



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

RAMON MELO DE SÁ

**DESAFIOS E POSSIBILIDADES DO ASSISTENTE SOCIAL NO NASF: UM
ESTUDO INTERDISCIPLINAR**

SOUSA-PB

2016

RAMON MELO DE SÁ

**DESAFIOS E POSSIBILIDADES DO ASSISTENTE SOCIAL
NO NASF: UM ESTUDO INTERDISCIPLINAR**

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.

ORIENTADOR: Profº Luan Gomes dos Santos de Oliveira

SOUSA-PB

2016

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado em ____ de Abril de 2016, como requisito para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social pela Universidade Federal de Campina Grande - UFCG.

Prof. Luan Gomes dos Santos de Oliveira

Orientador

Assistente Social Palloma Maria Gomes Jácome

Examinadora

Consuelo Barreto Martins de Melo

Examinadora

**A Deus por me conceder mais esta
conquista, 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!

A minha esposa Jocerlânia Gomes Queiroz Melo por acrescentar razão e beleza aos meus dias. Essa grande mulher que com sabedoria se aloja no meu coração, obrigado por tanto amor, pela boa convivência e por me fazer completo. Te amo!

Minha mãe, Maria José de Melo Sá, por todo amor e dedicação e ao meu Pai, Rizomar de Melo Sá, 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. Vou Amar Vocês para sempre!

A 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!

Aos meus professores, pela paciência e compreensão nessa longa caminhada de lutas e conquistas, por todo conhecimento e aprendizado enriquecedores.

À orientadora de Campo de estágio Vanusa Nunes, profissional altamente competente e uma pessoa tão dedicada e incrível. Mulher Guerreira! Obrigada por tudo!

Quero agradecer também a banca de defesa, profissionais de grande competência, por terem aceitado o meu convite.

Ao meu orientador Luan Gomes por ter se disponibilizado e me ajudado a concluir este trabalho e por ser um excelente Profissional e uma grande pessoa!

Aos alunos da minha sala nesta Faculdade que de tanto me perguntarem me fizeram pensar e, pensando, aprendi cada vez mais a buscar as respostas para satisfazer-lhes o interesse e me aperfeiçoar na matéria, com a humildade dos que aspiram à sabedoria repetindo a frase filosófica “Só sei que nada sei”.

Agradeço também à turma do fundão, da qual tive orgulho de fazer parte, juntamente com (Jairo “Negão”, Andressa “Aparecida”, Daniel “O gênio”, Ana Rosa), entre tantos outros que viam no fundão uma família e que nela compartilharam de momentos valiosos, agradeço a todos pela amizade, paciência, ternura e convivência destes 04 anos, que serão infindáveis. Nossa amizade irá para além do Curso. Amizade é tudo!

Ao amigo, o Geografo, Jânesson Gomes Queiroz, pelo apoio dado neste momento, por compartilhar da dificuldade encontrada na elaboração deste trabalho, enfim por tudo sou grato!

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 “desafios e possibilidades do Assistente Social no NASF: um estudo interdisciplinar” tem como objetivo discutir a atuação do Serviço Social no NASF, sob a ótica da interdisciplinaridade, mostrando as principais demandas, enfrentamentos e soluções frente às dificuldades apresentadas pela comunidade e a importância que os profissionais da Equipe Estratégia da Saúde têm no compartilhamento das questões que envolvem não apenas os usuários que utilizam os serviços, mas também o convívio entre si, já que o NASF se desenvolve no apoio que dá a partir da relação usuário e serviço, ou seja, dando apoio a Estratégia da Saúde da Família, como forma de articulação de saberes para encontrar um caminho mais estratégico e sólido para o usuário em questão. Assim como também, abordaremos a política de saúde fazendo um resgate histórico. Trata-se de uma pesquisa exploratória, bibliográfica, teve como instrumentos de coleta dos dados bibliográfico na área em discussão, Diário de Campo e Observação no decorrer de nossa experiência no Estágio Supervisionado I e II. Iremos discutir também a dificuldade que a ESF tem em entender o papel do NASF, os dilemas enfrentados pelo o profissional de Serviço Social que às vezes não tem o seu papel compreendido, nem reconhecido pela própria equipe em que atua.

Palavras-chave: Serviço Social e Saúde. Interdisciplinaridade. Núcleo de Apoio à Saúde da Família NASF.

ABSTRACT

This study entitled "Challenges and possibilities of the social worker in NASF: an interdisciplinary study" aims to discuss the role of social work in NASF, from the perspective of interdisciplinary, showing the main demands, confrontations and forward solutions to the difficulties presented by the community and the importance that professionals Staff Health Strategy have the share of issues that involve not only the users who use the services, but also the interaction between them, as the NASF develops in the support it gives from the user interface and service, or by supporting the Family Health Strategy as a way to articulate knowledge to find a more strategic and solid way to the user in question. As well as we will discuss health policy making a historical. This is an exploratory, bibliographical research was to collect instruments of bibliographic data in the area under discussion, field diary and observation in the course of our experience in the Supervised Internship I and II. We will also discuss the difficulty that the ESF has to understand the role of NASF, the dilemmas faced by the professional social work that sometimes does not have its role understood or recognized by the team in which it operates.

Key – words: Social and Health Services. Interdisciplinarity. Center for Health Support NASF Family.

LISTA DE SIGLAS

AB – Atenção Básica

ABRASCO - Associação Brasileira de Saúde Coletiva

ACS- Agente Comunitário de Saúde

CEBES – Centro Brasileiro de Estudo Saúde

CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde

ESF – Estratégia Saúde da Família

IAPs – Institutos de Aposentadorias e Pensões

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica

MS – Ministério da Saúde

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NOB-Norma Operacional Básica

PTS – Projeto Terapêutico Singular

RAS – Rede de Atenção Básica

SF – Saúde da Família

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

SUAS – Sistema Único de Assistência Social

SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS – Unidade Básica de Saúde

USF – Unidade Saúde da Família

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11	
Capítulo I - SERVIÇO SOCIAL E INTERDISCIPLINARIDADE NO CAMPO DA SAÚDE	14	
1.1	ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE	15
1.2	INTERVENÇÃO INTERDISCIPLINAR	17
1.2.1	Abordagens da Interdisciplinaridade	18
1.2.2	Conceito de intervenção interdisciplinar	19
1.2.3	Intervenção interdisciplinar do Serviço Social	20
Capítulo II - ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE	22	
2.1	O SUS E A POLÍTICA DE ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE	22
2.2	ANTECEDENTES DA AÇÃO ESTATAL	24
2.3	1930 A 1964- A INTERVENÇÃO DO ESTADO NA SAÚDE	26
2.4	A POLÍTICA DE SAÚDE NA DITADURA MILITAR	27
2.5	8ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, UM PASSO IMPORTANTE PARA A SAÚDE	29
2.5.1	Universalidade	31
2.5.2	Equidade	32
2.5.3	Integralidade	32
2.6	A SAÚDE NO GOVERNO FHC	33
2.7	A SAÚDE NO GOVERNO LULA	36
2.8	NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA-NASF	38
2.8.1	PRINCÍPIOS NORTEADORES	38
Capítulo III - DESAFIOS DA INTERVENÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NO NASF: REFLEXÕES DA ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NO NASF EM SOUSA-PB	40	
3.1	INDICADORES SOCIAIS	40
3.2	EQUIPAMENTOS SOCIAIS	41
3.2.1	Escolas	41
3.2.2	Creches	43
3.2.3	Unidades de Saúde da Família do Município de Sousa-PB	43
3.2.4	Hospitais e Instituições de Saúde de Sousa-PB	44
3.3	NASF: Um Olhar Aprofundado	45
3.4	DIFICULDADES ENCONTRADAS E POSSIBILIDADES DE MUDANÇAS	48
CONSIDERAÇÕES FINAIS	51	
REFERÊNCIAS	54	

INTRODUÇÃO

Esta monografia representa um pouco do processo de ensino-aprendizagem em relação da teoria com a prática no espaço sociouprofissional de estágio na busca da construção de conhecimento no caminho de tornar-me Assistente Social. Revela um pouco da minha experiência de estágio realizada no NASF (Núcleo de Apoio a Saúde da Família) de Sousa-PB, a qual se deu respectivamente nas dependências da Secretaria Municipal de Saúde.

Trata sobre a prática profissional do assistente social no NASF a partir da ótica da interdisciplinaridade. Nesse sentido, procura-se apreender a trajetória do Serviço Social na saúde, a partir da década de 90 enfocando o Sistema Único de Saúde (SUS), considerando que a inserção do profissional de Serviço Social no NASF se dá de forma desafiadora por ser um campo novo que exige do profissional uma postura mediadora entre as demandas institucionais e os interesses dos usuários.

É nessa ótica que os profissionais de Serviço Social são chamados a trabalhar, lidando com uma infinidade de ações provenientes desse contexto, lutando pela efetivação dos direitos sociais. Questões relativas às condições de realização do trabalho, as dificuldades enfrentadas e as possibilidades que se apresentam para o seu enriquecimento, se aproxima da delimitação do objeto de estudo.

Preocupa-se em compreender como se dá a atuação do Assistente Social nesse campo de trabalho. O interesse em estudar a temática surgiu a partir de observações frente às demandas apresentadas pela equipe interdisciplinar e usuários/as e a forma como o Assistente Social lida com as mesmas, pois por ser um campo novo de atuação muita coisa se encontra em construção, no que se refere às articulações feitas pelas as Equipes Saúde da Família (ESF) com as demais instituições, uma vez que o NASF não se apresenta como porta de entrada para as demandas.

Percebe-se os diversos obstáculos que o Assistente Social enfrenta para uma prática transformadora, este é um profissional que busca na realidade social elementos que possibilitem um processo de ruptura com o *status quo*.

Neste sentido, contribui a partir de sua intervenção profissional para a

efetivação do direito à saúde, tão difundido no movimento de reforma sanitária e, sem dúvida, para a garantia dos princípios e diretrizes do SUS.

Acredita-se que, a presente monografia depara-se com sua justificativa à medida que buscará aprofundar a temática do Serviço Social e interdisciplinaridade tendo como elemento motivador prática de estágio. Considera-se que esse estudo tem sua importância para o Serviço Social na medida em que a profissão lida com interesses diversos, por vezes contraditórios, sendo continuamente desafiada a combater as desigualdades sociais e fortalecer a cidadania. Nesse sentido, ao analisar a intervenção do assistente social em equipes interdisciplinar espera-se contribuir para uma reflexão sobre a sua inserção no NASF.

Diante das contribuições mencionadas acima, tornou-se simplório definir o alicerce e a estrutura metodológica deste trabalho monográfico. Assim, é plausível destacar que a metodologia foi pautada basicamente em levantamentos bibliográficos exploratórios e embasamentos empíricos (*diário de Campo*), contudo, os meios de comunicação também ajudaram na configuração do assunto em discussão.

Além disso, também é viável ressaltar que a escolha da temática abordada também perpassou por reflexões metodológicas, inerentes aos períodos de estágio.

