1988 e o Movimento da Reforma Sanitária e o SUS.

Desta forma, o sistema de saúde brasileiro adquiriu, ao longo de sua evolução, características marcantes que acompanharam as tendências políticas e econômicas de cada momento histórico.

Para Bravo (1996), a evolução da política de saúde se deu em estreita relação com a evolução da política econômica e social da sociedade brasileira.

No período de 1500 a 1822, o Brasil, como colônia de Portugal, tinha sua produção econômica realizada por meio dos ciclos do açúcar e da mineração, à base do trabalho escravo, com destino ao comércio internacional, de acordo com os interesses da Coroa Portuguesa (BRAVO, 1996).

Ainda segundo a mesma autora, nesse período, ideias abolicionistas e exigências internacionais contribuíram para a progressiva substituição do trabalho escravo pelo trabalho assalariado, o que motivou a imigração de trabalhadores, da Europa, para a produção cafeeira e as atividades industriais emergentes no Brasil.

Neste mesmo período o quadro sanitário do Brasil colônia e imperial se caracterizava pela existência de diversas doenças transmissíveis, trazidas inicialmente pelos colonos portugueses e, posteriormente pelos escravos africanos e diversos outros estrangeiros que aqui chegavam para fins de comércio ou por imigração (BRAVO, 1996).

Bravo (1996) afirma ainda que, tais doenças se tornaram endêmicas e outras provocaram epidemias assustadoras que acabavam por dizimar enormes contingentes populacionais. Já que, eram frequentes as doenças sexualmente transmissíveis, como a hanseníase, a tuberculose, cólera, a

malária, a varíola, além de doenças provocadas por destruição, acidentes por animais peçonhentos e as decorrentes das aglomerações urbanas nas cidades e das condições precárias de trabalho nas lavouras.

Segundo Bravo (1996, p. 18):

Não se pode falar da existência de uma política de saúde no período colonial e imperial. No entanto, eram tomadas medidas que visavam minimizar os problemas de saúde pública que afetavam a produção econômica e prejudicavam o comércio internacional.

No que concerne à assistência médica, esta se limitava apenas as classes dominantes, constituídas principalmente pelos coronéis do café, e era exercida pelos raros médicos que vinham da Europa. Aos demais (índios, negros e brancos pobres), restavam apenas os recursos da medicina popular que eram praticadas para a cura de algumas doenças (BRAVO, 1996).

As primeiras Casas de Misericórdias surgiram no Brasil em 1539 e se destinavam ao abrigo dos doentes, indigentes e viajantes, sem assistência médica e tratamento aos problemas de saúde. A história dos cuidados com saúde do brasileiro passa, necessariamente, pela filantropia, mais ainda pelo cunho filantrópico religioso, onde por meio da caridade, as pessoas eram atendidas pelas instituições e médicos filantropos. Paralelamente a isso, o Estado fazia algumas ações de saúde diante de epidemias, como ações de vacinação (BRAVO, 1996).

Desta forma, somente no início do século XX, surgiram os processos de saúde no país, pautado no desenvolvimento da ciência e na divulgação da epidemia da febre amarela, cólera, varíola e pestes do tipo que surgem no Brasil. Portanto, naquele período, somente os ricos tinham acesso e direito a médicos. Já as pessoas vulnerabilizadas pela pobreza restavam apenas o atendimento em benzedoiras e na caridade das pessoas, em hospitais filantrópicos. Com a divulgação das epidemias as elites dominantes, passaram a se preocupar com a imagem do país, pois, diante de tal problema, os mesmos não atrairiam imigrantes, perdendo assim, pessoas para a produção e para as colheitas, o que levou ao início da produção de vacinas (BRAVO, 1996).

Desta forma, ocorreu no final do século XIX e início do XX, com o saneamento do Rio de Janeiro, uma grande campanha de vacinação contra

varíola, onde o Estado passou a cuidar também da intervenção de algumas doenças negligenciadas como: a doença mental, a hanseníase, a tuberculose dentre outras (BRAVO, 1996).

Assim, somente no primeiro Governo de Rodrigues Alves (1902-1906) ocorreu a primeira medida sanitária no país, após várias doenças graves como varíola, malária, febre amarela e até a peste terem se espalhado facilmente. Segundo Bravo (1996), o então Presidente nomeou o médico Oswaldo Cruz para solucionar o problema, sendo convocadas 1.500 pessoas para ações que invadiam as casas queimavam roupas e colchões, sem nenhum tipo de ação educativa.

Como consequência, por tais medidas, ocorreram conflitos com a população, após a institucionalização da vacinação antivariólica, o que levou a população a sair às ruas dando início à chamada Revolta da Vacina, culminando no afastamento de Oswaldo Cruz. No entanto, apesar do fim conflituoso, o sanitário conseguiu resolver parte dos problemas e colheu muitas informações que ajudaram seu sucessor, Carlos Chagas, a estruturar uma campanha rotineira de ação e educação sanitária (BRAVO, 1996).

Diante deste cenário, em 1923, surge a Lei Eloy Chagas, criando as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs). Essas instituições eram mantidas pelas empresas que passaram a oferecer esses serviços aos funcionários. Tendo estas entre suas atribuições, além da assistência médica ao funcionário e a família, a concessão de preços especiais para medicamentos, além de aposentadorias e pensões para herdeiros, todavia, essas CAPs só valiam para funcionários urbanos (BRAVO, 1996).

De acordo com Bravo (1996), durante este período foi possível observar um crescimento da medicina liberal, que era utilizada pela classe dominante e com poder aquisitivo, restando à maioria da população brasileira, que não tinha direito as CAPs, apenas os serviços oferecidos pelos escassos hospitais filantrópicos mantidos pela Igreja ou a prática popular da medicina.

Esse modelo só começa a mudar a partir da Revolução de 1930, quando Getúlio Vargas toma o poder. Quando o mesmo cria o Ministério da Educação e Saúde e as CAPs são substituídas pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), que, por causa do modelo sindicalista de

Vargas, passa a ser dirigidos por entidades sindicais e não mais por empresas como as antigas CAPs (BRAVO, 1996).

Assim, a política de saúde adotada reforça a antiga dicotomia: as ações de caráter coletivo sob a gestão do Ministério da Educação e Saúde (modelo sanitarismo campanhista), separadas das ações curativas e individuais, vinculadas aos IAP's, reforçando a dualidade do modelo assistencial.

Para Aguiar (2011) o modelo de previdência que norteou os anos de 1930 a 1945 no Brasil foi de orientação contencionista, ao contrário do modelo abrangente que dominou o período anterior (1923-1930). Para os autores, um dos determinantes que levou a diminuição dos gastos foi, sem dúvida, o efeito produzido pelo rápido crescimento da massa de trabalhadores inseridos. Onde a previdência se preocupou mais com a acumulação de reservas financeiras do que com a ampla prestação de serviços.

Lembrando que, a legislação do período (1930), procurou demarcar a diferença entre previdência e assistência, que antes não havia. Foram definidos limites orçamentários máximos para as despesas com assistência médico-hospitalar e farmacêutica (AGUIAR, 2011).

Em 1945, o presidente Getúlio Vargas é deposto, ocorrendo eleições e o partido comunista é posto na ilegalidade. Os centros de saúde desta época seguiam o modelo e a influência americana com muitas especialidades. Os medicamentos, conforme contam os livros históricos, foram em sua maior parte desenvolvidos na guerra (AGUIAR, 2011).

Neste período, também surgem aparelhos modernos e médicos especialistas e, em 1953, é criado o Ministério da Saúde, com o objetivo de fortalecer as ações em saúde pública, medicina preventiva e medicina especializada. Cabe lembrar que, foi nesse período que surgiram também os sanatórios e leprosários (AGUIAR, 2011).

Já o Governo Juscelino Kubitschek (1956 a 1960), pós Era Vargas, promoveu grandes transformações econômicas. Seu governo foi caracterizado pela ênfase ao desenvolvimento, com a visão das políticas sociais como paliativas. Nesse contexto, a saúde pública obteve modestas conquistas, tendo em vista que, o IAPs fortalece o modelo de assistência medica curativa aos

assegurados na perspectiva de manutenção do trabalhador saudável para a produção (BRAVO, 1996).

Entre os anos de 1937 a 1964, tem início à ditadura militar¹, no Brasil, sendo que suas discussões sobre a saúde pública brasileira estava à unificação dos IAPs como forma de tornar o sistema mais abrangente. Assim, em 1960 foi criada a Lei Orgânica da Previdência Social, que unificava os IAPs, em um regime único para todos os trabalhadores regidos pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), o que excluía trabalhadores rurais, empregados domésticos e funcionários públicos (BRAVO, 1996).

Portanto, a política de saúde formulada nesse período era de caráter nacional, organizada em dois subsetores: o de saúde pública e o de previdenciária. Onde o setor de saúde pública se manteve predominante até meados de década de 1960 e se centralizou na criação de condições sanitárias mínimas para as populações urbanas, e, restrita para as do campo (BRAVO, 1996).

Ainda, segundo a mesma autora, no final da década de 1960 se intensificavam as críticas no modelo ecológico, passando a se entender que havia necessidade de reformulação da compreensão do processo saúde doença, tendo como finalidade, a compreensão dos conhecimentos epidemiológicos para os interesses populares, culminando na concretização de novas práticas de intervenções.

