



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS E SOCIAIS**  
**UNIDADE ACADÊMICA DE DIREITO**  
**CURSO DE SERVIÇO SOCIAL**

**WIGNA NARJARA RODRIGUES FELICIO**

**AS DIFICULDADES NAS REDES DE ATENDIMENTO DO NÚCLEO DE APOIO À  
SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF) E AS ESTRATÉGIAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA  
(ESF): UMA CONCEPÇÃO DE LIMITES E POSSIBILIDADES DA PRÁTICA DOS  
ASSISTENTES SOCIAIS NO MUNICÍPIO DE SOUSA/PB.**

**SOUSA-PB**

**2014**

**WIGNA NARJARA RODRIGUES FELICIO**

**AS DIFICULDADES NAS REDES DE ATENDIMENTO DO NUCLEO DE APOIO A SAÚDE DA FAMILIA (NASF) E AS ESTRATEGIAS DE SAUDE DA FAMILIA (ESF): uma concepção de limites e possibilidades da prática dos Assistentes Sociais no município de Sousa/PB.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Serviço Social da Universidade Federal de Campina Grande em cumprimento às exigências para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Ms. Maria da Conceição S. Felix

**SOUSA-PB**

**2014**

## **BANCA EXAMINADORA**

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014,  
como requisito para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social pela  
Universidade Federal de Campina Grande - UFCG.

---

Prof. <sup>a</sup> Ms. Maria da Conceição S. Felix  
(Orientadora)

---

Prof. <sup>a</sup> Juliana e Silva de Oliveira  
(Examinadora)

---

Vanusa Nunes de Oliveira  
Assistente Social do NASF- Sousa-PB  
(Examinadora)

**Á Deus por seu infinito amor, enfim, por tudo!**

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente ao autor da fé, o meu Divino Pai Eterno, aquele que sempre esteve ao meu lado e que a cada dia me dá forças para recomeçar, que mais do que tudo me ajudou nessa batalha, como também a sua Mãe Santíssima por todo amor e pela sua intercessão. O meu muito obrigado!

Á mulher mais importante da minha vida, minha mãe, Luzinete Rodrigues Felício, por todo amor e dedicação e ao meu Pai, José Carlos Felício, por me fazer, do seu jeito, a ver a vida de outra forma, a partir do amor dedicado a mim durante todo esse tempo. Deus sabe todas as coisas. Amo muito vocês!

Aos meus avós, por todos os ensinamentos, carinhos, respeito e o amor a mim ofertado. Em especial á Francisca Dina de Sousa, aquela que foi minha mãe-avó, que ajudou na minha criação. O que sou hoje é fruto da tua obra na terra! *"In Memoriam"*. Vou Amar Vocês para sempre!

Á toda a minha família e as que eu considero como tal, por toda contribuição direta e indireta, por todo carinho, admiração e apoio nesta caminhada, por sempre me fazerem ver a vida pelo lado bom. Obrigada por tudo. Amo vocês!

Ás minhas amigas, companheiras, irmãs, confidentes que eu amo de verdade, á vocês: Mickaelly, Francieli, Érica, Mayara, Juliana, Jessica, Vitória e muitos outros que são especiais para mim. Obrigada! Quero desde já agradecer também a todos àqueles que fizeram parte da minha vida e que ficaram marcados em mim! Amizade é tudo!

Ás minhas colegas de curso, guerreiras e vitoriosas que lutaram durante esses quatro anos, com muito esforço para chegar até aqui. Em especial ao meu quarteto de sempre: Amanda (Minha amiga-irmã), Mayara, Andressa e Luziane, que me aguentaram e que se tornaram ao logo dessa jornada, grandes amigas que eu vou levar sempre em meu coração. Obrigada por tudo. Simplesmente amo!

Aos meus professores, pela paciência e compreensão nessa longa caminhada de lutas e conquistas, por todo conhecimento e aprendizado enriquecedores. E em especial à minha orientadora, Maria da Conceição Felix, por ter se disponibilizado a

me ajudar na concretização desse trabalho e por ser essa profissional altamente competente e uma pessoa tão dedicada e incrível. Mulher Guerreira! Obrigada por tudo!

Quero agradecer também a banca de defesa, a professora Juliana e a Assistente Social Vanusa, profissionais de grande competência, por terem aceitado o meu convite. Muito Obrigada!

Enfim, a todos aqueles que contribuíram de forma direta e indireta, por meio de orações e de palavras confortantes e de esperança, para que essa etapa tão significativa na minha vida se concretizasse de maneira positiva! Para todos, os meus sinceros agradecimentos!

## RESUMO

O presente trabalho intitulado “As dificuldades nas redes de atendimento do Núcleo de Apoio à saúde da família (NASF) e as Estratégias de Saúde da família (ESF): uma concepção de limites e possibilidades da prática dos Assistentes Sociais no município de Sousa/PB” tem como objetivo analisar os limites de articulação das ações das ESF com o programa NASF, verificando os desafios que os Assistentes sociais do NASF encontram na efetivação de suas ações em vinculação com as equipes das ESF. No entanto, busca compreender onde essas instâncias se articulam em relação à execução de suas ações e onde elas se limitam, acarretando dificuldades no trabalho dos assistentes sociais para à execução de suas ações. Abordaremos a política de saúde fazendo um resgate histórico do período da redemocratização do Estado até os dias de hoje no tocante à saúde. A pesquisa foi de caráter exploratório, de campo e de natureza qualitativa, teve como instrumentos de coleta dos dados empíricos um roteiro de perguntas semi-estruturado que se efetivou com três profissionais de serviço social que trabalham na Secretária de Saúde no município de Sousa-PB mais precisamente no programa NASF e três enfermeiras das ESF, nas quais as assistentes sociais abrangem por meio de suas ações. Como também a partir da observação no decorrer de nossa experiência no Estágio Supervisionado I e II. Através do levantamento dos dados pode-se considerar que a problemática em questão sobre a dificuldade de articulação das redes de atenção dos serviços entre o NASF e a ESF se comprova a partir da obtenção das informações coletadas através das entrevistadas, podendo visualizar as falhas nas redes de atenção que se estabelece entre os profissionais desses programas, acarretando dificuldades para concretizar uma efetiva articulação das redes de atendimento dos serviços entre o NASF e as ESF.

**Palavras Chave:** Política de Saúde, Articulação das Redes de atendimento; NASF; ESF; Desafios na prática dos assistentes sociais.

## ABSTRACT

This work entitled "The difficulties in service networks in the Support Center for Family Health (NASF) and Family Health Strategies (ESF): a conception of the limits and possibilities of the practice of Social Workers in the municipality of Sousa / PB" aims to analyze the limits of the joint actions of the ESF with the NASF program, verifying the challenges that social workers face in the NASF in the execution of their shares in connection with the FHS teams. However, attempts to understand where these bodies are articulated in relation to the implementation of their actions and where they are confined, causing difficulties in social workers for the implementation of their actions. Discuss health policy making a historical period of democratization of the State until the present day with regard to health. The research was exploratory, field and qualitative nature, had as instruments to collect empirical data with semi-structured questions was accomplished with three social service professionals who work in the Health Department of the city of Sousa -PB more precisely in the NASF program and three nurses ESF, in which social workers cover through their actions. But also from the observation in the course of our experience in the Supervised Internship I and II. Through the collection of data can be considered that the issue concerned about the difficulty of articulating the attention networks of services between NASF and FHS is proved from obtaining the information collected through the interviewees can view the network failures attention that is established between the professionals of these programs, leading to difficulties in achieving an effective articulation of networks of care services between NASF and ESF.

**Key words:** Health, Joint Network Service policy; NASF; FHS; Challenges in the practice of social workers.

## LISTA DE QUADROS

<b>QUADRO 1</b> - Articulação das demandas e dos serviços entre os programas ESF e NASF.....	57
<b>QUADRO 2</b> - Como se dá o trabalho interdisciplinar entre a assistente social e a enfermeira.....	58
<b>QUADRO 3</b> - Função do A.S no NASF.....	59
<b>QUADRO 4</b> - A ação de saúde corresponde á prática profissional do A.S.....	60
<b>QUADRO 5</b> - Importância da prática do assistente social no NASF.....	61
<b>QUADRO 6</b> - O que acarreta a falta de articulação nas redes de atendimento..	62

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>10</b>
<b>2. PROCEDIMENTOS METODOLOGICOS.....</b>	<b>13</b>
<b>3. POLÍTICA DE SAÚDE NO CONTEXTO BRASILEIRO E NO MUNICÍPIO DE SOUSA – PB.....</b>	<b>13</b>
3.1. Política de saúde no Brasil no contexto do processo de redemocratização....	15
3.2. A política de saúde no município de Sousa-PB.....	24
3.3. Núcleo de Apoio á Saúde da Família- NASF.....	27
<b>4. TRAJETÓRIAS DO SERVIÇO SOCIAL NO BRASIL.....</b>	<b>33</b>
4.1. O processo de institucionalização do Serviço Social.....	34
4.2. A Prática do Serviço Social no Núcleo de Apoio a Saúde da Família- (NASF): <i>locus</i> da pesquisa.....	41
4.2.1. Serviço Social e saúde:.....	341
4.2.2. O Serviço Social no NASF.....	348
<b>5. AS DIFICULDADES NAS REDES DE ATENDIMENTO DO NASF E AS ESF: UMA CONCEPÇÃO DE LIMITES E POSSIBILIDADES DA PRÁTICA DOS ASSISTENTES SOCIAIS NO MUNICÍPIO DE SOUSA/PB.....</b>	<b>52</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>63</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>67</b>

## 1. INTRODUÇÃO

No Brasil a saúde para ser legitimamente reconhecida foi alvo de importantes embates de lutas e reivindicações que permearam ao longo do tempo o cenário real da sociedade brasileira e que ficaram gravadas no contexto histórico de sérias limitações econômicas, políticas e sociais para que a saúde se tornasse de acesso a todos que dela necessitasse, como também de grandes conquistas que foram significativas para a área da saúde. Foi com a promulgação da Constituição de 1988 que a saúde se consolidou como direito de todos e dever do Estado, constituindo, assim, o Sistema Único de Saúde (SUS) que é uma das conquistas populares, no qual possui caráter universal no acesso de seus serviços para toda a população usuária da saúde de forma descentralizada e hierarquizada.

No entanto, como reafirmação dos princípios básicos de saúde o Ministério da Saúde criou a Programa de Saúde da Família, concebido como proposta dentro da vigência do SUS, tendo o objetivo de reorganizar a prática assistencial da saúde no Brasil, sendo considerada porta de entrada para a atenção básica, priorizando desta forma, a prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas de forma integral e contínua, acontecendo uma mudança de nomenclatura de Programa saúde da Família (PSF) para Estratégia de Saúde da Família (ESF). Entretanto com o intuito de apoiar as ESF na rede de serviços, criou-se pela portaria de nº 154 no ano de 2008 o programa Núcleo de apoio á saúde da família (NASF), pra apoiar e ampliar a abrangência das ações da atenção básica, junto com sua equipe multiprofissional e em parceria com os profissionais das equipes de saúde da família, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sobre responsabilidade, no qual estão cadastrados.

Destarte, a partir da equipe multidisciplinar que compõe o NASF está o assistente social que desenvolve suas atividades de forma interdisciplinar, totalizante, identificando os determinantes sociais, econômicos e culturais, elevando a cidadania de seus usuários por meio da compreensão de que o direito á saúde se faz pela promoção da cidadania. Esse profissional no âmbito deste programa executa suas ações a parti das demandas e necessidades da equipe da ESF como forma de ampliar os seus serviços em sua total abrangência de maneira corresponsabilizada com a mesma. Em meio a essa articulação entre as ações que

esse profissional percebe as limitações que se apresenta na efetivação de suas competências enquanto profissional. Havendo assim, uma desarticulação nas redes de atendimento relacionada aos serviços assistenciais que serão disponibilizados para a população usuária, entre essas duas formas de promoção da saúde.

Nesse sentido, o presente trabalho de conclusão de curso (TCC) de graduação em Serviço Social da Universidade de Campina Grande (UFCG), Campus de Sousa-PB, irá analisar as dificuldades nas redes de atendimento do NASF e as ESF em uma perspectiva de limites e possibilidades da prática dos assistentes sociais no município de Sousa-PB, tendo como objetivos identificar os limites de articulação das ações das ESF com o programa NASF, Verificando os desafios que os Assistentes sociais do NASF encontram na efetivação de suas ações em vinculação com as ESF e logo depois Explicitar a importância da articulação das redes de atendimento dos programas NASF e ESF.

A escolha dessa temática se deu a partir do interesse em estudar os desafios que se apresentam com as dificuldades de articulação das redes de atendimento dos serviços assistenciais no exercício profissional dos assistentes sociais, no qual desenvolve um trabalho compartilhado com as ESF, onde foi por meio da experiência vivenciada no campo de Estágio Supervisionado I e II na Secretária de Saúde de Sousa-PB, mais precisamente no âmbito onde esse programa NASF é executado, a partir da observação do trabalho que essas profissionais desenvolvem no conjunto desse processo que ocasionou a minha inquietação em estudar sobre o tema. O projeto de pesquisa surgiu logo após essa inquietação, visto que foram observadas as insatisfações das profissionais de serviço social em relação a essa problemática destacada. Com isso todos os dados e conhecimentos obtidos durante o Estágio Curricular, originou-se o referido trabalho monográfico.

A pesquisa realizada é de caráter exploratório onde se optou pela realização de uma abordagem de natureza qualitativa, visto que possibilita uma maior compreensão a respeito da temática, já que se realizará no foco da questão abordada, aprofundando o conhecimento a cerca do objetivo estudado.

Desse modo realizou-se uma pesquisa de campo na Secretária de Saúde no âmbito do NASF com as profissionais de serviço social e em três ESF junto às enfermeiras que atuam no mesmo, no período de fevereiro à março de 2014 onde a técnica utilizada para obtenção da coleta de dados empíricos foi um roteiro semi-estruturado com questões objetivas e subjetivas com o intuito de conseguir as

informações necessárias para o levantamento dos dados como também a observação sistemática que ocorreu no processo de estágio. Tais técnicas correspondem ao método escolhido para a averiguação da pesquisa, nos quais são, a análise de conteúdo e o agrupamento dos dados obtidos.

Tendo como foco central da pesquisa as dificuldades de articulação das redes de atendimento entre o NASF e as ESF e o que isso pode vir a acarretar na prática do assistente social, no qual, não estavam acontecendo essa articulação a partir das ações demandadas entre esses dois programas de promoção da saúde, devido à falta de um trabalho em rede entre os sujeitos envolvidos.

Por fim, o presente trabalho de conclusão de curso divide-se em três capítulos, aonde, o primeiro vai abordar a política de saúde abrangendo o período da redemocratização do Estado até os dias de hoje, fazendo um resgate histórico das lutas e conquistas que a saúde enfrentou para conseguir se legitimar enquanto direito de todos os cidadãos e dever do Estado no cumprimento de atender de forma universal à população que dela necessitar, enfocando na expansão dos programas, como reforço da atenção básica na saúde, ampliando suas ações para oferta-las à população. Fazendo uma análise da saúde no município de Sousa-pb como também sobre o Núcleo de Apoio à saúde da família de um modo geral, por meio de suas diretrizes e especificando o NASF do município de Sousa-pb.

No segundo Capítulo será abordado o processo de institucionalização do serviço social como profissão reconhecida, bem como analisando a prática do serviço social no âmbito da saúde e no âmbito do NASF, em um modo geral e também específico na cidade de Sousa-PB. O último capítulo apresenta o levantamento e análise dos dados obtidos na pesquisa, a partir das informações coletadas na entrevista e as considerações finais vêm demonstrar se os objetivos do trabalho foram alcançados ou não, a partir dos dados que foram elucidados no capítulo anterior.

## 2. PROCEDIMENTOS METODOLOGICOS

A relativa pesquisa trata-se de uma pesquisa exploratória, de campo. De acordo com Minayo 2012, a fase exploratória em uma pesquisa abarca todos os procedimentos necessários na construção da mesma, com a finalidade de se preparar para a entrada em campo que consiste em levar para a prática tudo àquilo que foi produzido teoricamente, combinando instrumentos de observação, entrevistas entre outras modalidades para com os pesquisados.