Situações que provocaram inquietação, quanto a algumas indagações acerca do trabalho interdisciplinar entre NASF e ESF's, como também dificuldades encontradas pelo assistente social no exercício de sua profissão.

Neste sentido, o método dedutivo auxiliou no desenvolvimento desta pesquisa, favorecendo a interpretação da dinâmica relacionada ao assunto em evidência, passando por análises históricas, do passado até os dias atuais.

O trabalho tem como título: “**Desafios e possibilidades do assistente social no NASF: um estudo interdisciplinar**”. Visa de maneira geral apresentar as principais dificuldades relacionadas ao desenvolvimento do trabalho interligado entre o Assistente Social e a equipe das ESF's, e também revela algumas alternativas louváveis acerca do melhoramento do trabalho entre esses profissionais.

O presente Trabalho de Conclusão de Curso está estruturado em Introdução onde é apresentado o tema e o cerne da dinâmica relacionada a cada

parte do texto e quatro capítulos.

O primeiro capítulo, “**Serviço Social e Interdisciplinaridade no Campo da Saúde**” discute sobre o Serviço Social no campo sócio ocupacional da saúde, visando discutir sobre a intervenção interdisciplinar do Assistente Social na política da saúde.

O segundo Capítulo “**A Atenção Básica Em Saúde**” este capítulo apresenta uma reflexão sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) e a Política de Saúde, procurando contextualizar os Núcleos de Apoio à Atenção à Saúde (NASF).

O terceiro capítulo “**NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família): um estudo no município de Sousa-PB acerca das dificuldades encontradas pelo Assistente Social**”, o qual evidencia um estudo a respeito das dificuldades encontradas pelo profissional de Serviço Social dentro do NASF e o trabalho desempenhado por estes profissionais dentro deste programa. E algumas possibilidades de mudanças quanto à situação atual da articulação entre as equipes do NASF e ESF's.

Por fim, espera-se que esta monografia possa levar a reflexão da atuação dos profissionais do Serviço Social na tentativa de contribuir com possibilidades de enfrentamento das dificuldades que se apresentam ao seu exercício.

Capítulo I - SERVIÇO SOCIAL E INTERDISCIPLINARIDADE NO CAMPO DA SAÚDE

O capítulo discute sobre o Serviço Social no campo sócio ocupacional da saúde, visando discutir sobre a intervenção interdisciplinar do Assistente Social¹ na política da saúde. Nessa direção, faz um breve histórico do Serviço Social na saúde e destaca a atuação desse profissional em equipes interdisciplinar. Assim, faz uma discussão do conceito, abordagens, interdisciplinaridade e intervenção interdisciplinar.

O atual modelo de atenção à saúde foi construído na década de 1980 pelo movimento sanitário, pautado na concepção ampliada de saúde. Esse se constitui em um campo de atuação profícuo para o Assistente Social com a possibilidade de ampliação do espaço sócio ocupacional e a viabilidade de ressignificação das competências e ações do profissional de Serviço Social. Porém, como adverte Mito e Nogueira (2009), essa ampliação não está relacionada unicamente à demanda reprimida, e nem tampouco à expansão das funções tradicionalmente desempenhadas pelos Assistentes sociais no campo da saúde. Mas, ao contrário, a adesão ao novo paradigma da determinação social como estruturantes do processo saúde-doença é que vai possibilitar aos Assistentes Sociais desenvolverem as suas ações de forma a tencionar a política social vigentes na direção dos ideais da reforma sanitária e do Projeto Ético-Político da profissão.

Nessa direção, o presente item intenta refletir sobre as ações do Serviço Social no campo sócio ocupacional da saúde a considerando sua particularidade disciplinar. Faz-se mister destacar que será destacado como a ação do assistente social se particulariza ao reconstruir o objeto sobre o qual incide sua ação. Contudo, não assume aqui uma ideia fragmentada do exercício profissional em áreas disciplinares como se fosse possível um Serviço Social qualificado a partir de espaços sócio ocupacionais.

¹ Aqui adota o termo o Assistente Social referindo aos profissionais de ambos os sexos, garantindo a linguagem de gênero.

1.1 ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE

O Serviço Social é reconhecido como uma das profissões que integram o rol das profissões de saúde com legitimação social das suas ações, decorrente da ampliação do conceito de saúde que incorpora a dimensão social e a exigência da proteção social em saúde. Esse reconhecimento é expresso na literatura sobre o sistema nacional de saúde que destaca a clareza teórica e qualidade técnica do exercício profissional do Serviço Social. De acordo Miotto e Nogueira (2009), esses atributos contribuíram a romper com a clássica dicotomia teoria e prática e a busca da sistematização do conhecimento sobre a realidade com a qual o profissional atua.

A atuação do Assistente Social no campo sócio ocupacional da saúde está assentada em três pilares: necessidades sociais em saúde; direito à saúde e produção da saúde. Para Miotto e Nogueira (2009, p. 223),

As necessidades sociais em saúde são historicamente construídas e determinadas pelo movimento societário. O direito à saúde, mediado pelas políticas públicas, as quais refletem um patamar determinado da relação Estado e Sociedade, é operacionalizado através dos sistemas e serviços de saúde, envolvendo a gestão, o planejamento e a avaliação, além do controle social. A produção de saúde é entendida como um processo que se articula a partir das transformações econômicas, sociais e políticas, das ações de vigilância à saúde e das práticas de assistência à saúde.

Diante da complexidade do quadro de saúde no país, com serviços cada vez mais degradantes, tem-se imputado aos assistentes sociais a função de se administrar o que é impossível ser administrado (COSTA, 2000). Neste sentido, a inclusão destes profissionais nas equipes de saúde deve ter como objetivo assegurar, o atendimento dos usuários, aproximando a prática das necessidades da população.

Várias mudanças constitucionais foram empreendidas relativas à atenção à saúde no Brasil, sobretudo a partir dos anos 2000. Essas contribuem para ampliar o debate sobre a atuação do assistente social e nas novas exigências colocadas à profissão que passa a responder as demandas derivadas da implementação do Sistema Único de saúde (SUS), bem como a ampliação da visibilidade da atuação profissional. De acordo com Nogueira e Miotto (2006), esse debate ocorre em um

cenário configurado por três marcos relacionados:

- ✓ À concepção ampliada de saúde e a um novo modelo de atenção construído considerando a saúde como um dos pilares estruturantes das políticas de saúde;
- ✓ Ao movimento de reorganização e de atualização das práticas em saúde vinculado às mudanças estruturais do mundo do trabalho;
- ✓ À desqualificação dos aspectos relacionados ao social e o declínio ou uma redução da concepção ampliada de saúde.

É importante ressaltar que a articulação do pensamento social na saúde remonta ao início dos anos 1900, porém a dimensão crítica do social na saúde emerge com a incorporação da teoria marxista ao pensamento sanitário brasileiro através das análises das condições de saúde da população. Essas análises evidenciam a relação entre saúde e economia; saúde e trabalho; saúde e condições de vida. (NOGUEIRA e MIOTO, 2006).

Para Bravo (1996), no período de 1960 a 1970 os Assistentes Sociais estavam mais centrados nas discussões sobre a profissão, na direção de consolidar o Serviço Social e ao mesmo tempo, iniciando um movimento radical de rompimento com o pensamento conservador hegemônico.

O debate em seu primeiro momento provocou dois processos articulados: a desqualificação das ações junto a indivíduos, famílias e grupos e a fragilidade na construção das mediações entre as teorias que expliquem as expressões da questão social.

De acordo com Miotto e Nogueira (2009), a aproximação dos assistentes sociais na reforma sanitária ocorreu tardiamente, porém seu ingresso encontra afinado com os ideais críticos e princípios éticos defendidos pela categoria profissional.

A breve discussão até agora apresentada teve o objetivo de discutir a apropriação das categorias operacionais provenientes da apreensão da determinação social da saúde pelo Serviço Social e sua vinculação, quando os Assistentes Sociais atuam no campo da saúde. Destarte entender essa vinculação implica em fortalecer as bases das ações profissionais, sem, contudo, perder a especificidade disciplinar do Serviço Social. (MIOTO e NOGUEIRA, 2009).

É importante destacar que a ação profissional exige a apropriação crítica dos aspectos sociais que determinam o processo saúde-doença no processo de

prevenção, promoção e cura, considerando as manifestações individuais, familiares, de grupos, de segmentos populacionais e das populações como um todo. Ou seja, resgata o significado e importância da atuação do Assistente Social nos micro espaços no setor saúde, contribuindo para ampliar o que foi construído pela reforma sanitária em suas dimensões política, teórica e operativa. (MIOTO e NOGUEIRA, 2009).

[...] há a exigência de se traduzir as premissas - necessidades sociais em saúde; direito à saúde e produção da saúde - através de dispositivos operacionais que, derivados da concepção anteriormente definida, sedimentam as ações profissionais em torno da atenção à saúde – integralidade, universalidade e participação social. Servem para sustentar os eixos argumentativos e contribuem para instrumentalizar os assistentes sociais nos distintos espaços sócio- ocupacionais relativos à atenção à saúde. Espaços em que o impacto da doença e seu entorno alcançam as dimensões objetivas e subjetivas dos sujeitos, exigindo a construção interdisciplinar coletiva para seu enfrentamento. (MIOTO e NOGUEIRA, 2009, p. 228).

Para as autoras, a integralidade é inerente à concepção ampliada de saúde e implica, do ponto de vista do Serviço Social, considerar a categoria da totalidade na compreensão da realidade social. Apreendida em várias dimensões, a integralidade transita da esfera político-administrativa para a esfera da atenção à saúde.

Na esfera político-administrativa, diz respeito tanto à forma de organização dos sistemas e serviços de saúde, na perspectiva do atendimento nos níveis de atenção, como na integração com os demais setores e serviços disponíveis para a atenção integral à saúde. Na esfera da atenção à saúde, diz respeito tanto à relação entre a realidade social e a produção de saúde como à relação equipe-usuários dos serviços e ações de saúde, considerando a necessária integração de saberes e práticas. (MIOTO e NOGUEIRA, 2009, p. 228-229). É no contexto da integração de saberes e práticas que a discussão da interdisciplinaridade faz-se necessária. É sobre essa temática que o tópico a seguir pretende tratar.

1.2 INTERVENÇÃO INTERDISCIPLINAR

A complexidade das demandas sociais atuais exige uma prática profissional que busque a interlocução dos saberes com outros profissionais. Essa interlocução é chamada de interdisciplinaridade, enquanto processos sociais e institucionais construída e reconstruída no fazer diário dos profissionais.

De forma gradativa o Serviço Social vem consolidando suas dimensões teórico-metodológica, técnico-operativa e ético-política, legitimando sua intervenção no trabalho multiprofissional e buscando a ampliação e qualificação da atuação por meio da interlocução de saberes com os demais profissionais. (ELY, 2003).

1.2.1 Abordagens da Interdisciplinaridade

De acordo com Nogueira (1997), o caráter complexo da interdisciplinaridade permite pensá-la a partir de duas abordagens distintas, que embora apresentem uma interdependência, possuem objetivos e procedimentos diferenciados.