Em 1967, por meio dos militares, com a unificação de IAPs e a consequente criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), levou a um aumento significativo na demanda pelos serviços públicos de saúde, tendo como a solução adotada pelo Governo na época foi pagar a rede privada pelos serviços prestados à população. No entanto, dada as dimensões do

¹A ditadura militar também conhecida como Estado Novo, ou Era Vargas, teve início em 1937, se mantendo até o ano de 1945. Sendo caracterizado pela centralização do poder, nacionalismo, anticomunismo e por seu autoritarismo. O governo implementou a censura à imprensa. Vale ressaltar que o Estado Novo, é considerado um precursor da Ditadura Militar no Brasil de 1964. Essa segunda ditadura também conhecida como Quinta República Brasileira, foi instaurado em 1º de abril de 1964 e durou até 15 de março de 1985, sob o comando de sucessivos governos militares. De caráter autoritário e nacionalista, teve início por meio de um golpe militar que derrubou o governo de João Goulart, o então presidente democraticamente eleito. Disponível em: <[https://pt.wikipedia.org/wiki/Ditadura_militar_no_Brasil_\(1945-1964\)](https://pt.wikipedia.org/wiki/Ditadura_militar_no_Brasil_(1945-1964))>. Acesso em: 5 jul. 2016.

problema o Governo acabou por criar o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência (INPS) (BRAVO, 1996).

Ainda segundo a mesma autora, em 1970 houve a luta pela reforma sanitária, a população foi às ruas reivindicar e pedir postos de saúde, transporte adequado, água tratada, acesso á alimentos, saúde e educação, buscando adquirir diretos. Nesse sentido, em meados de 1970, ressurgiu a discussão da medicina social, identificada como modelo da epidemiologia social. Neste modelo se defende que, o processo saúde doença é um processo social e biológico, com historicidade própria. Nesse sentido Bravo (1996, p.90) afirma que, “o tratamento da saúde pública ultrapassa a visão de causalidade como uma relação de causa e efeito, percebe o fenômeno como uma estrutura”.

Para Bravo (1996) foi implantado no País, um modelo que privilegiou a máquina privada, tendo em vista que, priorizava a extensão da cobertura previdenciária de forma a abranger uma gama considerada da população urbana. Sendo que, somente após 1973, foram incluídos os trabalhadores rurais, empregadas domésticas e trabalhadores autônomos, dando maior importância para a prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, com interferência estatal na previdência. Para tanto, o Estado se utilizou do INPS, que ajudou nesse trabalho de intermediação dos repasses para iniciativa privada.

Já em 1978, na Conferência de Cuidados Primários de Saúde ocorrida em Alma-Ata, no Cazaquistão, propunha-se uma estratégia para ampliar o acesso da população à saúde, por meio da construção de um modelo voltado não só para a atenção curativa, como também para a promoção e prevenção, numa relação profissional de saúde – indivíduo – família – comunidade – que incorporasse a perspectiva da integralidade da atenção à saúde. Assim, a partir daquela conferência foi expressando a necessidade de ação urgente de todos os governos, de todos os que trabalham nos campos da saúde e do desenvolvimento e da comunidade mundial, para proteger e promover a saúde e do desenvolvimento e da comunidade mundial, para proteger e promover a saúde de todos os povos do mundo (SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003).

Na década de 1980 vários segmentos da sociedade foram se organizando e debatendo sobre a necessidade da descentralização dos

serviços de saúde, entendida esta como única alternativa para a constituição de um sistema de saúde que atendesse às necessidades de toda a população, de forma a viabilizar sua universalidade e sua equidade (MARTINS, 2002).

Neste contexto surge o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) democratizando o atendimento à saúde. O SUDS funcionava por meio de convênios realizados entre o Estado e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde (MARTINS, 2002).

Entretanto, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986, é um dos marcos históricos mais importantes na trajetória da política pública da saúde neste País, tendo como objetivos, por meio do projeto da Reforma Sanitária Brasileira, consolidar a busca pelo direito universal à saúde e a criação de um Sistema Único sob a égide do Estado, que serviu de base para a negociação dos defensores da Reforma Sanitária na reformulação da Constituição Federal. Sendo esse ideário concretizado em 1988 com a promulgação da Constituição Federal (CF) que, incorporando os princípios defendidos pela Reforma Sanitária, inclui a Saúde no capítulo da Seguridade Social, a qual passa a configurar-se como o conjunto das ações de Saúde, Previdência e Assistência Social, com um financiamento comum (MARTINS, 2002).

Desse modo somente a partir da Constituição brasileira de 1988, a saúde teve seu conceito ampliado. A Lei Orgânica da Saúde, Lei 8080/90, que regulamenta o preceito constitucional traz, assim, que a condição de saúde de uma determinada população abrange fatores como alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais e não mais somente a ausência de doenças. A saúde passa a ser compreendida como um direito social fundamental e produto das condições de vida (BRASIL, 1998).

A relação entre condições sociais de existência e saúde coloca esta área como um campo de estudo propício para a inserção do profissional de Serviço Social, que irá lidar, de forma intersetorial, com as questões que interferem, direta e indiretamente, na qualidade de vida e, por conseguinte, nas condições de saúde das famílias e grupos sociais assistidos.

Portanto, em 1990 com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), foram promulgadas duas Leis Orgânicas regulamentadoras de seu

funcionamento: Lei 8.080/90 – que dispõe sobre a promoção da saúde e a organização dos serviços, entre eles, a descentralização político-administrativa e Lei 8.142/90 – 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.

Desse modo segundo está disposto nos Art. 1 ao 3, da Lei 8.142/90:

[...] SUS contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas:

I - a Conferência de Saúde; e

II - o Conselho de Saúde.

§ 1º A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde.

§ 2º O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

§ 3º O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) terão representação no Conselho Nacional de Saúde.

§ 4º A representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos.

§ 5º As Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde terão sua organização e normas de funcionamento definidas em regimento próprio, aprovadas pelo respectivo conselho.

Art. 2º Os recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) serão alocados como:

I - despesas de custeio e de capital do Ministério da Saúde, seus órgãos e entidades, da administração direta e indireta;

II - investimentos previstos em lei orçamentária, de iniciativa do Poder Legislativo e aprovados pelo Congresso Nacional;

III - investimentos previstos no Plano Quinquenal do Ministério da Saúde;

IV - cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos Municípios, Estados e Distrito Federal.

Parágrafo único. Os recursos referidos no inciso IV deste artigo destinar-se-ão a investimentos na rede de serviços, à cobertura assistencial ambulatorial e hospitalar e às demais ações de saúde.

Art. 3º Os recursos referidos no inciso IV do art. 2º desta lei serão repassados de forma regular e automática para os Municípios, Estados e Distrito Federal (BRASIL, 1990).

Como pode ser observado, a partir da construção do SUS, as Políticas Públicas na área da Saúde, no Brasil, toma um novo norte, haja vista que, a

mesma não é mais concebida de forma unilateral, mas sim a partir da participação ampla de todos os organismos da sociedade. Tal representatividade se dá através do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) e da representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos.

O SUS, embasado nos princípios de universalidade, integralidade, equidade, descentralização, hierarquização e participação popular passa a ser visto como um sistema inclusivo, que deve atender a todos de acordo com suas necessidades.

Em seu Art. 3º, a Lei 8.080/90, em consonância com a própria Constituição Federal, amplia o conceito de saúde para além da simples ausência de doença, trazendo a necessidade da reorganização de todo o processo de trabalho superando o modelo de assistência à saúde pautado em ações curativas e com foco assistencial médico-hospitalar, definindo o atendimento integral, priorizando as atividades preventivas e ações coletivas de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, sem prejuízo dos serviços assistenciais.

Tendo a saúde como fatores determinantes e condicionantes, 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. Parágrafo único – Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social (BRASIL, 1990).

A implantação do SUS e a conseqüente operacionalização de alguns de seus princípios básicos ao longo do período culminaram no processo de descentralização em direção aos municípios. Tal definição se justificava frente à premência de um novo modelo que contemplasse as questões loco-regionais e elegesse o domicílio e a comunidade como espaços estratégicos, valorizando várias dimensões que se perderam na centralização dos serviços, como a história e a cultura da comunidade e tudo mais que torna significativa uma relação social, passando, com isso, a saúde a ser concebida com um retrato

das condições de vida e de trabalho dos diversos grupos sociais (MARTINS, 2002).

Cabe contextualizar que o nascimento do SUS brasileiro, também foi construído a partir de concepções internacionais as quais serviram de base para o mesmo, dentre tais concepções convém trazeremos neste momento alguns autores que destacam como era tratada a questão da saúde a partir da década de 1970 (SOUZA; GRUNDY, 2004).

Desse modo a saúde, é entendida como uma série de ações que buscam potencializar a participação dos cidadãos nos aspectos determinantes da saúde dos mesmos, assim, a Promoção a saúde assumiu uma posição central para a garantia da saúde nos dias de hoje, sobre isso, discorreremos, brevemente, abaixo.

Em 1974, o então Ministro da Saúde do Canadá, *Marc Lalonde*, preocupado com a situação de saúde dos canadenses e com os crescentes gastos com serviços de cura e reabilitação, propôs novas estratégias para o enfrentamento dos problemas do sistema nacional de saúde daquele país, ficando este conhecido como Relatório Lalonde (SOUZA; GRUNDY, 2004).

Desse modo segundo o referido relatório os determinantes da saúde eram compostos por 4 categorias: a biologia humana; o ambiente; os estilos de vida; e a organização da assistência, sendo que a partir destas poder-se-ia pensar em ações que buscassem promover a saúde. Tal documento exemplifica a já existente preocupação com a visão limitada do modelo biomédico tradicional, o qual, de alguma forma, separava o corpo da mente, a doença do doente e o doente da sociedade (SOUZA; GRUNDY, 2004).

Outro exemplo utilizado pelos mesmos autores e que demonstra a existência de uma preocupação a nível internacional com relação a saúde é a declaração de *Alma Ata*, redigida em 1978, preconizava saúde para todos no ano 2000 e chamava atenção para a importância da atenção básica, ressaltando a necessidade da participação comunitária e a interação intersetorial para a saúde (SOUZA; GRUNDY, 2004).

No entanto, é a partir da década de 1980, que a promoção de saúde passa a ganhar destaque no campo da Saúde Pública, sendo o seu conceito introduzido oficialmente pela Organização Mundial da Saúde – OMS (SÍCOLI e NASCIMENTO, 2003).