Realizada ainda por meio de análise qualitativa no qual segundo Richardson 2012, essa análise se apresenta como uma tentativa de compreender de maneira mais detalhada o mundo dos significados e as características que foram apresentadas pelos entrevistados na pesquisa.

A pesquisa foi realizada no mês de Março de 2014 na Secretária de Saúde, mais precisamente no Programa NASF, localizado na cidade de Sousa- PB e os sujeitos escolhidos para a concretização da mesma foram os profissionais da área de Serviço Social (total 03 profissionais), que atuam no NASF da cidade de Sousa-PB e três enfermeiras que atuam nas ESF do referido município e onde as assistentes sociais executam suas ações articuladamente a partir das necessidades dessas equipes na abrangência dos serviços requisitados pela população. Totalizando, seis profissionais entrevistadas.

Os instrumentos de coleta de dados que foram utilizados nessa pesquisa são: a entrevista semi-estruturada e a observação sistemática.

A entrevista é um instrumento utilizado pelo pesquisador para que em meio à conversação com o entrevistado seja possível o recolhimento de dados para o enriquecimento de conhecimento sobre o objeto estudado (GIL, 1999, p. 117).

A entrevista é, portanto, uma forma de interação social. Mais especificamente, é uma forma de diálogo assimétrico, em que uma das partes busca coleta de dados e a outra se apresenta como fonte de informação (GIL, 1999, p. 117).

Ela é considerada uma técnica fundamental da investigação na qual, diversas áreas das ciências sociais a adota. Nesta pesquisa será utilizada a entrevista semi-estruturada, que contará com a maior abertura para o aprofundamento da temática abordada.

A observação sistemática compreende a atenção do pesquisador voltada para um foco específico que serão o objeto e os objetivos da pesquisa. *Realiza-se em*

*condições controladas, para responder a propósitos pré-estabelecidos* (MARCONI; LAKATOS, 1986, p.67).

A análise de dados se refere à ordenação e organização das respostas conseguidas nas entrevistas, para que assim se possa analisar e interpretar esses dados. Os instrumentos que foram utilizados consistem em: análise de conteúdo e agrupamento de dados que nesta pesquisa foi realizado por meio de quadros.

A análise tem como objetivo organizar e sumariar os dados de forma tal que possibilitem o fornecimento de respostas ao problema proposto para a investigação. Já a interpretação tem como objetivo a procura do sentido mais amplo das respostas, o que é feito mediante sua ligação a outros conhecimentos anteriormente obtidos (GIL, 1999, p.168).

A análise de conteúdo é um método de tratamento e análise de informações, colhidas por meio de técnicas de coleta de dados documentados e que visa compreender criticamente o que diz as comunicações da entrevista.

Tem-se presente à análise de dados para a organização e a análise de conteúdo para analisar as informações obtidas.

No entanto, a partir da problemática observada desde período do estágio supervisionado ocorrido no âmbito do NASF, houve-se a motivação para a efetivação do estudo referente ao tema em questão, onde se pôde coletar os dados através da entrevista com os sujeitos da pesquisa afim de obter os resultados referentes á problemática levantada.

### **3. POLÍTICA DE SAÚDE NO CONTEXTO BRASILEIRO E NO MUNICÍPIO DE SOUSA – PB**

#### **3.1. Política de saúde no Brasil no contexto do processo de redemocratização**

A Política de saúde é abordada nesse capítulo dentro de um processo de construção e reconstrução de sua conjuntura histórica no bojo de uma sociedade de classes, destacando o cenário político, econômico e social dos períodos que se seguem, dentro do contexto capitalista, no qual provoca rebatimentos nas políticas sociais, principalmente para a de saúde, o qual é o foco deste trabalho. É no âmbito desse processo que essa política por meio de lutas que foram e ainda vêm sendo travadas ao longo dos anos, vai conquistando avanços para a concretização de uma saúde de qualidade para todos, apesar dos limites impostos pela ação contrária do capital. Denota-se ainda um esboço da saúde pública do município de Sousa-PB com seus entraves e conquistas relacionadas a uma boa efetivação da saúde para a população, além de uma contextualização a respeito do processo de construção do Núcleo de apoio à saúde da Família que foi criado para melhorar a ação dos serviços demandados pela Saúde da família para a população usuária.

No período de 1980 o contexto brasileiro vivenciou um processo de reabertura democrática depois de um longo período repressivo e ditatorial que perdurou durante vinte e um anos. A situação sócio-econômica da época refletia a herança de um modelo ideológico repressivo, que ao mesmo tempo experimentou uma profunda crise econômica que assolou o Brasil e o mundo, a partir de uma excessiva e crescente dívida externa, aumento da inflação e as altas taxas de juros internacionais que progressivamente elevou os níveis de desemprego. Nesta década a saúde no Brasil passou a ter uma dimensão política vinculada à democracia, onde se obteve a participação de novos sujeitos sociais na luta e nas discussões pela saúde que permeou a sociedade civil. Para entendermos melhor esse período, devemos fazer um breve resgate da saúde nos anos anteriores.

O processo de industrialização e a redefinição do papel do Estado foram uma das grandes alterações ocorridas na sociedade brasileira na década de 1930, em uma forte conjuntura econômica e política, onde nesse momento, caracterizou o surgimento de políticas sociais nacionais para o enfrentamento das várias expressões da questão social que se apresentam, com ênfase no da saúde em

particular. De fato, com o salto da industrialização houve um enorme crescimento urbano e amplo exercito de massa trabalhadora que se encontravam à mercê de precárias condições básicas de sobrevivência e necessitavam da intervenção do Estado e a criação de novos aparelhos que subsidiassem esses trabalhadores.

De acordo com Motta e Bravo (2009), a política de saúde de abrangência nacional foi organizada em dois subsetores, caracterizada de um lado pelo de saúde pública e do outro o de medicina previdenciária. O primeiro criou as condições sanitárias mínimas para a população urbana, e de forma muito reduzida para as do campo, com destaque para as campanhas sanitárias e criação de serviços de combate as endemias que se espalhavam bruscamente entre a população. Enquanto que, o de medicina previdenciária criou os Institutos de aposentadoria e pensões (IAPs), que virá a superar o de saúde pública a partir de 1966. Com a unificação dos IAPs criou-se o Instituto Nacional de previdência Social (INPS), que uniformizou e centralizou a previdência social. Nesta década a previdência social se firmou como principal órgão de financiamento dos serviços de saúde.

O modelo de previdência no Brasil, nessa época, era denominado de orientação contencionista, diferente do modelo abrangente que predominou anteriormente das CAPs<sup>1</sup>, constituída pela lei Eloi Chaves, 1923, no qual configura o marco do sistema previdenciário brasileiro.

Houve-se, então, um crescimento nos gastos da previdência social com a assistência médico-hospitalar, de atendimento privatista, com fins lucrativos, financiado pelo Estado, onde era fornecida pelos serviços próprios dos Institutos até 1964, a partir da consolidação da política de saúde no Brasil.

Entretanto, aconteceu nessa época, uma redução das verbas que eram destinados á saúde pública que por sua vez teve um declínio e a medicina previdenciária cresceu.

A partir do agravamento no tocante das expressões da questão social, o Estado ditatorial age na intervenção dessa problemática por meio do binômio repressão-assistência, aumentando o poder de regulação da sociedade civil, reduzindo as tensões sociais, buscando legitimação para o regime através da

---

<sup>1</sup> As CAP's eram financiadas pela União, pelas empresas empregadoras e pelos próprios empregados no qual ofereciam assistência médica, medicamentos, aposentadorias e pensões para os trabalhadores assalariados e logo depois iriam se estender para os trabalhadores rurais autônomos, empregadas domésticas, com a criação do FUNRURAL.

burocratização e modernização da máquina do Estado, mesmo que sua principal intenção seja manter sobre o controle a população. A política de saúde, entretanto, progride em vinculação com o setor privado, por meio da política econômica implantada (MOTTA E BRAVO, 2009).

Assim sendo, as forças que se encontravam no poder não conseguiram consolidar sua hegemonia, modificando nesse sentido, a sua relação com a sociedade. Precisou, mesmo que de forma limitada, resgatar algumas medidas de saúde pública devido às tensões enfrentadas pela política de saúde através dos interesses burocráticos do setor empresarial e estatal, entre a ampliação dos seus serviços e a emergência do movimento sanitário.

A principal proposta da reforma sanitária é a defesa da universalização das políticas sociais e a garantia dos direitos sociais. Nessa direção, ressalta-se a concepção ampliada de saúde, considerada como melhores condições de vida e de trabalho, ou seja, com ênfase nos determinantes sociais; a nova organização do sistema de saúde por meio da construção do SUS, em consonância com os princípios da intersetorialidade, integralidade, descentralização, universalização, participação social e redefinição dos papéis institucionais das unidades políticas (União, Estado, municípios, territórios) na prestação dos serviços de saúde; e efetivo financiamento do Estado (BRASIL, 2010, p.19).

Verifica-se o surgimento de diversos movimentos sociais na busca de reivindicar por direitos, dentre eles, o movimento de reforma sanitária, que nasce na luta contra a ditadura militar, baseado no tema saúde e democracia, no qual se organizou nas universidades e nos movimentos sindicais, onde ver-se a atuação de sanitaristas, professores, trabalhadores de saúde entre outros, com o objetivo de alterar o quadro de saúde pública no Brasil na defesa da universalização das políticas sociais e a garantia dos direitos sociais.

Criou-se em 1974, a partir do desmembramento do INPS, com a finalidade de prestar serviços exclusivamente para os trabalhadores formais que contribuía com a previdência, o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social- INAMPS, ampliado assim à cobertura dos serviços para toda a população urbana. Esse Instituto apesar de conter estabelecimentos próprios não disponha dos

atendimentos, que eram em sua maior parte, realizados pela iniciativa privada e os convênios estabeleciam a remuneração por procedimentos, fixando assim a ideia de cuidar da doença e não da saúde. Há uma articulação do Estado com o capital internacional, por meio de indústrias farmacêuticas e de equipamentos hospitalares, criando-se o complexo médico industrial. Com o fim do milagre econômico, teve-se uma crise no financiamento da previdência que repercutiu nos INAMPS (GOMES, 2010).

Um importante marco na trajetória da política de saúde do Brasil aconteceu em 1986, através da 8ª Conferência Nacional de Saúde realizada em Brasília, onde vários sujeitos coletivos se reuniram com o intuito de discutir os rumos da saúde no país em uma perspectiva de que essa questão seja assumida pela sociedade como um todo, visto que todas as outras conferências que aconteceram anteriormente não se havia uma forte representatividade social da sociedade civil. As principais propostas defendidas pelos sujeitos coletivos da reforma sanitária foram:

[...]a universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde (BRAVO, 2001,p.9).

Essas propostas foram aprovadas durante a conferência, a fim de orientar o sistema de saúde. O relatório dessa conferência foi transformado em recomendações que serviram de apoio para a negociação dos defensores da reforma sanitária na formulação de diretrizes para a constituição federal, que foi promulgada em 1988. Com o agravamento do quadro econômico brasileiro um ano antes da consolidação da constituição, o movimento sindical enfrentou uma forte diminuição das greves, principalmente no setor privado.

A 8ª Conferência Nacional de saúde resultou na proposta de um Sistema Único e Descentralizado de Saúde-(SUDS), uma das expressões do movimento sanitário, que logo mais se transformou no SUS. De acordo com Gomes (2010),

esse sistema único e descentralizado de saúde vem surgir no cenário brasileiro, não somente como forma de melhorar as Ações Integradas de Saúde-(AIS), que foram organizadas para atender em 1983 as principais necessidades da população em relação à saúde, mas agora como forma de obter um novo direcionamento para a saúde, já que seus princípios fundamentais foram àqueles defendidos pela reforma sanitária, que diz respeito a: “*universalização, integração da atenção, regionalização e hierarquização, descentralização do processo decisório, democratização das instâncias gestoras e política integrada de recursos humanos*” (MENDES, *apud*, GOMES, 2010, p.46). O SUDS procura dar novos rumos para a saúde dentro do contexto brasileiro, buscando realizar a efetivação desses princípios que foram propostos no cerne do movimento de reforma sanitária.

Gomes (2010), denota algumas mudanças que ocorreram com a implementação do SUDS, como a descentralização da política do Estado para os municípios, a retirada dos INAMPS da prestação dos serviços diretos de saúde e um acréscimo para os recursos que são destinados ao Estado e aos municípios. Os resultados desse sistema no âmbito da saúde, não tiveram o impacto desejado, em meio ao fator de descentralização ou até mesmo de reorganização dos serviços, onde há a percepção do aumento da assistência médica individual na atenção pública em confronto, nesse sentido, com as ações médicas coletivas.

Através da promulgação da nova Constituição (1988) onde foi um marco fundamental na redefinição das prioridades da política do Estado na área da saúde pública, a saúde passa a se afirmar como um direito de todos e dever do Estado, passando a integrar a seguridade social juntamente com a previdência e a assistência social.

Art.196. “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

A saúde passa a adquirir um caráter universal para todos, sem fazer alguma distinção, que deve ser ofertada através de um sistema único de saúde, que seja descentralizado e hierarquizado, atuante em todo território nacional, com direção única em cada esfera de governo.

A Constituição Federal de 1988, ainda segundo Motta e Bravo (2009), vêm propor uma nova forma de organização da saúde baseada em um conjunto de conceitos onde se incorpora novas dimensões, contrapondo-se aquela ideia anterior de que a saúde é apenas uma mera ausência de doença, no qual esses conceitos firmados pela constituição vão nortear a saúde no direcionamento baseado nos seus princípios e diretrizes para um direito social destinado a todos. Essas diretrizes representaram no que diz respeito às conquistas de direitos, um considerável avanço, levando-se em conta nesse momento um movimento de luta política entre dois projetos em questão, o da reforma sanitária e o projeto neoliberal.

Esse projeto neoliberal que compreende a política de saúde nos anos 1990 traz uma concepção conservadora de sustentação de três eixos fundamentais: a privatização, a descentralização e a focalização, que foram marcantes no final dos anos 1980 e que se estenderam até meados da década de 1990.

O SUS só foi regulamentado no ano de 1990, mesmo com a sua definição na Carta Magna, pelas leis de nº 8.080/90, que conjuntamente formam a Lei Orgânica da Saúde (LOS). Portanto, garantido constitucionalmente e regulamentado pela LOS, esse sistema deu um importante passo na modernização da assistência a saúde por meio dos princípios de organização que são os de regionalização e hierarquização, os de resolutividade, descentralização e participação dos cidadãos e os princípios doutrinários que abrange a universalização, equidade e integralidade das ações. Portanto Gomes (2010) a partir dos dados relacionados ao Conselho Nacional de Secretários de Saúde- CONASS no ano de 2007 indica que o país com a consolidação do SUS passou a ter um sistema universal de saúde, de atendimento integral para todos aqueles que necessitem dos seus serviços, considerando todos os níveis de atenção a saúde, no qual compreende o de atenção básica, o de média complexidade e o de alta complexidade.

A autora ainda decorre sobre esses níveis de atenção a saúde, onde compreende-se o de atenção básica, orientado pelos princípios do sistema, é considerada o primeiro nível de atenção à saúde e o eixo orientador do SUS, segundo o Ministério da Saúde, no qual utiliza de baixa densidade tecnológica para atender os problemas comuns da comunidade. Conta-se com uma equipe de profissionais, junto às unidades básicas de saúde, composta por médico, enfermeiro, cirurgião-dentista, auxiliar de consultório dentário, técnico de enfermagem e agente comunitário para a execução do atendimento definidas na saúde local.

A média complexidade compreende atender os problemas e agravos relacionados à população através de ações e serviços de saúde por meio de profissionais mais especializados e de recursos tecnológicos disponibilizados para a realização dos tratamentos e diagnósticos. E por fim, os de alta complexidade que se caracteriza como um conjunto de procedimentos de alta tecnologia e altos custos destinados para um atendimento de qualidade a população demandante, onde se integra aos demais níveis de atenção à saúde, o básico e o médio.

