



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

JACIELE DA SILVA BEZERRA

O NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF) E A ATUAÇÃO DO SERVIÇO
SOCIAL

SOUSA/PB
2014



JACIELE DA SILVA BEZERRA

O NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF) E A ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para a obtenção do grau de bacharel em Serviço Social pela Universidade Federal de Campina Grande.

Orientação: Prof. Ma. Juliana e Silva de Oliveira

SOUSA
2014

JACIELE DA SILVA BEZERRA

O NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF) E A ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para a obtenção do grau de bacharel em Serviço Social da Universidade Federal de Campina Grande.

Orientadora: Prof. Ma. Juliana e Silva de Oliveira

Data de Defesa: de abril de 2014.

Resultado: _____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Ma. Juliana e Silva de Oliveira
Orientadora

Prof. Ma. Cibelly Michalane Oliveira dos S. Costa
Examinadora

.Irismar Pinheiro dos Santos (Supervisora de Campo)
Examinadora

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço a Deus por me dar coragem de seguir em frente mesmo com as dificuldades encontradas no caminho. Agradeço ao Senhor Jesus por me auxiliar nas batalhas da vida e me fazer crescer, mesmo quando teimo em desanimar!

À minha fortaleza, minha guerreira mãe, **Zeneide Bezerra** e ao meu grande herói, meu pai **João Silveira Bezerra**, por sempre oferecer todo amor, todo apoio e me incentivarem desde criança a seguir meus sonhos. Obrigada por serem tão especiais minhas dádivas de Deus, não imagino minha vida sem vocês!

À minha irmã **Jacianna** por ser a primeira pessoa de tão grande paciência e dedicação a apresentar o mundo dos livros a uma criança de 3 anos, os anos passaram e é por você que hoje estou aqui!

À meu irmão **Jaciel**, pela amizade, apoio e incentivo desde pequeninha a correr atrás dos meus objetivos, obrigada por desafiar minha inteligência e pelas críticas que sempre me levantam e me fazem seguir em frente na busca por uma vida melhor!

As amigas que construí nesse período de faculdade e hoje vejo como essenciais em minha vida, em especial **Francisca de Sousa, Michelle Gama, Socorro Silveira, Camila Tavares** e minha companheira de apartamento **Edna Martins** pela amizade, cumplicidade e disponibilidade, por participar do meu cotidiano de

vida com tanta alegria, sei que não é à toa que as pessoas se cruzam nesses caminhos da vida! Muito obrigada pela amizade, pela paciência e por me ajudarem sempre quando eu mais precisava meus amores. Amo vocês!

A toda minha turma pioneira de Serviço Social da Universidade Federal de Campina Grande, serão inesquecíveis os momentos vividos, todas serão lembradas eternamente em minha vida de maneira especial!

Aos professores que passaram e aos que permanecem no curso de Serviço Social da Universidade Federal de Campina Grande, Campus de Sousa, em especial **Haideè Rodrigues** e **Flávio Carvalho**, nunca esquecerei da primeira vez que fui apresentada à exemplos de tamanha inteligência e simplicidade. Obrigada por fazerem parte da minha formação e com certeza, marcaram de forma primordial esse momento!

À minha supervisora de campo nos períodos das disciplinas Estágio Curricular Supervisionado I e II, a especial e amiga **Irismar Pinheiro dos Santos**, e a toda equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família pela compreensão, pelo apoio e pelos momentos maravilhoso que vivemos, essa experiência está guardada em meu coração!

À minha orientadora, **Juliana e Silva de Oliveira**, por me auxiliar e me ouvir com tanta paciência, apresentar novas ideias para o desenvolvimento deste trabalho, foi essencial sua participação despertando em mim a coragem de concluí-lo!

À assistente social da Universidade Federal de Campina Grande Campus de Sousa **Consuelo Barreto**, por ser essa mãe tão acolhedora e por compreender o que é a vida de uma estudante fora de casa!

E a todos que direta ou indiretamente contribuíram para que eu pudesse concluir essa etapa da minha vida na cidade de Sousa-PB, creio que foi o momento de maior crescimento e mudanças, onde vivi inúmeros desafios que me fizeram enxergar a realidade da vida e aprender a lutar, crescendo sempre a cada dia.

OBRIGADA MEU MESTRE, OBRIGADA MEU DEUS!

*Aos meus pais, **João Silveira Bezerra e Zeneide Bezerra,**
amores da minha vida, sem vocês eu não teria chegado aqui!*

Obrigada pai altíssimo!

RESUMO

Este Trabalho de Conclusão de Curso teve por finalidade, analisar os objetivos do profissional do Serviço Social no Núcleo de Apoio à Saúde da Família e conhecer a atuação do referido Núcleo no município de Sousa/PB. Para concretizar o objetivo, verifica-se, no aporte teórico, uma reflexão sobre a trajetória de implantação do SUS e a atuação do assistente social na política da atenção básica. A pesquisa ainda traz os desafios e dificuldades que o Assistente Social encontra para a efetivação de seus objetivos neste campo de trabalho. Como instrumentos para a concretização deste trabalho, foram utilizados a pesquisa bibliográfica e a pesquisa documental com base em bibliografias, em relatório e Diário de Campo construídos a partir da experiência vivenciada no Estágio Curricular Supervisionado I e II, através do método dialético. Por ser um serviço bem atual, constituído há pouco tempo dentro do sistema de saúde, são encontradas significantes dificuldades para a abordagem do NASF, visto que as bibliografias existentes são poucas. Quanto ao NASF no município de Sousa /PB, verificou-se a dificuldade de inserção do assistente social em mais um setor da política de saúde e a falta de reconhecimento do trabalho do referido profissional por parte das equipes da Estratégia de Saúde da Família e dos próprios usuários do serviço.

Palavras-chave: NASF. Assistente Social. SUS. atenção básica.

ABSTRACT

This labor completion of course aimed to analyze the goals of professional social work in the support center for family health and meet the performance of that core in the municipality of Sousa / PB . To achieve the goal , it appears , in the theoretical framework , a reflection on the trajectory of the SUS implementation and the role of social workers in primary care policy. The research also brings challenges and difficulties that the social worker finds the realization of its objectives in this field. As instruments for the realization of this work , the literature search and document search based on bibliographies , and report on field diary constructed from lived experience in supervised I and II , through the dialectical method were used . Being a good current service , recently formed within the health system , significant difficulties to approach the NASF are found , since the existing bibliographies are few. As for the NASF in the municipality of Sousa / PB , the difficulty of inserting the social worker in another sector of health policy and the lack of recognition of the work of professional referred by the staff of the Family Health Strategy and own it was found service users.

Keywords : NASF. Social Worker. SUS. primary care.

SUMÁRIO

1- INTRODUÇÃO	10
2- PERCURSO METODOLÓGICO	12
3- A CONSTRUÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE PÚBLICA DO BRASIL (SUS)	
3.1- Trajetória de implantação do SUS.....	14
3.2- SUS: o Sistema de Saúde Pública do Brasil e a disseminação de seus serviços.....	20
4- O ASSISTENTE SOCIAL COMO PROFISSIONAL INSERIDO NA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA ATRAVÉS DO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA	
4.1- A política Nacional de Atenção Básica como porta de entrada para o Sistema Único de Saúde e a constituição do NASF.....	25
4.2- Os objetivos do Assistente Social como profissional inserido no Núcleo de Apoio à Saúde da Família.....	37
4.3- A Política da Atenção Básica no Sertão Paraibano: considerações sobre Núcleo de Apoio à Saúde da Família da cidade de Sousa-Paraíba.....	45
5- CONSIDERAÇÕES FINAIS	49
6- REFERÊNCIAS	51

1- INTRODUÇÃO

Os temas relacionados à saúde sempre despertaram meu interesse, deixando-me com uma série de questionamentos e curiosidades sobre o processo de disseminação do SUS, de que forma seus serviços de saúde são passados para a população e quais os motivos de um acesso tão desigual. Este interesse inquietava meus pensamentos desde a minha infância, até os dias de hoje. Durante minha vida acadêmica tive a possibilidade de obter alguns conhecimentos a respeito da política de saúde do nosso país, mas foi a partir do momento que fui encaminhada a realizar meu estágio curricular no Núcleo de Apoio à Saúde da Família, setor pertencente à Secretaria Municipal de Saúde que lida diretamente com os serviços do SUS, que meus interesses pela estrutura desse sistema se tornaram ainda mais significantes. Durante o curto período de nove meses tive a oportunidade de adentrar, a partir da experiência do campo de estágio, na realidade do NASF Sousa, onde passei a acompanhar as ações da Assistente Social que me supervisionava e me guiava no momento de estágio, convivendo durante este tempo também com todos os profissionais que forma a equipe daquele núcleo. No cotidiano do estágio, fui me deparando com as dificuldades que a equipe do NASF encontrava para a concretização de seu trabalho, e, dentre essas dificuldades, o que mais me chamou a atenção foram as enfrentadas pelas assistentes sociais para efetivar seu real objetivo e transmitir suas verdadeiras funções dentro daquela instituição, onde muitas vezes foi notável que o profissional do Serviço Social exercia funções que não lhe cabia e que faziam parte do processo de trabalho de outro profissional. Isso me trouxe a inquietação: Quais as reais atribuições do Assistente Social nessa equipe constituída por profissionais, em sua maioria, com formação na área da saúde? Foi a partir deste questionamento que tive a certeza do que iria abordar no meu trabalho de monografia.

O presente trabalho se trata de uma abordagem contendo informações sobre a política de saúde brasileira, do antes e depois da conquista da inserção constitucional do SUS, abordando que mudanças ocorreram a partir desse importante acontecimento. Como foco principal traz a apresentação dos objetivos do Assistente Social na política de atenção básica nacional, qual processo de trabalho este profissional deve seguir inserido no Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

O objetivo principal deste trabalho é promover o conhecimento do próprio NASF e do NASF do município de Sousa e trazer o conhecimento dos verdadeiros objetivos, atividades e ações que o profissional do Serviço Social deve realizar no seu cotidiano de trabalho junto

a política de saúde deste núcleo, pertencente a política nacional da atenção básica.

No capítulo 1, será apresentado um aparato de elementos que trarão aspectos históricos, políticos e sociais, que foram vivenciados pela população brasileira no decorrer da história da política de saúde nacional, adentrando e explicitando o significado do período da Ditadura Militar, onde o Estado usava da repressão, do descumprimento dos direitos políticos e afastamento de suas responsabilidades sociais na busca de promover o crescimento e desenvolvimento do capital. Neste cenário, surgiram movimentos sociais que, unidos e insatisfeitos, lutavam e formavam ideias contra as conturbações do Governo Ditatorial, surgindo neste meio o então Movimento da Reforma Sanitária, enquanto o mais significativo exemplo de organização popular que conquistou a garantia da inserção da saúde como direito constitucional.

Para a construção do capítulo II, segue o primeiro subtítulo com a apresentação das características da Política Nacional de Atenção Básica, trazendo desde o surgimento do Programa de Saúde da Família à inserção do NASF neste meio. No segundo subtítulo será apresentada a contribuição do serviço social para a atenção básica, quais os objetivos e desafios que são direcionados ao assistente social neste campo de trabalho.

O capítulo será concluído com um terceiro subtítulo que trará um breve aparato contendo algumas características específicas do Núcleo de Apoio à Saúde da Família da cidade de Sousa, sertão do estado da Paraíba, explicitando algumas informações e dificuldades enfrentadas no cotidiano das equipes.

2-PERCURSO METODOLÓGICO

Esta pesquisa foi realizada através de um levantamento bibliográfico e uma pesquisa documental. Para Lakatos (2010, p.166) a pesquisa bibliográfica:

abrange toda bibliografia já tornada pública em relação ao tema estudado, desde publicações avulsas, boletins, jornais, revistas, livros, pesquisas, monografias, teses, material cartográfico etc., até meios de comunicação oral: rádio, gravações em fita magnética em contato direto com tudo o que foi escrito, dito ou filmado sobre determinado assunto, inclusive conferências seguidas de debates que tenham sido transcritas por alguma forma, quer publicadas, quer gravadas.