Em 1986 ocorreu em Ottawa, Canadá, a I Conferência Sobre

Promoção da Saúde. Na ocasião foi elaborada a Carta de Ottawa, que definia cinco grandes campos de ação para a Promoção da Saúde: a construção e implementação de Políticas Públicas Saudáveis; a criação de ambientes favoráveis à Saúde; o desenvolvimento de habilidades individuais; o reforço da ação comunitária e a reorientação dos serviços de saúde. Vale salientar ainda que, outras conferências seguiram-se à de Ottawa: a II Conferência, Adelaide, Austrália, em 1988; a III Conferência de Sundsvall, Suécia, em 1991; a IV Conferência de Jacarta, Indonésia, em 1997 (SÍCOLI e NASCIMENTO, 2003).

Cabe destacar, ainda segundo os mesmos autores, que os debates realizados em todas elas tinham em comum o fato de apontarem que a Saúde deveria incluir as várias dimensões sócio-espaciais, tais como: lares, escolas, ambientes de trabalho, bairros e cidades; passava por adotar estilos de vida e práticas saudáveis; exigia a reorientação dos serviços de saúde no sentido de incorporar ações de proteção e promoção à saúde, além da assistência médico-hospitalar (SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003).

Portanto, foi dada importância, ainda, à formulação de políticas públicas e à criação de ambientes saudáveis, considerando-se que todos os setores influenciam os determinantes de saúde, sendo desta maneira um importante veículo para reduzir iniquidades sociais e econômicas, assegurando o acesso equitativo de bens e serviços, bem como os serviços de saúde (SÍCOLI e NASCIMENTO, 2003).

Assim a OMS passa a definir a promoção da saúde como o processo que capacita a população a exercer e aumentar o controle sobre a sua saúde, sendo dessa forma relativa ao bem estar individual e coletivo (Organização Mundial da Saúde, *Carta de Ottawa*; 1986).

Mais recentemente, como apontam Sícoli e Nascimento (2003), a OMS elencou sete princípios caracterizadores das iniciativas de promoção de saúde, sendo eles: concepção holística, intersetorialidade, empoderamento (*empowerment*), participação social, equidade, ações multiestratégicas e sustentabilidade. Vale ressaltar que ainda de acordo com as mesmas autoras é tênue o limite entre prevenção e promoção de saúde, quando diante da implementação de práticas e políticas do setor Saúde. Contudo, Souza e Grundy (2004) fazem a diferenciação entre os termos, conceituando: a prevenção baseia-se, geralmente, na concepção de risco ou da probabilidade de se tornar doente; a educação para a saúde envolve o acesso a informações

relativas à saúde, visando à mudança de comportamento e à adoção de estilo de vida saudável, em que o indivíduo passa ser corresponsável pelo seu estado de saúde; a promoção de saúde implica em um processo mais abrangente e contínuo, que envolve prevenção, educação e a participação de diferentes setores da sociedade na elaboração de estratégias que permitam a efetividade da educação para a saúde.

Com a definição destes autores, percebemos que a promoção de saúde acaba por transcender as atividades e as decisões individuais para tornar-se uma atividade coletiva.

De acordo com Souza e Grundy (2004) no Brasil, em particular, após a Constituição de 1988 é possível observarmos, com relação às Políticas Públicas direcionadas para a área da saúde, uma série de mudanças que se aproximam com as Políticas Públicas preconizadas pelo OMS, como por exemplo, o Programa ESF.

Tal argumentação é visível a partir do momento em que, ao considerar que as condições de trabalho, de moradia, de alimentação, do meio ambiente e de lazer, dentre outras, determinam o maior ou menor grau de saúde e ainda buscando a ampliação e qualificação das ações de promoção da saúde nos serviços e na gestão do SUS, o Ministério da Saúde aprova por meio da Portaria 687/06, de 30 de março de 2006, a Política Nacional de Promoção da Saúde, que dispõem as diretrizes e aponta estratégias de organização das ações de promoção da saúde nos três níveis de gestão do SUS, visando garantir a integralidade do cuidado. A Promoção da Saúde é vista, de acordo com essa Portaria, enquanto estratégia do setor para buscar a melhoria da qualidade de vida da população, tendo como objetivo a gestão compartilhada entre usuários, movimentos sociais, trabalhadores do setor sanitário e de outros setores, produzindo autonomia e corresponsabilidade (BRASIL, 2006).

Dentro dessa perspectiva o Programa Saúde da Família (PSF), estruturado para oferecer a Atenção Básica à Saúde dentro de uma nova lógica teórico-metodológica, foi a estratégia encontrada nos anos de 1990 para se alcançar a atenção integral no Brasil, com a instituição de equipes multiprofissionais estruturadas para atuar a partir do contexto sociocultural das famílias, caracterizando-se como uma possibilidade de integração e organização das atividades em um território definido, com o propósito de propiciar o enfrentamento e resolução dos problemas identificados localmente.

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) organizam-se pela lógica de fortalecer a Atenção Básica como primeiro contato da população com o serviço local de saúde, oferecendo uma maior resolubilidade para os cuidados prestados dentro do seu âmbito de complexidade, assegurando-se a referência e contrarreferência com os diferentes níveis do sistema (MARTINS, 2002).

Dentro deste contexto, o Programa ESF, e em especial o NASF, configuram-se como a potência para reestruturação do sistema de saúde, reorientando o modelo de atenção e imprimindo uma nova dinâmica de organização dos serviços e ações de saúde, uma vez que sua atuação se assenta sobre uma visão ampliada do processo saúde-doença, o qual pretende ultrapassar as concepções marcadas pelo viés biologizante e curativo, passando a ter na família e no meio no qual ela vive, o centro da atenção à saúde. A estratégia pressupõe uma posição ativa para a equipe de saúde, visto que não aguarda a demanda chegar à unidade – processo típico do modelo tradicional. Ao contrário, organiza seu processo de trabalho a partir da identificação das necessidades em saúde daquele território, numa interação ativa com a comunidade e famílias (MONNERAT; SENNA; SOUZA, 2006).

Nessa nova perspectiva, Martins (2002) afirma que as ações no campo da saúde passam a exigir o trabalho de equipes multidisciplinares. Estas devem estar habilitadas para o desenvolvimento de ações de promoção, proteção, recuperação, diagnóstico precoce, tratamento, reabilitação, tendo como campos de intervenção o indivíduo, a família, a comunidade e o meio ambiente, para além dos espaços intramuros.

Ao integrar e articular os projetos sociais, inclusive os que extrapolam o âmbito da assistência à saúde, o assistente social mostra-se como um profissional que pode contribuir para a interdisciplinaridade das ações nesta área. Exemplos disso são a atenção sempre presente com as relações intra e extrafamiliares; com as condições socioeconômicas que podem interferir negativamente na saúde da família; a interação com os demais membros da equipe para uma abordagem integral da saúde da família; o preparo para o atendimento das famílias em domicílio; o levantamento de recursos comunitários; a promoção da saúde e a busca pela efetivação dos direitos da população, do controle social e da cidadania (MARTINS, 2002).

Por fim, é importante colocar que as questões relacionadas à família, ou melhor ao tratamento da saúde visto por meio das famílias, trabalhado no

Programa ESF e com consequência no NASF, bem como a inserção do assistente social na equipe multidisciplinar do referido Núcleo, são tratados no próximo capítulo deste trabalho monográfico.

2 O CAMPO DE ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

Para compreender a atuação do(a) profissional assistente social na área da saúde acreditamos que se faz necessário conhecer, mesmo que de forma breve, como se constituiu o Serviço Social como profissão no Brasil, sua relação com as políticas de saúde, as relações de força e poder, tendo em vista que as demandas nascem do confronto entre o projeto de Reforma Sanitária e o projeto neoliberal privatista, possibilitando assim, analisar sua atuação na área profissional do(a) assistente social, em especial na ESF (COSTA, 2011).

A inserção do Serviço Social na área da saúde e a criação das políticas sociais em respostas às reivindicações dos trabalhadores têm início nos anos de 1930, período em que o Serviço Social estava vinculado à assistência médico-previdenciária e às ações de educação em saúde.

Segundo Costa (2011), a partir de 1945 ocorreu a expansão do Serviço Social no Brasil e com isso o(a) assistente social passou a atuar na política de saúde através de programas prioritários, com destaque à prática educativa com intervenção normativa.

Com a publicação da Constituição Federal de 1988 (CF/88), a saúde passou a ser um direito de todos e dever do Estado, conforme consta em seu Art. 196, sendo estabelecido o direito à Seguridade Social, composta pelo tripé saúde, previdência e assistência social.

Assim, o Sistema Único de Saúde (SUS), é definido pela Lei no 8.080, de 1990 (Lei Orgânica da Saúde) como: “o conjunto de ações e serviços públicos de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público”.

Dessa forma, com a promulgação da CF/88, a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) e, posteriormente, com a Lei Orgânica da Saúde, deu-se um avanço na direção do reconhecimento da saúde como direito do cidadão e dever do Estado (COSTA, 2011).

Neste contexto, o (a) assistente social passa a fazer parte do conjunto de profissões necessárias na saúde, lembrando que, a inserção e a

legitimidade do(a) assistente social no setor da saúde vêm desde a criação da profissão no País (COSTA, 2011).

Primeiramente, sua inserção se deu junto aos serviços de assistência médica e, em seguida, de saúde pública com a criação do SUS, indicando assim a grande importância da atuação do (a) profissional do Serviço Social na ESF, cabendo destacar que antes do Serviço Social ser inserido neste Programa, uma possibilidade de maior atuação por parte do assistente social no trabalho em conjunto com as equipes de Saúde da Família, são embasadas no plano estratégico Mais Saúde², criado pelo Ministério o qual prevê ações que pretendem ampliar a assistência e a qualificação do SUS até 2011 (COSTA, 2011).