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado, sendo uma das proposições da reforma sanitária que tinha a universalidade do direito como um dos seus principais fundamentos, ressaltando que esse sistema é caracterizado como um arranjo organizacional de suporte à efetivação da política de saúde no Brasil, com o objetivo de integrar as ações de saúde nas três esferas de governo, municipal, estadual e federal e também onde define o ministério da saúde como gestor no âmbito da união. O Sistema Único de Saúde ainda conta em cada esfera de governo com as instâncias colegiadas referentes às Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde, de participação da sociedade.

A partir da instituição do SUS pela Lei Orgânica da saúde, esse sistema vem atravessando significativas mudanças em decorrência do processo de descentralização, das atribuições e dos recursos que são alocados para os Estado e municípios, onde esse processo não se esgota na simples transferência de serviços, mas também na distribuição de responsabilidades, poder e recursos da esfera federal para a esfera estadual e a esfera municipal.

Diante do quadro de desenvolvimento do neoliberalismo, há uma enorme distância entre o que foi proposto pelo movimento sanitário e a prática do sistema público de saúde vigente, que em meio a essas implicações não conseguiu atingir de forma ampla seus objetivos. Apesar de alguns avanços a partir das proposições contidas na constituição referentes à saúde como o acesso da população que antes não tinha direito, por características primordiais de atendimento, os progressos na alta complexidade entre outros, o sistema público universal não se efetivou completamente. O ajuste neoliberal fixou implicações nos aspectos tanto econômicos, como políticos, culturais e sociais, que entre outras medidas propõe:

A redução do Estado no que concerne às políticas públicas; a focalização dos serviços sociais nos cidadãos mais pobres ao invés da universalização, como direito de todos; a ampliação da

esfera do mercado na regulação da economia, inclusive na “comercialização” da saúde que podem ser visualizados através do significativo crescimento dos planos de saúde privados a partir da década de 1990 (DALPIAZ, 2011, p.02).

É nesse contexto que se evidenciou sérias transformação na ordem econômica mundial do pós-guerra, onde se denota a relativa perda de autonomia do Estado nos aspectos econômicos e sociais em meio à emergência de um novo padrão de organização da produção, causando grandes impactos no desenvolvimento das políticas nacionais, principalmente as de saúde, que vem se destruindo com a afirmação da hegemonia neoliberal.

Os reformistas do governo da época, influenciados pela ideologia neoliberal, declaravam que a causa da crise dos anos 1980 foi uma crise de caráter fiscal intervencionista e burocrática de administração do Estado, entretanto, era preciso reformá-lo.

O presidente Collor foi o desencadeador da medida de reforma do Estado, mas foi no governo de Fernando Henrique Cardoso- FHC, que essas medidas foram aprofundadas. Segundo Bravo (2001) *“a reforma ou contra reforma do Estado é outra estratégia e parte do suposto de que o Estado desviou-se de suas funções básicas ao ampliar sua presença no setor produtivo, colocando em cheque o modelo econômico vigente”*. No entanto, essa dita reforma faz com que o Estado passe a se tornar promotor e regulador, e não mais o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social.

Constituiu-se então, um Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE) que teve como titular o ex-ministro da fazenda Luís Carlos Bresser Pereira como carro chefe do processo de reforma do Estado, orientada nos postulados do consenso de Washington, onde o Estado transfere suas atividades para o setor privado e o setor público não estatal. Propondo uma separação do SUS em hospitalar e o básico. A tarefa do Estado, nesse projeto de articulação com o mercado privatista que possui como premissas concepções individualistas e fragmentárias da realidade em contraposição as concepções coletivas e universais do projeto contra- hegemônico, funda-se em garantir o mínimo para os que não podem pagar e os que podem pagar ficam a mercê do atendimento disponibilizado pelo setor privado. Nessa conjuntura o Estado tem como propostas:

Caráter focalizado para atender às populações vulneráveis através do pacote básico para a saúde, ampliação da privatização, estímulo ao seguro privado, descentralização dos serviços ao nível local, eliminação da vinculação de fonte com relação ao financiamento (BRAVO, 2001, p. 15).

Verifica-se, portanto, com relação ao Sistema Único de Saúde em meio a essa conjuntura, o descumprimento dos dispositivos constitucionais e legais e uma omissão do governo federal na regulamentação e fiscalização das ações de saúde em geral.

Em relação ao governo Lula tinha como expectativa o fortalecimento do SUS constitucional, entretanto, Bravo (2009) vai referenciar que em seu governo, Lula tornou as políticas sociais fragmentadas e subordinadas à lógica econômica, mantendo o mesmo ajuste macroeconômico do governo anterior. O fortalecimento do projeto de reforma sanitária não se concretizou como foi proposto e a política de saúde apresentou elementos de continuidade do governo FHC, como a focalização, a precarização, a terceirização dos recursos humanos, no desfinanciamento e a falta de vontade política para viabilizar a concepção de seguridade social. Vale destacar, que mesmo de maneira fragmentária, teve alguns avanços relacionados à saúde no que tange uma extensão das ESF como forma de ampliar os serviços destinados a população usuária e logo depois a criação dos Núcleos de apoio à saúde da família, que de modo geral, vem abranger os serviços das ESF a partir das necessidades de apoio na execução e ampliação para o aperfeiçoamento dos mesmos.

Entretanto, apesar das conquistas que culminaram na constituição do Sistema Único de saúde pelas lutas travadas pelo movimento de reforma sanitária e pela Consolidação da Constituição Federal de 1988, onde coloca a saúde como dever do Estado e um direito do cidadão em uma perspectiva de universalização das políticas sociais e a garantia dos direitos sociais, o mesmo se encontra na realidade longe de chegar ao SUS que foi proposto constitucionalmente, pois existe uma enorme distância entre as propostas defendidas pelo movimento sanitário e a prática do sistema público de saúde que se encontra em vigor.

O projeto hegemônico neoliberal, por meio de suas medidas de ajuste fiscal, da lógica das privatizações e da criação de um Estado mínimo para o social e

Máximo para o capital, é o grande impulsionador da deterioração da seguridade social, principalmente no que concerne ao âmbito da saúde, onde os aspectos de universalização estão sendo substituídos pelos valores individualistas e fragmentários de uma sociedade de classes.

### **3.2. A política de saúde no município de Sousa-PB**

O município de Sousa-PB possui cerca de 65.803 habitantes, segundo uma estimativa mais recente dos dados do IBGE no ano de 2013, com uma área de 738,547 km<sup>2</sup>, sendo um total de 51.885 de população urbana e 13.922 de população rural. Esse município foi criado pela lei nº 28 de 10 de Julho de 1854 e instalado na mesma data no Estado da Paraíba. Como cidade polo, o mesmo compreende oito municípios vizinhos, são eles: Aparecida, Lastro, Nazarezinho, Marizópolis, Santa Cruz, São Francisco, São José da Lagoa Tapada e Vieirópolis. Concentrando várias atividades, serviços e atendimentos sociais, no que diz respeito à escolas e instituições de ensino, bancos e hospitais, estabelecimentos comerciais e hospitalares, entre outros (ALVES, 2010, p. 34).

Segundo os princípios fundamentais contidos na Lei Orgânica do Município de Sousa-PB, este se caracteriza por uma unidade territorial, dotado de autonomia política, administrativa, financeira e legislativa, contidos nos termos da Constituição Federal, Estadual e também desta própria lei orgânica. Possuem em sua organização, fundamentos como o respeito à cidadania, à dignidade da pessoa humana, os valores sociais do trabalho e da livre iniciativa, o pluralismo político, a responsabilidade pública e a probidade administrativa, procurando com isso a objetivação de:

- I- Construir uma sociedade: justa, livre e solidária;
- II- Garantir o desenvolvimento social;
- III- Pugnar por condições para que todos os cidadãos tenham iguais oportunidades.

Por meio desses princípios, compete ao poder municipal sobre competência privada, o ato de promover essas normas, no que diz respeito em favor aos interesses e também ao bem estar social da população.

Em relação à saúde do município de Sousa-PB, essa lei orgânica denota como sendo um direito de todos os municípios e dever do poder público, o acesso de maneira igualitária aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação, promovendo assim, na perspectiva de atingir os seguintes objetivos:

- I - condições dignas de saúde, higiene, alimentação, preservação do meio ambiente e poluição ambiental;
- II- prevenção de doenças;
- III - planejamento, execução e avaliação de suas ações de saúde;
- IV - vigilância sanitária em todo território do Município, especialmente aos estabelecimentos públicos ou privados, abertos à população;
- V - autorização para instalação de serviços de saúde e fiscalização de seu funcionamento.

De acordo com o Art. 144 desta mesma lei, compreendem as ações e os serviços de saúde como integrantes de uma rede regionalizada e hierarquizada, que constitui o Sistema único de saúde no âmbito do município, onde estão previstos nas seguintes diretrizes:

- I - comando único exercido pela Secretaria de Saúde Municipal;
- II- integridade na prestação das ações de saúde;
- III - organização de distritos Sanitários com alocação de recursos técnicos e práticos de saúde adequados à realidade epidemiológica local;
- IV - participação em nível de decisão de entidades representativas governamentais na formação, gestão e controle da política municipal e das ações de saúde através de Conselho Municipal, de caráter deliberativo e paritário.
- V - direito do indivíduo de obter informações e esclarecimentos sobre assuntos pertinentes à promoção, proteção e recuperação da saúde da coletividade.

O município de Sousa se caracteriza como um importante centro médico hospitalar do sertão do Estado, no qual contém em sua estrutura quatro hospitais incluindo casas de saúde, são eles: Hospital Regional de Sousa (Público), Hospital

Santa Terezinha (Particular), Casa de Saúde Bom Jesus (Particular) e o Hospital Materno Infantil, antigo Hospital de Pronto Socorro (Público). Não só a população souse, mas as populações de outras localidades vizinhas buscam serviços e atendimentos desses centros hospitalares, pelo fato de não disporem de alguns serviços em suas cidades. Existe o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência-SAMU, implantado no município em gestões anteriores a atual, pela portaria nº 1864/GM da secretária de saúde, para melhorar o atendimento da população em situação de emergência, transportando-os com segurança até o nível hospitalar do Sistema.

As unidades básicas pertencentes às redes de saúde do SUS, que estão concentradas nos diversos bairros existentes na cidade, compondo um total de 26 ESF, que tem por objetivo a ampliação da saúde para a população da área de abrangência, exercendo um intenso papel de promoção e prevenção para seus usuários.

No âmbito da secretaria de saúde de Sousa-PB, encontra-se o Núcleo de Apoio à Saúde da Família- NASF, que foi implantado em alguns municípios, no ano de 2009, pela referida portaria nº 847/GM, com a função de dar apoio às Estratégias de Saúde da Família, na execução das práticas de saúde, abrangendo os serviços que vão ser disponibilizados para a população usuária da saúde, em meio ao contexto sócio-político do município de Sousa-PB.

Sousa-PB, apesar de ser considerada uma cidade polo, já referenciado acima, que se caracteriza por meio de uma interdependência existente entre várias áreas, que se concentram em torno da mesma e que usufruem de atividades que dá visibilidade ao município, em comparação aos outros, seja comercial, cultural, social, entre outros, apresenta insuficiência em relação à saúde disponibilizada para a população local e de regiões vizinhas, que só tendem a crescer. Portanto, ao mesmo tempo em que o município de Sousa possui de equipamentos que possibilita o bem-estar no que diz respeito à saúde, o mesmo tende a ter insuficiências em relação aos aportes necessários para abranger os problemas de saúde-doença da população usuária.

Os Recursos financeiros que são direcionados para a saúde pública dos municípios não cobrem os equipamentos de alta complexidade que demanda altos custos para os tratamentos necessários de reabilitação, condicionando à população local e das cidades próximas que também utilizam e necessitam dos serviços de

saúde, á buscarem esses tratamentos nos centros hospitalares de maior abrangência como João Pessoa, Campina Grande e Recife, por os mesmos disponibilizarem esses mecanismos de alta tecnologia relacionados aos tratamentos de saúde.

### **3.3. Núcleo de Apoio á Saúde da Família- NASF**

De acordo com os cadernos de Atenção Básica (2010), o SUS desde sua implantação vem demonstrando importantes avanços dentro do sistema de saúde brasileiro, com o crescente número de equipes de Saúde da Família- SF, a ampla cobertura da população e também uma considerável melhoria na assistência e nos seus mecanismos gestores. Nesse processo, evidencia a Atenção primária a saúde, como sendo um conjunto de ações que são desempenhadas pela SF, levando em consideração a sua relevância para um bom desempenho das políticas de saúde.

A Atenção Primária à Saúde (APS) representa um complexo conjunto de conhecimentos e procedimentos e demanda uma intervenção ampla em diversos aspectos para que se possa ter efeito positivo sobre a qualidade de vida da população. Na definição já clássica de Bárbara Starfield, APS representa o primeiro contato na rede assistencial dentro do sistema de saúde, caracterizando-se, principalmente, pela continuidade e integralidade da atenção, além da coordenação da assistência dentro do próprio sistema, da atenção centrada na família, da orientação e participação comunitária e da competência cultural dos profissionais. São assim estipulados seus atributos essenciais: o acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde, a continuidade e a integralidade da atenção, e a coordenação da atenção dentro do sistema (BRASIL, 2010, p. 7).

Essa Atenção Primária possibilita, como primeiro contato, o acesso do indivíduo com o sistema de saúde, tendo uma atenção centrada no âmbito da família, a participação da comunidade e a competência cultural. Aumentando assim, o poder de interação dirigida à população em geral.

O Ministério da Saúde criou em 1994 o Programa Saúde da Família (PSF), que incorpora e reafirma os princípios básicos do SUS, com o objetivo de reorganizar a prática assistencial da saúde no Brasil que tinha o foco direcionado na

saúde e no médico desconsiderando o indivíduo como sujeito de direitos, passando neste momento, a focar a família em seu ambiente físico e social. Houve-se em 2006 uma mudança de simples denominação de significados, no qual Programa passou a ser nomeado de Estratégia, que conforme Dalpiaz (2011), Programa era tido como algo que possui tempo determinado, já a palavra Estratégia é designado como algo que é permanente e contínuo, assim como deveria ser as ações derivadas delas na atenção básica em saúde.

No entanto esse Programa/ Estratégia baseia-se nos pressupostos para a universalização de acesso e integralidade de assistência, atuando em território delimitado de algum Estado ou município, destinando suas ações para os problemas e necessidades encontradas, no que tange à saúde da população emergente, com foco na família. Denota-se a influência da lógica neoliberal no aspecto de focalizar as ações para a população mais pobre e vulnerável, ao mesmo tempo em que na saúde visa-se a universalização das ações.

Essa estratégia de saúde da Família (ESF) como um importante movimento de reorientação do modelo de atenção à saúde propõe em seus princípios focalizar o trabalho em equipe para desenvolver de forma integrada ações de promoção, prevenção e proteção da saúde, intervindo com qualidade. *“A ESF caracteriza-se por ser a porta de entrada de um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde...”* (Diretrizes, 2010, p.10) e se faz como primazia para a população usuária na atenção básica.

Os objetivos dessa Estratégia se baseiam em uma reorientação da assistência em saúde, norteados pelos princípios do SUS, tendo como objetivos específicos:

- I. Prestar, na unidade de saúde e no domicílio, assistência integral, contínua, com resolubilidade e boa qualidade às necessidades de saúde da população adscrita;
- II. Intervir sobre os fatores de risco aos quais a população está exposta;
- III. Eleger a família e o seu espaço social como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde;
- IV. Humanizar as práticas de saúde através do estabelecimento de um vínculo entre os profissionais de saúde e a população.
- V. Proporcionar o estabelecimento de parcerias através do desenvolvimento de ações intersetoriais;

VI. Contribuir para a democratização do conhecimento do processo saúde/doença, da organização dos serviços e da produção social da saúde;

VII. Fazer com que a saúde seja reconhecida como um direito de cidadania e, portanto, expressão da qualidade de vida. Estimular a organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social. (BRASIL, *apud*, DALPIAZ, 2011)

A equipe do ESF tem por objetivo de suas ações à execução de suas atividades de maneira integrada, no sentido de uma atuação que é desempenhada de modo multiprofissional, constituído por profissionais de distintas áreas para a realização de estratégias que visem à proteção, prevenção e promoção da saúde como direito de todos os cidadãos brasileiros.