A primeira refere-se à construção de conhecimento desfazendo-se das separações entre as disciplinas. A interdisciplinaridade permite uma visão holística e a formação de uma postura crítica. A segunda abordagem está relacionada à aplicação da interdisciplinaridade como método de trabalho com problemas práticos, considerando-a uma ação interventiva.

As duas abordagens estão relacionadas, mas aqui se destaca a segunda abordagem, da ação interventiva. Nessa direção, a interdisciplinaridade tem como pré-condição a existência de uma equipe profissional formada por profissionais com qualificações diversas, que interagem possibilitando uma troca de saberes com base nos objetivos comuns, com coesão e cooperação.

A interdisciplinaridade é compreendida como um processo de desenvolvimento de uma postura profissional que viabilize um olhar ampliado das especificidades que se conjugam no âmbito das profissões, através de equipes multiprofissionais, visando integrar saberes e práticas voltados à construção de novas possibilidades de pensar e agir em saúde (MIOTO; NOGUEIRA, 2006, p.6-7).

Assim, a interdisciplinaridade prevê a contribuição de cada disciplina, uma abertura recíproca, preservando a integridade dos métodos e conceitos de cada disciplina.

1.2.2 Conceito de intervenção interdisciplinar

Vasconcelos (1997) chama a atenção para alguns conceitos quando se discute a interdisciplinaridade. De acordo com a autora, vários conceitos apresentam relações semelhantes, com diferenças no grau de cooperação e coordenação entre as disciplinas. Os conceitos apresentados pela autora são:

- ✓ Multidisciplinaridade – entende como aquele em que o trabalho é realizado de forma isolada com troca e cooperação mínima entre as disciplinas envolvidas na ação.
- ✓ Pluridisciplinaridade – diversas disciplinas envolvidas na ação se agrupam de forma justaposta com cooperação, mas cada disciplina toma as decisões de forma isolada.
- ✓ Interdisciplinaridade auxiliar – uma disciplina predomina sobre as outras, coordenando-as.
- ✓ Interdisciplinaridade – as relações entre os profissionais e de poder se dão de forma horizontal e as estratégias de ação são comuns e estabelecidas através de uma troca recíproca de conhecimentos entre as diferentes disciplinas.
- ✓ Transdisciplinaridade – a coordenação das atividades é realizada por todas as disciplinas, propondo a criação de um campo com autonomia teórica, disciplinar e operativa.

A partir dos conceitos apresentados por Vasconcelos, pode-se dizer que a interdisciplinaridade é um nível avançado de coordenação e cooperação com valorização dos diversos conhecimentos baseada no diálogo. Nessa interação e articulação entre os diversos saberes é necessário que exista respeito à autonomia e à criatividade de cada área do conhecimento para que nenhuma seja excluída do processo. (ELY, 2003).

Para que a interação seja eficaz é necessário que haja a socialização do conhecimento, das linguagens e dos conceitos específicos de cada área envolvida para que seja possível a promoção de uma recombinação dos elementos que possam facilitar o processo de comunicação (VASCONCELOS, 1997; EY, 2003). Para Ely (2003, p. 115),

[...] a retomada da totalidade do conhecimento através da prática interdisciplinar não é tarefa fácil, pois, tradicionalmente, a sua fragmentação desenvolveu uma cultura de trabalho calcada em profissões essencialmente disciplinares, cuja tomada de decisão se processa de forma isolada, observando apenas as limitações de cada especialização.

Como já dito anteriormente, a interdisciplinaridade prevê uma troca recíproca de conhecimento entre as diversas disciplinas, com o compartilhamento de objetivos comuns. É compreensível que haja relações conflituosas decorrente de atitudes dominadoras por parte de alguns profissionais comprometendo a interação e inibindo contribuições.

1.2.3 Intervenção interdisciplinar do Serviço Social

O Serviço Social é uma área profícua para o desenvolvimento de ações interdisciplinares, visto que o caráter interdisciplinar está presente no processo de formação e produção de conhecimento do Assistente Social.

A prática interdisciplinar é também incentivada pelo Código de Ética do Assistente Social, no capítulo III, artigo 10, alínea d, no qual a participação em equipes interdisciplinares é destacada como um dever do profissional. Esse dever está relacionado com um dos princípios fundamentais do código, refere-se ao compromisso com a prestação de serviços de qualidade e com o aprimoramento intelectual, na direção da competência profissional. (ELY, 2003).

O Assistente Social ao buscar novas formas de executar as suas ações, atua na direção do seu envolvimento na ação com profissionais de outras áreas, compartilhando um espaço de troca entre as diversas disciplinas envolvidas na complexidade do atendimento às demandas, ultrapassando os limites de sua

especificidade. (ELY, 2003).

Ely (2003) destaca que a discussão sobre a interdisciplinaridade no Serviço Social é novo, visto que os profissionais não tem o hábito de publicar os registros de suas ações em equipe. Para ela (p. 116) a ação interventiva interdisciplinar.

[...] pode ser entendida como multifacetada, à medida que necessita adequar-se aos objetivos e ao objeto de trabalho da equipe em que se insere, exigindo, desta forma, que o assistente social priorize determinados conhecimentos, atribuições e características em detrimento de outros. Portanto, a postura assumida relaciona-se com as áreas em que este profissional se insere no trabalho interdisciplinar.

As ações do Assistente Social nos diversos campos sócio ocupacionais permite afirmar que mesmo realizando atividades partilhadas com outros profissionais de áreas diferentes, ele possui a capacidade técnica de interpretar os processos sociais de forma distinta para encaminhar as ações (IAMAMOTO, 2002).

Capítulo II - ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE

Este capítulo apresenta uma reflexão sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) e a Política de Saúde, procurando contextualizar os Núcleos de Apoio à Atenção à Saúde (NASF).

2.1 O SUS E A POLÍTICA DE ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE

Antes da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), sistema esse utilizado hoje pelo o Ministério da Saúde de 1988, o Ministério da Saúde atuava com a ajuda dos estados e dos municípios, fortalecendo quase que exclusivamente ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, focalizando nas campanhas de vacinação e controle de endemias.

Ao apresentar um breve histórico da assistência à saúde no Brasil, faz-se necessário uma retomada no tempo. Segundo Indriunas (2008) o período da colonização brasileira, a partir de 1500, praticamente não haviam ações voltadas à melhoria da saúde. O modelo exploratório negava importância a tal coisa. O pajé com suas ervas e cantos, e os boticários, que viajavam pelo Brasil Colônia, eram as únicas formas de assistência à saúde. Para se ter uma ideia de como era a saúde nesse período, que vai de 1500 até o primeiro reinado, em 1789, havia no Rio de Janeiro apenas quatro médicos.

A vinda da família real, em 1808, criou a necessidade da organização de uma estrutura sanitária mínima, capaz de dar suporte ao poder que se instalava na cidade do Rio de Janeiro (POLIGNANO, 2008). As necessidades da corte forçaram a criação das duas primeiras escolas de medicina do país: o Colégio Médico-Cirúrgico, no Real Hospital Militar da Cidade de Salvador e a Escola de Cirurgia do Rio de Janeiro. E foram essas as únicas medidas governamentais até à República (INDRIUNAS, 2008).

Até 1850, as atividades de saúde pública estavam ligadas e limitadas à delegação das atribuições sanitárias às juntas municipais e ao controle de navios e saúde dos portos. O interesse primordial estava limitado ao estabelecimento de um controle sanitário mínimo na capital do império, tendência que se alongou por quase um século (POLIGNANO, 2008).

Do início da República até 1930, fins do século XIX, o Estado brasileiro não tinha uma forma de atuação da saúde de seus habitantes, apenas atuava de forma pontual em situações de epidemia. No início do século XX, a economia brasileira era essencialmente agrícola, sendo este um período de crise socioeconômica e sanitária, porque epidemias, como a febre amarela, ameaçavam a política agroexportadora brasileira, prejudicando principalmente a cafeeira, visto que os navios estrangeiros se recusavam a atracar nos portos brasileiros, o que também reduzia a imigração de mão-de-obra (SCLIAR, 1987)

Assim, o foco da atenção do governo brasileiro se situava, estrategicamente, nos chamados “espaços de circulação de mercadorias”, ou seja, as estradas e os portos, principalmente os do Rio de Janeiro e de Santos.

Nesse sentido, foram tomadas as primeiras providências pelo então presidente Rodrigues Alves que, em 1902, lança o programa de saneamento do Rio de Janeiro e o combate à febre amarela em São Paulo (RONCALLI e SOUZA, 1998). O Rio de Janeiro não tinha nenhum tipo de saneamento básico, e assim, várias doenças graves se espalhavam facilmente.

O presidente, então nomeou o médico Oswaldo Cruz como Diretor do Departamento Federal de Saúde Pública para solucionar esse problema. Numa ação policial, o sanitarista convocou 1.500 pessoas para ações que invadiam as casas, queimavam roupas e colchões, sem nenhum tipo de ação educativa. A população foi ficando cada vez mais indignada e o auge do conflito foi à instituição de uma vacinação obrigatória, anti-varíola. A população saiu às ruas e iniciou-se aí a Revolta da Vacina, que acabou por afastar Oswaldo Cruz (INDRIUNAS, 2008).

Este tipo de modelo de intervenção utilizado por Oswaldo Cruz ficou conhecido como campanhista e foi concebido dentro de uma visão militar. Apesar das arbitrariedades e dos abusos cometidos, o modelo campanhista obteve importantes vitórias no controle das doenças epidêmicas, conseguindo inclusive erradicar a febre amarela da cidade do Rio de Janeiro, o que fortaleceu o modelo proposto e o tornou hegemônico como proposta de intervenção na área da saúde coletiva durante décadas.

Segundo Polignano (2008 p. 87), Com Oswaldo Cruz foram incorporados como elementos das ações de saúde:

- O registro demográfico, possibilitando conhecer a composição e os fatos

vitais de importância da população;

- A introdução do laboratório como auxiliar do diagnóstico etiológico;
- A fabricação organizada de produtos profiláticos para uso em massa.

Apesar do fim conflituoso, o sanitarista conseguiu resolver parte dos problemas e colher muitas informações que ajudaram seu sucessor, Carlos Chagas, a estruturar uma campanha rotineira de ação e educação sanitária (INDRIUNAS, 2008)

Enquanto a sociedade brasileira esteve dominada por uma economia agroexportadora, assentada na monocultura cafeeira, era exigido do sistema de saúde uma política de saneamento destinado aos espaços de circulação das mercadorias e a erradicação ou controle de doenças que poderiam prejudicar a exportação, culminando com o predomínio do modelo do sanitarríssimo campanhista até o início dos anos 60 (MENDES, 1992 *apud* POLIGNANO, 2008).

Gradativamente, com o controle das epidemias nas grandes cidades brasileiras, o modelo campanhista deslocou suas ações para o campo e para o combate das denominadas endemias rurais, sendo a agricultura a atividade hegemônica da economia da época (POLIGNANO, 2008).