Desta forma, ao criar a ESF o Ministério da Saúde instituiu o NASF que tem como proposta contribuir com as equipes de ESF, admitindo como preceito básico o trabalho interdisciplinar para propiciar o respeito às peculiaridades regionais e a atuação mais adequada a cada caso, com profissões e áreas até então não contempladas no âmbito das Unidades Básicas de Saúde (UBS) (BRASIL, 2009).

Segundo Florindo (2009), o grande problema a ser vencido pelo Programa ESF, através do NASF:

[...] é a quebra do paradigma do atendimento individual para propostas de ações coletivas. Para isso irá requerer motivação e treinamento dos profissionais que formarão as equipes dos NASF, assim como daqueles que compõem o Programa de Saúde da Família (PSF). Aponta também a necessidade de ampla discussão para que todos entendam o território da saúde como resultado de acumulação de situações históricas, ambientais e sociais, que promovem condições particulares para a produção de doenças (FLORINDO, 2009, p. 37).

²O Programa Mais Saúde, constitui-se numa reorientação da política de saúde em busca de melhorar significativamente as condições de saúde e qualidade de vida, por meio da ampliação ao acesso a ações e serviços de qualidade. Propõe algumas inovações, tais como: novos modelos de gestão, novos mecanismos de gerenciamento de processos assistenciais modernizando a regulação do acesso aos serviços de saúde através do cartão nacional de saúde e da gestão de redes e de territórios assistenciais; fortalecimento dos mecanismos de controle social, aumentando a capacidade dos conselhos de saúde e dos mecanismos de ouvidoria e auditoria. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/pacsauade/>>. Acesso em: 10 abr. 2016.

Consoante o Ministério da Saúde, criou os NASFs³, por meio da portaria nº 154/2008, com o objetivo de apoiar a consolidação da Atenção Básica no Brasil, ampliando as ofertas de saúde na rede de serviços, assim como a resolutividade, a abrangência e o alvo das ações (BRASIL, 2014).

Dentro deste contexto, a atuação do assistente social, na área da saúde, em particular junto a ESF, integrando a equipe multiprofissional do NASF, implica também em reforçar as noções de cidadania, de direito à saúde e das demais políticas sociais, junto aos usuários e seus familiares, pois, como aponta Silva (2009), os mesmos geralmente se encontram fragilizados pela situação de doenças e problemas sociais. O contexto social é um dos fatores que influenciam diretamente nas questões da saúde, sendo relevante o conhecimento e o trabalho com o grupo social em que são registrados os principais casos de doenças. Além do aspecto social, se deve levar em consideração a relevância dos aspectos históricos e culturais de tais grupos, conforme apontado por Silva (2009), ressaltando que as atribuições e competências do Serviço Social na ESF são orientadas por direitos e deveres constantes no Código de Ética profissional e na Lei 8.662/93 que regulamenta a profissão.

Deste modo, o(a) assistente social está amparado(a) no sentido de negar possíveis abordagens tradicionais funcionalistas e pragmáticas, que reforçam as práticas conservadoras ao tratar as situações sociais como problemas pessoais que devem ser resolvidas individualmente.

Ainda em relação à inserção do Serviço Social nesse espaço sócio-ocupacional, o mesmo está amparado pela portaria nº 154/2008, a qual regulamenta os NASF de todo território nacional que diz claramente que as ações dos assistentes sociais deverão se voltar para promoção da cidadania e de produção de estratégias que visem o fortalecimento das redes de suporte social, contribuindo para o desenvolvimento das ações Intersetoriais (BRASIL, 2010).

Quanto às atribuições dos profissionais do programa ESF, do ponto de vista organizacional são as mesmas, quais sejam: participar do processo de

³Dados disponibilizados pelo portal do Ministério da Saúde. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/noticias_detalhe.cfm?co_seq_noticia=42123>. Acesso em: 10 abr. 2016.

territorialização, identificando situações de risco e vulnerabilidade, realizando busca ativa e notificando doenças e agravos de notificação compulsória; cadastrar famílias e indivíduos, garantindo a qualidade dos dados coletados e a fidedignidade do diagnóstico de saúde do grupo populacional da área adstrita de maneira interdisciplinar, com reuniões sistemáticas, organizadas de forma compartilhada, para planejamento e avaliação das ações (BRASIL, 2011).

Cabe ressaltar que, associadas a estas, outras ações devem ser desenvolvidas, a fim de promover atenção integral, contínua e organizada da população adstrita. O acolhimento dos usuários deve garantir escuta qualificada e encaminhamentos resolutivos para que o vínculo, uma das peças-chave da ESF, ocorra de forma efetiva. Importante lembrar que a atenção ao usuário deve ser realizada não apenas no âmbito da UBS, mas em domicílio, em locais do território, quando as visitas se tornarem essenciais para o andamento do cuidado (BRASIL, 2011).

Entretanto, é necessário que esse mesmo sujeito, que hoje necessita de cuidados, seja capaz, em um momento posterior, de gerir a forma de conduzir sua vida e a de sua família, de forma autônoma e saudável. Ações educativas que interfiram no processo de saúde-doença devem ser incrementadas, bem como o incentivo à mobilização e à participação da comunidade, com o intuito de efetivar o controle social (BRASIL, 2011).

Quanto às ações do Serviço Social, de acordo com a portaria nº 154/2008, que regulamenta os NASF, são:

Ações de promoção da cidadania e de produção de estratégias que fomentem e fortaleçam redes de suporte social e maior integração entre serviços de saúde, seu território e outros equipamentos sociais, contribuindo para o desenvolvimento de ações intersetoriais para realização efetiva do cuidado. Considerando-se o contexto brasileiro, suas graves desigualdades sociais e a grande desinformação acerca dos direitos, as ações de Serviço Social deverão se situar como espaço de promoção da cidadania e de produção de estratégias que fomentem e fortaleçam redes de suporte social propiciando uma maior integração entre serviços sociais e outros equipamentos públicos e os serviços de saúde nos territórios adstritos, contribuindo para o desenvolvimento de ações intersetoriais que visem ao fortalecimento da cidadania (BRASIL, 2008, p. 10).

Ainda em relação às ações, vale salientar que, considerando o contexto brasileiro, permeado pela desigualdade social e pela desinformação por parte dos cidadãos acerca de seus direitos, a Portaria nº 154/08 (BRASIL,

2008) atribui especificamente ao Serviço Social uma série de ações profissionais enquanto membro das equipes dos NASFs, como:

Coordenar os trabalhos de caráter social adstritos às ESF;
Estimular e acompanhar o desenvolvimento de trabalhos de caráter comunitário em conjunto com as ESF;
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;
Atender as famílias de forma integral, em conjunto com as ESF, estimulando a reflexão sobre o conhecimento dessas famílias, como espaços de desenvolvimento individual e grupal, sua dinâmica e crises potenciais;
Identificar no território, junto com as ESF, valores e normas culturais das famílias e da comunidade que possam contribuir para o processo de adoecimento;
Discutir e realizar visitas domiciliares com as ESF, desenvolvendo técnicas para qualificar essa ação de saúde;
Possibilitar e compartilhar técnicas que identifiquem oportunidades de geração de renda e desenvolvimento sustentável na comunidade, ou de estratégias que propiciem o exercício da cidadania em sua plenitude, com as ESF e a comunidade; identificar, articular e disponibilizar com as ESF uma rede de proteção social;
Apoiar e desenvolver técnicas de educação e mobilização em saúde;
Desenvolver junto com os profissionais das ESF estratégias para identificar e abordar problemas vinculados à violência, ao abuso de álcool e a outras drogas;
Estimular e acompanhar as ações de Controle Social em conjunto com as ESF; Capacitar, orientar e organizar, junto com as ESF, o acompanhamento das famílias do Programa Bolsa Família e outros programas federais e estaduais de distribuição de renda; e
No âmbito do Serviço Social, identificar as necessidades e realizar as ações necessárias ao acesso à Oxigenioterapia (BRASIL, 2008).

Assim, na linha de superação crítica aos atendimentos pontuais realizados, a atuação do Serviço Social junto às equipes da ESF poderia propiciar a concretização de um processo de conscientização em saúde. Se levarmos em consideração este contexto, a interdisciplinaridade mostra-se como o meio de dizer sobre saberes e trocas, pois possibilita a inserção do saber de participação tanto do movimento popular organizado, como do usuário.

A atuação por parte de equipes multiprofissionais, destacada pela Portaria nº 154/08, pretende englobar a ação de diversos profissionais, buscando atingir a integralidade dos atendimentos de saúde aos usuários assistidos (BRASIL, 2008).

Ao atuarem em parceria com as equipes de Atenção Primária/Saúde da Família, os profissionais atuantes nos NASFs encontrarão possibilidades de

identificação, em conjunto com a comunidade, das atividades, das ações e das práticas a serem adotadas em cada realidade (SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003).

Nesse sentido, a Atenção Básica, e de maneira especial, a ESF, para sua consecução – necessitam de diretrizes que apoiem as diferentes atividades a elas relacionadas. A esse respeito Monken e Barcellos afirmam que:

[...] o processo de trabalho em saúde mediante operações intersetoriais e ações de promoção, prevenção e atenção à saúde, permitindo a gestores, profissionais e usuários do SUS compreender a dinâmica dos lugares e dos sujeitos (individual e coletivo), desvelando as desigualdades sociais e as iniquidades em saúde. O território define em si a adstrição dos usuários, propiciando relações de vínculo, afetividade e confiança entre pessoas e/ou famílias e grupos a profissionais/equipes, sendo que estes passam a ser referência para o cuidado, garantindo a continuidade e a resolutividade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado (MONKEN; BARCELLOS, 2005, p. 898).

Portanto, a ideia de que os cuidados dispensados na Atenção Básica são simples há muito deixou de ser realidade, se é que algum dia o foi. Estes são complexos e precisam dar conta das necessidades de saúde da população, em nível individual e/ou coletivo, de forma que as ações influenciam na saúde e na autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde da comunidade (MONKEN; BARCELLOS, 2005).