As equipes de SF são compostas por no mínimo um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Pode ser ampliada com a equipe de Saúde Bucal, na qual estão presentes: dentista, auxiliar em saúde bucal e técnico em saúde bucal (BRASIL, 2010, p. 10).

A atuação dessas equipes ocorre nas unidades básicas de saúde da família, a partir do território definido de atuação, nas residências e nos espaços comunitários onde os fatores de risco são aparentes, oferecendo-lhes uma atenção de qualidade de maneira integral e permanente. Vale também destacar que esse programa busca desenvolver ações intersetoriais vinculados a outros setores de importância para o bem-estar da sociedade usuária.

No âmbito da política de saúde, o governo Lula obteve avanços no sentido da criação de programas que visavam um reforço da atenção básica no Brasil por meio da expansão dos PSFs, a partir do crescimento de atividades desenvolvidas junto à Estratégia de Saúde da Família e essa expansão foram se tornando cada vez mais prioritárias na agenda do Ministério da Saúde, o que fez com que no ano de 2008 fossem criados os Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF).

O NASF é caracterizado como uma estratégia de ação, criada pelo ministério da saúde por meio da portaria nº 154, de 24 de Janeiro de 2008, com o enfoque 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 que é a própria população usuária. Contribuindo com os serviços das ESF a partir

das necessidades de dar apoio na execução e o aperfeiçoamento dos mesmos, considerando assim a melhoria do acesso para os usuários da saúde em relação aos serviços que serão ofertados.

O NASF é uma estratégia inovadora que tem por objetivo apoiar, ampliar, aperfeiçoar a atenção e a gestão da saúde na Atenção Básica/Saúde da Família. Seus requisitos são, além do conhecimento técnico, a responsabilidade por determinado número de equipes de SF e o desenvolvimento de habilidades relacionadas ao paradigma da Saúde da Família. Deve estar comprometido, também, com a promoção de mudanças na atitude e na atuação dos profissionais da SF e entre sua própria equipe (NASF), incluindo na atuação ações intersetoriais e interdisciplinares, promoção, prevenção, reabilitação da saúde e cura, além de humanização de serviços, educação permanente, promoção da integralidade e da organização territorial dos serviços de saúde (BRASIL, 2010, p.10).

O NASF junto com a sua equipe multiprofissional composta por profissionais de nível superior de áreas distintas de atuação, procura desenvolver ações de integralidade, podendo ser esta considerada a principal diretriz a ser praticada pelo NASF, no qual deverá reconhecer demandas e necessidades de saúde, vinda da Saúde da Família, tendo como foco, o território sob sua responsabilidade, bem como incorporar ações de promoção, prevenção, assim como ações curativas e reabilitadoras que possibilitem um atendimento igualitário no intuito de promover o acesso dos usuários às atividades disponibilizadas por este programa.

O correto entendimento da expressão “apoio”, que é central na proposta dos NASF, remete à compreensão de uma tecnologia de gestão denominada “apoio matricial”, que se complementa com o processo de trabalho em “equipes de referência” (BRASIL, 2010, p. 11).

O que se busca no processo de trabalho com essas “Equipes de Referência” é uma construção de responsabilidade de pessoas por pessoas, no sentido de ter uma determinada equipe com os usuários sobre sua responsabilidade, ou seja, essa equipe de referência remete-se à equipe de saúde da família que se caracteriza

como referência de saúde para certa população na atenção primária de saúde. Ademais, por se ter um conjunto de profissionais em uma mesma equipe, faz-se necessário uma interação positiva entre os mesmos, na busca das finalidades em comum, para a construção de um atendimento ao usuário da saúde com qualidade.

O apoio Matricial, ainda de acordo com os cadernos de atenção, 2010, é formado no NASF, por um conjunto de profissionais que não possui diretamente uma relação com o usuário, mas que cujas funções serão de prestar apoio às equipes de referência, no caso as da Saúde da Família. No entanto o NASF possui suas responsabilidades voltadas tanto para a população como também para as equipes das SF. Deve-se destacar ainda que as definições das funções e tarefas devem ser elaboradas de maneira flexível e cuidadosas entre os gestores e a equipe do NASF e as de SF.

Tanto o Núcleo de Apoio à saúde da família quanto às equipes da Saúde da Família, fazem parte da Atenção Primária à Saúde, pois os mesmos vivenciam os desafios que são postos diariamente e tentam contribuir de forma compartilhada para o aumento da resolutividade e a efetivação da coordenação integrada do cuidado na Atenção Primária à Saúde. Sendo assim, o apoio e o compartilhamento fazem parte da missão do NASF que tem como seguintes aspectos:

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

Sobre os termos da portaria 154, pelo qual o Núcleo de apoio foi criado, há duas modalidades de NASF, que se caracteriza como NASF I e NASF 2. Sendo o primeiro composto por profissionais com formação superior, nos quais se destacam: psicólogo, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico ginecologista, profissional da educação física, médico homeopata, nutricionista,

médico acupunturista, médico pediatra, médico psiquiatra e terapeuta ocupacional. E o segundo que compreende no mínimo três profissionais, são eles: psicólogo, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, profissional da educação física, nutricionista e terapeuta ocupacional.

A responsabilidade é do gestor municipal, que define por critérios de necessidades locais e por disponibilidade desses profissionais, a definição dos mesmos para compor cada tipo de NASF, estes organizará com foco em seu território de responsabilidade, um trabalho conjunto com as equipes de SF, priorizando o atendimento compartilhado, com troca de saberes mútuos entre os profissionais envolvidos, intervenção específica do profissional do NASF com a população usuária, mantendo uma discussão acerca do caso com as equipes da SF, e a realização de ações comuns nos territórios de responsabilidade de forma articulada com as equipes de SF.

Uma das estratégias essenciais dentro do espaço do NASF é a constituição de uma rede de atenção e cuidados, para a coletivização dos conhecimentos e ações com as ESF na construção de espaços de discussão, devendo haver uma articulação entre ambas pra a concretização de um atendimento que seja igualitário, visando á promoção e ampliação da saúde, a partir de um trabalho em conjunto, para os usuários dos seus serviços.

No município de Sousa-PB, foi implantado três Núcleos de Apoio á Saúde da Família- NASF a partir da Portaria N<sup>o</sup> 847/GM, de 30 de abril de 2009 que segundo o Ministério da Saúde, credencia os municípios cadastrados a receberem o incentivo financeiro á esses Núcleos de apoio, constituído por profissionais de nível superior, compreendendo 2 Nutricionistas, 2 Educadores físicos, 5 Fisioterapeutas, 3 Farmacêuticos e 3 Assistentes Sociais, totalizando 15, sendo estes divididos segundo os critérios de necessidade de cada NASF cadastrado. Existem, no entanto, 28 ESF espalhados pela cidade onde estes profissionais em articulação com a equipe das ESF dão suporte e apoio, levando-se em conta também as entidades filantrópicas que necessitam de apoio no que tange o âmbito da saúde. Busca-se dessa forma uma atuação interdisciplinar, subsidiando e abrangendo as práticas em saúde, com a parceria dos profissionais das ESF da cidade de Sousa na contribuição para a promoção e prevenção da saúde.

O NASF da cidade de Sousa-PB se encontra no âmbito da secretária de saúde como um programa que dá apoio as ESF da localidade, no que diz respeito

aos serviços de atenção básica que são ofertadas a população usuária. Os profissionais possuem caráter multiprofissional e realizam as suas ações de forma compartilhada, no território de sua responsabilidade, buscando seguir o direcionamento proposto pelas diretrizes do NASF.

No entanto, através do Estágio Supervisionado I e II considerado uma disciplina obrigatória do curso de Serviço Social, no processo de formação e aprendizagem da prática profissional, segundo o que está previsto nas diretrizes curriculares de 1996, realizado na instituição Secretária de saúde mais precisamente no âmbito do NASF, puderam-se analisar as demandas vindas das ESF, por meio das necessidades dos usuários de saúde, para o Núcleo de apoio, onde se permite a possível concretização desses serviços por meio da articulação entre esses programas (ESF X NASF) para a melhor contribuição da saúde pública do município de Sousa- PB, mas na realidade o que pudemos constatar é um não funcionamento da rede de atenção destinado á coletivização das ações, para que aconteça de fato essa articulação dos serviços destinados á população usuária, por meio de um atendimento voltado para a sua ampliação e promoção.

Na prática este trabalho em rede não se efetiva conforme está previsto na atuação conjunta desses profissionais, a partir do que propõe o NASF, de apoiar as ações das equipes das ESF na execução dos serviços de saúde para a população, como se ver teoricamente.

#### **4. TRAJETÓRIAS DO SERVIÇO SOCIAL NO BRASIL**

#### 4.1. O processo de institucionalização do Serviço Social

O período de surgimento do Serviço Social no Brasil se dá em meados dos anos 1930, no período conhecido como “Era Vargas”, onde há uma mudança do sistema agrário-comercial para o industrial, a partir dessa transição ocorrem iniciativas de manifestação particular de grupos e facções de classes, desdobradas principalmente por intermédio da igreja católica que se pautava por um caráter missionário e da caridade, dentro de um cenário de intenso processo de industrialização que levava o país rumo ao desenvolvimento econômico, social, político e cultural.

As leis sociais surgem em conjunturas históricas determinadas, que, a partir do aprofundamento do capitalismo na formação econômico-social, marcam o deslocamento da “questão social” de um segundo plano da história social para, progressivamente, colocá-la no centro das contradições que atravessam a sociedade. Ao mesmo tempo, a “questão social” deixa de ser apenas contradição entre abençoados e desabençoados pela fortuna, pobres e ricos, ou entre dominantes e dominados, na contradição antagônica entre burguesia e proletariado, independentemente do pleno amadurecimento das condições necessárias á sua superação (IAMAMOTO e CARVALHO, 2009, p.126).

A “questão social” segundo lamamoto e Carvalho, 2009, vem se destacar pelo declínio de um passado recente, de base escravista, sendo este substituído por uma sociedade onde se evidencia a separação entre homens e os seus meios de produção, se dando de maneira intensa, o aparecimento da questão social, onde por meio desta nova formação econômica-social brasileira, os trabalhadores tendem a vender sua força de trabalho livre para os grandes detentores dos meios de produção. Acentua-se, neste momento, a exploração desmedida que a lógica do capital acarreta para com a classe trabalhadora que fica a mercê de condições objetivas, no caso do salário alcançado pelo dispêndio de seu trabalho dominado pelo capital, para a sua sobrevivência.

As leis sociais entram em cena a partir do momento que as condições objetivas e subjetivas dos operários, bastante precárias, se tornam evidentes para a população brasileira como um todo, através de movimentos sociais realizadas pela

classe proletariada, como forma de reivindicar a conquista de sua cidadania. Nesse processo de reconhecimento pelo qual passa a sociedade brasileira, traz para a classe burguesa uma ameaça de seus valores como a Moral, a religião e a ordem pública. Nota-se, porém, a necessidade de um controle pelo Estado, visando integrar os interesses do proletariado através de canais dependentes e controlados, através de uma legislação trabalhista e social fundamentada na regulamentação jurídica do mercado de trabalho, com relação à exploração do trabalho, buscando um profissional capaz de apresentar respostas, aprimorando-se e apropriando-se das técnicas do serviço social norte-americano.

O desdobramento da questão social é também a questão da formação da classe operária e de sua entrada no cenário político, da necessidade de seu reconhecimento pelo Estado e, portanto, da implementação de políticas que de alguma forma levem em consideração seus interesses (IAMAMOTO e CARVALHO, 2009, p. 126).

Essa questão social se torna relevante diante do quadro que assume nos grandes centros urbanos-indústrias, por meio do acentuado crescimento do proletariado que sai do campo e começa a se aglomerar nas cidades a procura de melhores condições de vida, tornando aguçadas as relações políticas e ideológicas entre as classes sociais, levando assim, o Estado e a classe burguesa a criarem condições de controle para amenizar os conflitos e as insatisfações existentes no âmbito da sociedade onde funciona o grande capital.

As leis sociais ao mesmo tempo em que são apresentadas como resultado das reivindicações do proletariado em busca do reconhecimento da sua cidadania social, em contrapartida o serviço social se origina de uma condição totalmente oposta, como forma da construção de uma legitimidade fincada no conjunto das classes dominantes, prioritariamente, em prol de atender as suas demandas (IAMAMOTO E CARVALHO, 2009).

Em meio à origem do Serviço Social, cria-se em 1936, a primeira escola de Serviço Social que tinha a necessidade de melhorar a ação social dos militantes da ação católica, norteadas pelo referencial teórico europeu, a partir do Centro de Estudos e Ação Social- CEAS que tinha como finalidade “*o estudo e a difusão da doutrina social da igreja e a ação dentro da mesma diretriz*”. (AGUIAR, p.29, 1995).

Essa orientação ocorre em um momento em que a Igreja, como força social, mobiliza o laicato a partir das diretrizes das encíclicas papais que assumiam um posicionamento antiliberal e antissocialista, a exemplo da *Rerum Novarum*<sup>2</sup> (1891) e a *Quadragesimo Anno*<sup>3</sup> (1931).

As lutas que aconteciam no âmbito da sociedade contra a desigualdade social era uma preocupação da igreja da época que as assumiam pela ação da hierarquia e organização do laicato e que diante da necessidade de uma ação mais organizada para enfrentar o problema social, formaram-se grupos e associações no intuito de criar cursos e semanas de estudo para formação social. Muitas das escolas de Serviço Social nasceram desses grupos e associações. Dentre eles está as de São Paulo (1936), Rio de Janeiro (1937), Natal (1945) e Porto Alegre (1945) que até os anos 1950, tinham a influência direta da igreja católica (AGUIAR,1995).

No ano de 1937, foi criada no Rio de Janeiro a segunda Escola de Serviço Social no qual, continha as mesmas bases de formação que a primeira Escola de São Paulo, onde se detinha que, para ter uma vocação social era necessário ter uma formação, e as semanas sociais que consistiam da necessidade de uma ação mais coerente e organizada para formar o grupo de católicos preocupados com a questão social, sendo estas semanas como um dos instrumentos para a formação dos católicos.

Os objetivos que se apresentavam através do Instituto de Educação Familiar e social fundado no Rio de Janeiro era que houvesse a formação de mulheres com uma consciência de comunidade cristã, que substituísse o individualismo liberal egoísta, como elementos de renovação pessoal e católica de correção de anomalias sociais (AGUIAR, 1995).

A Igreja Católica teve grande importância na profissionalização e na identidade das primeiras expressões do serviço social no Brasil, onde era responsável pelo aporte teórico, de caráter missionário e também pela formação profissional.

---

<sup>2</sup>Rerum Novarum, publicada pelo papa Leão XIII, no qual procura analisar os problemas enfrentados pelos trabalhadores procurando solucioná-los.

<sup>3</sup>Quadragesimo Anno, publicada pelo papa Pio XI, no qual condena os males provocados pelo capitalismo procurando livrar-se dele por meio da regulação das relações entre os homens pela justiça e caridade cristã como também pela cristianização da vida econômica.

Neste cenário inicial, o Serviço nasce intimamente ligado à doutrina da igreja católica, sobre uma lógica do homem vinculada à ideologia cristã, tendo como processo de sustentação o neotomismo com uma visão de homem e sociedade baseado na dignidade da pessoa humana e do bem-comum. No primeiro momento tem-se a visão do Serviço Social no Brasil caracterizada por uma formação doutrinária e moral, que pela compreensão de Silva [s. d.], ressaltam-se as ações ideológicas de ajustamento às relações sociais vigentes, de naturalização do capitalismo, no qual o assistente social realiza seu trabalho no enquadramento dos sujeitos de acordo com as estruturas existentes. Levando-se em conta, logo depois, seu aspecto técnico que terá influência americana, a partir dos anos 1940.

Sabemos que a institucionalização do Serviço Social como profissão na sociedade capitalista se explica no contexto contraditório de um conjunto de processos sociais, políticos e econômicos, que caracterizam as relações entre as classes sociais na consolidação do capitalismo monopolista. Assim, a institucionalização da profissão de uma forma geral, nos países industrializados, está associada à progressiva intervenção do Estado nos processos de regulação social (YAZBEK, p. 06, 2009).

O processo de institucionalização e legitimação da profissão do Serviço Social se constitui em meio a esse contexto contraditório que se apresenta enraizado em uma sociedade de base exploratória, onde os processos sociais, políticos e econômicos marcam o avanço das relações sociais no processo de consolidação do capitalismo monopolista.

De acordo com Iamamoto (2008), o Serviço Social se institucionaliza e se legitima como profissão excedendo suas marcas de origem no interior da igreja, com a criação das grandes instituições assistenciais que se efetivaram com a prestação de serviços sociais, emanada do próprio Estado e do conjunto da classe dominante. Essas instituições se desenvolvem numa tentativa de canalizar a força de mobilização dos trabalhadores urbanos e ao mesmo tempo rebaixar os níveis salariais, sobre uma perspectiva tanto de regulamentar o mercado de trabalho sobre uma política salarial e sindical como também na lógica de controle da política assistencial, vinculada a classe trabalhadora. É dentro desse processo que surgem o Conselho Nacional de Serviço Social, a LBA, o SENAI e o SESC.

Com o surgimento das grandes instituições, o mercado de trabalho se amplia para o serviço social e este rompe com o estreito quadro de sua origem para se tornar uma atividade institucionalizada e legitimada pelo Estado e pelo conjunto das classes dominantes (IAMAMOTO, 2008, p.93).

Os profissionais do Serviço Social, nesse processo, se constituem como categoria assalariada tendo como público alvo, dos seus serviços assistenciais, os grandes setores do proletariado e não mais uma pequena parcela pobre da população que se detinha as ações sociais. Deixando de ser um mero distribuidor de caridade privada para se tornar um profissional executor das políticas sociais, com o atendimento voltado para as sequelas da questão social, agregando por assim dizer, um posicionamento não liberal. Políticas estas provindas do Estado e da grande classe empresarial, considerando estes como sendo os maiores empregadores desses profissionais que se caracterizam como um instrumento auxiliar e subsidiário da organização social vigente, atuando junto às necessidades dos trabalhadores, mas vinculados a um mandato direto da classe dominante, assumindo um caráter pontual e focalizado (IAMAMOTO, 2008).

Em meio aos anos 1940-1950 ocorreu para o Serviço Social brasileiro um marco importante com a mudança do eixo de influência do franco-belga para o de norte-americano, onde nessa década, o conservadorismo católico que subsidia no início do Serviço Social brasileiro passa a se tecnificar sem alterar sua ideologia, a partir do contato com o bloco americano onde terá como pressuposto o funcionalismo, que analise a realidade social de maneira objetiva e imediata sem fazer alterações na ordem vigente.

Segundo Aguiar (1995), esse intercâmbio entre o Serviço Social americano e o Serviço Social brasileiro se dar pela participação das escolas de Serviço Social da América-latina na Conferência Nacional de Serviço Social em Atlantic City, que se consistirá na concessão de bolsas de estudos para assistentes sociais no tocante para seu aperfeiçoamento e especialização nas escolas norte-americanas.

Em 1942, Getúlio Vargas, em nome de interesses econômicos e políticos, estreitou relações com o governo norte-americano de Roosevelt, que tinha como metas prioritárias o fortalecimento do capitalismo e, em contrapartida, a luta contra o comunismo e a expansão de sua hegemonia sobre todo o continente americano,

fato objetivamente constatado na História (ANDRADE, 2008, p.272).

Dentro de um contexto econômico e político de hegemonia norte-americana no mundo ocidental, o Brasil torna-se independente financeiramente dos EUA. Realizam-se grandes empréstimos em troca de garantias para as suas bases militares por meio de uma política de boa vizinhança, estabelecendo acordos nessa época entre os EUA e o Brasil, devido as necessidades materiais apresentadas aos norte-americanos por meio da 2ª Guerra que se estendia no cenário social em vários países. É, portanto em meio a essa conjuntura que aconteceram mudanças no sentido da prática do Serviço Social com a implantação de técnicas, iniciando com o Serviço Social de caso, por ser o mais desenvolvido naquele momento, e logo mais adiante, o de grupo e o de comunidade (AGUIAR,1995). Caracterizando-se como tríade metodológica que condicionou o serviço social a integrar o homem ao seu meio social. “O Serviço Social de Casos é o processo que desenvolve a personalidade através de um ajustamento consciente, indivíduo por indivíduo, entre os homens e seu ambiente” (RICHMOND, 1915, apud ANDRADE, 2008, p.280).

Esse Método caracteriza-se pelo objetivo de prover serviços básicos e práticos de aconselhamento no intuito de desenvolver sua capacidade psicológica já que o indivíduo era visto como elemento que deveria ser trabalhado, ou seja, ser ajustado ao meio social, no sentido de se cumprir com o seu papel dentro do sistema vigente.

As escolas de serviço social passam a ensinar um novo método de intervenção social, obtendo mais um componente nos seus currículos, o serviço social de grupo que se define como:

Um método do SS que ajuda os indivíduos a aumentarem o seu funcionamento social, através de objetivas experiências de grupo e a enfrentarem, de modo mais eficaz os seus problemas pessoais, de grupo ou de comunidade (KONOPKA, 1979, apud ANDRADE, 2008, p. 283).

De acordo com a autora as bases do serviço social de grupo estão intimamente ligado aos movimentos de autoajuda, realizada sobre uma perspectiva educacional que busca fortalecer a personalidade individual, por meio da capacidade

de liderança, à tomada de decisão e do aspecto psicossocial, levando o assistente social, através dessa perspectiva, a ajudar os indivíduos a se auto-desenvolverem e se ajustarem aos valores e normas contidas no contexto social vigente, onde os mesmos se encontram inseridos, capacitando-os para o correto funcionamento social como se o problema estivesse no homem e não na sociedade.

O desenvolvimento de comunidade apresenta características tanto do serviço social de caso quanto do serviço social de grupo, objetivando o ajustamento do indivíduo ao mesmo tempo em que realizava um trabalho assistencial. Nesse momento o serviço social incorpora a política desenvolvimentista no ensino.

Motta (2009) descreve o contexto político brasileiro nesse momento, de suma importância na abertura dos caminhos para a construção do desenvolvimento de comunidade, no qual o Brasil se encontrava sob o governo de Juscelino Kubitschek com a proposta de um plano de metas elaborado para investir em áreas que impulsionassem o país para o crescimento econômico com o intuito de desenvolvê-lo cinquenta anos em cinco. Em relação a uma perspectiva de progresso fez-se necessário um sistema educacional forte para combater o analfabetismo existente da população rural, com isso justificou os seminários e programas que começaram a aparecer, com foco na educação para adultos.

O profissional de Serviço social, a partir de suas técnicas próprias, tinha o papel de líder indireto da comunidade, estimulador de mudança social, promovida com a participação popular. O Estado brasileiro viu o serviço social de comunidade como um método que pode vir a contribuir para o desenvolvimento do país. No entanto, todo esse contexto e propostas alocadas, atravessa a construção do serviço social brasileiro levando para uma organização da categoria profissional, à expansão do ensino e da profissão, ao discurso e à prática do chamado segundo bloco de periodização da profissão, surgindo para esses profissionais uma nova questão relacionada aos instrumentos científicos para a sua intervenção, buscando atender para as demandas sociopolíticas obtendo uma análise dos fatos sociais da realidade brasileira.

Em decorrência do período que se inicia marcado por um intenso contexto ditatorial, a profissão do serviço social vai passar por uma revisão crítica no interior da categoria relacionado aos seus aportes teóricos- metodológicos, questionando suas formas de intervenção, onde esse processo irá se caracterizar como o Movimento de Reconceituação da profissão.

## **4.2. A Prática do Serviço Social no Núcleo de Apoio a Saúde da Família- (NASF): *lócus* da pesquisa.**

### **4.2.1. Serviço Social e saúde:**

A Sociedade brasileira em meados dos anos 1930 se encontra em meio a um contexto de industrialização e concomitantemente da forte luta reivindicatória da classe trabalhadora por melhores condições de trabalho. Em meio a essa conjuntura vale ressaltar o início da intervenção do Estado na saúde e o surgimento de políticas sociais para responder as várias expressões da questão social que se encontram no âmbito da sociedade.

Segundo Bravo (2009), o surgimento e a expansão do Serviço Social no Brasil, estão intimamente vinculado as exigências e necessidades ocasionada pelo aprofundamento do capitalismo no país e as mudanças que ocorreram no panorama internacional, por meio do termino da segunda guerra mundial, onde a partir de 1945 a atuação dos assistentes sociais se amplia no âmbito da saúde, transformando-se no setor que mais absorveu o trabalho desses profissionais.

A organização mundial de saúde (OMS) elabora em 1948, um novo conceito de saúde que se origina de organismos internacionais, pelo agravamento da saúde da população, com maior ênfase nos países periféricos, no qual obteve alguns desdobramentos, relacionados tanto a um trabalho multidisciplinar realizado em equipe, suprimindo a falta de profissionais no setor, como também a ampliação de abordagens em saúde de conteúdos educativos, onde o assistente social enfatiza essa prática educativa com intervenções no modo de vida da “clientela” relacionada aos hábitos de saúde e higiene. Além da criação de programas prioritários junto com segmentos da população, devido à inviabilidade de universalização da atenção médica e social. Com esse novo conceito de saúde evidencia-se aspectos biopsicossociais, tornando um fator de requisição de profissionais, dentre eles destaca o assistente social (BRAVO, 2009).

Outro fator de relevância consiste na consolidação da política de saúde no Brasil, em um sentido não universal, denotando-se um caráter excludente e

seletivo dos seus serviços. Entretanto o assistente social vai executar suas ações, se colocando entre a população e a instituição, no âmbito dos hospitais realizando plantões, triagem ou seleção, encaminhamento, concessão de benefícios, sendo estes pagos pelos próprios beneficiários, e a orientação previdenciária. Nessa época havia a vinculação entre a saúde e a previdência, onde só os trabalhadores que contribuía era que tinha direito ao acesso aos serviços e benefícios através dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs).

Bravo (2009), ainda destaca o surgimento nos Estados Unidos de mecanismos que influenciaram a prática da saúde no Brasil, caracterizada pela medicina integral, a medicina previdenciária e a medicina comunitária que não tiveram nenhuma influência sobre o trabalho dos Assistentes Sociais, tendo em vista segundo Gomes (2010), as práticas existentes que relacionadas a saúde se efetivava de modo pontual em todo conjunto de atividades mais amplas, realizadas nos postos e centros específicos de saúde. Os centros de saúde continha como executores de suas atividades, médicos, enfermeiros e visitantes e o só em 1975 é que o Assistente social se insere nessa equipe. No entanto esses profissionais passaram a executar suas ações nos espaços institucionais dos hospitais com a efetivação de práticas curativas.

Em relação aos anos 1960 a autora Bravo (2009), traz a discussão em torno das transformações pelas quais o Serviço Social atravessou e o rebatimento destas transformações para o trabalho do Assistente social na área da saúde. Ressaltando que em meio ao seu desenvolvimento não houve algum respaldo de ameaça ao bloco hegemônico conservador que tinha sobre sua dominação a produção de conhecimento, as entidades organizativas e o trabalho profissional, mesmo alguns profissionais da área questionando a direção da profissão, no momento não havia nenhuma intenção de altera-la. Entretanto, a partir desse período começou a surgir um debate interno na profissão, em relação ao seu conservadorismo. Foi nesse momento que a situação da profissão passou a se modificar.

Observa-se que o Serviço Social na década de 1960 necessitava rever seus aportes teóricos e metodológicos frente à ação profissional desenvolvida no âmbito das relações sócio-institucionais, mais que isso, questionava a necessidade de mudar radicalmente suas perspectivas de atuação neste campo, haja vista a debilidade teórica-crítica adotada e evidenciada na época,

em decorrência da forte presença do conservadorismo nas suas formas de intervenção (SILVA e MELO 2011, p. 04).

Com o Movimento de Reconceituação os assistentes sociais passam a ter uma visão político-ideológico das relações sociais, negando o aspecto de neutralidade da profissão, dando início a um debate coletivo sobre a sua dimensão política. Esse debate surge por questões levantadas pelas Ciências Sociais e Humanas em torno de uma temática do “desenvolvimento” (BRAVO, 2009).

A modernização conservadora implantada no país exigiu a renovação do Serviço Social, face às novas estratégias de controle e repressão das classes trabalhadoras efetivadas pelo Estado e pelo grande capital, bem como para o atendimento das novas demandas submetidas à racionalidade burocrática (BRAVO, 2009, p.31).

Em uma perspectiva de adequação da profissão do Serviço Social às exigências existentes no contexto sociopolítico do pós- 64, pelo Centro Brasileiro de Cooperação e Intercâmbio em Serviços Sociais (CBCISS) que propagou o aspecto modernizador, de aporte estrutural-funcionalista norte-americano, sem fazer nenhum questionamento a respeito da ordem sociopolítica, ou seja, conformava uma tentativa de adequar o Serviço Social às demandas oriundas desse período.

Silva e Melo (2011), constata que nesse contexto o Serviço Social na saúde não trouxe avanços significativos para os assistentes sociais em suas intervenções, principalmente no campo da saúde, mesmo sobre uma tentativa de modernização da profissão, devido a sua ação ser ainda orientada por práticas curativas, enfatizando as técnicas de intervenção, burocratização das atividades, a psicologização das relações e a concessão de benefícios. Deixa-se evidente que mesmo com o processo de organização da categoria, o Serviço Social na saúde nos anos que se seguem, não se alterou.

É na década de 1980, com a crise do Estado e o processo de redemocratização que o Serviço Social e a saúde passam por intensas modificações, levando a um rompimento da concepção de saúde até então vigente, no qual o movimento sanitário consegue avançar na elaboração do fortalecimento do setor público em oposição ao setor privado. No entanto a partir do movimento dos

trabalhadores de saúde em união com parcelas da sociedade civil, houve a conquista da saúde como um direito social pela Constituição Federal de 1988 onde se observa claramente em seu Art.196 que caracteriza a saúde como direito de todos e dever do Estado.

Nesse processo a 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986 foi de grande relevância para os avanços do setor público, em oposição ao setor privado, obtidos por meio da luta do movimento sanitário que vinha sendo travado durante os últimos anos.

A VIII Conferência, numa articulação bem diversa das anteriores, contou com a participação de quatro mil e quinhentas pessoas (...). Representou inegavelmente um marco, pois introduziu no cenário da discussão da saúde a sociedade civil (...). A questão da saúde ultrapassou a análise setorial, referindo-se a sociedade como um todo, propondo-se não somente a Sistema Único de Saúde, mas a Reforma Sanitária (BRAVO, 2007, apud, GOMES, 2010, p.31).

Com a Constituição Federal a saúde passou a constituir o tripé da seguridade social, juntamente com a previdência e assistência social. Em meio a esse processo a saúde se unifica em um Sistema Único de Saúde, o SUS, atendendo direitos sociais demandados por meio dos princípios de universalização das ações, descentralização, participação cidadã e democratização do acesso (GOMES, 2010).

Em relação ao Serviço Social, esse período traz para a categoria um amadurecimento na luta por uma fundamentação teórica e profissional crítica a partir de um movimento interno de negação do conservadorismo.

A passagem dos anos 1970 aos 1980, com a reativação do movimento operário-sindical e o protagonismo dos chamados *novos sujeitos sociais*, abriu novas perspectivas para os assistentes sociais que pretendiam a ruptura com o tradicionalismo. E estes assistentes sociais investiram fortemente em dois planos: na organização da categoria profissional e na formação acadêmica (NETTO, 2005, p. 17).

Nessa década, houve a maturidade hegemônica da categoria no âmbito da academia e também nas entidades representativas com a intenção de ruptura de uma postura conservadora, tendo como base uma relação com a tradição marxista.

Nesse momento a nova concepção teórico-metodológica adotada pela profissão não conseguiu se efetivar totalmente nos serviços, devido ao grande contingente de profissionais que estavam inseridos nas universidades. É o que explica Bravo (2009, p.34) “se o Serviço Social cresceu na busca de fundamentação e consolidação teórica, poucas mudanças consegue apresentar na intervenção”. Leva-se em conta nesse processo o trabalho do Serviço Social na área da saúde.

Gomes (2010) aponta as condições de intervenção que se refletem na crítica do projeto profissional hegemônico do Serviço Social sobre a política de saúde, em relação à teoria e a intervenção profissional, a ausência de uma efetivação das políticas públicas de qualidade e a diversidade no modo de interação dos profissionais dentro do setor saúde. No qual, segundo ela o Conselho Federal de Serviço Social- CFESS, tem algumas considerações a respeito desses embates.

Primeiro, um ponto a se referenciar é relacionado à ação de alguns profissionais da saúde que executam seu trabalho no direcionamento de serem meros reprodutores dos interesses institucionais e o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) assinala em resposta a esse embate, a necessidade de superação desse tipo de prática por meio de capacitação profissional e estudos ampliados na área da saúde, como forma de direcionar sua prática de ação ao que realmente compete ao profissional de Serviço Social (GOMES, 2010).

Outro ponto que a autora destaca e que é discutido pelo CFESS, relaciona a fragmentação das ações dos profissionais, não só do assistente social, mas de outras profissões que se curvam para o processo saúde-doença, se desviando do seu objetivo profissional.

Bravo (2009), denota a insuficiência das mudanças ocorridas em relação a postura crítica dos trabalhadores em saúde apresentados nos Congressos Brasileiros de Assistentes Sociais de 1985 e 1989, no sentido de o Serviço Social ter uma participação considerada em relação a saúde nos anos 1980, este adentra os anos 1990 ainda desarticulado do movimento de reforma sanitária, com poucas alterações vinculadas à prática institucional.

O movimento de Reforma Sanitária só vem ser consolidado na metade da década de 1990 em meio a implementação dentro do cenário social e político da ideologia do projeto neoliberal, a instauração do plano real e a contra-reforma do Estado no país.

Essas mudanças vão se refletir na área da saúde, assim como no projeto hegemônico do Serviço Social, confrontando-se com suas ideias, como por exemplo, no que diz respeito á formulação de políticas universais, equânimes e, sobretudo um Estado intervencionista e participativo (GOMES, 2010, p.33).

Em meio a esse contexto, a política de saúde se articula com o projeto privatista se pautando em uma política de ajuste com finalidade de diminuição de gastos, descentralização a partir da diminuição de responsabilidade do poder central, restando para o Estado a garantia do mínimo para os que necessitam com serviços de caráter focalizado e seletivo, e o setor privado agregando à garantia de um atendimento de qualidade para os que podem pagar. Coloca-se então, dois projetos em disputa que apresentam diferentes exigências para o Serviço Social na área da saúde: o projeto político privatista e o projeto político da reforma sanitária.

O projeto privatista requisitou, e vem requisitando, ao assistente social, entre outras demandas: seleção sócio-econômica dos usuários, atuação psico-social através de aconselhamento, ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde, assistencialismo através da ideologia do favor e predomínio de práticas individuais (BRAVO e MATOS, 2004. p. 10).

Esse projeto remete ao Serviço Social uma contradição para com os seus princípios e diretrizes, colocando o profissional como um simples agente fiscalizador dos usuários de saúde, a partir de uma prática assistencialista ligada a ideia do favor, focalizada e com seletividade excludente em suas ações.

Em oposição a tal, o da Reforma Sanitária traz para o trabalho do assistente social a busca da democratização do acesso aos serviços de saúde, um trabalho voltado para o atendimento humanizado com uma estratégia de interação entre as instituições com a realidade social, a prática interdisciplinar com ênfase nas abordagens grupais, acesso democrático às informações e um incentivo para a participação cidadã (BRAVO, 2009).

Segundo Gomes (2010), o CFESS caracteriza o trabalho do assistente social como sendo uma profissão atuante na área da saúde por meio da resolução nº 383/99, mas não somente nesse setor, pois esse profissional trabalha em outros

campos de atuação, levando o mesmo a conter uma formação bastante sólida que o qualifique para a execução de sua prática em várias políticas sociais.

É de importância destacar que os profissionais que atuam na saúde, e dentre eles os profissionais de Serviço Social, norteados pelo projeto ético político da profissão, busquem em seu exercício profissional a concretização de suas ações pautadas por princípios e diretrizes que regem sua prática, na intenção de fortalecer o SUS constitucional, na promoção, proteção e recuperação da saúde, mesmo em contexto contraditório no qual esses profissionais se inserem ou estão inseridos. Bravo e Matos (2004), apontam alguns fundamentos contidos no código de ética da profissão que norteiam o trabalho dos assistentes sociais, tais como:

- Defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo;
- Posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática;
- Articulação com os movimentos de outras categorias profissionais que partilhem dos princípios deste código e com a luta geral dos trabalhadores;
- Compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional.

Para que haja uma efetiva atuação competente e de qualidade, no que diz respeito ao atendimento e aos serviços que são disponibilizados para os usuários da saúde faz-se necessário para o assistente social:

- Estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS;
- Facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da Instituição, bem como de forma compromissada e criativa não submeter à operacionalização de seu trabalho aos rearranjos propostos pelos governos que descaracterizam a proposta original do SUS de direito, ou seja, contido no projeto de Reforma Sanitária;

- Tentar construir e/ou efetivar, conjuntamente com outros trabalhadores da saúde, espaços nas unidades que garantam a participação popular e dos funcionários nas decisões a serem tomadas;
- Elaborar e participar de projetos de educação permanente, buscar assessoria técnica e sistematizar o trabalho desenvolvido, bem como estar atento sobre a possibilidade de investigações sobre temáticas relacionadas à saúde.

Percebe-se que o caminho a ser percorrido para a construção de um projeto democrático, na defesa de um atendimento igualitário para todos aqueles que buscam o Sistema Único de Saúde, faz-se necessário que se realize uma articulação de todas as categorias profissionais atuando nesse processo e não exclusivamente uma dessas categorias. O profissional de Serviço Social de acordo com os fundamentos acima e com os seus princípios que norteiam seu Código de Ética, devem buscar concretizar sua atuação na garantia dos direitos sociais e da oferta de bens e serviços para a população, questionando por lado o projeto neoliberal firmado na sociedade.

#### **4.2.2. O Serviço Social no NASF**

O Serviço Social no NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) vem ser regulamentado pela mesma portaria GM nº 154 de Janeiro de 2008, no qual o Ministério da Saúde criou o programa NASF, sendo republicado em 04 de Março de 2008, onde propõe apoiar e ampliar as ações nas redes de serviços, da atenção básica. A inclusão desse profissional no NASF se dá em conformidade com os princípios ético-políticos da profissão como também do projeto de Reforma Sanitária e a sua atuação parte da compreensão de que o direito à saúde se faz pela promoção da cidadania.

As ações de Serviço Social deverão se situar como espaço de promoção da cidadania e de produção de estratégias que fomentem e fortaleçam redes de suporte social, propiciando maior integração entre serviços sociais e outros equipamentos públicos

e os serviços de saúde nos territórios adscritos, contribuindo para o desenvolvimento de ações intersetoriais que visem ao fortalecimento da cidadania (BRASIL, 2010, p. 88).

De acordo com o Caderno de diretrizes do NASF (2010), essas ações que o assistente social executa sobre a área de sua responsabilidade, deve voltar-se para articulações intersetoriais, de educação e mobilização em saúde e formação de redes de proteção social junto às equipes de saúde da família.

No NASF, o trabalho desse profissional deve ser realizado de maneira interdisciplinar e integrado com os outros profissionais que também executam suas ações nesse programa, prestando apoio nas variadas expressões da questão social contidas na área da saúde. O Assistente social trabalha em interdependência entre estrutura, conjuntura e cotidiano, contribuindo junto com outras equipes que fazem parte desse processo, através da apreensão do que está posto cotidianamente para esses profissionais, em meio às várias expressões da questão social que se encontram na área saúde, tentando criar a partir de determinações conjunturais, estratégia para que sua prática se realize em defesa dos direitos humanos e sociais.

Em relação à área de estratégia de ação do Serviço Social, este se constrói no espaço do território onde o NASF se encontra cadastrado, abrangendo a comunidade, as famílias, os indivíduos, os equipamentos sociais necessários sejam estes privados ou públicos, bem como também o poder local e as redes de atendimento, fazendo do território um espaço dinâmico para o desenvolvimento de cada profissional e da definição de suas competências.

O território, enquanto lugar de uso e acontecimento social, passa a ter um peso importante na compreensão do processo saúde-doença. Assim, prestar serviços de saúde ou promover a saúde junto à população passa necessariamente por considerar, conhecer e interagir com o território, lugar de referência e de vida da população com a qual se trabalha. O território da Saúde da Família passa a ser um campo privilegiado para o encontro das ações públicas municipais (BRASIL, 2010, p. 89).

É nesse contexto que o profissional de Serviço Social em articulação com os demais profissionais capacitados de outras categorias, conduz suas ações, no sentido de compreender, intervir, antecipar e planejar ações e projetos sociais

pautados por uma prática integrada, através da interdisciplinaridade e da intersetorialidade. Exigem-se, portanto, competências nas dimensões técnicas, humanas, políticas e sociais dos profissionais de saúde em geral, principalmente do assistente social que possui uma inserção diferenciada na saúde, no que diz respeito à sua ação voltada para além da dimensão biomédica, tentando ultrapassar essa visão tradicional de atuação (BRASIL, 2010).

Os objetivos que as diretrizes do NASF colocam para o assistente social são bastante amplos, possibilitando por meio destes um detalhamento para as ações desses profissionais nas diversas realidades onde as práticas de saúde ocorrem. Considerando que essas ações não se constituem como prática específica do assistente social, mas de interação com o conjunto das outras categorias profissionais, desenvolvendo na área estratégica do Serviço Social, uma atuação que possibilite o melhoramento nas formas de atendimento dos serviços que são colocados para a população usuária da saúde.

Entretanto, a atuação do assistente social no NASF é de grande importância, no que diz respeito à sua contribuição na formulação de estratégias que venham a fortalecer os serviços de saúde, encaminhando para uma efetiva consolidação da cidadania e do direito à saúde que se dá por meio de um agir crítico e reflexivo desse profissional em cada realidade, embasado no seu projeto ético-político (BRASIL, 2010).

A partir do Estágio Supervisionado I e II, que segundo as diretrizes curriculares de 1996 considera uma atividade obrigatória no processo de formação e de aprendizagem da prática do profissional de Serviço Social, no momento do ingresso nos espaços sócio-ocupacionais, tendo como objetivo a capacitação para o exercício profissional, na tentativa de aprofundamento dos conhecimentos teórico-metodológicos já produzidos, como também o ético-político e o prático-operativo, podemos observar o trabalho do assistente social no seu campo de atuação, se tratando neste ponto do NASF no município de Sousa-Pb.

O assistente social que atua nesse programa no âmbito do município de Sousa-Pb busca conduzir sua atuação levando em consideração as diretrizes norteadoras de suas ações no direcionamento de não ferir os princípios contidos no seu código de ética, executando seus serviços de forma multiprofissional e integrada com os outros profissionais de categorias diferentes que trabalham no programa NASF, tentando, cotidianamente, realizar os seus serviços com qualidade, na

obtenção de resultados produtivos condizentes com as diretrizes do programa, que serão direcionadas para os usuários da saúde.

Percebem-se por meio da observação, as dificuldades que esse profissional encontra no seu campo de atuação, seja relacionados às insuficiências da própria instituição com ausência de instrumentos que servem para que o trabalho dos mesmos sejam efetivados, no caso do NASF de Sousa-Pb, esses profissionais sofrem com a falta de transportes que são de suma importância na execução das ações dos profissionais, pois sem esses transportes os mesmos não podem se dirigir até o seu espaço onde se encontra as ações para que assim possam efetua-las, provocando assim, um desajusto na concretização dos serviços que são demandados pelos usuários da saúde.

Por meio da experiência adquirida nesse âmbito podemos analisar as seguintes funções: visitas domiciliares, as mais executadas por esses profissionais, relatórios relacionados às visitas, visita institucional, palestras em escolas por meio do programa saúde na escola, palestras em empresas privadas, encaminhamentos, ações destinadas as entidades filantrópicas com o intuito de apoiar-las por meio de seus serviços, realização de projetos de ação á nível federal e municipal e reuniões de matriciamento que acontecem poucas vezes com as equipes das Estratégia de Saúde da Família sobre as demandas que foram requisitadas pelos usuários da saúde, para que se possa dá o apoio necessário a esses.

Porém há uma falha nas redes de atenção, ocasionada por deficiências no processo de coletivização das ações entre os profissionais, no que diz respeito às articulações entre as equipes de ESF com as profissionais do NASF observada pela experiência no campo de estágio e pelos discursos insatisfatórios das próprias profissionais, ocasionando desta forma, uma desarticulação nas redes de atendimento entre essas duas formas de promoção dos serviços de saúde. No entanto, esse profissional que executa suas ações a partir das demandas vindas das ESF como forma de ampliar os seus serviços e apoiar as equipes de SF, percebe as limitações que se apresenta na efetivação de suas competências enquanto profissional, provocando dificuldades para que seu trabalho seja efetivamente executado.

**5. AS DIFICULDADES NAS REDES DE ATENDIMENTO DO NASF E AS ESF:  
UMA CONCEPÇÃO DE LIMITES E POSSIBILIDADES DA PRÁTICA DOS  
ASSISTENTES SOCIAIS NO MUNICÍPIO DE SOUSA/PB.**

Levando em consideração a atuação dos assistentes sociais que trabalham no Núcleo de Apoio à Saúde da Família- NASF, no âmbito da Secretária de Saúde

de Sousa-PB, foi perceptível analisar, a partir da observação da prática dos assistentes sociais efetuadas dentro do campo de estágio, nesse referido programa, o problema relacionado às dificuldades que esse profissional encontra na efetivação de suas ações através de falhas nas redes de atendimento entre o programa NASF e as Estratégias de Saúde da Família (ESF), que se encontram espalhadas por todo o município, provocando um estreitamento dos serviços e das ações dos assistentes sociais que vão ser ofertadas para a população usuária da saúde.

Considerando que o Núcleo de Apoio, como o próprio nome já denota e como já foi bastante mencionado nos capítulos anteriores, é um programa que foi criado no ano de 2008 e implantado em alguns municípios no ano de 2009, para dar apoio as equipes das ESF, abrangendo seus serviços e aperfeiçoando-os para ser destinados à população, a partir das suas necessidades, mas o que se pode notar é que na prática não funciona de forma tão eficiente como está contido nas normas previstas.

Foi por meio dessa problemática observada na vivência diária no Estágio Supervisionado, que nos motivou a realização desse trabalho, no sentido de tentar comprovar através das entrevistas efetuadas se há desarticulação das redes de atendimento, no tocante a coletivização das ações entre as ESF e o NASF e o que isso vem ocasionar na atuação do profissional de Serviço Social.

A pesquisa foi realizada no mês de Março de 2014, e os sujeitos da mesma são profissionais da área de Serviço Social (total 03 profissionais), que atuam no NASF da cidade de Sousa-PB e três enfermeiras que atuam nas ESF do referido município e onde as assistentes sociais executam suas ações articuladamente a partir das necessidades dessas equipes na abrangência dos serviços requisitados pela população. Totalizando, seis profissionais entrevistadas.

Para relacionar as assistentes sociais com as enfermeiras das unidades que abrange, faz-se necessário caracteriza-las como:

- Assistente social x, Enfermeira x.
- Assistente social y, Enfermeira y.
- Assistente social z, Enfermeira z.

Os instrumentos utilizados para a execução da referida pesquisa consiste na entrevista semi-estruturada, na busca de obter informações necessárias para

comprovar a problemática em questão, e na observação sistemática que ocorreu por meio do estágio. Tendo como método de averiguação da pesquisa a análise de conteúdo e o agrupamento dos dados obtidos.

Em relação ao perfil das participantes da entrevista, todas possuem nível superior e são do sexo feminino, onde diante disso podemos perceber cada vez mais o ingresso das mulheres nos espaços sócio-ocupacionais e também nas universidades, processo de lutas e conquistas que sucedeu durante anos na nossa conjuntura sócio-histórica. A presença do gênero masculino no serviço social e na Enfermagem é geralmente muito pequena em termos quantitativos, destacando o grande número de mulheres que se inserem nesses espaços de ocupação e que a partir do perfil das entrevistadas afirma essa relação, no qual essas duas profissões estão entre aquelas identificadas como preferencialmente feminina.

Com relação ao tempo geral do exercício profissional das entrevistadas, varia de um há seis anos e levando em conta o tempo de atuação na unidade que trabalham atualmente, estes não passam de dois anos. As mesmas não são trabalhadoras efetivas destacando a precarização do trabalho que é bastante recorrente no município a partir da forte política local, no qual a população se encontra intrinsecamente a mercê dos futuros benefícios que poderão obter com as campanhas eleitorais. Essa forma de precarização do trabalho se configura em formas frágeis de trabalho assalariado, subordinado, precarizado e instável, sem garantias formais de direitos dos trabalhadores, que atualmente está presente em vários espaços de trabalho.

A nova condição de trabalho está sempre perdendo mais direitos e garantias sociais. Tudo se converte em precariedade, sem qualquer garantia de continuidade: 'O trabalhador precarizado se encontra, ademais, em uma fronteira incerta entre ocupação e não-ocupação e também em um não menos incerto reconhecimento jurídico diante das garantias sociais. Flexibilização, desregulação da relação de trabalho, ausência de direitos. Aqui flexibilização não é riqueza. A flexibilização, por parte do contratante mais frágil, a força de trabalho, é um fator de risco e a ausência de garantias aumenta essa debilidade (VASAPOLLO, 2006 apud, ANTUNES, 2008, p. 06).

Esse processo de precarização do trabalho gera cada vez mais a flexibilização dos mesmos em suas várias formas, que se expressam no cotidiano do

trabalhador seja por meio dos salários ínfimos, da carga horária estendida, da condição de trabalhador instável, terceirizados, entre outros.

As profissionais que foram entrevistadas vivenciam também no seu próprio âmbito de trabalho, além de condições subjetivas relacionada à suas formas de contratação, condições estruturais mínimas para a execução de suas funções, no que diz respeito aos instrumentos necessários para a realização de suas ações, características de falhas da própria instituição onde o NASF se encontra, no qual isso vem a acarretar também na forma de sua atuação, no sentido de as mesmas não disporem, no momento, das ferramentas necessárias à disposição para que se efetive sua atuação. Ficando dependente de condições objetivas da própria instituição para que suas ações se concretizem.

De acordo com as profissionais que foram entrevistadas tem-se a pretensão de analisar através das perguntas feitas em relação à questão das dificuldades nas redes de atendimento dos serviços, se condizem com o que vivenciam realmente essas profissionais em seus campos de trabalho, no qual se propõe em suas diretrizes, uma atuação articulada das ações entre as equipes.

Primeiramente vai ser analisada as respostas das enfermeiras x, y e z, correspondente as ESF que cada assistente social abrange, em torno da temática discutida e logo depois haverá a análise das respostas das assistentes sociais para que assim possamos perceber se há contradição no discurso de ambas as profissionais ou não e o que isso pode trazer para o levantamento dos dados em relação ao objeto em questão.

No tocante sobre o conhecimento que as enfermeiras entrevistadas têm acerca do que é o programa NASF e suas diretrizes, bem como do trabalho do assistente social e a função desse profissional no Núcleo de Apoio, há o conhecimento por parte das enfermeiras sobre o que é o programa NASF, suas diretrizes e o que faz um assistente social enquanto profissional, a partir da experiência dessas enfermeiras com outras assistentes sociais em outros espaços sócio-ocupacionais. No entanto, algumas dessas profissionais entrevistadas não possuem um total conhecimento acerca das diretrizes que norteiam o trabalho das assistentes sociais no qual executam um trabalho em conjunto, de forma compartilhada, e do que realmente faz um assistente social nesse Núcleo de Apoio, seja pelo pouco contato entre essas profissionais e sobre a referência do fazer profissional relacionada ao trabalho dos mesmos.

Segundo Figueiredo (s/d, p. 62) “é necessária à articulação dessas equipes onde o NASF *procura ampliar, aperfeiçoar a atenção e a gestão da saúde na ESF, superando uma lógica fragmentada e privilegiando a construção de redes de atenção e cuidado, constituindo-se em apoio às equipes de Saúde da Família*”, onde isso se dá por meio de ações diretas e conjuntas na execução dos serviços demandados. Tem que se haver por parte das equipes, o conhecimento de ambos os programas, aos quais esses serviços estão sendo encaminhados como também o conhecimento do trabalho do profissional que está interagindo diretamente.

Quando perguntadas se é necessário o trabalho dos assistentes sociais junto ao programa NASF, as entrevistadas apontam que é totalmente necessário e de fundamental importância, pois esses profissionais atuam, no tocante as suas atribuições de maneira a “ajudar” no trabalho das ESF, acerca dos direitos dos usuários da saúde, pela compreensão de que o direito à saúde se faz pela promoção da cidadania, onde esse profissional, segundo seu código de ética busca desempenhar no tocante ao seu exercício profissional uma atuação que viabilize para os usuários a garantia dos seus direitos sociais.

De acordo com as diretrizes do NASF (2010), o serviço social nesse programa parte da compreensão da promoção da cidadania e suas ações junto às equipes de Saúde da Família de forma interdisciplinar e integral, provocando mudanças significativas nos serviços de saúde e na qualidade de vida da população, com destaque no trabalho voltado para as várias expressões da questão social no âmbito da saúde, buscando fortalecer suas ações para o enfrentamento das mesmas, a partir de uma atuação de suma competência profissional que constitui como norma vigente da prática desses profissionais no programa e não como uma simples forma de “ajuda” a ser prestada por eles.

Esse profissional se apresenta como um profissional capacitado dentro de um processo de regulamentação, para executar sua atuação de acordo com um projeto profissional coletivo e hegemônico, denominado projeto ético – político, construído a partir do compromisso da própria categoria com a visão de uma nova ordem societária, mais justa, democrática e garantidora de direitos universais, deixando pra trás todo aquele conceito de profissional da ajuda e da benevolência. Mesmo estando inseridos no campo de trabalho onde esses profissionais encontram limites para a efetiva execução de suas ações sobre as várias expressões da questão social que se apresenta na área da saúde, estes procuram dentro desse contexto

possibilidades de intervenção se direcionando por meio do seu projeto ético-político profissional para que se consiga realizar a promoção da saúde.

Na pesquisa, ao indagar se existe uma efetiva articulação das demandas e dos serviços das ESF com o programa NASF, as enfermeiras revelaram em seus posicionamentos:

Enfermeira x	<b>“Mais ou menos- O NASF desempenha seu papel, mas vejo que a demanda é grande para a pouca quantidade de NASF’s. Seria necessário mais profissionais para cobrir com efetividade a demanda”.</b>
Enfermeira y	<b>“Não. Precisa melhorar a atuação desses profissionais em relação às ações de sua competência, pois isto não acontece”.</b>
Enfermeira z	<b>“Existe sim, mas de forma breve, a partir da necessidade demandada nas ESF”.</b>

**QUADRO 1: Articulação das demandas e dos serviços entre os programas ESF e NASF.**

Em seus comentários, as enfermeiras envolvidas na pesquisa sinalizam que ocorrem falhas na coletivização das demandas que são repassadas para a equipe do NASF por meio da atuação dos próprios assistentes sociais, haja vista pela grande demanda existente que é requisitada pelos usuários da saúde, em contrapartida relacionados aos poucos profissionais para desenvolverem com eficácia os serviços demandados, deixando assim a desejar a efetivação de sua prática. E mesmo havendo essa articulação, na afirmação da enfermeira z, ainda encontra deficiências no sentido de o contato entre as equipes não se dá de forma sólida, ou seja, não havendo uma interação mais firme que vise o aprendizado coletivo, por meio de reuniões e discussões entre as equipes que deveriam acontecer através do matriciamento, compartilhando os saberes e conhecimentos em conjunto para se chegar a resolutividade das ações e serviços que se apresentam, entretanto, na prática não é efetivamente realizado.

Abordando como se dá o trabalho interdisciplinar entre ambas as profissionais do NASF e ESF, as enfermeiras entrevistadas expuseram o seguinte:

Enfermeira x	<b>“A interação é muito positiva, já que a profissional comparece à unidade, observa a demanda, orienta, realiza atividades educativas, sempre se colocando à disposição”.</b>
Enfermeira y	<b>“Bem, pois participo das visitas, das palestras quando acontecem”.</b>
Enfermeira z	<b>“A partir da necessidade de interação da ESF com o NASF, ocorre uma busca de “ajuda” para se resolver situações em que é preciso a presença//trabalho do assistente social. E essa interação é mínima”.</b>

**QUADRO 2: Como se dá o trabalho interdisciplinar entre a assistente social e a enfermeira.**

A troca de experiências é um meio importante para fortalecer o contato entre o NASF e ESF, além de melhor contribuir para um trabalho interdisciplinar satisfatório. Segundo Fernandes ( 2011, p.157):

A interdisciplinaridade acontece onde se busca a superação do trabalho fragmentado, limitado ao papel do núcleo especializado de cada profissional, pela produção de novos padrões de inter-relação entre equipe e usuários e da quebra dos obstáculos organizacionais à comunicação.

É interessante assinalar que a interdisciplinaridade como perspectiva de trabalho a ser desenvolvida e bastante defendida na área saúde, exige que o trabalho em equipe seja refletido e discutido em conjunto, na busca de uma comunicação entre os envolvidos para que haja uma boa execução dos serviços que vão ser direcionados para a população usuária, a partir de um trabalho integrado.

Pelo discurso das entrevistadas o profissional de serviço social procura resolver suas atribuições a partir do que lhe cabe dentro do espaço de trabalho, mesmo em meio às limitações encontradas na efetivação de suas ações, buscando desenvolver com qualidade as demandas dos usuários.

Segundo as entrevistadas, o assistente social contribui por meio da sua prática na efetivação das demandas dos serviços que serão ofertadas para

população, através de suas competências e atribuições, não testemunhando nenhuma reclamação por parte dos usuários desses serviços sobre o trabalho dos mesmos.

Ao indagar se há deficiências em relação à prática das assistentes sociais na execução dos serviços, tem-se em vista que as enfermeiras x e y encontram deficiências na prática desses profissionais em relação à execução dos serviços em vinculação com ambos os programas, sejam pela grande demanda existente dos serviços que os mesmos não conseguem dar de conta, sendo necessária a contratação de mais profissionais, ou pelo trabalho fragmentado ocasionado devido à falta de comunicação entre os envolvidos. Por mais que o NASF não seja porta de entrada para os usuários da saúde é necessário que o todo funcione, através do trabalho integral dos profissionais permitindo a efetivação favorável dos serviços.

### **Assistente Social**

Analisando as respostas das assistentes sociais X, Y e Z que trabalham no Núcleo de Apoio à Saúde da Família, ao indagar qual sua função enquanto profissional de serviço social no NASF, estas salientaram que:

<b>Assistente social x</b>	<b>“O serviço social no NASF desenvolve de forma interdisciplinar e integrada com as demais equipes, para prestar apoio no trato da questão social nas suas variadas expressões na área da saúde”.</b>
<b>Assistente social y</b>	<b>“Planejar ações e desenvolver educação permanente, acolher os usuários e humanizar a atenção, realizar visitas domiciliares e realizar ações coletivas, preventivas e promocionais junto aos grupos”.</b>
<b>Assistente social z</b>	<b>“Atua na promoção da saúde, prevenção e reabilitação dos usuários da atenção primária, na atenção básica, ESF”.</b>

**Quadro 3: Função do A.S no NASF**

Segundo as diretrizes norteadoras de suas ações, a partir dessas ações que as mesmas acentuaram, tem-se uma prática voltada para a integralidade, apoiada na interdisciplinaridade e na intersetorialidade, com atuações que visam apoiar e

ampliar as ações das ESF, a partir de suas competências como promotor de saúde e cidadania, devendo se ajustar às diversas realidades onde às práticas ocorrem.

Em relação às ações de saúde que esse profissional desenvolve no âmbito do NASF se correspondem à sua prática em quanto profissional atuante nesta área como demonstra o quadro abaixo.

<b>Assistente social x</b>	<b>Mais ou menos</b>
<b>Assistente social y</b>	<b>Sim</b>
<b>Assistente social z</b>	<b>Sim</b>

**Quadro 4: A ação de saúde corresponde à prática profissional do A.S**

As diretrizes esboçam as competências que o profissional de saúde desempenha no NASF:

Exigem-se dos profissionais de saúde competências nas dimensões técnicas, humanas, políticas e sociais. As habilidades e atitudes mais exigidas dizem respeito à capacidade de comunicação, realização de uma escuta qualificada, propiciando o diálogo entre comunidade e profissionais dos serviços, capacidade de articulação das redes sociais comunitárias, fortalecimento de parcerias entre equipe e comunidade e as outras políticas públicas setoriais; mediação entre usuários e equipe de saúde e entre os próprios membros das equipes, fundamentado no compromisso profissional, na ética, no respeito às diferenças e à cultura local (DIRETRIZES DO NASF, p. 89).

O assistente social atuante no NASF desenvolve uma prática voltada para a promoção da saúde e da cidadania, buscando estabelecer elos de ações com outras equipes, propiciando maior integração entre serviços sociais e outros equipamentos públicos e os serviços de saúde nos territórios determinados onde se efetiva sua atuação, sem ir contra seus princípios ético-político, na tentativa de desempenhar suas ações em favor da equidade e da justiça social, assegurando universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais.

Mas em meio à conjuntura atual de fragmentação dessas políticas, a atuação desses profissionais fica a mercê do processo de seletividade dos próprios serviços de saúde que são destinados à população em uma perspectiva de limites e possibilidades de intervenção dentro do contexto em que está inserido. No NASF do

município de Sousa-PB essas profissionais procuram está em interação com a equipe multiprofissional do NASF como também tentando de alguma forma manter contato com as enfermeiras nas quais devem dividir um trabalho coletivizado.

Denota-se a importância desses profissionais na saúde que procuram, no contexto de fragmentação e focalização dos serviços, a possibilidade de realiza-los com qualidade, por meio de sua competência profissional.

<b>Assistente social x</b>	<b>“Ao trabalhar com a questão social nas suas mais variadas expressões cotidianas, tenho o desafio de estabelecer enfrentamentos críticos de forma inovadora”.</b>
<b>Assistente social y</b>	<b>“Apresenta importante contribuição e formulação de estratégias que busquem reforçar e criar experiências nos serviços de saúde que efetivem o direito á saúde e a consolidação da cidadania”.</b>
<b>Assistente social z</b>	<b>“Uma grande desafio, apesar das dificuldades encontradas, temos conseguido fortalecer as demandas, respostas e práticas profissionais”.</b>

**Quadro 5: Importância da prática do assistente social no NASF.**

É de relevância destacar que o serviço social no NASF se constrói como mais um campo de intervenção dentro da política de saúde, onde este profissional, através das especificações apresentadas acima sobre a importância de sua prática contribui como viabilizador desta política, no que se refere à garantia dos direitos sociais na saúde para a população, sendo fundamentado pela promoção da cidadania junto às equipes de Saúde da Família. No entanto, faz-se necessário o reconhecimento da equipe de Saúde da Família, para que possam de forma compartilhada de saberes, desenvolver as ações e serviços em saúde, já que na pesquisa feita com as enfermeiras a porcentagem denota o não reconhecimento sobre as ações contidas nas diretrizes do NASF como também sobre a prática desse profissional no programa.

Sabendo-se que o trabalho do assistente social no NASF depende das demandas e necessidades provindas das equipes da Estratégia de Saúde da Família, que vão sendo identificado cotidianamente dentro do espaço de trabalho, o assistente social deve-se, segundo as diretrizes do NASF, se encarrega de exercer sua atuação de maneira compartilhada com essa equipe, por meio de ações

coletivas na obtenção de concretizar os direitos dos usuários de saúde. De acordo com as assistentes sociais existe uma efetiva articulação das demandas e dos serviços das ESF com o programa NASF, contradizendo o que foi exposto pelas enfermeiras.

No entanto, a efetiva articulação dos serviços, no discurso das assistentes sociais entrevistadas, acontece de forma satisfatória com a equipe de referência da ESF, através de ações que é de competência dos profissionais envolvidos e que vem proporcionar com qualidade no acesso dos usuários aos serviços de saúde.

Sobre haver por parte das enfermeiras um não direcionamento dessas demandas, a assistente social x, aponta que há certo descuido por parte da profissional que mantém vínculo, em relação aos direcionamentos que não são encaminhados como deveriam. Coloca-se, então a questão da falta de ligação entre elas que deveriam existir para que as falhas nos serviços não fossem apresentadas.

Ao se indagar sobre a possibilidade de uma desarticulação nas redes de atendimento entre esses programas NASF e ESF, as profissionais de serviço social apontaram no que isso vem acarretar na concretização dos serviços e o deve-se fazer para que isso não venha acontecer, demonstrado no quadro abaixo:

<b>Assistente Social x</b>	<b>“Acarreta possibilidades de concretização dos serviços ofertados, todavia a capacidade de articulação das redes de atendimento fortalece a parceria entre equipe, comunidade e políticas públicas. Deve-se existir maior empenho de contra-referência”.</b>
<b>Assistente Social y</b>	<b>“Deve-se fazer abordagem grupal, abordagem familiar, grupos educativos, visitas domiciliares, estudo social e planejamento e gestão de forma articulada com as demais equipes. Acarreta desajuste na execução dos serviços que serão disponibilizados”.</b>
<b>Assistente Social z</b>	<b>“Acrescenta-se a desvalorização do trabalho de saúde, acontecendo a precarização do mesmo. Deverá fazer uma mudança por humanização, construção de redes de cooperação e participação coletiva e humanizada”.</b>

**Quadro 6: O que acarreta a falta de articulação nas redes de atendimento.**

Diante do exposto, essa possibilidade de uma não efetiva articulação do atendimento entre as equipes do NASF e ESF, provoca descompasso nos serviços que serão disponibilizados para a população usuária da saúde, no qual se apresenta

no quadro acima a partir dos discursos das entrevistadas, acarretando limites de intervenção para a prática desses profissionais na execução de suas ações na promoção do direito à saúde que acontece por meio de ações compartilhadas com a equipe de referência. A rede de apoio precisa estar disponível para os profissionais da SF, para que assim em conjunto possam estabelecer possibilidades de intervenção na efetiva concretização da saúde de qualidade, a partir de reuniões entre as equipes, reforçando o matriciamento entre os mesmos.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O presente trabalho sobre as dificuldades nas redes de atendimento referente aos serviços assistenciais entre o Núcleo de Apoio à Saúde da Família e a Estratégia de Saúde da Família que procuram executar um trabalho integrado em torno da efetivação desses serviços que serão disponibilizados para os usuários da saúde, vem possibilitar um maior conhecimento acerca da temática proposta, visto

que o NASF é um programa novo dentro da política de saúde e também como espaço sócio-ocupacional para o profissional de serviço social.

O estudo teve como objetivo analisar as dificuldades nas redes de atendimento do NASF e as ESF em uma concepção de limites e possibilidades da prática dos assistentes sociais no município de Sousa-PB, buscando identificar os limites de articulação das ações entre esses dois programas, verificando os desafios que esses profissionais de serviço social encontram para que suas ações sejam efetivadas, a partir da vinculação com as equipes de referência, no caso, as Saúde da Família. A partir disso, acentuar a importância de se haver essa articulação das redes de atenção assistencial para a concretização de uma atuação qualificada entre essas equipes em relação aos serviços que serão direcionados para os sujeitos de direito no campo da saúde.

Esse estudo parte da hipótese de uma possível desarticulação nessas redes assistenciais entre o NASF e a ESF acarretando em uma não promoção da saúde com qualidade para a população, em que há a falta de um trabalho que funcione em rede entre os sujeitos envolvidos.

Através dos dados levantados na pesquisa de campo entre as três assistentes sociais e três enfermeiras, pode-se analisar que existem posicionamentos contrários com relação à articulação nas redes de serviços entre o NASF e a ESF, a partir do trabalho compartilhado que as mesmas devem executar.

Vale destacar que o NASF de acordo com as diretrizes bastante referenciada anteriormente, sendo estas caracterizadas como normas que norteiam as práticas dos profissionais contribuindo no fortalecimento das suas ações desenvolvidas no campo da saúde, o mesmo se constitui como uma estratégia inovadora na área da saúde de ampliar a abrangência, o escopo das ações e a resolubilidade da atenção básica, devendo atuar de maneira integrada às redes de atenção em saúde, de forma compartilhada e corresponsabilizada com as equipes de Saúde da Família. Sabendo que todo o processo de implantação do NASF foi pautado no entendimento que os profissionais inseridos nesse programa não se constituem para fazer parte de uma rede nova de serviços, mas sim uma estratégia para ampliar e qualificar a assistência, fortalecendo a rede de cuidados existente.

Percebemos a partir do que foi acentuado pelas enfermeiras que há falhas no que diz respeito à coletivização das ações com as assistentes sociais, não ocorrendo uma efetiva articulação das demandas por meio da fragilidade no

matriciamento dessas equipes, ou seja, do contato firmado entre elas. Colocando um ponto a ser questionado, que sinaliza a grande quantidade de demandas requisitadas pela população usuária da saúde para poucos profissionais que atuam no NASF. Essa realidade existe e é bem nítida no contexto apresentado, precarizando os serviços ofertados, por meio da pouca quantidade de arsenal relacionado ao desenvolvimento do mesmo, implicando também sobre o trabalho desses profissionais que em meio a esse processo, limitam suas formas de intervenção buscando possibilidades dentro desse contexto de procedimentos interventivos mínimos pra se efetivar sua atuação com qualidade.

Enquanto que em outro polo as assistentes sociais vêm demonstrar através de seus relatos uma percepção diferente do que as enfermeiras apontaram. As mesmas destacam que existe essa efetiva articulação das demandas e dos serviços, se dando de forma satisfatória o trabalho articulado entre elas, mas que poucas vezes notam certas deficiências em relação à negligência por parte das enfermeiras na coletivização das demandas para o NASF.

A falta de conhecimento por parte das enfermeiras à respeito das diretrizes norteadoras das ações dos profissionais do NASF, implica no próprio estranhamento do trabalho do assistente social nesse programa, impactando na forma de interação e comunicação entre ambas, desqualificando o desenvolvimento das ações que serão destinados aos usuários da saúde, já que a efetividade da ação do NASF na qualificação da assistência exige um compromisso e corresponsabilidade por parte dos autores envolvidos. Devendo atuar de forma mais interdisciplinar e dinâmica, pois o desconhecimento impede um contato mais sólido na efetivação das ações, dentro da rede de atenção.

As políticas sociais no âmbito da política neoliberal vêm sofrendo desmonte dos direitos sociais tão duramente conquistados no Brasil, impactando fortemente na política de saúde, em uma perspectiva de privatização, universalização excludente, focalização dos serviços, redução dos gastos sociais entre outros. No entanto há no âmbito do contexto atual a fragmentação da política de saúde que fragiliza a própria atuação dos profissionais da área, buscando em meio a esse processo possibilidades de intervenção da sua competência para que seja realizado seu trabalho com qualidade no espaço onde está inserido.

As várias formas de trabalho que se apresentam dentro do contexto atual desencadeada pelas alterações no mercado de trabalho, por meio da reestruturação

produtiva do capital, implicam no crescimento da informalidade, de formas flexíveis de contratação, destacando a diminuição de empregos assalariados regulamentados, aonde vem a impactar na forma dos trabalhadores desenvolverem um trabalho de qualidade, portanto, em meio a esta lógica que se fundamenta o trabalho dessas profissionais, onde as mesmas se encontram á mercê da forma de contratação que se constitui como sendo uma das formas de modalidade relacionadas às transformações do mundo trabalho e por isso se tornam passíveis de precarização.

Apesar de essas profissionais possuírem competências para realizar suas funções, a conjuntura onde as mesmas estão inseridas impõe formas de precarização em relação ao modo de concretização dos seus serviços a partir de condições mínimas de atuação, que implicar na maneira de promover o trabalho compartilhado com as equipes, seja pela falta de motivação proveniente da estruturação frágeis e instável do trabalho, levando a uma atuação imediatista sem vínculo mais sólido com as referidas equipes, procurando suprir os interesses quantitativos da produção institucional, sem uma perspectiva reflexiva da realidade atendida, desconsiderando muitas vezes a própria qualidade do atendimento.

Por meio desses levantamentos podemos constatar que há falhas nas redes de atenção que se estabelece entre os profissionais desses programas, diante da precariedade do trabalho que limita a atuação dos profissionais dentro da política de saúde como um todo e que limita a atuação dos profissionais dentro dessa conjuntura, possibilitando, entretanto, ainda com deficiências possibilidades de intervenção para que os serviços sejam destinados para a população usuária da saúde.

Portanto, face às conclusões desse estudo, supomos que os objetivos do trabalho foram alcançados, no momento que foi possível visualizar as dificuldades de se concretizar uma efetiva articulação das redes de atendimento dos serviços entre o NASF e as ESF, em uma perspectiva de limites e possibilidades da prática do assistente social dentro desse processo existente. Deixando aqui esse estudo aberto para posteriores aprofundamentos sobre a temática abordada como também as questões que não foram elucidadas de forma suficiente pra futuros estudos e pesquisa aos que se interessaram pela problemática em destaque.

## REFERÊNCIAS

AGUIAR, A.G. **Serviço Social e Filosofia**: das origens À Araxá.4.ed. São Paulo: Cortez, 1995.

ALVES, Daniele Ferreira. **Sousa e Santa Cruz-PB**: interdependência econômica, social e cultural. Guarabira: UEPB, 2010.

ANDRADE, Maria Angela Rodrigues Alves de. O metodologismo e o desenvolvimento no serviço social brasileiro – 1947 a 1961. **Serviço Social & Realidade**. Franca, v. 17, n. 1, p. 268-299, 2008.

ANTUNES, Ricardo. Século XXI: nova era da precarização estrutural do trabalho?. **Seminário Nacional de Saúde Mental e Trabalho** - São Paulo, 28 e 29 de novembro, 2008.

BRASIL. **Constituição Federal de 1988 (Artigos 196 a 200)**: Seção II da saúde. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/web\\_sus20anos/20anossus/legislacao/constituicaoferal.pdf](http://conselho.saude.gov.br/web_sus20anos/20anossus/legislacao/constituicaoferal.pdf)>. Acesso: 10/03/14.

BRASIL.. Ministério da saúde. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Série A. Normas e Manuais Técnicos Cadernos de Atenção Básica, n. 27 Brasília-DF, 2010.

BRASIL.Ministério da saúde. Parâmetros para a atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde. **Trabalho e Projeto Profissional nas políticas Sociais**. Brasília, 2010.

Brasil. Leis Municipais: **LEI ORGÂNICA DO MUNICÍPIO DE SOUSA**. Disponível em: <<https://www.leismunicipais.com.br/lei-organica/sousa-pb/2564>>. Acesso em 10 mar. 2014.

\_\_\_\_\_. **Sistema Único de Saúde**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. CONASS – Brasília, 2007.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, Ana Elizabete (org). **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. 4 ed. São Paulo: Cortez; Brasília<DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009.

\_\_\_\_\_. Maria Inês Souza. **SAÚDE E SERVIÇO SOCIAL**. [et al.], (Org).- 4. Ed. – São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2009.

\_\_\_\_\_. Maria Inês Souza. **Política de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: UERJ/DEPEXT/NAPE, 2001.

BRAVO. M. I. S; MATOS, M. C. de. **Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate**. Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional, 2004.

**Dados do IBGE.** Disponível em:<

<http://www.cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?lang=&codmun=251620&search=p%20araiba%20C%20sousa%20C%20infograficos:-dados-gerais-do-municipio>>. Acesso: 13 mar. 2014

**Dados da Prefeitura de Sousa-PB.** Disponível em:

<<http://www.sousa.pb.gov.br/2013/index.php/noticias/37-not%C3%ADcias-da-sa%C3%BAde/412-constru%C3%A7%C3%A3o-de-novos-postos-de-sa%C3%BAde-em-v%C3%A1rios-bairros-de-sousa.html>>. Acesso em 13 marc. 2014

DALPIAZ, Ana Kelen. Estratégia saúde da família: reflexão sobre algumas de suas premissas. Estado desenvolvimento e crise do capital. **V Jornada internacional de políticas públicas.** São Luís/Maranhão, 2011.

DESLANDES, Suely Ferreira. **Pesquisa Social:** teoria, método e criatividade/, Romeu Gomes; Maria Cecília de Souza Minayo (Organizadora). 31. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

FERNANDES, Thaís de Lima. **Análise das atribuições dos fonoaudiólogos do nasf em municípios da região metropolitana do recife.** Rev. CEFAC. 2013 Jan-Fev, 2011.

FIGUEIREDO, Elisabeth Niglio de. Estratégia Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família: diretrizes e fundamentos. Módulo PolíticoGestor; **Especialização em Saúde da Família;** UNA-SUS | UNIFESP, [s d].

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social.** São Paulo: Atlas, 1991.

GOMES, Ana Paula Marinho. As dificuldades e possibilidades da prática do assistente social na atenção a saúde do idoso no hpmger. **(Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Serviço Social)** UFPB. João Pessoa-PB, 2010.

IAMAMOTO, M. V; CARVALHO, R. de. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil:** esboço de uma interpretação histórica-metodológica.- 29.ed.-São Paulo, Cortez; [Lima, Peru] : CELATS, 2009.

IAMAMOTO. Marilda Villela. **Renovação e conservadorismo no serviço social:** Ensaios Críticos. 10. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Maria de Andrade. **Metodologia do Trabalho Científico.** 2 ed. São Paulo: Atlas, 1986.

Ministério da Saúde. **Credencia Municípios a receberem o incentivo financeiro aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF.** Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1489\\_03\\_07\\_2009.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1489_03_07_2009.html)>. Acesso em 10 mar. 2014.

MOTTA, Bruna Stephem da. Desenvolvimento e Organização de Comunidade e Serviço Social: uma abordagem á formação curricular da ESS/UFRJ. (**Trabalho de Conclusão de Graduação**). Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2009.

NETTO, José Paulo. O Movimento de Reconceituação: 40 anos depois. **Serviço Social & Sociedade**, nº84. SP. Cortez- Novembro, 2005.

RICHARDSON, Roberto Jarry. **Pesquisa Social**: métodos e técnicas/colaboradores José Augusto de Souza Peres, José Carlos Vieira Wanderley, Lindoya Martins Correia, Maria de Holanda de Melo Peres (et al). 3 ed. São Paulo: Atlas, 2012.

SILVA, Maria Izabel da. A Organização Política do Serviço Social no Brasil: de “Vargas” a “Lula”. **Serviço Social & Realidade**. Franca, 16 (2): 267-282, 2007.

SILVA, Elisângela da. **A institucionalização do serviço social no brasil**. Serviço Social da Universidade de Santa Cruz do Sul, [s. d.].

YAZBEK, Maria Carmelita. **O Significado Sócio-histórico da profissão**. CFESS: Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais, 2009.