A pesquisa bibliográfica foi realizada a partir das reflexões de autores como: Netto, Bravo, Escorel, Dias, Amaral. Foram ainda de tamanha importância para o seguimento desta pesquisa as referências disponibilizadas na Biblioteca de Atenção Básica do Ministério da Saúde.

Com o objetivo de embasar e contribuir com o aporte teórico, foi realizada uma pesquisa documental e segundo a qual “a fonte de coleta de dados está restrita a documentos, escritos ou não, constituindo o que se denomina de fontes primárias. Estas podem ser feitas no momento em que o fato ou fenômeno ocorre, ou depois” (LAKATOS, 2010, p.157).

Desse modo, foram realizadas duas visitas à instituição, a primeira para a solicitação de documentos locais do NASF Sousa para auxiliar na pesquisa documental, onde foi disponibilizado apenas um relatório com poucas informações, redigido pela coordenadora geral do NASF Sousa, entregue na segunda visita realizada. Além do relatório citado, foi utilizado para a pesquisa documental, o diário de campo, construído a partir das experiências vividas no cotidiano do estágio curricular realizado no período de março a outubro de 2013.

Convém salientar ainda que foi utilizado o método dialético, que segundo o qual:

as coisas não existem isoladas, destacadas umas das outras e independentes, mas como um todo unido, coerente. Tanto a natureza quanto à sociedade são compostas de objetos e fenômenos organicamente ligados entre si, dependendo uns dos outros e, ao mesmo tempo, condicionando-se reciprocamente (LAKATOS, 2010,p.83).

O método relata que as coisas não surgem independentemente, são o resultado da coerência de um todo, os fenômenos estão organizados entre si e trazem a formação tanto da natureza, quanto da própria sociedade, seguindo essa linha de pensamento que o trabalho foi formado, onde para chegar a constituição do NASF, foi exposto primeiramente um aparato com todos os fenômenos que levaram a constituição do SUS, o surgimento da política de atenção básica, trazendo em última instância o aparecimento do NASF e a inclusão do assistente social neste campo de trabalho.

3- A CONSTRUÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

A política de saúde no Brasil atualmente está fundamentada através do texto constitucional, onde traz escrito que a saúde é um direito garantido pelo Estado e tem a universalização de seu acesso, sendo disseminada para a população brasileira através do SUS, o Sistema Único de Saúde, que teve sua criação e implementação resultante de significativas lutas e da mobilização social em busca de transformar a saúde em um direito inerente à pessoa humana.

Neste capítulo inicial, será apresentado um aparato de elementos que trarão aspectos históricos, políticos e sociais que foram vivenciados pela população brasileira no decorrer da história da política de saúde nacional, adentrando e explicitando o significado do período da Ditadura Militar, onde “o Estado usava da repressão, descumprimento dos direitos políticos e afastamento de suas responsabilidades sociais na busca de promover o crescimento e desenvolvimento do capital.” Neste cenário, surgiram os movimentos sociais que unidos e insatisfeitos, lutavam e formavam ideias contra as conturbações do Governo Ditatorial, surgindo neste meio o então Movimento da Reforma Sanitária (Dias, 2012).

Pode-se afirmar, de acordo com Dias (2012), que tal movimento foi o mais significativo exemplo de organização popular que conquistou a garantia da inserção da saúde como direito constitucional. No decorrer do capítulo, será apresentada uma abordagem mais precisa sobre as lutas, propostas e conquistas desse movimento que surgiu frente à repressão do Estado no cenário da Ditadura Militar, trazendo como foco principal a luta pregada em busca da universalização do acesso à saúde pública no Brasil. Serão expostas ainda as principais características que formam o Sistema Único de Saúde, abordando a divisão dos níveis de atenção de saúde, a fim de facilitar a disseminação de seus serviços no atendimento a toda população brasileira.

3.1- TRAJETÓRIA DE IMPLANTAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Na década de 1930, o Estado passa a intervir na saúde, promovendo a formulação da política de saúde com caráter nacional, assim como as demais políticas sociais, a qual, segundo Bravo (2006) ,passa a ser dividida em dois subsetores: o de saúde pública e o de medicina previdenciária.

O subsetor de saúde pública foi trabalhado até meados dos anos 1960 e tinha como

suas características: a ênfase principalmente nas campanhas sanitárias, a interiorização das ações para as áreas de endemias rurais e a criação de serviços para combater as endemias. O subsetor de medicina previdenciária teve como marco de sua criação o surgimento dos IAPs (Institutos de Aposentadorias e Pensões), que foram criados para a substituição das CAPs (Caixas de Aposentadorias e Pensões), os quais surgiram em 1923. A orientação do modelo previdenciário era de caráter contencionista, contrariando o modelo abrangente dos CAPs. Nos IAPs houve uma redução da oferta de serviços prestados, no que se refere a inclusão de outras categorias profissionais. Para Oliveira e Teixeira (1986 apud BRAVO, 2006), um dos determinantes para a diminuição dos gastos foi o rápido crescimento dos assalariados urbanos.

A política de saúde apresentada a partir de 1930 veio a se consolidar no período de 1945 à 1964, no qual houveram aumentos significativos nos gastos com a previdência social relacionados à assistência médico-hospitalar. No ano de 1964, o país começava a vivenciar o período militar, tendo como marco inicial um golpe de Estado advindo dos militares durante o governo de João Goulart e, segundo Fausto (2006), os militares alegavam que esse regime foi instituído na intenção de restaurar a democracia no país, livrando-o da corrupção e do desenvolvimento do comunismo.

Para José Paulo Netto (2009, p.25) a ditadura militar foi:

A solução política que a força impôs: a força bateu no campo da democracia, estabelecendo um pacto contra-revolucionário e inaugurando o que Florestan Fernandes qualificou como um "padrão compósito e articulado de dominação burguesa". Seu significado imediatamente político e econômico foi óbvio: expressou a derrota das forças democráticas nacionais e populares: todavia o seu significado histórico-social era de maior fôlego: o que o golpe derrotou foi uma alternativa de desenvolvimento econômico e social e político que era virtualmente a reversão do já mencionado fio condutor da formação social brasileira.

A partir dessa citação podemos compreender o real interesse existente por trás da ditadura militar, que suspendia a participação popular democrática, usava do autoritarismo e da diminuição de direitos civis e sociais para o favorecimento da burguesia. A ditadura significou, para a sociedade brasileira em geral, a afirmação de uma tendência que buscava a transformação do país, dando-lhe um novo modelo econômico, social e político, mas que, ao invés de trazer a resolução dos grandes problemas estruturais, trouxe o aprofundamento destes, aumentando ainda mais suas dimensões.

Segundo Bravo (2006), nesse período, o Estado começou a intervir a partir do binômio repressão-assistência, onde usou da ampliação, burocratização e modernização da política assistencial pela máquina estatal, buscando o aumento de poder de regulação sobre a sociedade, com o objetivo de suavizar as tensões sociais e trazer a legitimidade do regime, como também servir de mecanismo de acumulação do capital.

Nos dois setores de saúde, a medicalização da vida social estava sendo imposta na busca de atender as necessidades capitalistas e, para isso, usava-se a incorporação de modificações tecnológicas ocorridas no exterior junto a política de saúde do Brasil na época, pois segundo BRAVO (2006) “a medicalização da vida social foi imposta tanto na saúde pública quanto na previdência social. O setor saúde precisava assumir as características capitalistas com a incorporação das modificações tecnológicas ocorridas no exterior”.

A saúde pública neste período foi desfavorecida, enquanto a medicina previdenciária obteve crescimento após a sua reestruturação, na qual foi implantada no país o modelo de privilegiamento do produtor privado, que, segundo Oliveira e Teixeira (1986 apud Bravo, 2001, p.07), era caracterizado pela:

Extensão da cobertura previdenciária de forma a abranger a quase totalidade da população urbana, os trabalhadores rurais, empregadas domésticas e trabalhadores autônomos; Ênfase na prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, e articulação do Estado com os interesses do capital internacional, via indústrias farmacêuticas e de equipamento hospitalar; Criação do complexo médico hospitalar.

O bloco de poder, instalado no aparelho estatal em 1964, usou de sua forte repressão para corromper os direitos da sociedade brasileira, que inconformada com a situação vivida, foi à luta na busca de uma reversão deste quadro e de conquistar de volta os direitos que o Estado lhe devia. fazendo surgir então nesse período, na história do Brasil, os conhecidos movimentos sociais (AMARAL, 2006).

Consensualmente, o conceito de movimentos sociais é entendido do ponto de vista da ação coletiva, objetivando interesses comuns, aproximando-se muitas vezes do entendimento de reivindicações políticas. Entretanto, nem toda ação coletiva necessariamente constitui-se como movimento social. Na perspectiva de Alan Touraine (1977), os movimentos sociais vinculam-se ao que nos referimos anteriormente- ação coletiva à luta por interesses, porém refere-se, ainda a alguns elementos que compoem seu entendimento sobre os movimentos sociais: a organização social e as mudanças nas esferas

social e cultural (AMARAL, 2006, p.90).

De acordo com a autora, os movimentos sociais são ações coletivas, formadas por grupos de pessoas em busca e em defesa de um mesmo ideal, indo à luta por conquistas nas esferas social e cultural. Segundo o CONASS (BRASIL, 2009), o conteúdo e a direção das lutas desses movimentos sociais, apesar de terem um ideal mais específico, dirigem-se diretamente ao Estado, buscando, além da ampliação dos espaços de participação e decisão política, a luta por reconhecimento de novos direitos pelo Estado.

Finalmente, movimentos sociais comunitários, compreendendo associações de moradores de bairros e favelas, movimentos de mulheres, sindicatos, igrejas e partidos políticos progressistas, denunciavam as autoridades e à sociedade civil a situação caótica da política de saúde pública e dos serviços previdenciários de atenção médica, exigindo soluções para os problemas criados pelo modelo de saúde do regime autoritário (LUZ, 1991, p.83-84).

Os movimentos sociais estavam voltados contra os serviços de saúde da época, onde a política de saúde, pregada pelo poder ditatorial estava a enfrentar uma crise estável entre o setor estatal e empresarial. As condições de saúde da população estavam cada vez mais críticas, segundo Luz (1991, p,84) "por causa de uma política concentradora, centralizadora, privatizante e ineficaz, sendo expressão do regime político autoritário. Nesse contexto, o Movimento de Reforma Sanitária no Brasil surge durante o governo do presidente ditador Ernesto Geisel, trazendo para a sociedade brasileira uma reformulação no modo de ver e pensar sobre a saúde, alterando teoricamente e ideologicamente as concepções de doença.

Segundo Bravo (2014), nasce a emergência do Movimento da Reforma Sanitária, no qual a saúde deixou de ser interesse exclusivo dos técnicos e passou a assumir uma dimensão política em que novos sujeitos sociais entravam em cena para discutir sobre as reais e atuais condições de vida da população brasileira, contribuindo para um amplo debate que permeou a sociedade civil.

O movimento da Reforma Sanitária, inicialmente representado pelos trabalhadores das áreas de saúde, resultou da mobilização de moradores de grandes cidades, estudantes, profissionais de saúde, professores universitários e funcionários. O CONASS (BRASIL, 2009), aponta que umas das características das bases sociais do chamado movimento

sanitário foi a participação dos sindicatos no mesmo, com exceção dos sindicatos de algumas categorias profissionais que se encontravam fragilizadas em razão da sua perda de importância relativa no mundo do trabalho.

Em meio a situação política instalada, representantes do Movimento Sanitário aos poucos conseguiram se inserir na burocracia estatal, possibilitando a apresentação de propostas que alcançassem partes da população que não tinha acesso aos serviços de saúde. Surgia, nesse momento, a aparição das primeiras propostas do Movimento da Reforma Sanitária, que desde seu início já pregava a luta para que os serviços de saúde tivessem seu acesso facilitado a todos que deles necessitassem (BRASIL, 2009).

A pressão sobre o modelo do sistema de saúde perdurou pela década de 1980 e, para Amaral (2006), o movimento pela reforma sanitária ficou cada vez mais fortalecido, ocupando todos os espaços de discussão em diferentes esferas e se articulando com outros movimentos sociais. Suas propostas fundamentavam-se na democratização do sistema que deveria ter caráter público, na participação popular, na descentralização e universalização dos serviços.