Como podemos observar, a ação na Atenção Básica, principal porta de entrada do sistema de saúde, inicia-se com o ato de acolher, escutar e oferecer resposta resolutiva para a maioria dos problemas de saúde da população, minorando danos e sofrimentos e responsabilizando-se pela efetividade do cuidado, ainda que este seja ofertado em outros pontos de atenção da rede, garantindo sua integralidade. Para isso, é necessário que o trabalho seja realizado em equipe, de forma que os saberes se somem e possam se concretizar em cuidados efetivos dirigidos a populações de territórios definidos, pelos quais essa equipe assume a responsabilidade sanitária (MONKEN; BARCELLOS, 2005).

A esse respeito Sícoti e Nascimento (2003) afirmam que a interdisciplinaridade se mostra como uma importante ferramenta na superação da fragmentação de saberes e práticas, já que toda a equipe é responsável pelo atendimento do núcleo familiar e não somente de um membro que busca por atendimento.

Ainda de acordo com as mesmas autoras, enfrentar os fatores ligados à determinação social da saúde requer a transformação da visão de indivíduos doentes para a de sujeitos sociais, estes se encontram em determinado processo e momento de suas vidas. Uma vez que o campo da promoção da saúde é fortemente marcado pelas demandas sociais e, desta forma, requer múltiplos enfoques, o envolvimento de diferentes disciplinas e a combinação de métodos e abordagens variadas, incluindo o desenvolvimento de políticas, mudanças organizacionais, desenvolvimento comunitário, questões legislativas, educacionais e do âmbito da comunicação se justifica como alternativa para que sejam alcançados os resultados desejados.

Sícoli e Nascimento (2003) pontuam que tornar a ação intersetorial uma prática mais tangível requer alianças interdisciplinares consistentes, além do desenvolvimento de movimentos comunitários suficientemente fortes para influenciar as políticas públicas, processo esse necessário para que se possa alcançar um estado real de saúde com base nos preceitos da *Carta de Ottawa*, para a qual são necessários vários pré-requisitos, incluindo educação, renda adequada, justiça social e equidade. Assim, a prática profissional que pretenda interferir nos determinantes do processo saúde-doença, deve ser contrária à assunção de ações instantâneas, mas ter como norte a priorização de suas demandas e a organização e planejamento de suas ações. Portanto, somente ações profissionais que estejam articuladas aos interesses e necessidades da população usuária, incluindo-se aí a importância dada às demandas por promoção da saúde, por organização para a participação no controle social dos serviços prestados, é que irão constituir-se num movimento de enfrentamento da realidade vivenciada, deixando estas ações de terem apenas um fim em si mesmo (SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003).

Convém ressaltar ainda que, a trajetória histórica do Serviço Social no Brasil, destaca sua relação com as políticas de saúde vigentes em cada período estudado e o projeto ético político da profissão, bem como o rompimento com o conservadorismo tradicional, e a defesa de valores éticos fundamentais, tais como: liberdade, equidade e justiça social. O profissional de Serviço Social se defronta com os conflitos resultantes da complexa dinâmica da sociedade atual o que implica em o Serviço Social, bem como outras profissões, estarem habilitadas para enfrentar os desafios de efetivar a consolidação dos direitos sociais (SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003).

Portanto, a inclusão do(a) assistente social na ESF e no NASF constitui uma estratégia de reorganização dos serviços e de reorientação das práticas profissionais em ações básicas de saúde, configurando-se, como parte integrante de uma política intersetorial centrada na produção social, na qual o grande desafio reside em reconstruir uma articulação em função dos anseios dos indivíduos da família e da comunidade (FONTINELE, 2003).

O NASF está organizado em duas modalidades: NASF 1 e NASF 2, e a composição de cada uma delas deverá ser definida pelos gestores municipais, a partir dos dados epidemiológicos e das necessidades locais e das equipes de saúde que serão apoiadas. Os profissionais que compõem o NASF 1 e 2, segundo o Código Brasileiro de Ocupações (CBO), são:

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

É importante observar que não há diferença entre o NASF 1 e 2 quanto aos profissionais que os compõem, há distinção apenas quanto à carga horária semanal e ao número de equipes de Saúde da Família e/ou equipes de Atenção Básica para populações específicas. Esses núcleos devem funcionar em horário de trabalho coincidente com o das referidas equipes que apoiam além de estarem vinculados aos polos do Programa Academia da Saúde de seu território de abrangência (BRASIL, 2011).

Desse modo, ainda segundo Fontinele (2003), a inserção do(a) assistente social na ESF possibilita a criação de parcerias com as equipes dos Conselhos Tutelares, Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e UBS, viabilizando o atendimento e acompanhamento integrado da população atendida. Além disso, tais profissionais fornecem também orientações gerais sobre o Programa Bolsa Família (PBF), encaminhamentos aos equipamentos sociais pertinentes, etc.

Neste sentido, os NASFs poderão se configurar, no âmbito de trabalho

do assistente social junto à ESF, como possibilidade para que este profissional possa reestruturar sua prática profissional mesmo em meio ao contexto neoliberal, tal como pontua Battini (1998), tornando visíveis as demandas sociais com o compromisso de realização das necessidades da população, embasadas nas diretrizes do dever do Estado, e do direito do cidadão. Importa aos assistentes sociais a compreensão e ação não sobre a realidade interna dos indivíduos, mas a compreensão e a ação sobre a realidade externa – o cotidiano e sua história – sendo este o espaço para a mobilização, organização e não mudança de comportamento e/ou reprodução acrítica de valores (BATTINI, 1998).

Tal contexto pode ser mais bem compreendido se levarmos em consideração que o sistema econômico vigente no Brasil – o projeto neoliberal – traz consequências como a fragmentação da vida social e dos problemas sociais e, com isso, os problemas passam a não ser apreendidos como totalidade, mas como responsabilidade pessoal de cada um. Esta realidade, de acordo com Battini (1998), faz com que as soluções dos problemas também se deem de forma fragmentada e, uma vez que se considera que o indivíduo tem autonomia e liberdade para responder às suas necessidades, se não o faz é por ser negligente, omissivo, não tendo interesse para solucionar seus próprios problemas.

Diante dessa dinâmica Faleiros (2002), coloca que o Serviço Social também sofre as consequências deste contexto: a política neoliberal, além de ocasionar profundas consequências nas relações de trabalho e na gestão do social, traz dificuldades à atuação profissional. Em detrimento do trabalho profissional de relação com a população, reforça-se a tendência à burocratização, à administração de papéis, à quantificação, à inspeção das normas e da regulamentação, entre outros.

O campo da política do cotidiano é o local onde se processa a relação entre o assistente social e a população, entendendo-se esta política como trabalho na relação de efeito e de mudança em que se move a vida cotidiana. Neste sentido, o desenvolvimento da autonomia do sujeito se dá pela negação da tutela e da subalternidade, pela mediação da afirmação da própria palavra e da construção das decisões sobre seu próprio destino, aspectos estes que poderão ser diretamente trabalhados pelo assistente social que atua juntamente e diretamente com a população (FALEIROS, 2002).

Diante do exposto percebemos a importância da atuação do(a) assistente social na ESF, pois este(a) possui a preocupação com o social do usuário, o qual não foge à questão da promoção da saúde. Além do aspecto social, devemos levar em consideração a relevância dos aspectos históricos e culturais de tais grupos, conforme defendido por Silva (2009).

Quanto à Política Nacional de Saúde (PNS) há se de pensar em sua consolidação, que amplia os gastos com a assistência médica, havendo assim uma demanda para o(a) assistente social, visto que o(a) mesmo(a) será contratado(a) para atuar na ESF como mediador(a) entre as equipes multidisciplinares e a população, visando viabilizar o acesso aos serviços e benefícios existentes.

Nesse panorama da atenção primária à saúde, a atuação do(a) assistente social, por meios de instrumentos técnicos de trabalho, desempenha um papel mais direcionado ao acompanhamento individual e comunitário aos que vivem em situação de risco e vulnerabilidade social. Assim, é de suma importância a presença deste profissional, haja vista os benefícios que a presença dos mesmos proporciona à sociedade.

Segundo Iamamoto (1999) o(a) assistente social trabalhará diretamente com o usuário, através de instrumentos técnicos, como o cadastro socioeconômico e a visita domiciliar, conhecendo a realidade social do indivíduo, podendo ser um fator determinante na constatação da enfermidade.

De acordo com Carvalho (1984), que concorda com Iamamoto (1999), o (a) profissional do Serviço Social, juntamente com os demais integrantes da equipe multidisciplinar, contribuem na definição e na implementação de ações transformadoras. Deste modo, o Serviço Social tem em questão um dos elementos fundamentais da profissão, uma vez que seus profissionais trabalham na execução das políticas sociais como respostas às diversas expressões da questão social produzidas pela sociedade capitalista.

Nesse contexto, tendo como base o conceito ampliado de saúde da CF/88, tal profissional não seria indispensável dentro deste campo de atuação, pois ser assistente social, no terceiro milênio, é lançar um olhar crítico e de esperança sobre a realidade social e nela intervir e interagir, onde tal realidade deve estar balizada pela ética nos caminhos a seguir, encarando condições adversas, com competência e muita determinação. Sabendo socializar e

refletir, buscando materializar o projeto ético político da profissão que deseja ser coparticipante do projeto societário em construção de novos tempos sem dominação, como afirma Carvalho (1984).

Ainda segundo a mesma autora, apesar da ampliação do acesso, estudos realizados acerca da implantação e funcionamento da ESF apontam diversas limitações. Dentre elas cabe destacar: a infraestrutura inadequada das unidades de saúde, as condições de trabalho e vínculos empregatícios precarizados, o número insuficiente de profissionais e a alta rotatividade destes, a falta de capacidade de gestão, formação profissional inadequada e a dificuldade institucional de absorver e se adequar à proposta.