2.2 ANTECEDENTES DA AÇÃO ESTATAL

No Brasil, o nascimento da Previdência Social se deu praticamente no mesmo período da industrialização do país, principalmente no eixo Rio - São Paulo. Tal processo foi acompanhado por uma urbanização crescente e pela utilização de mão- de-obra imigrante, especialmente europeus (italianos, portugueses), visto que os mesmos possuíam grande experiência neste setor, que já era muito desenvolvido na Europa.

Em 1923, com a Lei Elói Chaves, é criado o primeiro embrião, do que hoje conhecemos como previdência social, as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs). As CAPs eram organizadas por empresas e mantidas e geridas pelos patrões e empregados.

Segundo Bravo (2006), elas eram financiadas pela União, empresas empregadoras e empregados, e só os grandes estabelecimentos tinham condições

de mantê-las. Surgiram inicialmente em empresas estratégicas para a economia nacional como as companhias de vias férreas e portuárias. Para melhorar o entendimento dessa discussão, Bravo (2006, p. 90) ressalta:

Em 1923, a Reforma Carlos Chagas tenta ampliar o atendimento à saúde por parte do poder central, constituindo uma das estratégias da União de ampliação do poder nacional no interior da crise política em curso (...) também foram colocadas questões de higiene e saúde do trabalhador, sendo tomadas algumas medidas que se constituíram no embrião do esquema previdenciário brasileiro, sendo a mais importante a *criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões* (CAPs) em 1923, conhecida como a Lei Elói Chaves.

As CAP's funcionavam como uma espécie de seguro social, onde aquele que pagava sua contribuição garantiria certos benefícios como a aposentadoria e principalmente a assistência médica. Como tinham caráter privado, ou seja, eram mantidas por empresas, ainda não se configuravam como iniciativas do Estado, muito embora os presidentes das Caixas fossem nomeados pelo Presidente da República e houvesse um interesse claro do governo na manutenção deste sistema (RONCALLI e SOUZA, 1998).

Com as CAPs, no que diz respeito às ações de assistência, surge um modelo de prestação de serviços médicos. Entre 1923 e 1930 foram criadas mais de 40 CAPs cobrindo mais de 140.000 beneficiários. No período das CAPs, pelo menos até 1930, a assistência médica era colocada como prerrogativa fundamental deste embrionário sistema previdenciário, desenvolvendo uma importante estrutura de serviços próprios (MENDES, 1993 *apud* RONCALLI, 2003).

A criação das CAPs deve ser entendida, no contexto das reivindicações operárias no início do século XX, como resposta do empresariado e do estado a crescente importância da questão social (POLIGNANO, 2008). O presidente das mesmas era nomeado pelo Presidente da República e os patrões e empregados participavam paritariamente da administração, os benefícios eram proporcionais às contribuições e foram previstos: assistência médica-curativa e fornecimento de medicamentos; aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez, pensão para os dependentes e auxílio-funeral.

2.3 1930 A 1964- A INTERVENÇÃO DO ESTADO NA SAÚDE

A partir da conjuntura de 1930, com suas características econômicas e políticas, foi possível o surgimento de algumas políticas sociais nacionais que respondessem às questões sociais em geral e as de saúde em particular, que já tinham sido colocadas em 1920, mais que agora precisavam ser enfrentadas de forma mais intensa.

Neste período, a política de saúde era de caráter nacional, organizada em dois subsetores: o de saúde pública e o de medicina previdenciária. O subsetor de saúde pública será predominante até meados de 1960 que se caracteriza pela criação de condições sanitárias mínimas para a população urbana e, restritamente, para o campo. O subsetor de medicina previdenciária só virá sobrepujar o de saúde pública a partir de 1966.

Para Braga e Paula (1986, p. 48), as principais alternativas adotadas para a saúde pública, no período de 1930 a 1940, foram:

- Ênfase nas campanhas sanitárias;
- Coordenação dos serviços estaduais de saúde dos estados de fraco poder político e econômico, em 1937, pelo Departamento Nacional de saúde;
- Interiorização das ações para as áreas de endemias rurais, a partir de 1937, em decorrência dos fluxos migratórios da mão-de-obra para as cidades;
- Reorganização do Departamento Nacional de Saúde, em 1941, que incorporou vários serviços de combate às endemias e assumiu o controle de formação técnica em saúde pública;
- Criação de serviços de combate às endemias.

Para Oliveira e Teixeira (1986, p. 65) *“o modelo de previdência que norteou os anos 1930 a 1945 no Brasil foi de orientação contencionista, ao contrário do modelo abrangente que dominou o período anterior (1923-1930)”*.

Para os autores, um dos determinantes para a diminuição dos gastos foi,

sem dúvida, o efeito produzido pelo rápido crescimento da massa trabalhadora inserida. A situação da Saúde da população, no período de 1945 a 1964 (com algumas variações identificadas principalmente nos anos de 1950, 1956 e 1963, em que os gastos com saúde pública foram mais favoráveis, havendo melhoria das condições sanitárias), não conseguiu eliminar o quadro de doenças infecciosas e parasitárias e as elevadas taxas de morbidade infantil, como também mortalidade.

2.4 A POLÍTICA DE SAÚDE NA DITADURA MILITAR

As políticas sociais dentro do Regime Militar, logo em seu início no Brasil, teve uma de suas discussões pautada sobre a unificação dos IAPs (Institutos de Aposentadorias e Pensões) como forma de tornar o sistema mais abrangente (INDRIUNAS, 2008).

Visto que os IAPs eram limitados a determinadas categorias profissionais mais mobilizadas e organizadas política e economicamente. O governo militar procurou garantir para todos os trabalhadores urbanos e os seus dependentes os benefícios da previdência social (POLIGNANO, 2008).

Assim, em 1960 surge a Lei Orgânica da Previdência Social, que unifica os IAPs (Institutos de Aposentadoria e Pensões) em um regime único para todos os trabalhadores regidos pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), o que excluía trabalhadores rurais, empregados domésticos e funcionários públicos. Neste momento é a primeira vez que, além da contribuição dos trabalhadores e das empresas, se define efetivamente uma contribuição do Erário Público.

Mas, tais medidas foram ficando no papel e sua efetivação só aconteceu em 1967, pelas mãos dos militares, com a unificação de IAPs e a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). A criação do INPS propiciou a unificação dos diferentes benefícios ao nível dos IAPs. Na medida em que todo o trabalhador urbano com carteira assinada era, automaticamente, contribuinte e beneficiário do novo sistema, foram grandes o volume de recursos financeiros capitalizados.

Perante as reflexões de Polignano (2008), o aumento da base de contribuição, aliado ao fato do crescimento econômico da década de 70 (o chamado milagre econômico) e o ainda pequeno percentual de aposentadorias e

pensões em relação ao total de contribuintes, fez com que o sistema acumulasse um grande volume de recursos financeiros. Com a unificação do sistema previdenciário, o governo militar se viu na obrigação de incorporar os benefícios já instituídos fora das aposentadorias e pensões.

Seguindo este pensamento, Polignano (2008) deixa claro que um dos benefícios mencionados anteriormente se referia à assistência médica, oferecida pelos vários IAPs, sendo que alguns destes já possuíam serviços e hospitais próprios. No entanto, ao aumentar substancialmente o número de contribuintes e consequentemente de beneficiários, era impossível ao sistema médico previdenciário existente atender a toda essa população. Assim, o governo militar teve que decidir onde alocar seus recursos para atender a essa necessidade de ampliação do sistema, tendo ao final optado por direcioná-los para a iniciativa privada.

O aumento da complexidade do sistema induziu mudanças na estrutura, culminando com a criação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) em 1978, que ajudou na intermediação dos repasses para iniciativa privada. Um pouco antes, em 1974, os militares já haviam criado o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), remodelando e ampliando a rede privada de hospitais, por meio de empréstimos com juros subsidiados. Toda essa política acabou proporcionando um verdadeiro boom na rede privada. De 1969 a 1984, o número de leitos privados cresceu cerca de 500%, de 74.543 em 1969 para 348.255 em 1984. Este modelo criado pelo governo pautava-se no pensamento da medicina curativa, com poucas medidas preventivas e sanitárias (INDRIUNAS, 2008).

No início da década de 80 esse sistema começa a mostrar sinais de esgotamento. Como fator agravante, a previdência começa a “envelhecer” e a fase de captação de recursos começa a dar lugar a uma fase de maiores gastos. Ou seja, durante os primeiros anos de sua existência, a Previdência Social apenas recebeu contribuições que proporcionaram um volume de recursos e um patrimônio considerável.

Com o aparecimento das primeiras aposentadorias e pensões, a Previdência passa a ter que gastar um dinheiro que já não tem mais. A partir do início dos anos 80, movimentos em defesa de uma política de saúde mais abrangente e disponível para todos vão se reestruturando. Um destes, surgido a

partir de discussões acadêmicas sobre as políticas de saúde e da reestruturação das organizações de trabalhadores da saúde ficou conhecido como Movimento Sanitário e teve uma atuação marcante no destino do sistema de saúde brasileiro (RONCALLI e SOUZA, 1998).

O Movimento da Reforma Sanitária, primeiro marco da Reforma Sanitária brasileira foi em 1979, no I Simpósio Nacional de Política de Saúde, realizado pela comissão de saúde da Câmara dos Deputados. Na ocasião, o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), legítimo representante do movimento sanitário, apresentou e discutiu publicamente, pela primeira vez, uma proposta de reorganização do sistema de saúde.

Essa proposta já se chamava na época de Sistema Único de Saúde e contemplava diversos conceitos oriundos de experiências bem sucedidas em outros países, como a universalização do direito à saúde, racionalização e integralidade das ações, democratização e participação popular, bem como algumas experiências de atenção primária e de extensão de cobertura desenvolvidas no país, como o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), implementado em áreas rurais do Nordeste.

Com o agravamento da crise do sistema de saúde previdenciário, as iniciativas de extensão de cobertura assistencial a nível estadual e municipal são reforçadas pelo governo. O próprio governo elaborou um plano de reorganização da assistência à saúde, com características muito semelhantes ao projeto da Reforma Sanitária, prevendo a implantação de uma rede de serviços básicos, com a descentralização do setor, participação popular e integração dos Ministérios da Saúde e da Previdência. Esse projeto, discutido em 1980, chamou-se PREV-SAÚDE e, devido às pressões sofridas acabou não sendo posto em prática (RONCALLI e SOUZA, 1998).

2.5 8ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, UM PASSO IMPORTANTE PARA A SAÚDE

Em 1981 o Plano CONASP (Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária) incorpora algumas propostas da Reforma Sanitária, como as Ações Integradas de Saúde (AIS), certamente uma das primeiras experiências

de sistema mais integrado e articulado (Roncalli, 2003). As AIS propiciaram o surgimento das Comissões Interinstitucionais de Saúde (CIS), os embriões dos atuais Conselhos de Saúde e foram a base para a implantação, mais tarde, do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), a primeira aproximação estratégica para o Sistema Único de Saúde (SUS) (RONCALLI e SOUZA, 1998).

Com a previsão da eleição da Assembleia Nacional Constituinte, que se encarregaria da elaboração da nova Constituição Brasileira, é convocada a VIII Conferência Nacional de Saúde, a fim de discutir uma nova proposta de estrutura e de política de saúde para o país (Roncalli & Souza, 1998). Essa bui Conferência ocorreu em Brasília, em 1986, sendo considerada um marco e, certamente, um divisor de águas dentro do Movimento pela Reforma Sanitária (RONCALLI, 2003).

Com uma participação de cerca de cinco mil pessoas, entre profissionais de saúde, usuários, técnicos, políticos, lideranças populares e sindicais, a VIII Conferência criou a base para as propostas de reestruturação do Sistema de Saúde brasileiro a serem defendidas na Assembleia Nacional Constituinte, instalada em 1987. O Relatório da Conferência, entre outras propostas, destaca o conceito ampliado de saúde, a qual é colocada como direito de todos e dever do Estado.

Direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade (BRASIL, 1986, p. 64).

A Assembleia Constituinte na elaboração da nova Carta Magna, incorporou boa parte das propostas da conferência, concretizando propostas da Reforma Sanitária no plano jurídico-institucional. A Constituição-Cidadã, como ficou conhecida, incluiu, no capítulo da Seguridade Social, a saúde como direito de todos e dever do Estado, moldando as diretrizes do SUS (RONCALLI, 2003).

O Sistema Único de Saúde (SUS), segundo o artigo 198 da Constituição Federal (1988), é definido como um conjunto de: (...) ações e serviços públicos de saúde que integram uma rede regionalizada e hierarquizada, e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

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

Também, neste momento, define-se o financiamento com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.

O texto constitucional demonstra claramente que a concepção do SUS baseou-se na formulação de um modelo de saúde voltado para as necessidades da população, procurando resgatar o compromisso do estado para com o bem-estar social, especialmente no que refere à saúde coletiva, consolidando-o como um dos direitos da cidadania. Apesar da definição do SUS na Constituição de 1988, sua regulamentação só veio em 19 de setembro de 1990, através da Lei 8.080, que define o modelo operacional e propõe a forma de organização e funcionamento (POLIGNANO, 2008).

Essa lei foi profundamente mutilada por vetos presidenciais para alcançar a sua aprovação. Uma nova lei, a 8.142 promulgada em dezembro do mesmo ano, recuperou alguns desses vetos.

Hoje, o conjunto destas duas leis define o que conhecemos como a Lei Orgânica da Saúde (LOS). O SUS, garantido pela Constituição e regulado pela LOS, prevê um sistema com princípios doutrinários e organizativos. Os princípios doutrinários dizem respeito às ideias filosóficas que permeiam a implementação do sistema e personificam o conceito ampliado e de direito à saúde, sendo eles a universalidade, equidade e a integralidade. Abaixo a descrição dos princípios constituintes do SUS:

2.5.1 Universalidade

Coloca a saúde como um direito de cidadania e representou o sepultamento do modelo anterior em que somente os contribuintes da previdência social tinham direito à assistência. Com o SUS todos os indivíduos passaram a ter esse direito, garantido pelo Estado. É importante ressaltar que direito à saúde não significa,

necessariamente, direito à assistência à saúde.

A manutenção do estado de saúde requer a ação articulada de um conjunto de políticas sociais mais amplas, relativas a emprego, salário, previdência, educação, alimentação, ambiente, lazer etc. (RONCALLI, 2003).

2.5.2 Equidade

Assegura que a disponibilidade dos serviços de saúde considere as diferenças entre os diversos grupos de indivíduos. Em linhas gerais, significa tratar desigualmente os desiguais, ou seja, alocando mais recursos onde as necessidades são maiores (CUNHA e CUNHA, 1998; CORDEIRO, 2001 *apud* RONCALLI, 2003).

Na conceituação “oficial” significa “assegurar ações e serviços de todos os níveis de acordo com a complexidade que cada caso requeira, more o cidadão onde morar, sem privilégios e sem barreiras” (BRASIL, 1990). Na Constituição Federal, equidade foi definida como igualdade de acesso (BRASIL, 1988).

2.5.3 Integralidade

Significa considerar a pessoa como um todo, partindo do princípio que as ações de saúde procuram atender a todas as suas necessidades (POLIGNANO, 2008).

A partir de 1990 O SUS, ao longo da sua existência sempre sofreu as consequências da instabilidade institucional e da desarticulação organizacional na arena decisória federal que aparecem para o senso comum como escassez de financiamento.

Conforme Roncalli (2003), o período de 1991 a 1994, com a eleição do Fernando Collor de Mello, foi implementada no Brasil uma política neoliberal-privatizante, com um discurso de reduzir as ações do estado ao mínimo. Tal discurso fundamentava-se na redução dos gastos públicos pela privatização de empresas estatais, porém na prática, essa redução de gastos atingiu a todos os setores do governo, inclusive o da saúde. Em 1994, ocorreu a desvinculação da saúde da previdência.

Ainda de acordo com as contribuições de RONCALLI (2003), o então Ministro da Previdência Antônio Brito, alegando não ter recursos suficientes para repassar para a área de saúde, determinou que a partir daquela data os recursos recolhidos da folha salarial dos empregados e empregadores seriam destinados somente para custear a Previdência Social. Apesar das três Leis Federais que obrigavam a previdência a repassar os recursos financeiros para o Ministério da Saúde, os mesmos não foram mais transferidos agravando a crise financeira do setor.

2.6 A SAÚDE NO GOVERNO FHC

Em 1995 Fernando Henrique Cardoso (FHC) assumiu o governo, mantendo e intensificando a implementação do neoliberalismo, atrelado à ideologia da globalização e da redução do “tamanho do estado”. A crise de financiamento do setor saúde se agravou, e o próprio Ministro da Saúde (1996) reconheceu a incapacidade do governo em remunerar adequadamente os prestadores de serviços médicos.

Na busca de uma alternativa econômica como fonte de recurso exclusiva para financiar a saúde, o então Ministro da Saúde - Adib Jatene - propôs a criação da CPMF (Contribuição Provisória Sobre Movimentação Financeira), que passou a vigorar a partir de 1997. É importante mencionar que o imposto teria uma duração definida de vigência que seria por um período de dois anos, e que os recursos arrecadados somente poderiam ser aplicados na área de saúde.

De acordo com Roncalli (2003), o final de 1996, antes mesmo da CPMF entrar em vigor, o ministro da saúde sentiu que os seus esforços para aumentar a captação de recursos para a saúde tinham sido em vão, pois o setor econômico do governo deduziu dos recursos do orçamento da União destinados para a saúde os valores previstos com a arrecadação da CPMF, o que acabou ocasionando o seu pedido de demissão do cargo neste mesmo ano. Desde que começou a vigorar a CPMF, foram frequentes as denúncias de desvios, por parte do governo, na utilização dos recursos arrecadados para cobrir outros déficits do tesouro.

A crise de financiamento do SUS agravava a operacionalização do sistema, principalmente no que se referia ao atendimento hospitalar. A escassez de leitos

nos grandes centros urbanos passava a ser uma constante. O motivo da crise foi o baixo valor pago pelos serviços prestados pelos hospitais conveniados ao SUS e a demora na liberação desses recursos.

Apesar do desfavorecimento, aos poucos importantes vitórias vão sendo conquistadas, fortalecendo e concretizando o Sistema Único de Saúde - como a Emenda Constitucional 29 que representou um grande avanço ao diminuir a instabilidade do financiamento no setor de saúde- e diante de toda essa história de políticas públicas de saúde imediatistas, voltadas aos interesses econômicos, e curativos centralizantes que fortaleceram a iniciativa privada ao longo dos anos que o Sistema Único de Saúde vai se firmando como modelo assistencial de todos os brasileiros (RONCALLI, 2003).

Ainda em 1996 o governo editou a NOB-SUS 01/96. As NOBs (Normas Operacionais Básicas) foram diretrizes implantadas a partir de 1991 com o objetivo de tornar mais clara a forma de operacionalizar o Sistema. A NOB-SUS 01/96 representou um avanço importante no modelo de gestão do SUS, principalmente no que se refere à consolidação da Municipalização.

Esta NOB revogou os modelos anteriores de gestão propostos nas NOB anteriores (gestão incipiente, parcial e semiplena), e propôs aos municípios que se enquadrassem em dois novos modelos: Gestão Plena de Atenção Básica e Gestão Plena do Sistema Municipal. Estes modelos propuseram a transferência para os municípios de determinadas responsabilidades de gestão (RONCALLI, 2003).

Essa NOB passou a vigorar efetivamente a partir de janeiro de 1998, percebendo-se claramente sua intenção de fortalecer a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (POLIGNANO, 2008). O PSF foi introduzido, no Brasil pelo Ministério da Saúde em 1994. Enquanto proposta concebida dentro da vigência do SUS teve, como antecedente, o PACS, lançado em 1991, onde já se trabalhava tendo a família como unidade de ação programática.

Com os bons resultados do PACS, particularmente na redução dos índices de mortalidade infantil, se buscou uma ampliação e uma maior resolutividade das ações e, a partir de janeiro de 1994, surgiram às primeiras equipes de Saúde da Família (VIANA & DAL POZ, 1999; BRASIL, 2000 *apud* RONCALLI, 2003).

O PSF foi, aos poucos, sendo tomado como prioritário dentro dos modelos

propostos para a atenção básica e hoje se fala em “Estratégia da Saúde da Família” embora a denominação PSF persista (RONCALLI, 2003).

Segundo Roncalli e Souza (1998) o que se configurou, no sistema de saúde a partir dos anos 90 foi uma expansão da chamada medicina supletiva, cujos maiores representantes são os planos de saúde privados. Ocorreu um fenômeno que Eugênio Vilaça chama de universalização excludente. Com o advento do SUS, a assistência à saúde foi universalizada, ou seja, não era preciso mais ser contribuinte da previdência para ter acesso aos serviços de saúde, bastava ser cidadão.

Com o aumento da demanda, não foram criadas estratégias para dar conta desse aumento, nem em nível de financiamento, nem em nível de implementação de medidas racionalizadas como a municipalização, distritalização e controle social. Assim, o SUS apenas aumentou o contingente de pessoas que se acotovelavam para ter acesso aos serviços de saúde, sem aumentar a qualidade nem a quantidade dos serviços.

Este modelo de prestação de serviços é típico de países de política neoliberal, onde um mínimo de assistência é dado aos pobres e indigentes e o restante da população fica à mercê da medicina privada. A estratégia das grandes corporações médicas acabou dando certo e o que elas não tinham conseguido na Constituição acabou conseguindo por outros meios, com a conivência do governo brasileiro.

Em novembro de 1998, o governo regulamentou a lei 9656/98 sobre os planos e seguros de saúde, que fora aprovada pelo congresso nacional em junho daquele ano. Se por um lado houve uma limitação nos abusos cometidos pelas empresas, por outro a regulamentação oficializou o universalismo excludente (POLIGNANO, 2008). Dois anos depois, foi criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) como resultado da exigência da sociedade para a necessidade de se regular o setor privado devido aos excessos cometidos pelos planos de saúde.

A saúde pública estava em crise e para atender suas propostas de atendimento universal e equânime era preciso orçamentos que atendessem suas demandas. Assim, fruto da luta dos movimentos sociais que foram seus articuladores e mobilizadores foi aprovada a Emenda Constitucional 29/2000 (EC 29) que fixa os percentuais mínimos a serem investidos anualmente em saúde pela

União, por Estados e municípios.

A emenda obrigou a União a investir em saúde, em 2000, 5% a mais do que havia investido no ano anterior e determinou que nos anos seguintes esse valor fosse corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB). Os estados ficaram obrigados a aplicar 12% da arrecadação de impostos, e os municípios, 15%. A EC 29 representou um importante avanço para diminuir a instabilidade no financiamento que o setor de saúde enfrentou a partir da Constituição de 1988 (com o não cumprimento dos 30% do orçamento da seguridade social), bem como uma vitória da sociedade na questão da vinculação orçamentária como forma de diminuir essa instabilidade (BRASIL, 2005).

2.7 A SAÚDE NO GOVERNO LULA

Em 2002 assume o poder, Luís Inácio Lula da Silva, criando uma expectativa positiva da esquerda e dos movimentos sociais brasileiros. No entanto o que se verifica é a manutenção dos pilares do modelo capitalista neoliberal, com a continuação das políticas do governo FHC voltada à economia.

A economia é mantida como carro chefe do governo, seguindo os mesmos moldes do anterior. A CPMF, até ser extinta em janeiro de 2008, continuou a ter seus recursos utilizados para outros fins que não a saúde. Uma parte desta arrecadação destinava-se à formação do chamado superávit primário, uma espécie de fundo destinado a cobrir parte das despesas financeiras anuais do governo (BRAVO, 2003, p.187).

Apesar da continuidade da política neoliberal, importantes conquistas continuaram sendo alcançadas pela saúde pública nesse período. No dia 31 de outubro de 2007 a Câmara dos Deputados finalmente aprovou o Projeto de Lei complementar 01/2003, proposto pelo então deputado Roberto Gouveia, regulamentando a Emenda Constitucional 29/2000. Trata-se de uma vitória inegável para o Sistema Único de Saúde em diversos aspectos. Nesta perspectiva, CEBES (2008, p. 21) destaca alguns pressupostos, a saber:

- A definição clara de que os recursos da saúde sejam aplicados apenas em

ações e serviços públicos de acesso universal, igualitário e gratuito;

- A proibição de que os recursos da saúde sejam destinados ao pagamento de Servidores públicos inativos, serviços de clientela fechada, programas de alimentação e de saneamento (exceto alguns casos específicos);
- Mecanismos de fiscalização e transparência das contas públicas da saúde, inclusive fortalecendo os Conselhos de Saúde;
- A disposição de que a infração a essas normas configura ato de improbidade administrativa, sujeito a punição para o gestor.

A aprovação desse projeto aponta para o fortalecimento do controle social e ampliação do acesso à saúde à medida que impede que os recursos migrem para outras áreas ou projetos.

Sader (2009, p. 69) diz que: *“eleição é resultante, em primeiro lugar, da força acumulada ao longo da resistência à ditadura, em segundo, da oposição ao neoliberalismo já durante a redemocratização, na década de 1990”*. As insatisfações surgem por parte dos movimentos sociais que se organizaram e acreditaram na mudança advinda da eleição de Lula à presidência.

Se, desde o início do primeiro mandato já havia descontentamentos de diversos movimentos sociais e sujeitos políticos frente ao posicionamento do PT e suas alianças com os partidos políticos de direita. E no final dos anos 2000, que a rejeição se intensifica atingindo negativamente as mobilizações existentes no país levando-as, em muitos casos, ao pessimismo e ao um processo de refluxo.

No que se refere à política de saúde, o governo Lula expressa em suas ações à preocupação em relação a essa política através da institucionalização de pactos, planos de desenvolvimento e de elaboração de um projeto amplo de privatização das políticas sociais configurado na forma de fundações estatais de direito privado (Projeto de Lei Complementar n.92/2007), que se apresentam como continuidade da reforma sanitária.

2.8 NÚCLEO DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA - NASF

A Saúde da Família determina-se como a porta de entrada prioritária de um sistema hierarquizado, regionalizado de saúde e vem incentivando um importante

movimento de reorientação do modelo de atenção básica no SUS. Visando firmar a inserção da Estratégia Saúde da Família na rede de serviços e ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Primária bem como sua resolutividade, além dos processos de Territorialização e regionalização, o Ministério da Saúde criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF, com a Portaria GM nº 154, de 24 de Janeiro de 2008, Republicada em 04 de Março de 2008.

O NASF é compreendido como uma potente estratégia para multiplicar a abrangência e a diversidade das ações das ESF (Equipes Saúde da Família), bem como sua resolubilidade, uma vez que estimula a criação de espaços para a produção de novos saberes e ampliação da clínica. Tem como “modus operandi” o apoio matricial para atuarem em parceria com os profissionais das ESF, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das ESF no qual o NASF está cadastrado.

2.8.1 PRINCÍPIOS NORTEADORES

Desde a criação do NASF, ele é guiado pelas diretrizes da Atenção Básica, ou seja, apoiando as equipes das ESF, de forma continuada no contato com a população, buscando assim a integralidade.

A fim de auxiliar na operacionalização dessas diretrizes, estão destacados a seguir outros conceitos que embasam a política dessas equipes (BRASIL, 2011-a, 2011-b).

Interdisciplinaridade: processo de integração recíproca entre vários campos de conhecimento.

Intersetorialidade: integração de territórios com a ideia de equidade, dos direitos sociais.

Educação Popular: educação onde valoriza a sabedoria prévia da população.

Humanização: efeito de tornar mais humano as condições de trabalho para os profissionais e para os usuários de um serviço ou sistema, através do meio em

que vive.

Promoção de Saúde: implicam ações de prevenção de doenças e fatores de risco, e uma continuação ao tratamento adequado, caso a doença se encontre já instalada no usuário.

Territorialização e responsabilidade sanitária: onde os profissionais de cada área de formação deve apresentar o raciocínio clínico, o epidemiológico e o sociopolítico de forma a identificar os possíveis meios para a promoção e proteção a situação de saúde da comunidade.

Trabalho em equipe: Na realização do trabalho do NASF, é possível encontrar diferentes profissionais que usam seus saberes específicos de forma articulada para resolverem determinada demanda, favorecendo assim ações integradas e abrangentes, configurando-se no trabalho coletivo da equipe.

Integralidade: É necessário que as equipes tenham uma atuação integrada com as instituições de apoio, podendo assim resolver de forma articulada e eficaz as necessidades do usuário.

Autonomia dos indivíduos e coletivos: visto como o principal objetivo no cuidado da atenção básica, pois traz em sua configuração a orientação que o usuário tem na capacidade de governar a sua própria vida.

Todos esses conceitos acima citados são princípios norteadores, onde todos os profissionais que atuam na Atenção Básica e nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, devem ter como prioridades, para a solidificação desses “princípios-diretrizes”, contribuindo assim com o trabalho em equipe, articulado e inserido nas redes de apoio, intervindo no social das comunidades.

Capítulo III – DESAFIOS DA INTERVENÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NO NASF: REFLEXÕES DA ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NO NASF EM SOUSA

O município de Sousa fica localizado acerca de 430 km de da capital paraibana, João Pessoa, e também situado na porção Semiárida, mais precisamente na Mesorregião Sertão. O seu nome se deve a uma homenagem a Bento Freire de Sousa, que levantou a primeira Igreja da cidade, a Igreja Matriz, em 1730. Segundo dados do IBGE (2010), a extensão territorial do município é 738,547 km², esse território abriga atualmente uma população de 65.807 habitantes, desses são 51.885 da área urbana e 13.922 da zona rural.

O município sousense é conhecido principalmente pelo seu sítio arqueológico (Vale dos Dinossauros), se tornando ponto turístico, o qual atrai visitantes e pesquisadores de todos os lugares.

Outro ponto turístico é a estação ferroviária da cidade, criada em 1926, que liga a cidade à Fortaleza. As atividades econômicas do município ainda são fortemente marcadas pela a agricultura familiar, aliás, desde o início de sua povoação, segundo o IBGE foram os seus solos férteis que atraíram moradores para a região.

O Distrito foi criado com a denominação de Souza, pelo alvará de 02-03-1784 vindo a passar a condição de município pela lei provincial nº 28, de 28-06-1854. Foi no ano de 1955 que a cidade de Souza alterou seu nome para Sousa (IBGE, 2010).

3.1 INDICADORES SOCIAIS

Segundo a portaria 2.025/GM de setembro de 2004 que teve como fonte os dados do censo do IBGE do ano 2000 e do PNAD de 2003, a taxa de analfabetismo da população com a faixa etária a partir dos 15 anos de idade no município de Sousa era de 28,21 por km², a cobertura de esgotamento sanitário era de 71,80 por km², a rede de abastecimento de água abrangia 95,30 por km² da população e o sistema de coleta de lixo 84,87por km².

A mesma portaria traz o perfil epidemiológico do município de Sousa a partir

de dados do SIM (sistema de informação de óbitos) e do SENAC (Sistema de Informação de Nascidos Vivos), no ano de 2003 a taxa de mortalidade infantil era de 12,14%, a taxa de óbito de mulheres em idade fértil foi de notificados 20 casos. E algumas causas de mortes mais frequentes são: doenças no aparelho respiratório, no aparelho circulatório e neoplasias.

3.2 EQUIPAMENTOS SOCIAIS:

3.2.1 Escolas:

As escolas abaixo relacionadas estão instaladas no espaço territorial de Sousa-PB, algumas públicas de nível fundamental, médio, técnico e superior e outras, de caráter privado. Porém é apenas nas públicas de âmbito municipal ou estadual que é desenvolvido pelo NASF (Núcleo de apoio à saúde da Família) o PSE (Programa Saúde na Escola), por meio da realização de palestras de caráter socioeducativo, através dos profissionais que compõem a equipe, nestas são tratados temas de relevância para o público-alvo (alunos) levando-se em conta a faixa etária.

- Colégio e Curso Integral Desafio (PRIVADO);
- Colégio Estadual de Sousa - Areia (PÚBLICO);
- Colégio e Curso Integral Desafio (PRIVADO);
- Escola Estadual Mestre Júlio Sarmiento - Gato Preto (PÚBLICO);
- Colégio Monteiro Lobato - Gato Preto (PRIVADO);
- Colégio Nossa Senhora Auxiliadora (PRIVADO);
- Escola Agro técnica Federal de Sousa - Departamento Administrativo Planejamento - Jardim Sorrilândia (FEDERAL);
- Escola Agro Técnica Federal de Sousa - Geral - Jardim Sorrilândia (FEDERAL);
- Escola de Enfermagem Ciro Barreto Batista - Gato Preto (PRIVADA);

- Escola Agro técnica Federal de Sousa - Jardim Sorrilândia (FEDERAL);
- Colégio Ceidegeo (PRIVADO);
- Escola Municipal de 1 Grau Batista Gambarra - Angelim (PÚBLICA);
- Centro de Ciências Jurídicas e Sociais da UFCG (FEDERAL);
- Escolinha Experimental de Sousa - IFPB (FEDERAL);
- Colégio Construindo Valores (PRIVADO);
- Colégio Crescendo e Aprendendo (PRIVADO);
- Escola Presbiteriana 7 de Setembro (PRIVADA);
- Escola Estadual de Ensino Fundamental André Gadelha (PÚBLICA);
- Escola Estadual de Ensino Fundamental Jose Batista Neto (PÚBLICA);
- Escola Estadual de Ensino Fundamental Batista Leite (PÚBLICA);
- Escola Estadual de ensino Fundamental Bento Freire (PÚBLICA);
- Escola Estadual de Ensino Fundamental e Médio Izidro Pacifico de Araújo (PÚBLICA);
- Escola Estadual de Ensino Fundamental Francisco Cícero Sobrinho (PÚBLICA);
- Escola Estadual de Ensino Fundamental e Médio Estevam Marinho (PÚBLICA);
- Escola Estadual de Ensino Fundamental Cônego João Cartaxo Rolim (PÚBLICA);
- Escola Estadual de Ensino Fundamental Jaime Meira Fontes (PÚBLICA);
- Escola Estadual de Ensino Fundamental Francisco Carlos de Vasconcelos (PÚBLICA);
- Escola Estadual de Ensino Fundamental e Médio Prof.^a Dione Diniz Oliveira Dias (PÚBLICA);
- Escola Estadual de Ensino Médio Mestre Júlio Sarmento (PÚBLICA);
- Escola municipal de Ensino Fundamental e Médio Papa Paulo VI (PÚBLICA);
- Ene Jose de Paiva Gadelha (PÚBLICA);
- Escola Estadual de Ensino Fundamental Doutor Thomaz Pires (PÚBLICA);
- Escolinha Escadinha da Vida (PRIVADA);
- Escola Estadual de Ensino Fundamental de Demonstração de Sousa (PÚBLICA);

- Escola Municipal de Ensino Fundamental e Médio Jose Reis (PÚBLICA);
- Escola Estadual de Ensino Fundamental Antônio Teodoro Neto (PÚBLICA);
- Escola São Francisco (PRIVADA).

3.2.2 Creches

- Creche Leopoldina Gonçalves Ribeiro;
- Conselho Escolar da Creche Leopoldina Gonçalves Ribeiro.

3.2.3 Unidades de Saúde da Família do Município de Sousa-PB

As unidades de saúde Município de Sousa-PB, elencadas a seguir, são vinculadas ao NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família), que deve prestar apoio e realizar ações em articulação com as mesmas. A ação mais comum no NASF de Sousa com relação aos PSF's é o hiper-dia, que hoje é conhecido como ESF's (Estratégia de Saúde da Família).

- Unidade de Saúde da Família Jardim Brasília Equipe III;
- Alto Capanema Centro Equipe X;
- Unidade de Saúde da Família Várzea da Cruz Equipe X;
- Unidade de Saúde da Família Nossa Senhora de Fátima Equipe IX;
- Unidade de Saúde da Família Bancários Equipe XVII;
- Unidade de Saúde da Família Centro Equipe XIII;
- Unidade de Saúde da Família Estação Equipe VI;
- Unidade de Saúde da Família Nossa Senhora de Fátima Equipe IX;
- Unidade de Saúde da Família Lagoa dos Estrelas Equipe XX;
- Unidade de Saúde da Família Mutirão Projeto Mariz Equipe II;
- Unidade de Saúde da Família São Gonçalo Núcleo III Equipe XXVI;
- Unidade de Saúde da Família São Jose Equipe XVIII;

- Unidade de Saúde da Família Jardim Sorrilândia II Equipe V;
- Unidade de Saúde da Família Frei Damião Jose Lins do Rego Equipe VII;
- Usf Alto do Cruzeiro Equipe I;
- Usf Angelim Equipe XI;
- Usf Centro Equipe XIII;
- Usf Equipe Posto Alto do Cruzeiro;
- Usf Estação Equipe VI;
- Usf Guanabara Equipe XII;
- Usf Jardim Iracema Equipe XXIII;
- Usf Malhada da Pedra Equipe XIX;
- Usf Nossa Senhora de Fátima Equipe IX;
- Usf São Gonçalo Equipe XV;
- Usf São Gonçalo Núcleo III Equipe XXVI;
- Usf Zú Silva Equipe VIII;
- Usf São Gonçalo;
- Usf Alto Capanema Centro Equipe XIV;
- Usf André Gadelha Equipe XXI;
- Usf Ciganos Equipe XXIV;
- Usf Jardim Sorrilândia I Equipe IV;
- Usf Pereiros Equipe XXII;
- Usf São Gonçalo Núcleo II Equipe XVI;
- Usf VI Jardim Santana Estação.

3.2.4 Hospitais e Instituições de Saúde de Sousa-PB

As informações abaixo foram obtidas no site do CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde), quanto à natureza pública ou privada das instituições, sendo as públicas mantidas pelo fundo municipal de saúde:

- Hospital Santa Terezinha (PRIVADO);
- Hospital de Pronto Socorro Municipal (PÚBLICO);

- Hospital Distrital Deputado Manoel Gonçalves de Abrantes (PÚBLICO);
- Casa de Saúde Bom Jesus (PRIVADO);
- Maternidade Lídia Meira (PÚBLICO);
- Residência Terapêutica Divino Espírito Santo (PÚBLICO);
- Residência Terapêutica Bom Jesus (PÚBLICO);
- Policlínica Mirian Gadelha (PÚBLICO);
- Otológica Aline Pires Benevides Gadelha (PÚBLICO);
- Clinan (Clínica de Ginecologia e Obstetrícia Ltda.) (PRIVADO).

3.3 NASF: UM OLHAR APROFUNDADO

O NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) é um programa do governo federal, criado pelo ministério da saúde, mediante a portaria N° 154 de 24 de Janeiro de 2008, como uma estratégia para ampliar as ações desenvolvidas pelas ESF (Equipes de Saúde da Família). Onde se estabelece um apoio matricial com os profissionais vinculados, abrangendo e compartilhando os serviços de saúde dessas ESF's no território de sua responsabilidade, no qual o NASF se encontra cadastrado.

Contudo, o NASF não se constitui como porta de entrada dos usuários da saúde, mas como um programa que dá apoio aos PSF's locais, como também as entidades filantrópicas, com o propósito de ampliar os serviços de atenção básica por estes disponíveis. O NASF se constitui como um programa novo, e tem por escopo:

(...) 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 (...), incluindo na atuação ações Inter setoriais 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).

Este programa propaga os serviços de saúde promovidos pelas ESF's, dando

apoio aos mesmos e buscando sempre realizar uma articulação com todos os profissionais competentes, para que haja desta forma, a real efetivação das ações formuladas em conjunto, destinados aos usuários da saúde.

De maneira geral, os fatores relacionados a essa problemática social, levam a criar obstáculos para que o trabalho do Assistente Social do NASF não seja efetivamente realizado, conforme se encontra estabelecido nas suas diretrizes institucionais. Os próprios profissionais das ESF's barram essa vinculação das ações que devem ser direcionadas para o NASF, levando à desarticulação da rede de atendimento que envolve esses programas de grande importância para que haja a concretização da saúde básica destinada à população usuária.

O NASF de Sousa-PB foi instituído por meio da Portaria de nº. 1.489 de julho de 2009, que credencia os municípios a receberem o incentivo financeiro aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF's), este está situado na Rua Cônego José Viana, Bairro da Estação, no prédio da Secretária de Saúde. Onde possui sala própria, mesmo que pequena para o porte da equipe, faz parte dela quatro assistentes que executam o seu trabalho segundo as diretrizes do NASF e de acordo com o que prevê o Código de Ética Profissional que regulamenta a profissão do Serviço Social.

As ações desenvolvidas pela equipe procuram ser de caráter interdisciplinar e em parceria com a equipe de Saúde da Família e com as demais instituições a quem ela presta apoio. O Assistente Social pode receber a demanda diretamente dos enfermeiros e Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Diante do exposto, o texto Brasil (2010, p. 88) ressalta que:

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 Inter setoriais que visem ao fortalecimento da cidadania.

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 Inter setoriais, 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 neste 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.

3.4 DIFICULDADES ENCONTRADAS E PASSIBILIDADES DE MUDANÇAS

O NASF do município 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.

De acordo com análises vinculadas às pesquisas empíricas (*Diário de Campo*), foram constatadas algumas dificuldades quanto à aceitação do trabalho do NASF, por parte da Equipe de Saúde da Família, pois os ACSs e enfermeiros demonstraram resistência em relação ao trabalho interdisciplinar entre as duas instituições. Ficou claro que desde a implantação do NASF em Sousa, pouco tinha se concretizado de ações por parte dos profissionais, e que geralmente aparecem nas ESFs apenas para colher assinaturas dos usuários para alimentar a sua produtividade mensal.

Em relação às ações desenvolvidas pelo Assistente Social, o trabalho do profissional chega a ser em partes, difícil, em relação ao trabalho com as equipes de saúde. Principalmente no que se refere à marcação de ações a serem desenvolvidas, problemática que tem várias razões objetivas por trás da situação, como: a segunda-feira ser folga dos enfermeiros e o problema da locomoção

devido à instituição contar apenas com um carro para atender a demanda de todos os profissionais.

Vale ressaltar também que, a ação do Assistente Social não é específica como a dos demais profissionais, já que estes têm uma sequência de ações pré-determinadas. As ações desenvolvidas pelo profissional Assistente Social dependem das demandas que vão surgindo, a partir das expressões da “questão social”.

Consoante embasamento literário e empírico, se existem dificuldades de se trabalhar com as ESF's, as quais estão em contato direto com os usuários e encaminham demandas ao Assistente Social, prejudica diretamente o trabalho deste, pois ele exerce sua função a partir da demanda posta pelas equipes, se a demanda não chega até ele, não tem como desenvolver suas atribuições.

A equipe é interdisciplinar, mas o relatório de estágio, traz à tona as dificuldades encontradas no cotidiano da profissão, a resistência por parte das ESF's que deveriam agir em conjunto, formando assim, uma rede forte e estruturada, mas na realidade não é desta forma que se processa no real.

Ainda conforme as bases empíricas vislumbradas no estudo de campo, foi possível notar que os assistentes sociais buscavam desempenhar suas funções da melhor forma possível. Porém, não dependiam só deles, existiam limitações superiores que reduziam o poder da interligação entre as faces objetivas e subjetivas. Assim, fica evidente que esses profissionais demonstram inquietude diante da situação. Além disso, outra dificuldade encontrada pelo Assistente Social no NASF, é a questão da privacidade para exercer suas ações e resguardar o sigilo profissional, uma vez que o mesmo não possui sala própria para o atendimento dos usuários.

Segundo o Código de Ética Profissional de 1993 no art. 15º “*constitui direito do/a Assistente Social manter sigilo profissional*”, como também dispõe o parágrafo único “... em trabalho interdisciplinar só poderão ser prestadas informações dentro do estreitamento necessário” (BRASIL, 2010, p.35).

Neste contexto, torna-se amplo o fato do Assistente Social ser um profissional capaz de desmistificar e desvelar a realidade que se faz presente no seu cotidiano de trabalho. Principalmente, em virtude de sua visão crítico-reflexiva e que por meio das suas ações de forma interdisciplinar com os demais profissionais da saúde, assim, esse profissional tem consciência que precisa

trabalhar de uma forma articulada com as demais equipes para que consiga disponibilizar um acesso aos usuários dos serviços de saúde, um acesso de qualidade.

Contudo, o que essa ação indica é o comprometimento com os princípios que estão explicitados do Código de Ética, além dos princípios encontrados no projeto de Reforma Sanitária, quando intervém com a proposta de socializar as informações necessárias e de que interessam à população usuária, facilitando, assim, sua interação nas esferas de controle democrático, onde se é possível estabelecer uma conexão da população usuária com o Estado.

O Serviço Social compartilha de um trabalho coletivo que visa à humanização do atendimento. Por ser uma profissão histórica e socialmente determinada, que atua nas variadas expressões da questão social, tendo como um dos seus princípios a ampliação e consolidação da cidadania, através desse trabalho, o Serviço Social busca uma abordagem ao usuário como cidadão e sujeito de direito e integrante de diferentes segmentos da classe trabalhadora.

O assistente social tendo um olhar crítico, uma intencionalidade no trabalho social e sendo conhecedor de seu papel contribui para que o trabalho em uma equipe interdisciplinar tenha efetividade e seja de acordo com que se propõe.

Neste sentido, tem se criado programas que além de serem fragmentados e focalizados não se tem dado os investimentos necessários para que estes venham a realizar serviços de qualidade, atendendo de fato as demandas, ou seja, o Estado diz fazer mais, porém com menos recursos e investimentos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho fez uma breve incursão na trajetória do Serviço Social na Saúde, a partir da década de 90, enfocando o Sistema Único de Saúde (SUS) procurando contextualizar o NASF.

Percebemos que essa trajetória foi marcada por significativas mudanças e que ao longo do tempo foram se aproximando do projeto democrático do SUS, na proporção em que avançava o projeto ético-político da profissão, no qual finalizamos como o argumento da busca desses profissionais pelos os preceitos de equidade, da universalização dos direitos sociais, da justiça social e contrário a todo tipo de desigualdade e discriminação sem suas ações profissionais.

Analisamos a Atenção Básica focalizando no SUS e na Política de Atenção Básica, fazendo uma explanação sobre o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), que é um campo de atuação recente e bastante promissor com suas diretrizes, modalidades, equipes e ferramentas utilizadas para a sua organização.

Posteriormente refletimos sobre a atuação do assistente social no NASF, na perspectiva da interdisciplinaridade, mostrando as principais dificuldades enfrentadas, as principais demandas e a relação da atuação do assistente social junto aos demais profissionais da equipe do NASF, com base na análise do tempo de vivência no NASF no período de estágio com as profissionais que atuam nos NASF Sousa-PB.

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.

As políticas sociais, no âmbito do neoliberalismo vêm sofrendo desmonte dos direitos sociais tão duramente conquistados no Brasil, impactando fortemente na Política de saúde, numa perspectiva de privatização, universalização excludente, focalização dos serviços, redução dos gastos sociais entre outros.

No entanto, há no cerne 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 desencadeadas pelas alterações no mercado de trabalho, por meio da reestruturação produtiva do Capital. Implicando no crescimento da informalidade, de formas flexíveis de contratação, destacando a diminuição de empregos assalariados regulamentados, onde vem a impactar na forma dos trabalhadores desenvolverem um trabalho de qualidade.

Em meio a esta lógica que se fundamenta o trabalho desses profissionais, onde os mesmos se encontram à 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 desses profissionais possuírem competências para realizar suas funções, a conjuntura onde os mesmos estão inseridos impõe formas de precarização em relação ao modo de concretização dos seus serviços a partir de condições mínimas de atuação.

Algo que implica na maneira de promover o trabalho compartilhado com as equipes, seja pela falta de motivação proveniente da estruturação frágil 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, pode-se constatar que há falhas nas redes de atenção que se estabelecem entre os profissionais dos programas mencionados anteriormente. Diante da precariedade do trabalho que limita a atuação dos profissionais dentro da política de saúde, como um todo, e que restringe 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.

Em suma, face às conclusões desta pesquisa, torna-se viável destacar que os objetivos propostos foram alcançados, no momento que foi possível compreender as dificuldades de se concretizar um trabalho interdisciplinar das redes de atendimento dos serviços entre o NASF e as ESF's, acerca das dificuldades encontradas pelo Assistente Social no trabalho interdisciplinar.

Portanto, considerando a complexidade envolvida na temática abordada é oportuno caracterizar este trabalho como uma contribuição para a área de Serviço Social e, ao mesmo tempo, fica aberto para posteriores aprofundamentos.

Concluimos essa monografia, com o imenso desejo de termos ampliado o debate sobre o Serviço Social no NASF. Esperamos que esta e outras pesquisas venham fomentar maiores possibilidades para a prática dos assistentes sociais.

REFERÊNCIAS

BRAVO, M. I. S. **As políticas de seguridade social**: Saúde. In Capacitação em Serviço Social e Política Social. Política Social. Módulo 3, CFESS-ABEPSS-CEAD-UNB, 2001.

_____. **Serviço Social e Reforma Sanitária**: lutas sociais e práticas profissionais. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UFRJ, 1996.

_____. MATOS, M. C. **Projeto ético-político do serviço social e sua relação com a reforma sanitária**: elementos para o debate. In MOTA, A. E. (orgs) **Serviço Social e Saúde**: Formação e Trabalho Profissional. São Paulo: Cortez; 2006.

_____. **Questão da saúde e Serviço Social**: As práticas profissionais e as lutas no setor (Tese de doutorado). São Paulo: PUC/SP; 1991.

_____. **Serviço Social e Reforma Sanitária**: Lutas Sociais e Práticas Profissionais. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UFRJ, 1996.

CHIZZOTTI, A. **A pesquisa em ciências humanas e sociais**. São Paulo: Cortez, 1991.

_____. **A pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais**: evolução e desafios. Rev. Portuguesa de Educação, vol. 16, n. 002, Universidade do Minho - Portugal, 2003.

Código de ética profissional dos assistentes sociais. Brasília: CEFSS; 1993.

COVER, M. **Marxismo e Metodologia da Ciência Social**: Aprendizados, Limites e Possibilidades. Londrina, 2010. Disponível em: <http://www.uel.br/grupo-pesquisa/gepal/anais_ivsimp/gt8/17_macielcover.pdf> Acessado em: 10 de março de 2014.

CRUZ NETO, O. **O Trabalho de Campo Como Descoberta e Criação**. In. MINAYO, M. C. S. (ORG.). *Pesquisa Social*: teoria, método e criatividade. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

GILL, R. Análise do discurso. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**: um manual prático. Petrópolis: Vozes, 2002.

_____. **Métodos das Ciências Sociais**. Ed. 6ª. Métodos e Técnicas de Pesquisa Social. São Paulo: Atlas, 2010.

IAMAMOTO, M. **O serviço social na contemporaneidade**: Formação e Trabalho Profissional. São Paulo: Cortez; 2008.

_____. Projeto profissional, espaços ocupacionais e trabalho do (a) Assistente Social na atualidade. In: **CFESS**. Atribuições privativas do Assistente Social em questão. Cadernos do CFESS, 2002.

Lei n. 8.662 de 7 de junho de 1993. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências. Brasília, Diário Oficial da União, n.172, 1993.

Lei n.8080/90. In: **Conselho Regional de Serviço Social**. Coletânea de Leis. Florianópolis: CRESS 12 Região, 1998.

LIMA, T. C. S.; MIOTO, R. C. T. Procedimentos Metodológicos na Construção do Conhecimento Científico: a Pesquisa Bibliográfica. Rev. Katál. Florianópolis v. 10 n. esp. p. 37-45, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rk/v10nspe/a0410spe.pdf>> Acessado em: 18 de agosto de 2014.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de Metodologia Científica**. Ed. 5ª. São Paulo: Atlas, 2003.

MASSON, G. **As Contribuições do Método Materialista Histórico e Dialético para a Pesquisa Sobre Políticas Educacionais**. IX ANPED SUL, Seminário de Pesquisa em Educação da região sul, 2012. Disponível em: <<http://www.ucs.br/etc/conferencias/index.php/anpedsul/9anpedsul/paper/viewFile/966/126>> acessado em: 22 de agosto de 2014.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. Ed. 12. São Paulo: Hucitec, 2010.

Ministério da Saúde, **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família**, 2009 – 160 p (Cadernos de Atenção Básica, n 27).

_____. **Núcleo de Apoio a Saúde da Família- Volume 1: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano**, 2014 – 116 p (Cadernos de Atenção Básica, n 39).

_____. **Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE**. Brasília: Editora MS; 2006.

MIOTO, R. C. T.; NOGUEIRA, V. M. R. Serviço Social e Saúde: desafios intelectuais e operativos. **SER Social**, Brasília, v. 11, n. 25, p. 221-243, jul./dez. 2009.

NETTO J. P. **Ditadura e serviço social: uma análise do serviço social no pós-64**. São Paulo: Cortez; 2004.

NOGUEIRA, V. M. R. A importância da equipe interdisciplinar no tratamento de qualidade na área de saúde. **Revista Katálysis**, Florianópolis, n. 01, p, 40-48, jun. 1997.

_____. V. M. R.; MIOTO, R. C. T. Sistematização, planejamento e avaliação das ações dos assistentes sociais no campo da saúde. In: MOTA, A. E. et al (Org.). **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. São Paulo, OPAS, 2006, p. 273-303.

QUEIROZ, D. T.; VALL, J.; SOUZA, Â. M. A.; VIEIRA, N. F. C. **Observação Participante na Pesquisa Qualitativa: Conceitos e Aplicações na Área da Saúde**. Revista de Enfermagem UERJ. Rio de Janeiro, 2007. Disponível em:
<<http://www.facenf.uerj.br/v15n2/v15n2a19.pdf>> acessado em: 12 de setembro de 2014.

SIMIONATTO, I. Expressões ideoculturais da crise capitalista na atualidade e sua influência teórico-prática. In. CFESS/ABEPSS. **Direitos Sociais e Competências profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: a Pesquisa Qualitativa em Educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

Vasconcelos A. M. **A prática do serviço social: cotidiano, formação e alternativas na área de saúde**. São Paulo: Cortez; 2003.

_____. Serviço Social e Interdisciplinaridade: o exemplo da saúde mental. **Serviço Social e Sociedade**, n. 54, São Paulo: Ed. Cortez, 1997.