A partir de 1983, a sociedade civil organizada desceu as ruas para pedir, junto com um congresso firme e atuante, novas políticas sociais que pudessem assegurar plenos direitos de cidadania aos brasileiros, inclusive o direito à saúde, visto também como dever do Estado (LUZ, 1991, p.83-84).

A sociedade civil se organizou em um movimento e foi às ruas com o ideal de exigir que o Estado disponibilizasse novas políticas sociais que tivessem a capacidade de assegurar plenos direitos de cidadania aos brasileiros, que o Estado cumprisse sua responsabilidade quanto o direito à saúde por parte da população e que o congresso se tornasse forte e mantesse sua firme autoridade.

Com o fim do regime militar, as lideranças que organizavam o movimento sanitário conquistaram e avançaram em espaços de posições de representação, no âmbito das instituições gestoras das políticas de saúde. Nesse sentido, Amaral (2006) afirma que em 1986, foi convocada a 8ª Conferência Nacional de Saúde, um fato marcante para o processo da democratização da saúde no país.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, que reuniu cerca de 4.500 pessoas para discutir os rumos da saúde no país, teve eixos temáticos : Saúde como direito da cidadania,

Reformulação do Sistema Nacional de Saúde e Financiamento Setorial. Na Conferência, as propostas para a Reforma sanitária foram aprovadas e legitimadas pelos segmentos sociais representativos que se encontravam na mesma, bem como os defensores da Reforma Sanitária, que idealizavam a reformulação da Constituição Federal, decidiram pela expansão do setor público, sendo aprovada a criação de um sistema único de saúde (BRAVO, 2006).

Mesmo não sendo uma conquista fácil e passando por todo esse conturbado processo, a saúde foi determinada como direito de todos e dever do Estado, no ano de 1988, diante do processo constituinte e da promulgação da Constituição. A Reforma Sanitária foi incluída no capítulo da Seguridade Social, no qual a saúde, como aponta Bravo (2006), teve seus serviços integrados de forma regionalizada e hierárquica para a formação do sistema único. Na reformulação da constituição coube 5 artigos destinados à saúde, sendo eles do 196 ao 200.

A nova Constituição aprovou novos aspectos para a formação da política de saúde do país, dentre os quais, para Teixeira (ano1959 apud Bravo, 2014, p. 10), os principais foram:

O direito universal à saúde e o dever do Estado, acabando com a discriminação existentes entre segurado/não segurado, rural, urbano; As ações e serviços de saúde passaram a ser consideradas de relevância pública, cabendo ao poder público sua regulamentação, fiscalização e controle; Constituição do SUS, integrando todos os serviços públicos em uma rede hierarquizada, regionalizada, descentralizada e de atendimento integral, com participação da comunidade; A participação do setor privado no sistema de saúde deve ser complementar, preferencialmente com as entidades filantrópicas, sendo destinação de recursos públicos para subvenção às instituições com fins lucrativos; Proibição da comercialização de sangue e seus derivados.

Na Constituição Federal de 1988 foram promulgados os pilares conceituais e legais do SUS, o qual foi regulamentado pelas leis nº 8.080 e 8.142, do ano de 1990, nas quais, segundo Amaral (2006, p.92), verifica-se seus princípios de forma clara: “saúde como direito, universalidade, equidade, integralidade, resolutividade, intersetorialidade, humanização do atendimento e participação”. Este assunto será abordado de forma mais aprofundada no tópico a seguir.

3.2- SUS: O SISTEMA DE SAÚDE PÚBLICA DO BRASIL E A DISSEMINAÇÃO DE SEUS SERVIÇOS.

O SUS é um sistema formado pela união de instituições administradas pelos três níveis de governo, o Federal, os Estaduais e os Municipais, e com participação do setor privado para dar suporte em alguns serviços necessários que não estão disponibilizados na rede pública, como hospitais e laboratórios particulares, sendo esses serviços contratados e conveniados para o atendimento da população em união e tendo que seguir os princípios e diretrizes dos serviços públicos.(BRASIL, 2006)O sistema de organização do SUS é único para qualquer parte do território brasileiro e suas principais características são:

Deve atender a todos, de acordo com suas necessidades, independente de que a pessoa pague ou não Previdência Social e sem cobrar nada pelo atendimento; deve atuar de maneira integral, isto é, não deve ver a pessoa como um amontoado, mas como um todo, que faz parte de uma sociedade [...] deve ser descentralizado, ou seja, o poder de decisão deve ser daqueles que são responsáveis pela execução das ações, pois quanto mais perto do problema, mais chance tem de se acertar sobre a sua solução [...] deve ser racional, deve se organizar de maneira que sejam oferecidos ações e serviços de acordo com as necessidades da população [...] deve ser eficaz e eficiente, deve produzir resultados positivos quando as pessoas o procuram ou quando um problema se apresenta na comunidade; para tanto precisa ter qualidade [...] deve ser democrático, ou seja, deve assegurar o direito de participação de todos os segmentos envolvidos com o sistema [...] (ACURCIO, 2014, p.--).

Para obter maior eficácia na produção de saúde, ter uma melhor gestão de seus serviços no espaço regional e avançar em seu processo de efetivação, o Sistema Único de Saúde está organizado e dividido em redes de atenção à saúde que são:

Definidas como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado(.BRASIL 2010, p.07).

As redes de atenção à saúde têm como objetivo a promoção e integração sistemática de ações e serviços de saúde, com determinação de atenção contínua, integral,

de qualidade, responsável e humanizada, além de trazer a união do sistema em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária. Caracterizam-se pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção, onde o centro de comunicação é na Atenção Básica (Atenção Primária), tendo centralidade nas necessidades em saúde de uma população. Responsabilizam-se ainda pela atenção contínua e integral, trazendo cuidado multiprofissional e compartilhando objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos. São divididas em três: a atenção primária à saúde (atenção básica), a atenção secundária à saúde (média complexidade) e a atenção terciária à saúde (alta complexidade) (BRASIL,2009).

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas às populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações (BRASIL, 2009, p.34).

Conforme foi exposto, a atenção básica é constituída por um conjunto de ações de saúde, que utilizam tecnologias de elevada complexidade e uma baixa densidade e que devem resolver os agravos de saúde que surgem com maior frequência em determinados territórios. É a porta de entrada para o acesso aos demais níveis de atenção e tem responsabilidade de autossuficiência dos municípios, vindo seguida da Atenção Secundária à saúde ou média complexidade, que:

Compõe-se por ações e serviços que visam atender aos principais problemas de saúde e agravos da população, cuja prática clínica demande disponibilidade de profissionais especializados e o uso de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico. O gestor deve adotar critérios para a organização regionalizada das ações de média complexidade, considerando a necessidade de qualificação e especialização dos profissionais para o desenvolvimento das ações: os dados epidemiológicos de seu município; a correspondência entre a prática clínica e a capacidade resolutiva diagnóstica e terapêutica; a complexidade e o custo dos equipamentos; a abrangência recomendável para cada tipo de serviço; economias de escala e métodos e técnicas requeridas para a realização das ações (BRASIL, 2009, p.140).

Na atenção secundária a saúde, são disponíveis ações e serviços que visam atender problemas de saúde da população que necessitem de profissionais especializados em determinadas áreas e forneça recursos tecnológicos para diagnóstico e tratamento. A atenção de média complexidade está instituída pelo Decreto nº4.726, de 2003, que aprovou a estrutura de regulamentação do Ministério da saúde. Tem suas atribuições descritas no Artigo 12 da proposta de regimento interno da Secretaria de Assistência à Saúde. Os serviços que não são cobertos por este nível de atenção são encaminhados para o nível de Alta Complexidade, que é um:

Conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo objetivando propiciar a população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade). As principais áreas que compõem a alta complexidade do SUS, e que estão organizadas em “redes”, são assistência ao paciente portador de doença renal crônica (por meio dos procedimentos de diálise), assistência ao paciente oncológico; cirurgia cardiovascular; cirurgia vascular; cirurgia cardiovascular pediátrica; procedimentos da cardiologia intervencionista; procedimentos endovasculares extracardíacos; laboratório de eletrofisiologia; assistência em traumatologia-ortopedia; procedimentos de neurocirurgia; assistência em otologia; cirurgia de implante coclear [...] cirurgia reprodutiva; genética clínica; terapia nutricional; distrofia muscular progressiva; osteogênese imperfeita; fibrose cística e reprodução assistida (BRASIL, 2009, p.34).

O terceiro nível de complexidade é formado pelo conjunto de procedimentos, que envolvem alta tecnologia e requerem mais custos no contexto do SUS, dando suporte aos outros níveis de atenção e buscando oferecer para a população serviços de alta qualidade. Os procedimentos deste nível de saúde estão relacionados em tabela disponível pelo SUS, no setor do Sistema de Informação Hospitalar do SUS e também no Sistema de Informações Ambulatorial.

No entanto, é fundamental destacar que o SUS enfrenta diversas dificuldades que se tornaram bem conhecidas e publicizadas no nosso dia a dia, mas que não podem ser consideradas como um resultado generalizado de todo o sistema, pois muitos municípios que assumem, com responsabilidade, a saúde de seus cidadãos, respeitando a lei e investindo no setor com recursos próprios, conseguem oferecer para suas populações atendimentos de qualidade e dignidade. Dentre as principais dificuldades deste sistema, destacamos:

Muita gente não consegue ter acesso ao SUS, em algumas cidades, principalmente nos grandes centros, é longa a fila de espera para consultas, exames e cirurgias; Dependendo do local, é comum não haver vagas para internação, faltam médicos, pessoal, medicamentos e até insumos básicos. Também é grande a demora nos encaminhamentos e na marcação para serviços mais especializados; Muitas vezes os profissionais não estão preparados para atender bem a população, sem contar que as condições de trabalho e de remuneração são geralmente muito ruins. Isso também acontece nos planos de saúde, que remuneram mal os profissionais credenciados; O atendimento às emergências está longe de ser o adequado, principalmente às vítimas da violência e dos acidentes de trânsito; São precários os serviços de reabilitação, o atendimento aos idosos, a assistência em saúde mental e os serviços odontológicos: normalmente, são excluídos. Os idosos, por sua vez, sofrem com os altos preços das mensalidades; De acordo com pesquisas realizadas pelo Idec, em 2002, apenas 54% de 61 medicamentos básicos estavam disponibilizados em centros de saúde de 11 cidades. Outra pesquisa do Idec demonstrou que em alguns municípios os usuários precisam chegar de madrugada ou retornar várias vezes para marcar um exame preventivo (BRASIL, 2003, p.19).

De acordo com a citação, podemos perceber que nem todo mundo consegue atendimento no SUS, uma quebra do princípio da universalidade que está explícito na constituição. A dificuldade se torna mais significativa nos grandes centros urbanos, onde existem longas filas de espera para atendimentos da atenção básica e ainda mais dificuldades e demoras nos encaminhamentos para os serviços especializados. Ressaltamos o fato de que essas dificuldades e demoras pode ser consequência, muitas vezes, dos próprios profissionais, que por não terem boas condições de trabalho e estarem insatisfeitos com suas remunerações, não estão preparados para oferecer um atendimento de qualidade para a população.

Dando prosseguimento, o próximo capítulo apresentará alguns programas que foram criados pelo Ministério da saúde para atender a população na atenção básica e a inclusão do Assistente Social nesse nível de saúde através do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, com seus objetivos e funções próprios para este espaço de trabalho

4- O ASSISTENTE SOCIAL COMO PROFISSIONAL INSERIDO NA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA ATRAVÉS DO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA

A Atenção Básica, enquanto porta de entrada do SUS, atualmente é considerada de grande importância, ao ser consolidada como prioridade pelo Ministério da Saúde, como também pelo Governo Federal. Entre os seus desafios atuais, estão com maior destaque “o acesso e o acolhimento, a efetividade e a resolutividade das suas práticas, ao recrutamento, provimento e fixação de profissionais, à capacidade de gestão, coordenação do cuidado e de modo mais amplo, às suas bases de sustentação e legitimidade social” (BRASIL, 2011).