Para Carvalho (1984), na ESF, os usuários são pessoas que têm problemas de âmbito físico ou mental e, sobretudo na dimensão social. Portanto, a valorização do trabalho multiprofissional está pautada a partir da compreensão do conceito integral de saúde, pois o trabalho em equipe tem o objetivo de garantir a integridade da atenção e a resolutividade da unidade saúde da família.

Em todo o Brasil, até o ano 2012, segundo dados do Ministério da Saúde, já haviam sido implantadas 19 mil equipes de ESF, atingindo quase 60 milhões de pessoas, ou seja, 35% da população brasileira. Para aquele Ministério a meta é alcançar 100 milhões de brasileiros, especialmente nos municípios de grande porte (BRASIL, 2013).

No Estado do Ceará, a ESF atingiu uma cobertura de 80% até dezembro de 2011, segundo a Secretaria de Saúde uma das maiores coberturas no País. Com isso, a ESF provoca a interiorização e o aumento do acesso aos Serviços Básicos de Saúde em 184 municípios do Estado. São, ao todo, 1.658 equipes implantadas e a previsão é de que, para uma população de 8.451.359 habitantes, seriam necessárias, no Ceará, pelo menos mais 1.650,00 equipes, o que garantiria a cobertura de 100% na área de Atenção Básica à Saúde da Família.

Segundo dados dispostos no *site* da Secretaria Municipal da Saúde (SMS), a cidade de Fortaleza é a terceira capital brasileira com maior cobertura, atingindo 35% da população, ou seja, 65% ainda não têm acesso ao benefício. Além disso, 70% da população da Capital dependem exclusivamente do SUS. Portanto, mais da metade dela está desamparada em relação à ESF.

No que concerne à inserção do Serviço Social na saúde, segundo Bravo (1996), esteve vinculado à assistência médico-previdenciária (desenvolvida pelas instituições estaduais) e às ações educação em saúde (desenvolvidas pela Igreja católica). A profissão naquela época era conhecida como serviço médico, e realizava ações de caráter educativo-normativo atuando inclusive, nos hábitos de higiene da população. As atividades feitas pelos(as) assistentes sociais convergiam no âmbito da medicina previdenciária que tinha como grande financiador o trabalho formal.

Ainda no que diz respeito às demandas do Serviço Social, este, executava todo trabalho se baseando numa prática rotineira e burocratizada, através de trabalhos educativos voltados para a reinserção dos trabalhadores, como uma forma de controle social, visando à prática das ideias dominantes. Todavia, a profissão possuía um papel repressor e assistencialista, por meio de políticas sociais que visavam estabelecer regras na vida em sociedade, legitimando a manutenção do poder vigente (BRAVO, 1996).

Nesse contexto, segundo Bravo (1996, p. 29), os procedimentos eram norteados pela “prática educativa com intervenção normativa no modo de vida da clientela, com relação aos hábitos de higiene e saúde”. As técnicas utilizadas eram do Serviço Social de Caso, verificando a dimensão individual. Nos centros de saúde, criados desde a década de 1920, os assistentes sociais só passaram a ser inseridos a partir de 1975.

3 A REGIONAL III

Inicialmente é importante que esclarecermos que as informações acerca do histórico do nosso campo de pesquisa, a Regional III, foram obtidas por meio de informações prestadas pela assistente social A, e pela nossa observação tendo em vista que trabalhamos como Agente Comunitário da Saúde em uma das UBS vinculadas a SER III.

Assim, a Regional III é responsável por atender 16 bairros da cidade Fortaleza, quais sejam: Quintino Cunha, Padre Andrade, Presidente Kennedy, Parque Araxá, Antônio Bezerra, Pici, Amadeu Furtado, Rodolfo Teófilo, Autran Nunes, Dom Lustosa, Bela Vista, Henrique Jorge, Jóquei Clube, João XXIII e Parquelândia, onde se localiza a SER III, conforme já mencionado na parte introdutória deste trabalho.

Segundo informações da assistente social A, a Regional III, é responsável pelo atendimento à saúde de 16,5% da população do município de Fortaleza, em números que equivalem aproximadamente a 439 mil habitantes. Com relação aos equipamentos sociais disponibilizados para essa população na área da saúde, a SER III, possui 16 UBS dispostas da seguinte forma: uma no bairro Padre Andrade, Pici, Antônio Bezerra, João XXIII, Bela Vista, Henrique Jorge, Antônio Bezerra, Presidente Kennedy, Autran Nunes e Bom Sucesso, duas Unidades nos bairros Quintino Cunha, Rodolfo Teófilo e Jockey Clube.

A Regional III dispõe ainda dos seguintes hospitais: Hospital Distrital Evandro Aires de Moura, conhecido como Frotinha do Antônio Bezerra; Centro de Hematologia e Hemoterapia do Ceará (HEMOCE); Hospital Universitário Walter Cantídio e Maternidade Escola Assis *Chateaubriand*, situados no bairro Rodolfo Teófilo; Hospital e Maternidade Argentina Castelo Branco, no bairro Henrique Jorge e Hospital São José, no bairro Amadeu Furtado.

Por fim, ainda em relação aos equipamentos sociais disponibilizados para a população atendida pela Regional III, a mesma possui um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), um CAPS Álcool e Drogas e um CAPSI Infantojuvenil, todos localizados no bairro Rodolfo Teófilo; três Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), sediados nos bairros Bela Vista,

Presidente Kennedy, e Quintino Cunha; cinco Unidades de Proteção Social Básica (PSB) nos bairros Presidente Kennedy, Dom Lustosa, Antônio Bezerra; e Rodolfo Teófilo com duas Unidades e um Conselho Tutelar, sediado no bairro João XXIII.

Cabe colocar que temos consciência de que, em relação ao histórico da Regional III, deixamos uma lacuna, no que se refere ao número de servidores atuantes naquela Regional, viabilizando assim, o atendimento aquela população. Entretanto, gostaríamos de deixar registrado que mesmo atuando em uma UBS da SER III, tentamos por inúmeras vezes acesso a tais dados, mas não obtivemos sucesso.

Abaixo damos seguimento à parte final deste capítulo, trazendo as falas dos sujeitos que aceitaram contribuir para a construção deste trabalho, bem como nossas observações e correlações com o referencial teórico construído ao longo deste trabalho monográfico.

3.1 Relatos sobre o exercício profissional de assistentes sociais que atuam no NASF da Regional III

Conforme discorrido na parte introdutória deste trabalho as entrevistas com as três assistentes sociais, foram realizadas na Regional III, nos dias dez e onze de junho de dois mil e dezesseis, após informarmos os objetivos estritamente acadêmicos deste trabalho monográfico e as mesmas terem assinado o TCLE. Vale lembrar que as 3 assistentes sociais que aceitaram participar deste trabalho foram identificadas apenas por Assistente Social A; Assistente Social B; e Assistente Social C.

Deste modo, feita essas considerações preliminares começamos a realizar as entrevista. A primeira pergunta foi: quanto tempo trabalho como assistente social no Núcleo de Apoio à Família (NASF)? Todas as entrevistadas responderam que ingressaram na Regional III e concomitantemente no NASF, no ano de 2014, por meio de processo seletivo válido por dois anos, e que acabaram de fazer a prova para novo processo seletivo no dia cinco de junho de dois mil e dezesseis, e que caso sejam

aprovadas irão continuar exercendo as mesmas atividades no NASF da Regional III.

Vale ressaltar que, segundo informações restadas pela assistente social A, ocorre processo seletivo para assistente social atuar no NASF a cada dois anos. São setenta vagas para assistente social. Sendo que vinte são direcionadas para os CAPS, Santa Casa e Hospital da Mulher. As cinquenta vagas restantes são disponibilizadas para o NASF e serão remanejadas para as 104 Unidades Básicas de Saúde existentes em todo o município de Fortaleza. A assistente social A nos informou ainda que a seleção na qual foi aprovada, no ano de 2014, possui validade até o mês de dezembro de 2016, que caso não seja aprovada, mesmo já tendo criado vínculos com as comunidades onde atua vai ter que sair.

Portanto, observamos por meio das informações prestadas pelas assistentes sociais entrevistadas que essas estão trabalhando no NASF há dois anos e que possuem interesse em continuar a trabalhar no referido Núcleo. Entretanto, como ingressaram no serviço público por meio de processo seletivo, e o mesmo está encerrando o período de validade, estas só irão permanecer caso sejam aprovadas em novo processo seletivo realizado pela Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza. Assim, é possível afirmarmos que tal situação vivenciadas pelas assistentes sociais que participaram desta pesquisa demonstra a precarização do serviço público, pois por ser temporário não permite que sejam criados vínculos entre a comunidade e os profissionais.

A segunda indagação foi: quais as principais práticas do seu trabalho como assistente social contribuem para a viabilização de direitos dos usuários, no NASF?

Eu atuo no NASF de três Unidades com o alto nível de violência e drogadição. A demanda para o CAPS AD é muito grande, encaminhamentos para o CRAS na viabilização de direitos, aluguel social, bolsa família, quite enxoval, visitas domiciliares a idosos abandonados pelos familiares esses são bem frequentes nas três Unidades. Também encaminhamento para CREAS, violação de direitos de idosos (Assistente Social A).

Visitas domiciliares e junto a isso dentro da realidade em que o domiciliado esteja inserido seja idoso ou não direcionar, informar e articular as redes, benefícios encaminhamentos como: procuradoria

do idoso, BPC, Passe Livre, Bolsa Família, cestas básicas. Grupos de convivência, atendimento individual (Assistente Social B).

Nos bairros que eu atuo tem muita violência, procuro trabalhar essas questões com as famílias quando faço as visitas domiciliar. Sabe, as famílias que eu atendo são muito carentes e boa parte desestruturadas, então resumindo eu faço muito encaminhamento e trabalho de informação (Assistente Social C).

Antes de adentrarmos nas observações a respeito das práticas do trabalho das entrevistadas, propriamente disto, gostaríamos de destacar que conforme afirma a assistente social A e C, a área onde atuam possui níveis elevados de violência e uso abusivo de drogas.

Quanto às práticas do trabalho das assistentes sociais, a partir das falas das entrevistadas é possível correlacionarmos às mesmas com afirmações de Martins (2002). Segundo esse autor, as novas práticas na área foram construídas a partir do longo processo de conquistas que passaram a se concretizar a partir da Constituição Federal de 1988, pois a referida Constituição incorporou os princípios defendidos pela Reforma Sanitária, passando a incluir a Saúde no capítulo da Seguridade Social, configurando-se como o conjunto das ações de Saúde, Previdência e Assistência Social.

A afirmação defendida por Martins (2002) se materializaram com a criação da Lei Orgânica da Saúde, 8080/90, que traz a condição de saúde de uma determinada população ligada não mais apenas aos aspectos psíquicos e físicos dos indivíduos, passando a abranger, também, fatores como: alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.

Portanto, a saúde passou não mais a ser associada somente a ausência de doenças, mas sim, como um direito social fundamental e produto das condições de vida, o que fica clara tal mudança, a partir das práticas do trabalho das assistentes sociais, acima citadas, no NASF, pois destacamos pontos em comum nas falas das mesmas, principalmente em relação à viabilização de direitos, tais como: aluguel social, Programa Bolsa Família (PBF), Benefício de Prestação Continuada (BPC), dentre outros, que são efetivados, dentre uma das formas, através das visitas domiciliares.

Além disso, é extremamente relevante ressaltarmos que o trabalho das assistentes sociais no NASF, também está pautado pelo Art. 3º, da Lei

8.080/90, que em consonância com a própria Constituição Federal, amplia o conceito de saúde para além da simples ausência de doença, trazendo a necessidade da reorganização de todo o processo de trabalho, superando o modelo de assistência à saúde pautado em ações curativas e com foco assistencial médico-hospitalar, definindo o atendimento integral, priorizando as atividades preventivas e ações coletivas de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, sem prejuízo dos serviços assistenciais (BRASIL, 1990).

Por fim, ainda correlacionando as respostas das entrevistadas sobre as práticas do trabalho no NASF, com Martins (2002), com a implantação do SUS e a conseqüente operacionalização de alguns de seus princípios básicos ao longo do tempo, culminaram no processo de descentralização em direção aos municípios. Portanto, compreendendo as palavras do mesmo autor é possível afirmarmos que foi sendo criado um novo modelo que contemplasse as questões regionais, elegendo o domicílio e a comunidade como espaços estratégicos, valorizando várias dimensões que se perderam na centralização dos serviços, como a história e a cultura da comunidade e tudo mais que torna significativa uma relação social, passando, com isso, a saúde a ser concebida com um retrato das condições de vida e de trabalho dos diversos grupos sociais.

Continuando as entrevistas, conforme roteiro previamente construído, perguntamos: quais as atribuições do assistente social que compõe a equipe multiprofissional do NASF?

As visitas domiciliares, os encaminhamentos ao CRAS, CREAS e a Procuradoria do Idoso (Assistente Social A).

Criar um elo entre a instituição e a comunidade, recebendo as demandas passadas pelos demais profissionais do NASF da Unidade de Saúde como diretamente do usuário, e assim articular as redes e as políticas públicas para poder viabilizar os direitos dessa população, junto com as equipes de Saúde da Família. Criar e alimentar grupos de convivência para poder engendrar essa população para além do imediato mantendo o cuidado de ver o sujeito como um todo (Assistente Social B).

Basicamente visitas domiciliares, atividades em grupo, onde posso trabalhar questões relativas à realidade da comunidade, muita informação e encaminhamentos para os mais diversos equipamentos sociais. Também atuo muito com idosos, pois temos muitos que sofrem algum tipo de violência ai preciso tomar as providencias (Assistente Social C).

Como se observa, a partir das respostas das entrevistadas, com relação as suas principais atribuições, as mesmas estão em consonância com a Portaria nº 154/2008 que regulamenta o NASF. Destacamos: atender às famílias de forma integral, em conjunto com as ESF, estimulando a reflexão sobre o conhecimento dessas famílias, como espaços de desenvolvimento individual e grupal, sua dinâmica e crises potenciais; estimular e acompanhar o desenvolvimento de trabalhos de caráter comunitário em conjunto com as ESF; 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; Identificar no território, junto com as ESF, valores e normas culturais das famílias e da comunidade que possam contribuir para o processo de adoecimento; Discutir e realizar visitas domiciliares com as ESF, desenvolvendo técnicas para qualificar essa ação de saúde; Capacitar, orientar e organizar, junto com as ESF, o acompanhamento das famílias do Programa Bolsa Família e outros programas federais e estaduais de distribuição de renda; dentre outras (BRASIL, 2008).

Outra questão relevante, na fala da assistente social B, a qual relata como parte de seu trabalho a interdisciplinaridade com os demais profissionais que compõem a equipe do NASF. A esse respeito retomamos as afirmações de Sícoli e Nascimento (2003). Para esses autores, a atuação do Serviço Social em conjunto com as demais equipes de Atenção Primária/Saúde da Família, faz com que encontrem possibilidades de identificação, em conjunto com a comunidade, das atividades, das ações e das práticas a serem adotadas em cada realidade, pois a interdisciplinaridade mostra-se como o meio de dizer sobre saberes e trocas, possibilitando a inserção do saber de participação tanto do movimento popular organizado, como do usuário.

No mesmo sentido Monken e Barcellos (2005) explicam que a Atenção Básica, e de maneira especial, a ESF, na qual está inserido o NASF:

[...] o processo de trabalho em saúde mediante operações intersetoriais e ações de promoção, prevenção e atenção à saúde, permitindo a gestores, profissionais e usuários do SUS compreender a dinâmica dos lugares e dos sujeitos (individual e coletivo), desvelando as desigualdades sociais e as iniquidades em saúde. O território define em si a adstrição dos usuários, propiciando relações

de vínculo, afetividade e confiança entre pessoas e/ou famílias e grupos a profissionais/equipes, sendo que estes passam a ser referência para o cuidado, garantindo a continuidade e a resolutividade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado (MONKEN; BARCELLOS, 2005, p. 898).

Portanto, como pode ser observado seja por meio da Portaria nº 154/2008 que regulamenta o NASF, seja através das reflexões feitas por Sícoli e Nascimento (2003) e Monken e Barcellos (2005), é possível afirmarmos que as atribuições das assistentes sociais entrevistadas, demonstram que a realidade posta às mesmas está intrinsecamente embasada na legislação supracitada e nas afirmações dos teóricos, retomados nesse momento.

A quarta e última pergunta: qual a realidade vivenciada pelo assistente social da Regional III, quando diz respeito ao seu trabalho como assistente social no NASF?

As visitas domiciliares, as demandas postas pelos Agentes Comunitários de Saúde, dos Médicos e dos Enfermeiros, principalmente o que diz respeito à criança, ao adolescente e ao idoso, já que se trata de violação de direitos dessa população (Assistente Social A).

Criamos dois grupos de convivência um grupo para idoso onde procuramos conhecer a realidade de cada um e assim poder fazer os encaminhamentos necessários para que seus direitos sejam resguardados e que os mesmos sejam inseridos nos programas no qual sejam pertinentes a sua pessoa. O outro é para mulheres onde criamos uma cartilha com todos os benefícios e direitos que lhes são atribuídas. Procuramos trabalhar com os grupos com a teoria da totalidade (Assistente Social B).

A realidade é bem dura pra te falar bem a verdade, carências é o que não falta. Tenha certeza que meu trabalho vai muito além da Saúde da Família. Procuo focar em ações que promovam a cidadania, sabe, informando os direitos que essas famílias possuem, dando encaminhamento (Assistente Social C).

As afirmações da quarta e última pergunta, sobre a realidade vivenciada pelas assistentes sociais da Regional III, como pode ser observado são condizentes com as ações propostas pela Portaria nº 154/2008, que regulamenta os NASF, haja vista a realidade socioeconômica desses indivíduos. Segundo as afirmações das duas assistentes sociais, as mesmas enfrentam realidades ligadas as mais variadas formas de violência que atingem

tanto as crianças e adolescentes como mulheres e idosos, além da falta de informação dos direitos desses indivíduos que vivem nessas comunidades.

Correlacionando nossa afirmação é importante retomarmos algumas das ações propostas pela Portaria que regulamenta o NASF, como por exemplo, as ações de promoção da cidadania e de produção de estratégias que fomentem e fortaleçam redes de suporte social e maior integração entre serviços de saúde, seu território e outros equipamentos sociais, contribuindo para o desenvolvimento de ações intersetoriais para realização efetiva do cuidado, considerando-se o contexto brasileiro, suas graves desigualdades sociais e a grande desinformação acerca dos direitos dessa população carente (BRASIL, 2008).

Portanto, dentro dessa realidade social é possível afirmarmos que outras ações devem ser desenvolvidas, a fim de promover atenção integral, contínua e organizada da população. O acolhimento dos usuários deve garantir escuta qualificada e encaminhamentos resolutivos para que o vínculo, uma das peças-chave da ESF, ocorra de forma efetiva. Importante lembrar que a atenção ao usuário deve ser realizada não apenas no âmbito da UBS, mas em domicílio, em locais do território, quando as visitas se tornarem essenciais para o andamento do cuidado como define a Portaria nº 154/2008 que regulamenta o NASF.