Dessa forma, passam a ser extremamente notáveis os avanços obtidos pela política de saúde, espaço em que o governo passou a intervir com um verdadeiro reforço na atenção básica, por meio da expansão do Programa Saúde da Família, a partir do crescimento das atividades desenvolvidas junto a Estratégia de Saúde da Família. Essa expansão foi aumentando cada vez mais seu grau de prioridade na agenda do Ministério da Saúde, fazendo com que, no ano de 2008, fossem instituídos os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) (BRASIL, 2011).

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família são formados por profissionais das mais diferentes áreas do conhecimento, inclusive de Serviço Social, os quais irão atuar conjuntamente com as Equipes de Saúde da Família, ou seja, o NASF não é uma porta de entrada para os usuários no sistema de saúde e sim vai atuar como apoio às ESF, tendo como função compartilhar e apoiar as práticas em saúde nos territórios onde as Equipes de Saúde da Família comandam.

Para a construção deste capítulo, segue o primeiro subtítulo com a apresentação das características da Política Nacional de Atenção Básica, trazendo desde o surgimento do Programa de Saúde da Família à inserção do NASF neste meio. É importante ressaltar que diante da precariedade de material, por se tratar de uma política nova, as reflexões referentes ao Núcleo foram em sua maioria provenientes do Caderno de Diretrizes do NASF do Ministério da Saúde (BRASIL, 2010).

No segundo momento será apresentada a contribuição do serviço social para a atenção básica, quais os objetivos e desafios são direcionados ao assistente social neste campo de trabalho.

Por fim, o capítulo será concluído com um breve aparato contendo algumas características específicas do Núcleo de Apoio à Saúde da Família da cidade de Sousa,

sertão do estado da Paraíba, explicitando algumas informações e dificuldades enfrentadas no cotidiano das equipes.

4.1- A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA COMO PORTA DE ENTRADA PARA O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A CONSTITUIÇÃO DO NASF

A política Nacional de Atenção Básica foi aprovada pela portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006 do Ministério da Saúde, que estabelece a revisão das diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, do Programa Saúde da Família (PSF) e do Programa Agentes Comunitários da Saúde (BRASIL, 2006).

A Atenção Básica possui caráter estruturante e estratégico, que dá a contrapartida para a constituição dos outros níveis de atenção à saúde, caracterizando-se pela sua capacidade de aproximação com o cotidiano das pessoas e seus grupos em cada território, sendo as Unidades Básicas de Saúde os serviços na área da saúde que possuem uma maior descentralização para a população. As equipes que formam a atenção básica são capazes de atuar realizando ações coletivas que orientem a promoção e prevenção de doenças e agravos à saúde no território, cuidando tanto de cada indivíduo isoladamente e como das famílias como um todo.

A atenção básica não é capaz de oferecer atenção integral de forma especial e isoladamente em todas as situações de vulnerabilidade à saúde, mas segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011, p.14):

Ela pode dar conta de grande parte dos problemas e necessidades de saúde das pessoas e grupos populacionais articulando diversos tipos de tecnologias desde que tenha variadas demandas/problemas/necessidades de saúde e de intervir nessas situações de forma resolutiva e abrangente.

É importante ressaltar que, mesmo a atenção básica não podendo atender e suprir todas as necessidades que demandam à saúde, a fim de apresentar resoluções, ser reconhecida e obter sua legitimidade, a atenção básica não deve cumprir apenas as necessidades de promoção e prevenção no nível coletivo, nem deve se restringir a cumprir apenas suas ações essenciais e de obrigatoriedade, realizando as consultas e os

procedimentos. A atenção básica deve fazer valer seu caráter de uma das principais portas de entrada do Sistema único de Saúde, sendo uma “porta aberta” com capacidade de responder de forma positiva a todos os usuários que a buscam, não podendo se tornar simplesmente um lugar burocrático e obrigatório de passagem para outros tipos de serviços (BRASIL, 2011).

As equipes de saúde da família, seus trabalhadores, tem que estar abertos para perceber as peculiaridades de cada situação que se apresenta, buscando agenciar os tipos de recursos e tecnologias (leve, leve-duras e duras) que ajudem a: aliviar o sofrimento, melhorar e prolongar a vida, evitar ou reduzir danos, (re)construir a autonomia, melhorar as condições de vida, favorecer a criação de vínculos positivos, diminuir o isolamento e abandono (BRASIL, 2011, p.15).

A capacidade de escuta deve ser ampliada na atenção básica, devendo conter um conjunto de condições que possam oferecer formas de lidar com o sofrimento em seus diferentes níveis de complexidade, doenças, demandas e necessidades, cumprindo assim seu caráter resolutivo. “Paradoxalmente aqui reside o desabafo e a beleza do trabalho na atenção básica e ao mesmo tempo, algumas chaves para sua efetivação e legitimidade na sociedade” (BRASIL, 2003, p.05).

Após décadas dedicadas exclusivamente à atenção hospitalar, advinda da medicina previdenciária, em que a alocação de recursos federais em estados e municípios se dava com base principalmente na produção de serviços e na capacidade instalada, os esforços, programas e investimentos públicos passaram a se concentrar na atenção básica, com a adoção do Programa de Saúde da Família (PSF), por meio de incentivos financeiros específicos e da criação de mecanismos de transferência de recursos federais calculados com base no número de habitantes de cada município (per capita)(SCOREL, 2007, p.184).

Em relação à Estratégia de Saúde da Família, esta tem como objetivo geral trazer sua contribuição para reorientar o modelo assistencial, a partir da atenção básica, conforme os princípios descritos pelo Sistema Único de Saúde, reinventando a dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde e definindo as responsabilidades entre os serviços de saúde e a população. Para atingir esse seu objetivo, a Equipe de Saúde da Família deve conhecer a realidade da população na qual ela está responsável, buscando o desenvolvimento de um planejamento em cada uma de suas fases, seja na programação, na execução ou na avaliação, descobrindo as características dos contextos de cada família e da vida em

comunidade (BRASIL, 2003).

Por sua vez, a Unidade de Saúde da Família se constitui no primeiro contato do usuário com o sistema de saúde. Nela se encontra a “porta de entrada” do sistema, que não deve ser apenas um local para triagem e encaminhamento dos casos para os serviços especializados. É necessário possuir em sua equipe profissionais capazes de assistir aos problemas mais comuns de saúde, compartilhando novos saberes que promovam a saúde e previnam as doenças em geral, ou seja, a Unidade de Saúde da Família é o novo centro de saúde reestruturado, que trabalha em uma nova lógica, tendo uma maior capacidade de dar respostas às necessidades básicas de saúde da população de sua área de abrangência (BRASIL, 2003).

É necessário promover a mudança de hábito e costumes alimentares, promover a atividade física e promover a higiene pessoal, do domicílio e do ambiente em geral. É preciso garantir água potável, vacinar animais, cuidar do destino do lixo e do esgotamento sanitário. Enfim há uma série de atividades individuais e coletivas, que precisam ser promovida e fomentada pela ESF em conjunto com a comunidade [...] A USF deve realizar uma assistência integral, contínua e de qualidade, desenvolvida por uma equipe multiprofissional na própria unidade e também nos domicílios e em locais comunitários, como escolas, creches, asilos, presídios e entre outros (BRASIL, 2003, p.13).

Podemos melhor compreender o papel das USF, comparando-as a um funil, onde apenas uma pequena parte dos casos precisam de encaminhamento para os serviços de especialidade. No entanto, mesmo nesses casos, as USF não devem apenas exercer a função de “porta de entrada”, visto que todo o plano terapêutico estará sob a responsabilidade de sua equipe, ainda que parte da realização desse plano seja feita em outros serviços mais especializados. As USF são encarregadas de manter um vínculo contínuo com cada usuário, tendo responsabilidade em guardar e repassar as referências necessárias, no contato com os outros serviços, encaminhando cada caso e os recebendo de volta caso haja a necessidade. Continuadamente deve atuar nos cuidados básicos (BRASIL,2011).

A implantação do Programa de Saúde da Família foi fundamental para a concretização da estratégia de atenção básica da política de saúde no Brasil . Onde na conferencia de Alma-Ata, já havia citado a doutrina de cuidados primários à saúde, como início para a necessária formulação das políticas de saúde no Brasil, “e seus princípios foram traduzidos no novo modelo de proteção social em saúde instituído com o SUS.

Contudo, uma política específica, nacional, de atenção primária para todo o país nunca havia sido formulada, ainda que diversas experiências localizadas tenham sido implementadas de modo disperso” (SCOREL, 2007, p.164).

A Atenção Básica dispõe de fundamentos para sua concretização, que são:

I- possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adscrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada, e em consonância com o princípio da equidade; II - efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços; III - desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado; IV - valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação; V - realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação; e VI - estimular a participação popular e o controle social (BRASIL, 2006, p.11).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), são definidas como áreas estratégicas para atuação em todo território brasileiro, com vista à operacionalização da atenção básica, o controle dos agravos da tuberculose, o controle da pressão arterial e a eliminação da hanseníase, o controle da diabetes mellitus, diminuir ou eliminar de vez os casos de desnutrição infantil, disponibilizar os cuidados necessários para a saúde da criança, da mulher, do idoso, disseminar os cuidados da saúde bucal e promover a saúde.

As equipes da atenção básica seguem seu próprio processo de trabalho, onde suas principais características são:

I- definição do território de atuação das UBS; II- programação e implementação das atividades, com a priorização de solução dos problemas de saúde mais freqüentes, considerando a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea; III - desenvolvimento de ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população e ampliar o controle social na defesa da qualidade de vida; IV- desenvolvimento de ações focalizadas sobre os grupos de risco e fatores de risco comportamentais, alimentares e/ou ambientais, com a finalidade de prevenir o aparecimento ou a manutenção de doenças e danos evitáveis; V-

assistência básica integral e contínua, organizada à população adscrita, com garantia de acesso ao apoio diagnóstico e laboratorial; VI- implementação das diretrizes da Política Nacional de Humanização, incluindo o acolhimento; VII- realização de primeiro atendimento às urgências médicas e odontológicas; VIII- participação das equipes no planejamento e na avaliação das ações; IX- desenvolvimento de ações intersetoriais, integrando projetos sociais e setores afins, voltados para a promoção da saúde; e X- apoio a estratégias de fortalecimento da gestão local e do controle social (BRASIL, 2006, p.18-19).

Cada membro que constitui as equipes de atenção básica tem suas atribuições específicas, as quais devem constar na normatização do município e do Distrito Federal de acordo com prioridades de responsabilidades das respectivas gestões e as prioridades nacionais e estaduais pactuadas.

Visando a reorganização da Atenção Básica no país, a estratégia de saúde da família deve:

I- ter caráter substitutivo em relação à rede de Atenção Básica tradicional nos territórios em que as Equipes Saúde da Família atuam; II- atuar no território, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, mantendo sempre postura pró-ativa frente aos problemas de saúde doença da população; III- desenvolver atividades de acordo com o planejamento e a programação realizados com base no diagnóstico situacional e tendo como foco a família e a comunidade; IV- buscar a integração com instituições e organizações sociais, em especial em sua área de abrangência, para o desenvolvimento de parcerias; e V- ser um espaço de construção de cidadania (BRASIL, 2006, p.20).

O processo de trabalho da Saúde da Família possuem características próprias, as quais: devem sempre atualizar o cadastro das famílias e de cada indivíduo, utilizando os dados de análise da situação de saúde, levando em conta as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território; definir precisamente território onde irão trabalhar com suas atuações, através do mapeamento e reconhecimento da área que lhe cabe; diagnosticar, programar e implementar as atividades com base em critérios dos riscos a saúde, dando prioridade na resolução dos agravos à saúde que aparecem com mais frequência; praticar o cuidado da família, através do conhecimento da estrutura e da funcionalidade das famílias, visando a proposta de intervenções que influenciem nos processos de saúde doença de todos que compõem a comunidade; trabalhar com a integração de áreas técnicas e profissionais de diferentes formações organizadas em equipes, formando um trabalho interdisciplinar; promover e desenvolver

ações intersetoriais, buscar parcerias com a intenção de integrar seus projetos sociais com os setores afins, para a promoção da saúde de acordo com as prioridades e sob a responsabilidade do governo municipal; valorizar os diversos saberes e práticas, na busca de abordar com integralidade e resolutividade, possibilitando a criação de vínculos de confiança com ética, respeito e compromisso; promover e estimular a participação da comunidade nos eventos que tratam sobre a temática do controle social, no planejamento, na execução e na avaliação das ações e acompanhar e também avaliar as ações implementadas com a intenção de readequar o processo de trabalho (BRASIL, 2006).

A portaria nº 2.488, de 21 de Outubro de 2011 do Ministério da Saúde, estabelece uma nova revisão das diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, aprovando a política Nacional de Atenção Básica e revisando a regulamentação de implantação e operacionalização vigentes.

Os serviços realizados pelas Estratégias de Saúde da Família são oferecidos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas, que são no mínimo um médico, um enfermeiro, um técnico em Enfermagem e pode contar com até no máximo 12 Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Há a preferência para um cirurgião-dentista e um técnico em saúde bucal (PARAÍBA, 2013).

Cada profissional além de ter suas atribuições específicas, seguem as atribuições em comum a todos o profissionais que constituem as Estratégias de Saúde da Família, sendo elas:

I - participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos, inclusive aqueles relativos ao trabalho, e da atualização contínua dessas informações, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local; II - realizar o cuidado em saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), quando necessário; III - realizar ações de atenção integral conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local; IV - garantir a integralidade da atenção por meio da realização de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e curativas; e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas e de vigilância à saúde; V - realizar busca ativa e notificação de doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local; VI - realizar a escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo (BRASIL, 2006, p.42).

Além dessas atribuições, todos os profissionais da Estratégia de Saúde da família também devem: ouvir as necessidades dos usuários em todas as suas ações, humanizando seu atendimento e proporcionando assim o nascimento de um vínculo; manter o cuidado continuado com a população que lhe pertence, mesmo se esta necessitar dos cuidados de outros serviços do sistema de saúde; a partir dos dados disponíveis, toda a equipe deve planejar e avaliar suas ações; promover a participação da população no controle social; registrar com qualidade suas atividades nos sistemas nacionais de informação da Atenção Básica; contribuir com a Educação permanente de sua equipe e realizar outras ações que são prioridades particulares locais.

Para que haja a consolidação e o aprimoramento da reorientação do modelo de atenção à saúde, promovida pela atenção básica, é necessário que exista um saber e um fazer em educação permanente, diretamente no momento da prática dos serviços de saúde, que deve ser uma educação constitutiva, qualificadora das práticas do cuidado, gestão e participação popular (BRASIL, 2010).

Vinculando os processos de educação permanente à estratégia de apoio institucional, as competências de gestão e de cuidado na atenção básica serão grandemente potencializadas, aumentando assim as alternativas para que os trabalhadores possam enfrentar suas dificuldades cotidianas. Assim, cada equipe, cada unidade de saúde e cada município devem demandar, propor e desenvolver ações da educação permanente de acordo com suas necessidades e no que for possível oferecer em comum a todas as equipes e todo o município (Ministério da Saúde, 2012)

A Educação Permanente em Saúde é proposta como uma nova forma de transformar os serviços, trabalhando com todos os indivíduos envolvidos com a saúde, oferecendo subsídios para que consigam resolver seus problemas e estabeleçam estratégias que amenizem as necessidades de sua comunidade. A EPS vem para aprimorar o método educacional em saúde, tendo o processo de trabalho como seu objeto de transformação, com o intuito de melhorar a qualidade dos serviços, visando alcançar equidade no cuidado, tornando-os mais qualificados para o atendimento das necessidades da população. Com este intuito, a Educação Permanente parte da reflexão sobre a realidade do serviço e das necessidades existentes, para então formular estratégias que ajudem a solucionar estes problemas (SILVA, 2010, P.13).

A Educação Permanente em Saúde é uma proposta político-pedagógica que requer uma constante análise do cotidiano de trabalho, onde, a partir da construção de espaços coletivos, será feita uma reflexão e avaliação das atividades executadas no cotidiano, tendo

o sujeito como objeto de transformação em seu processo de trabalho, orientado para a melhoria da qualidade da atenção à saúde. É uma proposta de responsabilidade conjunta das Secretarias Municipais de Saúde e das Secretarias Estaduais de Saúde.

No contexto na atenção primária, através das ESF, verifica-se um importante e significativo movimento de reorientação da atenção à saúde. Na busca de aumentar o apoio às Estratégias de Saúde da Família, ampliar sua abrangência, sua resolutividade, a territorialização, a regionalização e influenciar no aumento das ações da atenção primária à saúde, o Ministério da Saúde, mediante a portaria GM nº 154 de janeiro de 2008, criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família.

Um Nasf deve ser constituído por uma equipe, na qual profissionais de diferentes áreas de conhecimento atuam em conjunto com os profissionais das equipes de Saúde da Família, compartilhando e apoiando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das equipes de SF. Tal composição deve ser definida pelos próprios gestores municipais e as equipes de SF, mediante critérios de prioridades identificadas a partir das necessidades locais e da disponibilidade de profissionais de cada uma das diferentes ocupações (BRASIL. 2010, p.07).

As equipes que formam os Núcleos de Apoio à Saúde da Família são constituídas por profissionais de diferentes áreas do conhecimento que irão atuar conjuntamente no apoio as Equipes de Saúde da Família, ou seja, o NASF não é uma porta de entrada do sistema para os usuários e sim irá atuar como apoio as ESF, sua função é compartilhar e apoiar as práticas em saúde nos territórios onde as Equipes de Saúde da Família são responsáveis.

A portaria que regulamenta o NASF traz como pressupostos diversas políticas nacionais, como, por exemplo:

[...] de Atenção Básica; de Promoção da Saúde; de Integração da Pessoa com Deficiência; de Alimentação e Nutrição; de Saúde da Criança e do Adolescente; de Atenção Integral à Saúde da Mulher; de Práticas Integrativas e Complementares; de Assistência Farmacêutica; da Pessoa Idosa; de Saúde Mental; de Humanização em Saúde, além da Política Nacional de Assistência Social e da Saúde do Homem (BRASIL. 2010, p.10).

O NASF traz inovação, com o objetivo de dar apoio, ampliar e aperfeiçoar a atenção à saúde da Atenção Básica nas mais diversas políticas referentes à saúde e perpetuadas pelas Estratégias de Saúde da Família. Como requisitos, além do reconhecimento técnico, responsabilizam-se por números de Equipes de Saúde da Família já pré-determinados, desenvolvendo atividades complementares com as habilidades relacionadas ao paradigma da saúde na família. Atua conjuntamente nas ações intersetoriais e interdisciplinares de promoção, prevenção e reabilitação da saúde e cura, humanizando os serviços, promovendo também a integralidade e organização territorial dos serviços de saúde e a educação permanente (BRASIL, 2010).

A atenção primária à saúde passa por permanentes desafios, como a expansão progressiva de sua cobertura para a população e sua integração à rede assistencial, os quais são ligados ao aumento de sua resolutividade e sua capacidade de compartilhar e fazer a coordenação do cuidado. O NASF, por estar vinculado à saúde da família, é igualmente desafiado, devendo contribuir para aumentar a resolutividade e a efetividade na coordenação integrada do cuidado na Atenção Primária à Saúde. Assim, o NASF tem como missão apoiar e compartilhar as responsabilidades lançadas para a Atenção Primária à Saúde.

O trabalho no NASF solicita que a formação inicial e a educação permanente dos profissionais da saúde favoreçam o desenvolvimento de habilidades e competências para realizar um diagnóstico situacional das condições de vida e de saúde dos grupos sociais de um dado território, assim como para planejar intervenções em saúde capazes de enfrentar os determinantes do processo saúde-doença, prestar assistência e desenvolver ações educativas estimulando o auto-cuidado e emancipação(NASCIMENTO, 2010, P.94).

As propostas do NASF são melhores compreendidas a partir dos seus pressupostos, sendo o conhecimento, a gestão das equipes e a coordenação do cuidado. Em relação ao “conhecimento”, os profissionais do NASF se deparam com as situações que são demandadas pelas Equipes de Saúde da Família, onde devem identificar a problemática que prevalece em seu território e organizar as ofertas de suas ações para que possam suprir as necessidades da clientela que sua equipe é responsável, no contexto local.

Uma clientela predominantemente idosa, por exemplo, exige que a equipe desenvolva certa especialização nesse ciclo de vida. Uma grande clientela

dependente do uso de álcool e outras drogas exige a priorização de conhecimentos sobre processos sociais e subjetivos que auxiliem na sua abordagem individual e familiar (BRASIL, 2010, p.14).

Os profissionais do NASF, tendo um melhor conhecimento dos problemas particulares de seus usuários, podem aumentar a probabilidade de resolução e cura subsequente. O importante é que a equipe saiba o que é necessário para alcançar a solução desejada e se a atenção primária à saúde é capaz de se responsabilizar e disponibilizar o que for necessário.

Desta forma, será construída uma troca de práticas e saberes entre profissionais de áreas distintas, para juntos pensarem em soluções para as mais diversas problemáticas de seus usuários.

Na coordenação do cuidado, deve existir a coordenação dos casos, sendo considerada uma das características mais importantes da Atenção Primária à Saúde, pois possibilita, aos profissionais, uma definição clara de sua responsabilidade pelos cuidados na saúde do usuário. O primeiro contato com as famílias que é realizado na atenção básica, permite que os usuários não sejam vítimas de intervenções exageradas e desnecessárias, desarticuladas e desconhecidas por eles mesmos.

A coordenação de casos ocorre em três cenários: 1) Dentro do estabelecimento de Atenção Primária, quando os usuários são vistos por vários membros da equipe e as informações a respeito do usuário são geradas em diferentes lugares (por exemplo, laboratórios). 2) Com outros especialistas chamados para fornecer aconselhamento ou intervenções de curta duração. 3) Com outros especialistas que tratam de um usuário específico por um longo período de tempo, devido à presença de um distúrbio específico (BRASIL, 2010, p.15).

A equipe deve se responsabilizar em assumir o usuário, mesmo se esta não dominar totalmente os conhecimentos necessários para a resolução do problema de saúde apresentado. Essa é a coordenação do cuidado.

O Nasf tem a integralidade como a principal diretriz a ser aplicada, sendo ela compreendida em três sentidos:

(a) a abordagem integral do indivíduo levando em consideração seu contexto social, familiar e cultural e com garantia de cuidado longitudinal; (b) as práticas de saúde organizadas a partir da integração das ações de promoção, prevenção, reabilitação e cura; além de (c) a organização do sistema de saúde de forma a garantir o acesso às redes de atenção, conforme as necessidades de sua população (BRASIL, 2010, p.16).

Essa integralidade deve ser um processo em construção, sendo a Equipe de Saúde da Família um forte espaço para o crescimento dessa atenção integral. Desta forma, o Nasf deve atuar em conjunto com as Equipes de Saúde da Família, dando apoio para a concretização da integralidade e da resolutividade. Além da integralidade, o NASF deve atuar orientado por outros princípios e diretrizes, que provêm do processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família, como o território, a educação popular em saúde, a interdisciplinaridade, participação social, intersetorialidade, educação permanente em saúde, humanização e promoção da saúde.

Os termos da portaria nº154 do Ministério da Saúde definem a existência de duas modalidades de NASF: o NASF I deverá ter, em sua formação, no mínimo cinco profissionais, sendo eles com formação universitária, entre as categorias de: psicólogo, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico acupunturista, médico pediatra, médico psiquiatra e terapeuta ocupacional. Cada NASF deve ser vinculado a no mínimo oito e no máximo vinte Equipes de Saúde da Família, com exceção da Região Norte, que tem como o número mínimo cinco ESF. O NASF na modalidade 2 deverá ser constituído por no mínimo três profissionais, entre: psicólogo, assistente social, farmacêutico, educador físico, fisioterapeuta, nutricionista, terapeuta ocupacional e fonoaudiólogo.

Além disso, o processo de trabalho do NASF se organiza com foco nos territórios de sua responsabilidade, em união com as Estratégias de Saúde da Família que fazem parte de seu vínculo, dando prioridade às:

Ações clínicas compartilhadas, para uma intervenção interdisciplinar, com troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas, gerando experiência para ambos os profissionais envolvidos. Intervenções específicas do profissional do Nasf com os usuários e/ou famílias, com discussão e negociação a priori com os profissionais da equipe de SF responsáveis pelo caso, de forma que o atendimento individualizado pelo Nasf se dê apenas em situações extremamente necessárias e, quando ocorrer, continuar mantendo contato com a equipe de SF, que não se descomprometeria com o caso, ao contrário, procuraria redefinir um padrão de seguimento complementar e compatível ao cuidado oferecido pelo Nasf

diretamente ao usuário, ou à família ou à comunidade. Ações compartilhadas nos territórios de sua responsabilidade desenvolvidas de forma articulada com as equipes de SF. E outros setores como o desenvolvimento do projeto de saúde no território, planejamentos, reuniões, apoio aos grupos, trabalhos educativos, de inclusão social, enfrentamento da violência, ações junto aos equipamentos públicos, como escolas, creches, igrejas, pastorais etc (BRASIL, 2010, p.20-21).

Outro motivo da necessidade organização em conjunto das ações entre NASF e ESF é o compartilhamento dos saberes, capacitação e responsabilidade entre ambas as partes, para que todos os profissionais envolvidos tenham uma experiência adquirida de outras áreas. As intervenções específicas dos profissionais do NASF, direcionadas para os usuários, deverão ser discutidas primeiramente com os profissionais da Estratégia de Saúde da Família, que possuem maior conhecimento sobre o caso, e os atendimentos individuais por parte do NASF ocorrerão em caso de extrema necessidade, devendo a Equipe de Saúde da Família ser informada, bem como contribuir com sua participação.

O Nasf mesmo sendo constituído por profissionais de diferentes áreas, possui atribuições comuns a todos os membros de sua equipe, devendo estes trabalhar na: identificação das atividades, das ações e das práticas que serão adotadas em cada uma das áreas cobertas; identificação do grupo que terá prioridade em cada uma de suas ações; ter uma atuação integrada e planejada, para atender os casos de acordo com critérios previamente estabelecidos; acolher os usuários e dar uma atenção humanizada; desenvolver ações que se integrem as demais políticas sociais, como a educação, esporte, cultura, trabalho, lazer, entre outras; promover uma gestão integrada e incentivar os usuários a participarem das reuniões para decisões com os Conselhos Locais e/ou Municipais de Saúde; elaborar estratégias para divulgar as ações do NASF, seja por meio de cartazes, jornais, faixas e outros veículos que transmitam informação; avaliar o desenvolvimento e a implementação das ações, tendo base no impacto causado sobre a situação de saúde; elaborar e divulgar materiais que apresentem informações das áreas de atuação do NASF; entre outras (BRASIL, 2010).

Dentre as dificuldades que estão sendo identificadas no processo de trabalho do NASF está a formação dos profissionais que não atende às necessidades do SUS, muito menos da Atenção Básica. O distanciamento dos serviços na formulação das propostas pedagógicas para formação inicial, assim como a iniciativa crescente de educação à distância na pósgraduação, não contempla questões tão singulares como vínculo, acolhimento, escuta e o próprio trabalho em equipe, indispensáveis para a proposta do NASF (NASCIMENTO, 2010, P.95).

A atuação do Nasf, deve trabalhar com estratégias de integração às equipes de saúde da família, ao adentrar nas Estratégias de Saúde da Família, primeiramente deve ir ao encontro de estabelecer certo vínculo de confiança com os profissionais, integrando-se ao cotidiano das equipes para que possa desenvolver seu trabalho. As duas equipes unidas devem debater suas ideias entre seus componentes, desenvolvendo a capacidade de criação e a consciência crítica, proporcionando o verdadeiro vínculo dos profissionais no espaço interdisciplinar, tornando suas práticas mais humanizadas e ficando notável que com o seu apoio os usuários alcançam conquistas e mudanças no contexto das condições adversas que estão inseridos (BRASIL, 2010).

4.2- OS OBJETIVOS DO ASSISTENTE SOCIAL COMO PROFISSIONAL INSERIDO NO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA

Imaginar uma atuação de competência e criticidade do Serviço Social na área da Saúde consiste em articular suas ações e seu olhar junto ao conjunto de usuários que formam o movimento pela luta da efetivação do SUS; o profissional deve viabilizar o acesso de todos os usuários que procuram os serviços na instituição, de forma criativa e mantendo seu compromisso, deve romper com os arranjos que descaracterizam a originalidade do SUS proposto nas ações advindas das esferas de governos. O assistente social deve atuar juntamente com outros profissionais da saúde para trazer a construção e efetivação de espaços que garantam a participação dos usuários e dos profissionais da saúde na tomada das decisões, deve também elaborar e participar do acompanhamento da educação permanente, buscando assessoria e sistematizando o trabalho desenvolvido, deve manter sua atenção sobre as investigações aos temas relacionados à saúde, participar dos movimentos sociais e dos conselhos, contribuindo e incentivando que os sujeitos sociais “participem da formulação, fiscalização e gestão das políticas de saúde, visando o aprofundamento dos direitos conquistados” (CFESS, 2009 p.15).

Como já foi dito no decorrer deste capítulo, a Estratégia de Saúde da Família tem a integralidade como princípio norteador, implicando na abordagem do indivíduo e da comunidade em que este vive, a partir de uma visão abrangente que leve em conta os fatores sociais, culturais e econômicos. Nesta visão, cabe às Equipes de Saúde na Família buscar as possíveis soluções para cada problema individual, como também para os problemas coletivos e socioculturais de todas as pessoas que constituem a comunidade que cada equipe se responsabiliza.

As ESF apresentam na maioria de suas demandas, uma caráter sócio-assistencial e emergencial, caracterizadas pela vulnerabilidade e risco social, as quais refletem a realidade que se encontram as condições de vida dos usuários,” e se apresentam através do desemprego e subemprego, ausência de local de moradia, violência urbana, violência doméstica, acidentes de trabalho e abandono do usuário principalmente os idosos” (MEDEIROS, 2012,p.67-68).

Os profissionais das Estratégias de Saúde da Família se deparam com as mais extremas expressões da exclusão social e, sobretudo com a ausência da ação dos direitos humanos e sociais. É de grande importância a participação social de diferentes forças no âmbito da saúde, para que se fortaleça a luta do projeto democrático na busca pela execução dos preceitos constitucionais que traz a saúde como direito do cidadão e dever do Estado. É nesse âmbito que se torna fundamental a inclusão do profissional do Serviço Social nas equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, estando essa atuação em consonância com os projetos éticos e políticos da profissão e do projeto da Reforma Sanitária.

A inserção dos assistentes sociais nos serviços de saúde é mediada pelo reconhecimento social da profissão e por um conjunto de necessidades que se definem e redefinem a partir das condições históricas sob as quais a saúde pública se desenvolveu no Brasil. A implementação do SUS, a partir dos anos 1990, vai exigir novas formas de organização do trabalho em saúde, a partir das reivindicações históricas do movimento sanitário que são exemplos a universalização, a descentralização e a participação popular (CFESS, 2009, p.21).

A portaria 154 do Ministério da Saúde, que regulamenta a criação do NASF, prevê a necessidade da inclusão do assistente social na equipe, onde:

As ações de serviço social deverão se situar como espaço de promoção da cidadania e de produção de estratégias que fomentem e fortaleçam redes de suporte social, propiciando maior integração entre serviços sociais e outros equipamentos públicos e os serviços de saúde nos territórios adscritos, contribuindo para o desenvolvimento de ações intersetoriais que visem ao fortalecimento da cidadania. Assim, a estruturação de uma área estratégica do serviço social no Nasf deve partir da compreensão de que o direito à saúde se faz pela promoção da cidadania e suas ações junto às equipes de SF deveriam voltar-se para articulações intersetoriais, educação e mobilização em saúde e formação de redes de proteção social (BRASIL, 2010, p.88).

O Serviço Social estrategicamente se constrói no espaço do território, onde se encontram a comunidade, as famílias, os indivíduos, os equipamentos sociais tanto públicos quanto privados, os representantes do poder local e uma imensidade de elementos que tornam o território um espaço vivo e dinâmico.

O trabalho dos Assistentes Sociais nas Equipes de Saúde da Família possibilita que os profissionais definam as suas competências e as entendam como parte de um conjunto formado por saberes mais amplos que vão se complementando a partir da interlocução e da vivência cotidiana com a população e com as diversas categorias profissionais para que seu modelo de atuação seja efetivado como promotor da saúde e da cidadania (BRASIL, 2010).

O assistente social, ao participar de trabalho em equipe na saúde, dispõe de ângulos particulares de observação na interpretação das condições de saúde do usuário e uma competência também distinta para o encaminhamento das ações, que o diferencia do médico, do enfermeiro, do nutricionista e dos demais trabalhadores que atuam na saúde (CFESS, 2009, p.23).

O território como o lugar dos acontecimentos sociais tem uma importante e elevada contribuição para a compreensão do processo saúde-doença. Desta forma, para que se possa oferecer serviços de saúde ou para que se promova a saúde junto a população, é importante que se considere, que se conheça e se comunique com o território, o local onde se vive a população com quem se trabalha. O território da saúde da família ganha seu espaço e se torna um campo privilegiado para o encontro das ações públicas municipais.

São exigidas que os profissionais da saúde tenham competências nas dimensões técnicas, humanas, políticas e sociais, sendo mais exigida a habilidade de sua comunicação, a fim de que possa realizar uma escuta qualificada, propiciando o contato entre a comunidade e os profissionais dos serviços, sendo capaz de articular as redes sociais comunitárias, devendo também fortalecer a parceria entre as equipes, as comunidades e as outras políticas públicas setoriais. O profissional também deve mediar qualquer conflito que venha a existir entre usuários e equipes de saúde e até mesmo entre os próprios integrantes da equipe, a partir de fundamentos baseados no compromisso profissional, na ética, no respeito as crenças e à cultura local (BRASIL, 2010).

O Assistente Social, unido às demais categorias profissionais, conduz seu trabalho no sentido de compreender, intervir, antecipar e planejar projetos, sociais ou terapêuticos,

indo além da dimensão biomédica. Compõe assim sua prática na integralidade, com apoio na intersetorialidade e na interdisciplinaridade, trazendo uma atuação inovadora e diferenciada do assistente social no âmbito da saúde (BRASIL, 2010).

As atribuições e competências das(os) profissionais de Serviço Social, sejam aquelas realizadas na saúde ou em outro espaço sócio-ocupacional, são orientadas e norteadas por direitos e deveres constantes no Código de Ética Profissional e na Lei de Regulamentação da Profissão, que devem ser observados e respeitados, tanto pelas(os) profissionais, quanto pelas instituições empregadoras. No que se refere aos direitos das(os) assistentes sociais, o artigo 2º do Código de Ética assegura: a) garantia e defesa de suas atribuições e prerrogativas, estabelecidas na Lei de Regulamentação da Profissão e dos princípios firmados neste Código; b) livre exercício das atividades inerentes à profissão; c) participação na elaboração e gerenciamento das políticas sociais, e na formulação e implementação de programas sociais; d) inviolabilidade do local de trabalho e respectivos arquivos e documentação, garantindo o sigilo profissional; e) desagravo público por ofensa que atinja a sua honra profissional; f) aprimoramento profissional de forma contínua, colocando-o a serviço dos princípios deste Código; g) pronunciamento em matéria de sua especialidade, sobretudo quando se tratar de assuntos de interesse da população; h) ampla autonomia no exercício da profissão, não sendo obrigado a prestar serviços profissionais incompatíveis com as suas atribuições, cargos ou funções; i) liberdade na realização de seus estudos e pesquisas, resguardados os direitos de participação de indivíduos ou grupos envolvidos em seus trabalhos. No que se refere aos deveres profissionais, o artigo 3º do Código de Ética estabelece: a) desempenhar suas atividades profissionais, com eficiência e responsabilidade, observando a Legislação em vigor; b) utilizar seu número de registro no Conselho Regional no exercício da profissão; c) abster-se, no exercício da profissão, de práticas que caracterizem a censura, o cerceamento da liberdade, o policiamento dos comportamentos, denunciando sua ocorrência aos órgãos competentes (CFESS, 2009,p.16).

O Assistente Social do NASF deve trabalhar para que seus objetivos sejam ajustados às diversas realidades encontradas nos ambientes que ocorrem suas práticas, sendo seus objetivos variados e numerosos. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010), o Assistente Social do NASF tem os objetivos de desenvolver atividades que possam garantir a escuta e a acolhida dos usuários, dar contribuição para que os usuários possam fortalecer sua autonomia e sua organização pessoal, dar apoio para que os usuários possam construir e ressignificar seu projeto de vida, comandar grupos para a troca de experiências e construir redes de apoio, possibilitando a construção de relações humanizadoras e socializadoras. Tem ainda o objetivo de desenvolver, junto com a equipe, ações que integrem a atenção à saúde com outras políticas públicas, integrar todos os membros da equipe de trabalho, produzir conhecimento através da população atendida na área da saúde, pesquisa e a especificidade do serviço social, entre outros.

A portaria que prevê a criação desses objetivos, também cria o detalhamento das ações que deverão ser executadas pelo Assistente Social do NASF, as quais não devem ser consideradas como exclusivas e sendo realizadas unicamente pelo profissional do serviço social. Essas ações são o resultado da interação com todos os profissionais na sua interface com a área estratégica do serviço social. Ainda em relação às ações, os profissionais devem coordenar os trabalhos de caráter social ligados às equipes de Saúde da Família; acompanhar o desenvolvimento dos trabalhos comunitários em parceria com as equipes de SF; sempre trazer a discussão sobre a realidade social e das alternativas para a organização social dos territórios juntos às equipes de SF; atender integralmente às famílias, estimulando a reflexão sobre o conhecimento destas através de espaços de desenvolvimento individual ou grupal; identificar os valores e normas culturais que contribuem para o adoecimento dos indivíduos dos territórios; desenvolver técnicas para qualificar suas ações nas visitas domiciliares, como também:

Possibilitar e compartilhar técnicas que identifiquem oportunidades de geração de renda e desenvolvimento sustentável na comunidade ou de estratégias que propiciem o exercício da cidadania em sua plenitude, com as equipes de SF e a comunidade; Identificar, articular e disponibilizar, junto às equipes de SF, rede de proteção social; Apoiar e desenvolver técnicas de educação e mobilização em saúde; Desenvolver junto com os profissionais das equipes de SF estratégias para identificar e abordar problemas vinculados à violência, ao abuso de álcool e a outras drogas; Estimular e acompanhar as ações de controle social em conjunto com as equipes de SF; Capacitar, orientar e organizar, junto com as equipes de SF, o acompanhamento das famílias do Programa Bolsa-Família e outros programas federais e estaduais de distribuição de renda; No âmbito do serviço social, identificar e buscar as condições necessárias para a atenção domiciliar (BRASIL, 2010, p.91).

Dentre os objetivos propostos para o Serviço Social no processo de trabalho em Saúde da Família, são apresentadas algumas estratégias metodológicas que estão dialeticamente articuladas e relacionam-se diretamente com as demandas de cada realidade, para cada momento histórico e para um agir crítico e reflexivo. Fazem parte dessas ações do serviço social: a abordagem grupal, a abordagem familiar, a abordagem individual, a abordagem de rede social, as visitas domiciliares, as visitas institucionais, o estudo social e os grupos de convivência. Tomamos como referência o Caderno das Diretrizes do NASF do Ministério da Saúde (BRASIL, 2010) para explicitar cada uma dessas estratégias metodológicas.

A abordagem grupal consiste no atendimento a grupos de usuários com uma demanda

comum. Através da escuta ativa do grupo é feita a problematização e sensibilização e os indivíduos são esclarecidos quanto à legislação e às condições de inclusões em projetos, programas e serviços sociais e de saúde. É uma importante estratégia na potencialização da atuação da equipe que tem a função de viabilizar a demanda apresentada.

Na abordagem familiar será feita a escuta ativa da família, para a discussão do problema junto ao profissional, na tentativa de uma mediação de conflitos. Tem como objetivo a sensibilização e a negociação para que seja elaborado o plano de cuidados e se realize, quando houver a necessidade, o encaminhamento para outras redes assistenciais de saúde ou para uma rede intersetorial.

Na abordagem individual a escuta é feita diretamente com o usuário, para a identificação do problema que lhe aflige. O profissional vai informar e deixar claro o que pode ser feito pela demanda individual identificada, com vista à sensibilização, a participação no auto cuidado e caso necessite, deverá ser feito o encaminhamento para outras redes de atenção à saúde ou uma rede intersetorial.

Pode ter caráter apenas eventual, em caso de necessidades ditadas pela realidade de cada indivíduo ou família. São levantados dados que fazem parte da história de vida do usuário, vínculos familiares e sociais, ocupação, renda, educação, saúde, entre outras, informações que subsidiam a construção do projeto terapêutico com o usuário, de seu projeto de vida. Ao se buscar conhecer a história de vida dos usuários, deve ser privilegiada não meramente uma reconstituição cronológica, mas a história deles, a partir de fatos significativos, contextualizados (BRASIL, 2010, p.92).

Nesse sentido, o indivíduo poderá ter um retorno ao seu passado através de sucessivas reflexões, aprofundando-se e libertando-se de suas limitações. Para que esse processo se realize é necessário que se estabeleçam vínculos em um ambiente de confiança e respeito pelos sujeitos, construindo um diálogo e reflexão.

A visita domiciliar tem caráter eventual e é realizada quando necessidades concretas forem constatadas. É de suma importância na construção do instrumento da prática da promoção, prevenção e assistência a saúde. A visita domiciliar deve ser uma ação planejada e executada em união com as Equipes de Saúde da Família, onde serão feitas observações das condições de vida dos usuários, com a importância de apreender seu modo de vida expresso no cotidiano de sua vivência familiar, comunitária, no seu ambiente de trabalho e o que essas reações significam para esses indivíduos.

Nos grupos educativos e/ou de convivência, a organização pode ser realizada em forma de oficinas educativas para o debate de temáticas relativas ao processo saúde-doença, à cidadania e ao desenvolvimento pessoal e social (BRASIL, 2010).

As visitas institucionais visam fortalecer a articulação das parcerias, realizar planejamento e a avaliação de ações intersetoriais e interinstitucionais, na busca da viabilização dos processos de encaminhamento dos usuários na sua inclusão na rede de serviço e de proteção social.

No estudo social, o serviço social deve atuar também na articulação e no fortalecimento das ações intersetoriais e interdisciplinares, através da mobilização da equipe e de parcerias para a discussão tanto das situações individuais quanto das situações familiares que apresentem maior vulnerabilidade. De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010, p.93):

O estudo social é importante instrumento utilizado para conhecimento e análise dessas situações. Com foco na análise de prontuários, na escuta da equipe, dos parceiros, da família e do usuário para a identificação das necessidades e nós críticos, esse momento viabiliza a construção coletiva de projetos terapêuticos, bem como a divisão e ajuste de tarefas, encaminhamentos e avaliação de resultados.

Nas ações de aperfeiçoamento, formação e produção de conhecimento, os profissionais participam de eventos, fóruns, seminários, conferências, grupos de estudo e pesquisa, na busca de se aperfeiçoarem e produzirem conhecimentos que venham a contribuir na sistematização de sua prática cotidiana, na formulação de políticas públicas e no fortalecimento das políticas sociais.

Convém salientar, também, a importância da intervenção coletiva, enquanto a busca pela união de um conjunto de ações junto aos movimentos sociais, com o objetivo de resultar na socialização da informação, mobilização e organização popular. Faz parte da intervenção profissional nos espaços de controle social a mobilização e assessoria para a contribuição no processo da democratização da política de saúde.

Entende-se por planejamento e gestão, o conjunto de ações realizadas pelos profissionais da Saúde da Família, o NASF e também as Estratégias de Saúde da Família, que incluem a participação da comunidade no processo da organização do trabalho na saúde, com a intenção de consolidar a gestão democrática e participativa do SUS.

1. Desenvolver coletivamente, com vistas à intersectorialidade, ações que se integrem a outras políticas sociais (educação, esporte, cultura, segurança, trabalho, lazer); 2. Estreitar a relação entre integralidade da atenção e equidade no acesso às ações e serviços de saúde, de modo que as parcerias com as instâncias e espaços públicos sejam no sentido explícito de diminuir as desigualdades sociais; 3. Promover a gestão integrada e a participação dos usuários nas decisões, por meio de organização participativa com os Conselhos Locais e/ou Municipais de Saúde; 4. Em parceria com outros profissionais do Nasf, colaborar para a identificação dos valores e normas das famílias e da comunidade que contribuem tanto para o processo de adoecimento, quanto para o processo de cura; 5. Em parceria com outros apoiadores das equipes de saúde, colaborar para a mobilização da comunidade em torno de demandas de transformação do espaço social. 6. Em parceria com os demais apoiadores, promover espaços de educação permanente abordando: família, valores, violência doméstica, dependência, entre outros; 7. Tendo em vista os desafios impostos na atuação interdisciplinar previstas na proposta do Nasf, considera-se mister a criação de espaços, no ambiente de trabalho, que possibilitem a discussão e reflexão conjunta dos processos de trabalho das equipes de Saúde da Família e do Nasf, de modo a subsidiar e propiciar avanços efetivos, considerando as especificidades locais, das equipes e dos usuários (BRASIL, 2010, p.95).

O Serviço Social apresenta importante contribuição para o Núcleo de Apoio à Saúde da Família, no qual é capaz de articular e formular estratégias que possam reforçar e criar experiências nos serviços de saúde para a efetivação do direito à saúde e a consolidação da cidadania.

O assistente social pode dispor de um discurso de compromisso ético-político com a população, mas se não tiver uma análise das condições concretas pode reeditar programas e projetos alheios às necessidades dos usuários. O profissional precisa romper com a prática rotineira, acrítica e burocrática, procurando buscar a investigação da realidade a que estão submetidos os usuários dos serviços de saúde e a reorganização da sua atuação, tendo em vista as condições de vida dos mesmos e os referenciais teóricos e políticos hegemônicos na profissão, previstos na sua legislação, e no projeto de Reforma Sanitária (CFESS, 2009, p.37-38).

Para uma reflexão sobre o trabalho do Assistente Social nesse novo espaço de trabalho, deve ser levado em consideração que o profissional não deve ser analisado isoladamente, vem a necessidade de uma análise do contexto socioeconômico e político, se as propostas de efetivação do NASF são efetivadas, como é o trabalho das diferentes ESF que o NASF e as características apresentadas por cada comunidade atendida, que mesmo

tendo igualmente precárias condições de vida e pertencerem a um mesmo território, possuem características exclusivas. Dessa forma para se relatar como se dá a atuação do Assistente Social no cotidiano de trabalho no NASF, devem ser consideradas essas características exclusivas e locais, que trazem a mudança do quadro de ações dos profissionais que não irão desenvolver exatamente sempre as mesmas atividades, dependem das dinâmicas locais. Ao se inserir nas equipes do NASF, os profissionais do serviço social vão se aproximando da dinâmica das atividades desenvolvidas pelas equipes, propondo ações e participando das atividades junto as equipes. Para a inclusão e realização de suas ideias é necessário que haja todo um planejamento, parcerias com as redes sejam estabelecidas e sejam formados vínculos de cumplicidade entre ESF e equipe do NASF, que os profissionais se disponibilizem a trabalhar em conjunto e desenvolver temas que se encaixem com as demandas identificadas. Devem trabalhar no seu cotidiano para o fortalecimento das diretrizes impostas para o trabalho do NASF (MEDEIROS, 2012).

Ao trabalhar com as mais diversas expressões da questão social em seu cotidiano, os profissionais passam pelo desafio de encaixar seus diferentes olhares lançados na busca de encontrar uma solução para a realidade e, através de sua visão crítica, estabelecer estratégias para suas ações profissionais, sendo criativo e inovador, complementando-se na troca de experiências com as outras categorias profissionais em seu cotidiano de trabalho e com os outros sujeitos envolvidos. A intervenção do assistente social aponta a existência da necessidade de uma sólida base de conhecimentos, que encontre apoio em uma direção política consistente que possibilite o desvendamento das tramas conjunturais e as forças sociais presentes.

4.3- A POLÍTICA DA ATENÇÃO BÁSICA NO SERTÃO PARAIBANO: CONSIDERAÇÕES SOBRE O NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA DA CIDADE DE SOUSA-PARAÍBA

As informações apresentadas foram retiradas do relatório escrito pela coordenadora geral das equipes do NASF no município de Sousa-PB e do diário de campo construído a partir do cotidiano no campo de estágio. Tal material traz importantes informações para o conhecimento desta instituição, tendo em vista a dificuldade em relatar e expor os fatos relacionados as características locais do NASF Sousa, diante da escassez de bibliografias e documentos sobre a mesma.

O município de Sousa/PB atualmente conta com três equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família da modalidade I, implantado no ano de 2009 e localizado no prédio da Secretaria Municipal de Saúde, na Rua Cônego José Viana, Bairro Estação nesta cidade. O

valor de incentivo federal dos três Núcleos é de R\$ 20.000,00 mensais, repassados diretamente do Fundo Nacional de Saúde ao Fundo Municipal de Saúde. Cada equipe do Nasf I, II e III é constituída por 1 farmacêutico, 1 fisioterapeuta, 1 assistente social, reveesando entre as equipes os 2 educadores físicos e os 2 nutricionistas, existentes para atender as demandas das três equipes. As principais áreas de atuação do NASF Sousa, segundo o relatório, são:

- Atividades físicas/ práticas corporais;
- Ações de práticas integrativas e complementares;
- Ações de reabilitação;
- Ações de alimentação e nutrição;
- Ações de serviço social;
- Ações de assistência farmacêutica.

O NASF, por ser um núcleo implantado há pouco tempo no município, é ainda desconhecido em meio a algumas Equipes de Saúde da Família e também por grande parte dos usuários, os quais, por falta de entendimento, demonstram um certo desinteresse pelas ações de promoção à saúde executadas. Segundo o relatório, o NASF enfrenta diversas dificuldades para seu reconhecimento e as Equipes de Saúde da Família contribuem para este resultado, quando tratam os profissionais do Núcleo com desmerecimento trazendo de alguma forma a ideia de que o NASF não contribui ou que suas ações não são necessárias dentre os serviços da atenção básica. Esse fator dificulta a união e o apoio entre as equipes, o que está descrito e previsto no Caderno de Diretrizes do Ministério da Saúde. Conforme já foi exposto anteriormente, a atuação do NASF consiste exatamente nesse apoio e suporte à Equipe de Saúde da Família, logo, a partir desse relato, verifica-se a inviabilidade da execução dos objetivos dos profissionais desse Núcleo no município de Sousa. Desse modo, a equipe multiprofissional do NASF enfrenta diversos empecilhos para que obtenham o sucesso de suas ações em meio à população.

As principais atividades desempenhadas pela equipe, segundo as anotações e

experiências do campo de estágio foram:

- Visitas domiciliares para conhecer a situação de vulnerabilidade desse usuário, na tentativa de acompanhá-lo e encaminhá-lo de forma adequada para os serviços apontados no plano de cuidados;
- Visitas aos PSF com o intuito de formar grupos para serem trabalhados;
- Visitas aos abrigos dos idosos para a execução de atividades físicas e de lazer e para também conhecer a situação de vulnerabilidade do idoso na tentativa de acompanhá-lo e encaminhá-lo adequadamente para os serviços apontados no plano de cuidados;
- Visitas as escolas municipais, para apoiar as ESF nas ações do Programa Saúde na Escola (avaliação nutricional dos alunos);
- Reuniões de planejamento com toda a equipe profissional do Nasf para elaborar as ações a serem executadas em cada mês nas áreas de abrangência do programa.

As dificuldades que o NASF enfrenta para a efetivação de suas ações são oriundas também da falta de estrutura especial e adequada para o núcleo, onde os profissionais dividem uma pequena sala para a pauta de suas ações. Não tem transportes em quantidade suficiente disponíveis para a locomoção dos profissionais nos diferentes locais das ações. Esta falta de estrutura fica visível também na falta de profissionais no núcleo para atender as demandas vindas das Estratégias de Saúde da Família, visto que o núcleo não dispõe do profissional psicólogo, deixando usuários sem esse atendimento especializado, entre outras.

Cabe destacar que o Nasf da cidade de Sousa dá apoio não somente às equipes mínimas da ESF, mas também às entidades filantrópicas: Os abrigos para idosos (Jesus Maria José e Casa do Caminho) e a entidade de recuperação de dependentes químicos envolvidos com drogas (Comunidade do Pião).

Como essa estrutura é muito nova, não existem fontes necessárias que possam salientar mais características exclusivas do Núcleo de Apoio à Família do município de Sousa-Paraíba. Vale afirmar que a postura da equipe profissional é de assumir a responsabilidade de corresponder às necessidades de saúde dos usuários que lhe são possíveis e que, para a efetivação de seu trabalho, precisam da contribuição dos demais profissionais que compõem a Equipe Saúde da Família.

Vale ressaltar também que tanto as equipes de Estratégia de Saúde da Família quanto os usuários parecem não reconhecer e não demonstrar interesse também no trabalho do assistente social e nas atividades de promoção à saúde. Em especial, os usuários vão ao encontro do setor de serviço social na busca de recursos materiais, sejam eles da saúde ou não, com intuito apenas de obter o que necessitam, desde uma ajuda de custo até sua alimentação. Esse fato contribui para perdurar até os dias de hoje o antigo rótulo que o assistente social está ligado ao assistencialismo e a caridade.

5- CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do que foi exposto no decorrer deste trabalho, podemos concluir que a inserção do SUS na constituição foi um processo conquistado a partir de uma luta árdua entre alguns segmentos da população contra um governo de base ditatorial, tendo como principal marco idealizador o Movimento da Reforma Sanitária.

Ao analisarmos a criação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, percebemos que o Ministério da Saúde investe nessa iniciativa para tentar facilitar o acesso da população aos serviços da Atenção Básica, através de uma reorganização neste segmento, a partir da criação do NASF para apoiar as Equipes de Saúde da Família, buscando promover a saúde e a integralidade do usuário no acesso aos diferentes níveis de atenção disponibilizados no Sistema Único de Saúde. Nesta lógica, para que a intenção do Ministério da Saúde possa ser concretizada, a Atenção Básica, enquanto porta de entrada do sistema, deve estar funcionando em boas condições e cumprindo seus objetivos, garantindo o cuidado continuado dos usuários e o atendimento de suas necessidades na instância responsável pelos serviços especializados.

Na área da saúde surgem as mais diversas e extremas expressões da questão social, trazendo assim a necessidade da inserção do profissional de serviço social para intervir em defesa dos direitos humanos e sociais, promovendo a cidadania e criando estratégias para fortalecer a rede de suporte social. Por se tratar de um novo campo de trabalho, o assistente social enfrentará vários desafios para sua atuação, pautando sua prática nos fundamentos teórico-metodológicos, ético-políticos e técnico-operativos e estabelecendo estratégias para enfrentar seus desafios através de um olhar crítico na vivência da realidade. Em união com toda a equipe do NASF, o mesmo deve buscar e realizar estratégias criativas e inovadoras, pois, em sua formação acadêmica, o profissional recebe instruções para que possa desenvolver trabalhos interdisciplinares e atuar de forma articuladora entre equipes, apresentando e propondo trabalhos que possam superar o aspecto curativo e promover a saúde.

Diante do que já foi observado, a partir do levantamento bibliográfico, dos documentos analisados (o diário de campo e relatório da coordenação), verifica-se a dificuldade de inserção do assistente social no NASF do município de Sousa/PB, configurando-se como mais um setor da política de saúde em que o profissional não consegue manter a originalidade de sua profissão, deparando-se com a falta de reconhecimento e com atividades impostas que, por vezes, não fazem parte de seu quadro de atuação, podendo cumprir funções de outro setor profissional.

Foi possível observar ainda, a partir dos referidos documentos, que tanto as equipes de Estratégia de Saúde da Família quanto os usuários parecem não reconhecer e não demonstrar interesse no trabalho do assistente social e nas atividades de promoção à saúde. Em especial, os usuários vão ao encontro do setor de serviço social na busca de recursos materiais, sejam eles da saúde ou não, com intuito apenas de obter o que necessitam, desde uma ajuda de custo até sua alimentação. Esse fato contribui para perdurar até os dias de hoje o antigo rótulo que o assistente social está ligado ao assistencialismo e a caridade.

Por ser um serviço bem atual, constituído há pouco tempo dentro do sistema de saúde, são encontradas significantes dificuldades para a abordagem do NASF, visto que as bibliografias existentes são poucas, com temáticas e ideários repetitivos, construídas sempre a partir da mesma base teórica presente no Caderno de Diretrizes do NASF, do Ministério da Saúde.

Quanto ao NASF Sousa, não foi encontrada nenhuma bibliografia ou sequer um documento local para que possa ser analisado, portanto este trabalho é um estudo inicial sobre a temática, não sendo possível apresentar todas as reflexões referentes a essa questão, sendo apenas um pontapé inicial para incentivar que mais pessoas se interessem em construir pesquisas apresentando o NASF e as perspectivas locais do NASF na cidade de Sousa-PB.

6- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARAL, Marcela Corrêa Martins. Narrativas de reforma psiquiátrica e cidadania no Distrito Federal. 2006. 204 f. Dissertação (Mestrado em Sociologia)-Universidade de Brasília, Brasília, 2006.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e perspectivas. Brasília: CONASS, 2009.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Legislação do SUS. Brasília: CONASS, 2003.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde. Brasília: CONASS, 2011.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. SUS 20 anos. Brasília: CONASS, 2009.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. SUS: avanços e desafios. Brasília: CONASS, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Acolhimento à demanda espontânea. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011.

_____. Ministério da Saúde. O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios . Ministério da Saúde. 3ed .Brasília :Editora Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Brasília :Editora do Ministério da Saúde, 2006.

_____.Ministério da Saúde. Diretrizes para Organização das Redes de Atenção à Saúde do SUS, Grupo Técnico da Comissão Intergestores Tripartite. Brasília: 2010. Disponível em:<<http://200.18.45.28/sites/residencia/images/Disciplinas/Diretrizes%20para%20organizacao%20redes%20de%20ateno%20SUS21210.pdf>> acesso em:14/03/ 2014.

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.

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

_____. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio Saúde da Família. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

BRAVO, Maria Inês S. Política de Saúde no Brasil.2006. Disponível em: <<http://www.servicosocialesaude.xpg.com.br/texto1-5.pdf>> acesso em:15/04/2014.

_____, Maria Inês S. Saúde e Serviço Social. 4ed. São Paulo: Cortez, 2009.

DIAS, Camila de Barros Cardoso. Considerações sobre o NASF em São Pedro da Aldeia: uma análise sobre a atenção Básica neste município, Rio de Janeiro: UFF: 2012.

ESCOREL, Sarah. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. 2007. Disponível em <: <http://www.scielo.org/pdf/rpsp/v21n2-3/11.pdf>> acesso em 14/03/2014.

FIGUEIREDO, Maria Clara de Oliveira. Serviço Social e Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF): uma análise acerca do trabalho do assistente social. 2013. Disponível em: <<http://dspace.bc.uepb.edu.br:8080/jspui/handle/123456789/1670013>> acesso em: 11/04/2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. O SUS pode ser seu melhor plano de saúde. 2. Ed., Brasília: IDEC, 2003.

LUZ, Madre Therezinha. NOTAS SOBRE AS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL DE "TRANSIÇÃO DEMOCRÁTICA" - ANOS 80. 1991. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v1n1/04.pdf>> acesso em: 14/04/2014

NASCIMENTO, Débora Dupas Gonçalves do. OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. 2010. Disponível em: <http://www.saocamilosp.br/pdf/mundo_saude/74/12_revisao_reflexoes.pdf> acesso em: 10/04/2014.

NETTO, José Paulo. Ditadura e Serviço Social: uma análise do Serviço Social no Brasil no pós-64. 13 ed. São Paulo: Cortez, 2009.

PARAÍBA. ATENÇÃO BÁSICA para Gestores Municipais de Saúde. 2013 disponível em: <http://cosemspb.org/wp-content/uploads/2013/05/SESPB_Guia_Atencao_Basica_Gestores_Munic_Saude_2013.pdf> acesso em: 14/03/2014.