Por fim, retomando os pressupostos de Silva (2009), os quais reafirmam a realidade vivenciada por esses assistentes sociais que aceitaram dar uma pequena contribuição para que fosse viabilizado este trabalho, devemos ter em mente o contexto social em que estão inseridos esses indivíduos, pois é um dos fatores que influenciam diretamente nas questões da saúde, sendo relevante o conhecimento e o trabalho com o grupo social em que são registrados os principais casos de doenças. Além do aspecto social, se deve levar em consideração a relevância dos aspectos históricos e culturais de tais grupos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao retomarmos nossa pergunta de partida, como é a atuação do assistente social junto ao Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), na Regional III, em Fortaleza (CE), compreendemos que as assistentes sociais que fazem parte da equipe multidisciplinar que atuam no NASF da Regional III, atendem tanto cidadãos encaminhados por integrantes da equipe, quanto aos que se dirigiram ao Serviço Social de forma espontânea nas Unidades de Saúde. Além disso, observamos que as demandas enfrentadas pelas assistentes sociais que atuam no NASF, são amplas: violência contra crianças e adolescentes, mulheres e idosos; viabilização de garantia de direitos, tais como: aluguel social, Programa Bolsa Família; Benefício de Prestação Continuada; Passe Livre; dentre outros.

Foi possível também identificar as práticas do trabalho do assistente social que contribuem para a viabilização de direitos dos usuários, quais sejam: grupos de convivência, atendimento individual, visitas domiciliar, dentre outras.

Com relação às atribuições do assistente social que compõe a equipe multiprofissional do NASF, observamos que estão dentro as atribuições dispostas pela Portaria nº 154/2008, que regulamenta os NASF, como por exemplo, atender as famílias de forma integral; discutir e refletir a realidade social e as formas de organização social nas comunidades, desenvolvendo estratégias de como lidar com suas adversidades e potencialidades; discutir e realizar visitas domiciliares juntamente com os demais profissionais que compõem a equipe multiprofissional; Orientar e organizar o acompanhamento das famílias do Programa Bolsa Família e outros programas federais e estaduais de distribuição de renda; dentre outras.

Nosso último objetivo específico, descrever a realidade vivenciada pelos assistentes sociais da Regional III, constatamos grandes desafios a serem enfrentados por essas profissionais devido às mesmas terem que lidar diariamente com questões que exigem respostas imediatas, dada a carência em que estão inseridas essas famílias, sendo realidades muito complexas.

Por fim, ao fazemos uma retrospectiva a respeito da saúde, no Brasil, é possível afirmar que, após a Constituição Federal de 1988, houve grandes avanços. Entretanto, as novas práticas de atendimento à saúde só foram

possíveis graças ao longo período de lutas, como por exemplo, os princípios defendidos pela Reforma Sanitária, que passou a incluir a Saúde na Seguridade Social, os quais se materializaram em uma série de ações de Saúde, Previdência e Assistência Social.

Tais ações se materializaram com a criação da Lei Orgânica da Saúde, nº 8080/90, que passou a tratar a condição de saúde da população brasileira não mais ligada apenas aos aspectos psíquicos e físicos dos indivíduos, incluindo também, fatores como: alimentação, moradia, saneamento básico, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais, dentre outros.

Portanto, a saúde passou a não mais ser associada somente à ausência de doenças, mas sim, como um direito social fundamental e produto das condições de vida, os quais podem ser observados por meio da conquista de direitos socioassistenciais, tais como: aluguel social, Programa Bolsa Família (PBF), Benefício de Prestação Continuada (BPC), dentre outros, que são efetivados, dentre uma das formas, através das visitas domiciliares.

Por fim, acreditamos que com este trabalho pudemos dar nossa contribuição para futuros estudos, mais aprofundados a respeito da temática, tendo em vista que, o Serviço Social e a área da saúde estão intimamente ligados.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Zeneida. **SUS (Sistema Único de Saúde):** antecedentes, percursos, perspectiva e desafios. São Paulo: Martinari, 2011.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Serviço Social e Reforma Sanitária:** lutas sociais e práticas profissionais. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Ed. UFRJ, 1996.

BATTINI, Odária (Org.). **Assistência Social –** constitucionalização, representação, práticas. São Paulo: Veras Editora, 1998.

BRASIL. Congresso Nacional. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** DF: Senado Federal, 1988.

_____. Ministério da Saúde. **Reforma psiquiatra e política de saúde Mental no Brasil.** Conferencia de reforma dos serviços de saúde mental: 15 anos depois de Caracas. Novembro, 2005.

_____. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Brasília, DF: [s.n], 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 14 nov. 2015.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

_____. **Saúde da Família:** uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. **Portaria nº 648, de 28 de março de 2006.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. **Portaria nº 687, de 30 de março de 2006.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. **Portaria nº 154, de 25 de janeiro de 2008.** Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

CARVALHO, Alba Maria Pinheiro de. O projeto de formação profissional do assistente social na conjuntura brasileira. **Cadernos ABESS**, n. 1, São Paulo: Cortez. 1984.

COSTA, Maria Dalva Horácio da. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos(as) assistentes sociais. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, nº 62, Cortez, 2011.

CHIZZOTTO, A. **Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais.** 4. ed. São Paulo: Cortez, 2000.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. Parâmetros para atuação de assistentes sociais na Política de Assistência Social. **Série Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais**, nº 1, Brasília: CFESS, 2009.

_____. **Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais**. Resolução CFESS nº 273, de 13 de março de 1993, com as alterações introduzidas pelas Resoluções CFESS nº 290/1994 e n. 293/1994.

FALEIROS, V.P. **Estratégias em Serviço Social**. 4ed. São Paulo: Cortez, 2002.

FONTINELE JÚNIOR, Klinger. **Programa Saúde da Família (PSF) Comentado**. Goiânia: AB, 2003.

FLORINDO, A. A. Núcleos de Apoio a Saúde da Família e a promoção das atividades físicas no Brasil: de onde viemos, onde estamos e para onde vamos. **Revista Bras Ativ Fis Saúde**, Pelotas, v. 14, n. 1, p. 72-73, 2009.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2008.

IAMAMOTO. Marilda Villela; CARVALHO, Raul de. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil**. São Paulo: Cortez; Lima/Peru: CELATS, 1999. p. 71-123.

MARTINS, Sergio Pinto. **Direito da seguridade social**. 21. ed. São Paulo: atlas, 2002.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2005.

MIOTO, Regina Célia Tamasso. **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2007.

MONNERAT, G. L; SENNA, M. C. M.; SOUZA, R. G. de. Entre a formulação e a implementação: uma análise do programa de saúde da família. In: BRAVO, M. I. [et al.], (Org.). **Saúde e serviço social**. 2 ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2006.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.3, p.898-906, mai./jun.2005.

NETTO, José Paulo. **Democracia e Transição Socialista: escritos de teoria e política**. Belo Horizonte: Oficina de Livros, 1990.

_____. **Transformações societárias e Serviço Social: notas para uma análise prospectiva da profissão no Brasil**. Serviço Social e Sociedade, São Paulo, nº 50, Cortez, 1999.

Organização Mundial da Saúde (OMS). **Carta de Ottawa**. 1986.

SOUZA, Elza Maria de; GRUNDY, Emily. Promoção da saúde, epidemiologia social e capital social: inter-relações e perspectivas para a saúde pública. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 20(5): 1354-1360, set-out, 2004.

SÍCOLI, Juliana Lordello; NASCIMENTO, Paulo Roberto do. Promoção da saúde: concepções, princípios e operacionalização. **Interface – Comunic, Saúde, Educ**, v.7, n.12, p. 91-112, fev 2003.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: a Pesquisa Qualitativa em Educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

VASCONCELOS, Ana Maria de. Serviço Social e Prática Reflexiva. In: **Em Pauta – Revista de Serviço Social da UERJ**, Rio de Janeiro, nº 1, UERJ, 1993.

_____. A prática do Serviço Social: Cotidiano, formação e alternativas na área da saúde. São Paulo: Cortez, 2011.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Roteiro da entrevista

Roteiro referente à pesquisa: O Trabalho do Assistente Social no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) da Regional III.

Data:

I – ASSISTENTE SOCIAL QUE ATUA NO NASF DA SER III

1. Quanto tempo trabalho como assistente social no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)?

2. Quais as principais práticas do seu trabalho como assistente social contribuem para a viabilização de direitos dos usuários, no NASF?

3. Quais as atribuições do assistente social que compõe a equipe multiprofissional do NASF?

4. Qual a realidade vivenciada pelo assistente social da Regional III, quando diz respeito ao seu trabalho como assistente social no NASF?

APÊNDICE B

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Declaro, por meio deste Termo, que concordei em ser entrevistado (a) e/ou participar na pesquisa de campo referente à pesquisa intitulada: O Trabalho do Assistente Social no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) da Regional III por Sila Regina Neves Maciel. Fui informado (a), ainda, de que a pesquisa é orientada pela Prof^a. Dr.^a Lucili Grangeiro Cortez, a quem poderei contatar/consultar a qualquer momento que julgar necessário através do telefone nº (85) _____. Afirmo que aceitei participar por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro ou ter qualquer ônus e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa. Fui informado (a) do objetivo geral, estritamente acadêmico, do estudo que, em linhas gerais, é compreender a atuação do assistente social, no NASF da Regional III, no Município de Fortaleza - CE. Fui também esclarecido (a) de que os usos das informações por mim oferecidas estão submetidos às normas éticas destinadas à pesquisa e que minha colaboração se fará de forma anônima, por meio de entrevista a ser gravada a partir da assinatura desta autorização. O acesso e a análise dos dados coletados se farão apenas pelo (a) pesquisador (a) e/ou seu (sua) orientador (a). Fui ainda informado (a) de que posso me retirar desse estudo a qualquer momento, sem prejuízo para meu acompanhamento ou sofrer quaisquer sanções ou constrangimentos.

Atesto recebimento de uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Fortaleza, ____ de _____ de 2016.

Assinatura do (a) participante:

Assinatura do (a) pesquisador (a):

Assinatura da testemunha:
