

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SOCIOECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL**

RAFAELA CAROLINA FERREIRA

**AS CONDIÇÕES DE TRABALHO DOS ASSISTENTES SOCIAIS INSERIDOS NO
NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF) DO MUNICÍPIO DE
FLORIANÓPOLIS**

Florianópolis/2015

RAFAELA CAROLINA FERREIRA

**AS CONDIÇÕES DE TRABALHO DOS ASSISTENTES SOCIAIS INSERIDOS NO
NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF) DO MUNICÍPIO DE
FLORIANÓPOLIS**

Trabalho conclusão de Curso apresentado à banca do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.
Orientadora: Prof. Dr^a. Keli Regina Dal Prá

Florianópolis/2015

RAFAELA CAROLINA FERREIRA

**AS CONDIÇÕES DE TRABALHO DOS ASSISTENTES SOCIAIS INSERIDOS NO
NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF) DO MUNICÍPIO DE
FLORIANÓPOLIS**

Trabalho conclusão de Curso apresentado à banca do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Aprovada em: 19/10/2015

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Keli Regina Dal Prá
Departamento de Serviço Social/UFSC
Presidente da banca examinadora

Prof. Dra. Michelly Laurita Wiese
Departamento de Serviço Social/UFSC
1ª examinadora

Assistente Social Vileide Sabrina Euzébio
Núcleo de Apoio a Saúde da Família
2ª examinadora

AGRADECIMENTOS

A Deus por minha existência, meu remédio, minha força e fortaleza.

À você, meu amor, meu companheiro, meu amigo, que me fez enxergar o mundo com outro olhar e que esteve presente mesmo em momentos que eu mesma, tentei me abandonar. Por todo estímulo, por confiar mais nas minhas habilidades que eu mesma, por me fazer sorrir e estar. Richard, sem você seria árduo a concretização deste sonho que é minha formação acadêmica, de todo meu coração, obrigada.

Aos meus pais Nadia, Francisco e Edson por me dar a vida, por dedicarem parte de suas vidas e por terem feito o seu melhor para me alimentar a boca e o espírito, por me ensinar, por me cuidar e por permitirem trilhar meus caminhos conforme minhas escolhas.

A minha madrinha/mãe/Dadi Márcia, por me fazer acreditar que somos mais fortes do que pensamos, por me abraçar toda vez que tropecei neste caminho e pelas palavras de conforto sempre que pensei em desistir.

Aos meus irmãos Scheila e João por uma vida de exemplos, por me respeitarem e aceitarem, por me socorrerem em momentos pontuais na construção deste.

Aos meus colegas de academia que me ensinaram a nunca desistir, pela troca de experiências e conhecimentos, por contribuírem para a minha formação profissional de diferentes formas, em especial a Mariane de Azevedo, que ao nos descobrimos irmãs nessa longa estrada, nos encontramos quando mais necessitei de ti, pra nunca mais nos perdermos. A Nathalie Baréa Silveira que me cuidou, me ergueu, me ensinou sobre o amor sem esperar retorno, me cobrou e motivou para a finalização deste. Levarei vocês por toda vida no coração, não tenho dúvidas sobre a capacidade profissional de vocês e posso afirmar sem titubear, que serão meu modelo de profissional ideal ao qual vou sempre buscar quando deparar com as entaves desta jornada. Nossas trocas neste processo foram essenciais, espero que continuemos a nos fortalecer profissionalmente. Hoje posso falar que a afetividade, o amor e os laços familiares extrapolam a consanguinidade, terão para sempre meu respeito e amor.

A Keli, minha orientadora, não poderia ter encontrado melhor profissional para me orientar. Como professora, fez dos assentos acadêmicos a minha melhor

experiência dentro da Universidade, configurando a troca de saberes como um processo rico, leve e feliz. Por sua paciência e por exercer todas as suas atividades, ao qual tive contato, com tanto profissionalismo e dedicação. Verdadeiramente será sempre meu exemplo de profissional, ao qual irei me espelhar na condução da minha futura ação profissional, obrigada, obrigada e obrigada.

A todos aqueles docentes que levo na memória e coração, que foram mais que mestres em sala, que me ensinaram a olhar o mundo sob a ótica profissional, sem perder a sensibilidade, sem perder a alegria, sem perder a mobilização. A todos estes que demonstraram com suas atitudes humanas e que indiferente da soma de certificados que contemplam, me ensinaram a compreender o outro sem julgamentos, me deram a oportunidade de levar parte de seu conhecimento comigo, estou certa que não contribuíram somente para minha formação, mas para a afirmação de minha pessoa. Foram tantos ensinamentos de vida com suas atitudes que já não lembro de como eu era antes, parafraseando Goethe “Apesar de eu ainda ser sempre eu mesmo, acredito que fui mudado até a medula de meus ossos”.

A todos aqueles que de alguma forma contribuíram para a conclusão deste, com incentivos, ombro, café quente, palavras amigas, exemplos profissionais, risos, leituras, informações, o meu, muito obrigada!

RESUMO

Este trabalho teve como objetivo apresentar um debate inicial sobre as condições de trabalho dos profissionais de Serviço Social inseridos na equipe do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) do município de Florianópolis/SC. Utilizou-se o método qualitativo com pesquisa bibliográfica e entrevista semiestruturada realizada pela graduanda de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina buscando conhecer o exercício profissional na área da saúde, na atenção básica, bem como elencar alguns fatores que rebatem na saúde integral destes profissionais do campo saúde. Para falar da nova política do NASF, que teve início no município recentemente no ano de 2008 fez-se necessário situá-la na Estratégia de Saúde da Família (ESF) e a Atenção Primária em saúde (APS) no Brasil, apresentando-a através de ponderações sobre o sistema de saúde na sociedade brasileira a partir da década de 1930, como se estruturou e as modificações ocorridas na política, na profissão e no sistema de saúde, que hoje demonstram avanços substanciais em resposta aos cidadãos brasileiros e seus direitos conquistados. Este estudo adotou a compreensão da saúde integral, no qual envolve os múltiplos fatores que determinam a saúde dos sujeitos.

Palavras-chave: Serviço Social. NASF. Atenção Primária em Saúde. Saúde do profissional.

ABSTRACT

This work aimed to present an initial discussion on the working conditions of social work professionals inserted in the Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) in Florianópolis/SC. It was used the qualitative method with bibliographic search and semi-structured interview conducted by the Social Work graduation student of the Federal University of Santa Catarina, aiming to know the professional practice in health care in primary care as well as to list some factors that impact in the overall health of these professionals. In order to discuss the new policy of NASF, which began in Florianópolis in 2008, it was necessary to place it in the Family Health Strategy (ESF) and the Primary Health Care (PHC) in Brazil, presenting it through weights on the health system in the Brazilian society from 1930, and how it was structured and the changes that have taken place in health system, policy and profession, which demonstrate consubstantial advances in response to Brazilian citizens and their acquired rights. This study adopted the understanding of integral health, which involves multiple factors that determine the health of the professionals

Key words: Social Service. NASF. Primary Health Care. Professional Health.

SIGLAS E ABREVIATURAS

ABS – ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE

APS – ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

CF/88 – CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988

CFESS – CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL

CNS – CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

CNS – CONSELHO NACIONAL DA SAÚDE

CRAS – CENTRO DE REFERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

CRESS – CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL

DAB – DIRETRIZES DA ATENÇÃO BÁSICA

DS – DISTRITOS SANITÁRIOS

eSB – EQUIPE DE SAÚDE BUCAL

eSF – EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

ESF – ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA

LOS – LEI ORGÂNICA DA SAÚDE

MDS – MINISTÉRIO DA SAÚDE

MRF – MOVIMENTO DA REFORMA SANITÁRIA

NASF – NÚCLEO DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA

PMF – PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS

PNAB – POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA

PSF – PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

SESP – SERVIÇO ESPECIAL A SAÚDE PÚBLICA

SMS – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

TCC – TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

UFSC – UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	10
2	A SAÚDE NO BRASIL: REFLEXÃO SOBRE OS MODELOS DA POLÍTICA DE SAÚDE E A INSERÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL.....	14
2.1	A atenção primária em saúde no Brasil: constituição e inserção dos profissionais na porta de entrada do SUS.....	28
3	A INSERÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NO NASF: UM ESTUDO A PARTIR DO MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS	33
3.1	NASF: caracterização e estruturação das equipes no município de Florianópolis.....	36
3.2	Elementos para pensar a inserção do assistente social no NASF	40
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	52
	REFERÊNCIAS.....	54
	APÊNDICE	59
	A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	59
	APÊNDICE B - Roteiro de entrevista semiestruturada.....	61

TABELAS

Tabela 1: Distritos Sanitários, senso população, unidades de atendimento a saúde, equipes da Estratégia de Saúde da Família, equipes Núcleo de Apoio a Saúde da Família.

Tabela 2: Unidades dos Distrito Sanitário do Município de Florianópolis.

Tabela 3 População estimada do município de Florianópolis (2015)

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho se deu inicialmente com alguns apontamentos sobre o processo de estruturação da saúde no Brasil, saúde abordada em seus múltiplos aspectos, que refletem a saúde da população na sociedade capitalista.

Para a coleta de dados e aprofundamento da pesquisa utilizou-se entrevista semiestruturada e pesquisa documental, tendo como central o sujeito entrevistado. Triviños (1987) aponta o pesquisador como um observador, neste sentido, não participará de decisões, opiniões durante o processo, não exercerá a função tendenciosa em nenhum sentido, buscando abster-se de suas concepções pré-determinadas, respeitando as características culturais e singulares do entrevistado.

As perguntas foram elaboradas através de hipóteses constituídas a partir de informações pesquisadas do espaço sócio-ocupacional e de teoria analisada pela entrevistadora até o momento do processo de coleta de dados, entre estas, outras pesquisas elaboradas neste campo, a estrutura da entrevista apresenta-se no apêndice deste trabalho juntamente com o termo de consentimento para a entrevista.

A entrevista semi-estruturada, “favorece não só a descrição dos fenômenos sociais, mas também sua explicação e a compreensão de sua totalidade, tanto dentro de sua situação específica como de situações de dimensões maiores” (TRIVIÑOS, 1987, p.152).

Portanto, a entrevista foi elaborada através de um roteiro de perguntas norteador com uma profissional do Serviço Social inserida no Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) da cidade de Florianópolis, Santa Catarina.

Ao considerar outros meios de informação, como a pesquisa documental, sejam eles de primeira mão ou de segunda, tem-se “a pesquisa documental vale-se de materiais que não receberam ainda um tratamento analítico, ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com os objetivos da pesquisa” (GIL, 1987, p.51).

O tema é claro componente de discussões consensuais, porque a saúde afeta todos os sujeitos, conforme Bravo (1996, 2010, 2013) aponta, buscou-se refletir o processo de organização da saúde no Brasil para chegar a uma análise da conjuntura e do processo de adoecimento dos profissionais de Serviço Social, neste campo, especialmente na Atenção Primária em Saúde (APS).

As inquietações da autora se colocam a partir do processo de estágio curricular obrigatório I e II desenvolvido na área da saúde, no hospital escola da Universidade Federal de Santa Catarina (Hospital Universitário) que instigou curiosidade e anseio para contribuir à discussão do adoecimento dos profissionais do Serviço Social dentro da política de saúde, mais precisamente no município de Florianópolis. Porém aspirava sair da estrutura hospitalar e apreender como essa política se apresenta ao cuidar da saúde dos sujeitos em seu território. O campo escolhido especificamente, vem ampliando-se como espaço sócio-ocupacional dos assistentes sociais graças a efetivação do Sistema Único de Saúde (SUS) e sua reestruturação descentralizada. O olhar deste voltou-se para o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) do município de Florianópolis afim de adentrar na APS e dar início a um ciclo de estudos no campo para possíveis produções bibliográficas posteriores a este, contribuindo para a área de conhecimento do Serviço Social.

Para que a reflexão de determinada realidade se relacione com a teoria é necessário um ordenamento, buscando ações planejadas, uma metodologia, um caminho para se chegar a um resultado. Neste estudo foi utilizado o método qualitativo recorrente nos estudos na área da saúde e das ciências sociais onde:

trabalha com valores, crenças, representações, hábitos, atitudes e opiniões [...] adequa-se a aprofundar a complexidade de fenômenos, fatos e processos particulares e específicos de grupos mais ou menos delimitados em extensão e capazes de serem abrangidos intensamente (MINAYO; SANCHES, 1993, p. 247).

Compreendendo que a pesquisa é uma resultante deste processo, tem-se como “um procedimento formal, com método de pensamento reflexivo, que requer um tratamento científico e se constitui no caminho para conhecer a realidade ou para descobrir verdades parciais” (MARCONI; LAKATOS, 2003, p.155)

A partir do capitalismo monopolista, a saúde tornou-se também um tema transpassado por discordâncias pela forma no qual a encontramos distribuída na sociedade. A saúde perpassa todas as instâncias da sociedade, indefere de classe social, poder aquisitivo, etnia, grau de instrução que segundo BRAVO et al (2012), a medida que esta se tornou um direito social, a sociedade se aproximou, diminuindo o abismo existente entre os sujeitos desiguais e ainda, quando se reconhece nos

outros suas demandas, os sujeitos se assemelham e passam a ver o outro através da ótica de sujeitos de direitos.

Desta forma a estrutura deste trabalho foi organizada da seguinte forma, primeira seção com “A SAÚDE NO BRASIL: REFLEXÃO SOBRE OS MODELOS DA POLÍTICA DE SAÚDE E A INSERÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL”, compreendendo o subitem “A atenção primária em saúde no Brasil: constituição e inserção dos profissionais na porta de entrada do SUS”, seguindo com a segunda seção “A INSERÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NO NASF: UM ESTUDO A PARTIR DO MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS” que possui como subitem, “NASF: caracterização e estruturação das equipes no município de Florianópolis” e por último os “Elementos para pensar a inserção do assistente social no NASF”.

Através dos elementos apontados na observação deste espaço de intervenção, que é a saúde para o profissional do Serviço Social, destaca-se o reflexo deste processo na saúde do próprio profissional. O objeto de estudo analisado refere-se ao processo de adoecimento profissional e suas demandas que ainda são poucos visadas neste movimento de inserção destes, nesta política pública de saúde no Brasil. Tendo em vista que este profissional está presente há décadas neste meio, mas que mudou o caráter de intervenção ao longo das modificações ocorridas na sociedade brasileira, em sua forma de reconhecimento de direitos, na reordenação da profissão, mudanças na perspectiva profissional e forma de atuação.

Observa-se que pouco se discute como este profissional vêm sendo acarretado por diversas situações que comprometem sua saúde integral, entre estas destaca-se o fluxo de atendimento, as condições de acesso aos usuários e local de trabalho, as demandas institucionais que exigem um profissional qualificado e com dedicação para além das horas estabelecidas, o desgaste nas relações de trabalho com equipe, sua relação com o poder público entre tantas outras que fazem deste ambiente um permanente espaço de conquistas e constante afirmação para esta classe trabalhadora, que continua sendo atravessada por políticas que achatam as conquistas adquiridas pós Constituição Federal de 1988, destaque para as constantes afirmações das ações profissionais legitimando a profissão como relevante neste meio.

A legitimidade se refere ao reconhecimento social da profissão, que, (...), decorre da capacidade de oferecer respostas às demandas societárias pelos agentes profissionais e a leitura que os mesmo agentes realizam de sua ação profissional, constituindo-se no saber profissional e na representação que fazem da profissão (NOGUEIRA, 2005, p.187).

A relevância em discutir este processo de adoecimento dos profissionais é ter em vista que todo espaço de trabalho é perpassado pelas mesmas condicionantes que os usuários atendidos na unidade, seja no âmbito público ou privado. Todas as condicionantes de saúde da população, são igualmente as mesmas demandas dos profissionais que se inserem na saúde e portanto necessitam de atenção específica para uma prática profissional plena que reflita efetivas ações junto a população.

Percebe-se neste estudo que os inúmeros desafios que o profissional se depara constantemente na execução de suas atividades cotidianas no NASF, não estão somente relacionados ao primeiro contato com usuário, suas demandas, como elaborar um parecer, ou desenvolver e refletir junto aos usuários seus contextos particulares e também coletivos, trabalhar na promoção da saúde, fomentar maior participação da população no controle social, mas também os vários desafios burocráticos, interdisciplinares, as trocas de saberes por vezes inexistentes com alguns profissionais da equipe multiprofissional que ainda não reconhecem o verdadeiro sentido da saúde integral, em sua plenitude, em seu conceito ampliado, aquela que vai para além da saúde física, que exige um profissional aberto a desenvolver um trabalho distinto em cada atendimento, observando suas demandas e particularidades e que saiba trabalhar com a troca de saberes, muito distinta do exercício profissional desenvolvido até poucas décadas.

Sendo assim, deparou-se com a complexidade deste campo de inserção profissional, a relativa autonomia dos assistentes sociais, a constante luta para que estes profissionais não percam o fio que conduz a profissão ante a precarização do espaço sócio-ocupacional, acrescentando que modificações são imprescindíveis para que ocorra a ampliação e efetivação desta política pública, a começar com o reconhecimento profissional e este, sendo estabelecido em seus padrões mínimos de atendimento conforme preconizados pela própria política.

SEÇÃO I

2 A SAÚDE NO BRASIL: REFLEXÃO SOBRE OS MODELOS DA POLÍTICA DE SAÚDE E A INSERÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL

A primeira seção deste trabalho pretende abordar sobre o processo de constituição da política de saúde e como esta se consolidou ao longo das modificações no desenvolvimento da sociedade e cultura brasileira, em meio a processos políticos distintos e configurando-se como um árduo processo de consolidação de um direito social, bem como cabe problematizar sobre a inserção do Serviço Social na área da saúde.

O Serviço Social se expressa na área da saúde ainda com resquícios de subalternidade devido a sua emergência como profissão e a forma como se constituiu no país. Para adentrar a essa problemática, que reflete no processo de trabalho dos profissionais da área na contemporaneidade, é primordial fazer uma contextualização histórica tanto do processo de constituição da política de saúde, quanto da trajetória de constituição do Serviço Social como profissão. O Serviço Social galgou substanciais avanços no Brasil, estas mudanças no caráter da profissão estão, obviamente, correlacionadas com as distintas conjunturas históricas e econômicas que o Brasil passou até os dias atuais.

Assim, serão contextualizados e apontados os principais acontecimentos na política de saúde no Brasil, visando correlacionar alguns destes principais momentos de mudanças política e suas respectivas formas de governo, que o país esteve imerso nas últimas décadas. Décadas estas que resultaram na reorganização da saúde pública no Brasil, tal qual se encontra na atualidade. Assim, posteriormente, a caracterização do serviço, explanação da atenção básica, se aprofundará no modelo do NASF, hoje implantado no município de Florianópolis, suas demandas e normativas, para então refletir com o leitor uma discussão antiga, porém atual, que é a sobrecarga profissional e o rebatimento desta, na garantia dos direitos aos sujeitos, mais precisamente do município de Florianópolis, onde a pesquisa de campo ocorreu.

Para falar sobre a história da saúde no Brasil e a emergência profissional vinculada a este campo, Bravo (1996; 2010; 2012; 2013), contextualiza sobre a intervenção do Estado na saúde pública, indicando que esta relação se deu de

diferentes formas ao longo do período de 1930 à 1990, quando o Estado começa suas primeiras intervenções no campo das políticas sociais como a saúde.

O Estado muda de caráter em decorrência do deslocamento da população para os grandes centros, resultando no crescimento da massa operária por conta do período de industrialização. Este período industrial do país fez com que a população se deslocasse para as regiões centrais do Brasil a medida em que as oportunidades de trabalho, o acesso a bens e serviços, a expansão do país, estavam aglomerados no meio urbano. Bravo (2013) aponta que esse deslocamento massivo resultou em más condições de moradia, higiene e saúde para a população, resultando no processo que denominamos de questão social advinda da contradição do capital versus trabalho e a resultante alienação desta, que Karl Marx em sua teoria crítica, caracteriza como as mazelas da sociedade materializadas em precárias condições de vida. Desta forma, no Brasil, a população desassistida, fortaleceu-se, organizada em massa buscando um amparo estatal para suas condições.

A intervenção do Estado, via políticas sociais, visava a desmobilização e à despolitização da classe operária, com um discurso integrador e paternalista, ocultando a luta de classes. A preocupação era de extinguir a violência na solução dos conflitos, zelando pela ordem pública. Nesta perspectiva, o Estado revelou logo seu caráter de classe, levando em consideração os novos atores políticos, mas tentando manobrá-los, proibindo e reprimindo as organizações políticas e sindicais que fugissem ao seu controle (BRAVO, 2013, p.128).

No contexto mundial a década de 1930, em decorrência da crise capitalista¹ que teve início em 1929, foi um importante marco de mudança das políticas sociais,

(...) sendo criadas novas alternativas em nome do 'Bem-Estar Social', visando diminuir os conflitos e tensões sociais. As diretrizes e programas da política social se voltam para diferentes áreas da vida do homem, podendo-se destacar a saúde, a habitação, o trabalho, a educação e o lazer, entre outras (BRAVO, 2013, p.61).

Porém no Brasil, a forte mudança estrutural e conjuntural que estava por vir neste momento, se concretizou após Revolução de 1930.

¹ A crise também conhecida como a Grande Depressão, foi resultado da produção excessiva norte americana no pós guerra, que teve como consequência o acúmulo de mercadorias e bens, este período foi uma enorme recessão econômica que refletiu no mundo inteiro.

A Revolução de 1930 marcou uma inflexão política, com o rompimento da estrutura de poder da Primeira República e com a instalação de um Estado com maior autonomia relativa frente às frações das classes possuidoras. Há uma crise de hegemonia, na medida em que nenhuma classe ou fração de classe tornou-se hegemônica, sucedendo a oligarquia cafeeira (BRAVO, 2013, p.126).

A política de saúde no Brasil neste momento se organizava e estava subdividida em medicina previdenciária e medicina da saúde pública. A primeira atrelada as contribuições dos trabalhadores formais de alguns setores organizados que possuíam proteção através do trabalho formal, esta proteção social abrangia somente parte da população, tendo como premissa a inscrição na Previdência Social como contribuinte. Segundo Bravo (2012; 2013), esta forma de acesso a saúde, portanto, não possuía caráter universal. Já a saúde pública, neste momento de reorganização, tinha como forma de intervenção estatal características muito distintas da atualidade, o Estado atuava basicamente com seu caráter higienista, voltando-se para a contenção de epidemias que pudessem devastar, principalmente, a mão de obra existente, que neste momento encontrava-se em efervescência e era considerado de suma importância para o crescimento econômico e expansão do país.

O Estado, a partir de 1945 e, especialmente, de 1950, assumiu traços próximos aos do denominado Estado de 'Bem-Estar Social', aumentando os gastos estatais na área social. Esta postura tem relação com a emergência de novas forças sociais na vida nacional (BRAVO, 2013, p.140).

A porção da população que não correspondia a nenhuma das duas divisões pontuadas acima, saúde pública e medicina previdenciária, eram atendidas por organizações de caridade principalmente relacionados às igrejas, como as Santas Casas de Misericórdia² que vieram para o Brasil juntamente com a colônia. Porém estes atendimentos eram realizados quase que somente em situações emergenciais, desta forma estando a população dependente da bondade destas instituições.

Segundo Bravo (2013), esses modelos de saúde no Brasil perduraram até a década de 1960. São nos anos de 1950 que os hospitais de caráter privado

² Santas Casas seguiam o modelo de atendimentos trazido pelos portugueses muito envolvidos com a religiosidade e caridade.

começam a se organizar, ganham espaço e consolidam a saúde com viés mercadológico e privatista que perdura até hoje. Essa abertura se deu devido a forma de governo vigente e ao contexto internacional posterior aos últimos anos da Segunda Guerra Mundial (1939-1945), que trouxe como novidade a questão da democracia para o mundo.

A restauração democrática em 1945 não produziu uma substituição radical dos grupos no poder, embora exigisse uma reformulação político-institucional. Apesar de Vargas ter sido deposto em 1945, a liderança do processo de redemocratização do país manteve a mesma elite política que comandava o antigo regime. Ela promoveu as primeiras eleições nacionais e a formulação da Carta Constitucional de 1946 (BRAVO, 2013, p.136).

De 1964 a 1974 o Brasil atravessou a ditadura militar que aprofundou os diversos problemas que o país já vinha sendo acometido. Bravo (2010) indica que neste momento o Estado visava privilegiar o setor privado que vinha em uma onda crescente se estabelecendo no campo da saúde. Alicerçando um sistema de cunho separatista, o setor privado exacerbou ao longo da história que poucos tinham acesso e muitos permaneciam sem o amparo estatal.

Na década de 1970 e 1980, concomitante a expansão do setor privado, emergem as discussões de alguns profissionais progressistas, o Movimento da Reforma Sanitária (MRS), que buscava a inserção democrática da população no âmbito da saúde pública, medidas protecionistas em prol da população, participação da sociedade civil em conjunto com profissionais e Estado, para o fortalecimento das políticas de proteção social no país. As reivindicações deste movimento não alegraram os interesses empresariais do país. Um marco importante deste período foi, em 1986, a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), que teve principalmente como pauta: a saúde como direito, a reformulação do sistema nacional de saúde e o financiamento deste setor Bravo, et al. (2012) e ainda visou primordialmente concretizar a participação da sociedade nestas discussões.

Antes de todo o processo de redemocratização do país, não se pode deixar de mencionar como se dava o processo de trabalho dos assistentes sociais na trajetória da saúde, nas primeiras décadas de intervenção estatal. Conforme Bravo (2010; 2012; 2013) evidencia, a atuação profissional inicialmente se pautava na educação populacional, afim de “ensinar” a população a cuidar de sua saúde para que esta não gerasse gastos e sobrecarga estatal, para que a massa operária

estivesse apta para desenvolver seu trabalho e assim a economia do país não sofrer intercorrências, portanto a população neste momento era responsabilizada por toda e qualquer doença situação adversa relacionada a sua saúde. O assistente social foi um instrumento importante para a concretização desta máxima. Foi um profissional que atuou junto à população de forma controladora, inspecionando a vida em sociedade, principalmente no âmbito privado, a vida em família. Suas ações profissionais eram ditadas pela burguesia e não tinham o caráter de garantia de direitos. A profissão sempre esteve subordinada à medicina, no campo da saúde, auxiliando estes profissionais com ações pautadas no ajuste dos sujeitos, afirmando uma conduta autoritária de forma a responsabilizar as pessoas por sua condição. Ainda segundo Bravo (2013), o Serviço Social não participou ativamente do início do MRS, não esteve envolvido com o escopo das discussões, pois neste momento estava envolvido principalmente com a reformulação da profissão, que aconteceu na década de 1980. Graças a uma mudança no viés das ações profissionais que, posteriormente foi abraçada pelos profissionais que intervinham na área da saúde, o Serviço Social então passou a ter como norteador da profissão a Teoria Social Crítica.

É importante lembrar também que neste momento o Brasil foi atravessado por um período de crise econômica, na década de 1980, resultante da insuficiência do modelo de governo da ditadura militar. É neste momento que a sociedade civil mostrava-se insatisfeita e fervorosamente mobilizada em prol das políticas sociais, fortalecendo-se em grandes movimentos sociais reivindicativos, dando início e voz para o processo de redemocratização do país. O marco e efetivação deste movimento foi a promulgação da Constituição Federal de 1988. Foi um momento de emergência dos movimentos sociais e onde a sociedade começa a dar os primeiros passos rumo a democracia sendo assegurados seus direitos sociais: “Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição” (BRASIL, 2010).

Bravo (2010; 2012; 2013) ressalta o MRS como alavanca de um novo conceito de saúde no país, ampliando o espaço da saúde, convidando diferentes profissionais, de diversas áreas para compor essa afirmativa, contrapondo-se ao

modelo denominado de conceito ampliado de saúde³ estabelecido pela Organização Mundial de Saúde (OMS). O MRS questionou este conceito que posteriormente foi reformulado,

através da VIII Conferência de Saúde, realizada em 1986, que o conceito ampliado de saúde é definido e consolidado a partir da correlação entre as condições de saúde e as condições gerais de vida da população, tais como: moradia, saneamento, alimentação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso a serviços de saúde, os quais refletem a perspectiva em torno do paradigma da produção social da saúde (SANTOS, 2010, p.26)

A saúde então deve ser vista com um novo olhar pelos profissionais, pelo Estado e sociedade como um todo. Um sistema de saúde visto de maneira mais abrangente, considerando os diversos fatores que influenciam para sua concretização, neste caso a relação saúde versus doença sendo compreendida pela lógica da totalidade dos sujeitos.

Assim, cabe salientar que no caminho percorrido pelo Serviço Social dentro da política de saúde no Brasil, a VIII CNS e a Constituição Federal de 1988 (que consolidou a saúde como pertencente a tríade da Seguridade Social, juntamente com as políticas sociais de Assistência Social e Previdência Social) que estruturaram a atenção à saúde no Brasil. Desta forma, é de suma importância destacar as grandes mudanças que emergiram neste momento histórico estabelecidas a partir da Constituição Cidadã.

Pode-se observar então, conforme Cartaxo (1992), um novo olhar do Estado para a população e os grandes avanços adquiridos através da mobilização da sociedade em prol da proteção social a todos os cidadãos brasileiros, que se consolidou através deste instrumento de garantia de direitos. Cabe acrescentar que este foi um longo processo, ainda recente na história, que foi e continua sendo atravessado por políticas neoliberais, dificultando e, muitas vezes, impedindo a efetivação concreta da Seguridade Social. “A Seguridade Social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (BRASIL, 1988, s/p). O ideário neoliberal subordinou as políticas sociais em

³ A Organização Mundial de Saúde (OMS) define *saúde* não apenas como a ausência de doença, mas como a situação de perfeito bem-estar físico, mental e social (SEGRE; FERRAZ, 1997, p.539).

detrimento às políticas econômicas, favorecendo uma parcela da sociedade e reafirmando um processo desigual.

A Constituição Federal de 1988, (BRASIL,1988), parte do princípio de que todo cidadão tem o direito a proteção do Estado e que o Estado deve ser o provedor desta proteção por meio da Seguridade Social. Pode-se pontuar que a saúde é a única política social que mantém o acesso universal à população, amparado em um Sistema Único de Saúde que visa abranger todo cidadão pertencente ou não ao país. Este sistema considera que, para que o sujeito possa gozar de qualidade de vida e vida sadia em sociedade, seja amparado pelo Estado e sociedade em todos os âmbitos. Por esta razão a saúde deveria englobar não somente seu bem estar físico, mas psíquico e que extrapole o âmbito da saúde por si só, mas que tenha abrangência em todos os campos da vida do trabalhador, como na forma de habitação, da educação, do emprego, da alimentação, do lazer, entre outros âmbitos da vida privada e/ou coletiva. Para tornar mais compreensível, poderíamos afirmar que, para que se concretize a saúde e qualidade de vida da sociedade, há de se voltar para todos os fatores que possam influenciá-la, considerando as condições de subsistência da população.

Ainda ao falar da emergência do Serviço Social como profissão no campo da saúde, Bravo (2013) aponta que seus traços estão atrelados ao contexto histórico que o Brasil atravessara. Lembrando que de 1930 a 1945 o Serviço Social possuía características do modelo europeu, que visava o controle sobre a população com finalidade de evitar o uso excessivo dos mecanismos de saúde do Estado, afirmando a responsabilização das famílias, utilizando-se de mecanismos como as visitas domiciliares, foco na doença e não no indivíduo, o forte assistencialismo que se contrapõe ao modelo atual de garantia de direitos. Os valores humanistas destes profissionais era pressuposto para sua atuação. Neste período não havia tanta inserção deste profissional na saúde como nos dias atuais, hoje percebe-se a mudança no caráter da profissão não só na saúde, mas em todos os campos de atuação, mas ainda observa-se que a luta contra a subalternização da profissão é uma constante.

O assistente social na saúde tem sido, historicamente, um profissional subalterno e sua ação está diretamente relacionada à do médico, atuando geralmente de forma 'assistencial' na saúde pública e no 'ajuste', desde a emergência do predomínio do modelo 'clínico' na medicina (BRAVO, 2010, p.28).

Bravo (2010; 2013) aponta que foi após 1945 que ocorreu a expansão da profissão devido ao modo de produção e ao pós-guerra, resultante da ampliação do cenário de desigualdades extremas. É neste momento então que a saúde no Brasil concebe o Serviço Social, como mais uma profissão pertencente a este campo. Há então por consequência, forte inserção dos profissionais, ampliando este campo de trabalho do profissional.

Até a década de 1960, Bravo (2010; 2013) destaca que o Serviço Social estava inserido no campo da saúde com um viés conservador e restrito da profissão, com pouca autonomia e com caráter repreensivo, de cunho assistencialista, determinando os sujeitos usuários do sistema a comprometer-se com tratamento médico pré-estabelecidos, de forma a ajustar os indivíduos numa lógica de controle de comportamentos, estabelecendo e determinando o que era correto para manterem-se saudáveis, com a clara finalidade de uma força de trabalho sadia e útil.

A profissão, do seu desenvolvimento até os anos 60, não teve polêmica de relevo que ameaçasse o bloco hegemônico conservador, que dominou tanto a produção de conhecimento como as entidades organizativas e o trabalho profissional. Alguns assistentes sociais com posições progressistas questionavam a direção do Serviço Social, mas não tiveram condição de alterá-la (BRAVO et al, 2012, p.30).

Ao falar ainda do profissional de Serviço Social no campo da saúde, principalmente dentro de instituições como as hospitalares tão abrangentes no país, pode-se perceber claramente resquícios do passado profissional, como por exemplo, o repasse da responsabilidade da instituição para a família do usuário e também a existência de um processo de padronização de comportamentos. Ao compreender que a família é o primeiro contato com o mundo e é nela que se colocam as primeiras relações sociais desde que nascemos, “ela não é apenas uma construção privada, mas também pública e tem um papel importante na estruturação da sociedade em seus aspectos sociais, políticos e econômicos” (MIOTO, 2010, p.168). Porém, esta prática de responsabilização familiar se opõe ao princípio da proteção social no qual toda a sociedade é responsabilidade do Estado,

Há décadas a constituição de determinadas instituições como hospitais se apresentaram na sociedade como única forma de tratamento e cura para as mazelas da sociedade. Esta relevante instituição por vezes se apresenta vinculada a práticas

em desuso. Muito do controle institucional pode apresentar semelhanças ao das instituições totais, mencionadas por Goffman (2008). Semelhanças que não romperam com antigas formas de disciplina, determinações de horários para toda atividade, controle das diversas necessidades humanas, indivíduos supervisionados por profissionais, inspeção periódica determinando cada procedimento para o indivíduo, ditando regras e normas por vezes indiferente às singularidades dos sujeitos e suas particularidades culturais, desconsiderando a forma como organizam seu processo de vida, restrição de contato com o espaço externo ao da instituição e outros sujeitos e ainda, procedimentos adotados por profissionais que podem inúmeras vezes desconsiderar a decisão do sujeito sobre seu próprio corpo.

Na década de 1960, algumas discussões foram levantadas, a fim de modificar o caráter da profissão, partindo de alguns profissionais críticos, descontentes com o modelo regente e em busca das necessárias mudanças do caráter da profissão. Porém em 1964 com o golpe militar esse novo ideário foi sufocado, postergando, as modificações da profissão. Então o Serviço Social passa a responder as novas demandas deste momento no país, este momento que denominamos de modernização conservadora do Serviço Social (BRAVO et al 2012), que até efetivou algumas mudanças na profissão, porém permaneceu afirmando antigas práticas profissionais, com a mesma perspectiva.

Posteriormente, na década de 1970, mais precisamente,

(...) no ano de 1977, com a realização da Assembléia Mundial de Saúde, qual o conceito de atenção primária ganha forças e se efetiva como principal estratégia para obtenção da meta 'Saúde para todos no ano 2000' Sua consequência foi a elaboração da Declaração de Alma Ata, na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários a Saúde realizado em Alma Ata, no Cazaquistão, em 1978 (SANTOS, 2010, p.24-25).

Foi então que entrou em pauta a APS, que se destaca e ganha espaço na atenção à saúde brasileira. Neitsch (2013) destaca que houve algumas tentativas no país de uma introdução a APS, com os Centros de Saúde na década de 1920, posteriormente com o Serviço Especial a Saúde Pública (SESP) já na década de 1940. Porém com características muito distintas da APS pós redemocratização do país, que veio sendo discutida na década de 1960 com os primeiros passos do MRS.

No Brasil, a APS incorpora os princípios da Reforma Sanitária, levando o Sistema Único de Saúde (SUS) a adotar a designação Atenção Básica à Saúde (ABS) para enfatizar a reorientação do modelo assistencial, a partir de um sistema universal e integrado de atenção à saúde. Historicamente, a ideia de atenção primária foi utilizada como forma de organização dos sistemas de saúde pela primeira vez no chamado Relatório Dawson, em 1920. Esse documento do governo inglês procurou, de um lado, contrapor-se ao modelo flexneriano americano de cunho curativo, fundado no reducionismo biológico e na atenção individual, e por outro, constituir-se numa referência para a organização do modelo de atenção inglês, que começava a preocupar as autoridades daquele país, devido ao elevado custo, à crescente complexidade da atenção médica e à baixa resolutividade (MATTA; MAROSINI, 2009, p. 23).

Ainda, Matta e Marosini (2009) apontam que este modelo Inglês influenciou o mundo inteiro com duas principais características de organização deste sistema, a regionalização distribuídas conforme população de cada região cada qual com suas necessidades específicas e outra característica que são as ações de prevenção e de cura associadas.

Retomando a trajetória do Serviço Social na área da saúde, este adquire seu espaço de profissão pertencente ao campo da saúde com seu atual molde, no então período de redemocratização do país, na década de 1980. Bravo (2010, 2013), indica as principais mudanças alcançadas através do MRS e estabelecidas em consonância com Constituição Federal de 1988 que proporcionaram para a profissão um novo campo de trabalho com ampla inserção. A força do MRS consolidou para várias profissões, a inserção na área da saúde além de efetivar sua pauta democrática para os movimentos sociais subseqüentes que estavam em efervescência no processo de redemocratização do Brasil, antes estes movimentos reprimidos, agora fortalecendo-se e estruturando-se através do exercício da democracia.

Importante destacar que, na década de 1980, o Serviço Social findava seu contexto de ruptura com os antigos métodos da profissão, sofre influência destes movimentos e do processo que concomitante vem ocorrendo na sociedade. Já estava mais do que certo a mudança do caráter da profissão, de suas práticas funcionalistas, um Serviço Social agora pautado em um novo modelo, finalmente embasado pela Teoria Social Crítica, marxista.

Desta forma, a intervenção profissional passa a levar em consideração e ver a sociedade como um todo, em sua totalidade, percebendo que a realidade é resultado da construção histórica, social e cultural.

Do período da década de 1980 até os dias atuais, a inserção do profissional no campo da saúde, vem se afirmando a medida que ocupa inúmeras áreas. Então, na década de 1990, pós-constituição, o país é cerceado pelas políticas neoliberais que freiam a efetivação dos direitos sociais. Portanto houve, na saúde, forte disputa entre dois projetos distintos, o do MRS e outro voltado para a economia, apresentando privatizações, privações de acesso, fazendo da saúde mais um objeto de mercantilização.

Estes dois projetos de saúde em disputa na sociedade, demandam diferentes ações dos assistentes sociais. No caso do projeto do MRS, é solicitado,

(...) que o assistente social trabalhe as seguintes questões: busca de democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde, atendimento humanizado, estratégias de interação da instituição de saúde com a realidade, interdisciplinaridade, ênfase nas abordagens grupais, acesso democrático às informações e estímulo à participação cidadã (BRAVO et al, 2012, p.37).

Para tanto, o profissional de Serviço Social tendo claro e estando envolvido com a nova abordagem profissional, tendo como princípio a saúde acessível e a participação de toda a sociedade nas decisões que dizem respeito ao seu processo de vida, faz com que seja galgado patamares mais elevados na efetivação dos direitos sociais e de um novo projeto de sociedade.

Nos anos de 1990, a conjuntura do Brasil foi marcada pelo desmonte das conquistas trabalhistas segundo Cartaxo (2008), que se deram ao longo da história, principalmente mobilizadas na década precedente. Estas reformas ocorridas, sob comando do capital internacional, mais precisamente estabelecidas no Consenso de Washington (1989), que impuseram aos países em desenvolvimento restrições aos gastos públicos, países estes considerados em via de desenvolvimento. Aqueles que deviam para os Estados Unidos da América deveriam aplicar determinadas exigências em seu planejamento governamental, como cortes de gastos públicos sociais para desta forma, pouparem capital e assim, sanar a dívida externa do país. Segundo Rio Branco (2011), esse discurso foi amplamente utilizado pelos governos

como resposta para a população que buscava posicionamento do poder hegemônico para suas demandas sociais, tal qual saúde, alimentação e educação.

Da Silva (1995) descreve que é desta forma que no Brasil, o projeto neoliberal instalou-se sob o comando dos centros hegemônicos representados pelas instituições financeiras internacionais. Estas instituições que reuniram-se no chamado Consenso de Washington e formularam as diretrizes de modernização para toda América Latina, o projeto de estabilização, reformas de Estado e retomada de investimentos estrangeiros. No Brasil esse processo deflagra-se no governo de Fernando Collor de Mello (1990-1992), que foi efetivado posteriormente com a implementação do Plano Real no governo de Fernando Henrique Cardoso (1995-2003).

Então, na década de 1990, a sociedade se depara com um Estado mínimo para o social e máximo para o capital. É neste período que inicia-se a reforma neoliberal no País, com Fernando Collor de Mello na presidência, suas propostas voltadas pouco para o âmbito social e muito para o econômico, com ideário de abertura para o mercado externo baseado em grandes importações e exportações dando abertura para grandes empresas adentrarem no país, Cartaxo (2008).

De 1990 a 1992 quando o país passou a ser presidido por Fernando Collor de Mello, este presidente chega ao poder com uma ideologia de modernização no país, com um projeto de reestruturação nacional. Estas mudanças estavam fundamentadas na reestruturação produtiva, reversão de modelo atual e substituição de importação com a abertura e expansão do investimento e do mercado internacional. Cordeiro (2008) ressalta que nos anos de 1990 a 2000 o país foi marcado pela forte modernização, processo de globalização e reformas internas. Porém as ditas reformas internas preconizavam principalmente benefícios para grandes empresas, abertura para mercado internacional e principalmente benefícios e ampliação do setor privado.

Estes governos foram marcados pelo seu viés privatista em vários setores do País, entre eles a saúde.

Desta forma, mesmo com a concretização da Constituição Federal de 1988, onde a política de saúde foi inserida no tripé da Seguridade Social, foi perpetuado também grandes atrasos e precarização deste tripé que inclui a Previdência Social o Sistema de Saúde e a Assistência Social, devido aos governos que sucederam

baseados em uma corrente neoliberal. Ou seja, o Estado com o olhar e ações reduzidas para as políticas sociais.

Ainda no início dos anos 2000, fim do mandato de Fernando Henrique Cardoso e início do mandato do presidente Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2011), este segundo que permaneceu também por dois mandatos como presidente do Brasil, os seguimentos progressistas do país seguem com esperança, conforme Cordeiro (2008) ressalta, por Lula pertencer a classe trabalhadora ter engajamento sindicalista e possuir o discurso da provável e esperada transformação na ordem societal. Entretanto o período do governo de Lula continuou reproduzindo em alguns aspectos, certos ideários de governos anteriores. Agora com uma nova roupagem, porém, com política econômica favorecendo o capital.

Neste momento, vale ressaltar conforme Cartaxo (2008), que segmentos da população se sentindo protegida e desfrutando de melhores condições tanto salariais quanto de vida, a classe trabalhadora foi cooptada por uma falsa ilusão de democracia, de proteção e de participação nas determinações societárias. Ainda as autoras trazem que neste contexto verificou-se fortalecimento principalmente dos programas focalizados que beneficiam somente parte da população e pontuam a semelhança visível entre estes governos das últimas décadas, que é a iniciativa dos governos em priorizar a política econômica no país.

Entretanto, há de se reconhecer que no governo de Luís Inácio Lula da Silva as organizações da sociedade civil ganharam maior visibilidade e espaço para ampliação. Se organizaram e se mostraram visíveis em um país com ainda fortes resquícios de ditaduras. Com menos restrições que em outros governos, com menor cerceamento dos direitos sociais e maior reconhecimento do trabalhador na sociedade contemporânea, segue-se a busca de fortalecimento da sociedade civil.

Alinhado a esta ampliação das organizações da sociedade civil, o campo da saúde corrobora o princípio de garantia de direitos, a visibilidade deste setor como primordial para a manutenção da vida em sociedade passa a ter algumas normativas e regulamentações muito distintas da ótica de saúde expressada até então no Brasil. Segundo Girardi, et al (2001) passa a ser quatorze profissões de ensino superior regulamentadas legalmente e inseridas no campo da saúde, com seus respectivos conselhos. Entre estas está o Serviço Social, que se encontra regulamentado através da Lei n. 8.662/1993. Este profissional se insere em distintos campos de trabalho, efetivando ações junto à saúde mental, saúde do idoso, da criança, da

mulher, na maternidade, junto ao trabalhador, tanto no âmbito hospitalar quanto na APS.

Como a ênfase da política de saúde brasileira sempre esteve na atenção médica previdenciária hospitalocêntrica, o âmbito hospitalar permanece sob a ótica central de atendimento. Sendo assim a APS caminha lentamente para sua afirmação como política. Ainda que o profissional de Serviço Social inicialmente tenha assumido características em sua intervenção com métodos de cura e reeducação da população equiparadas a

(...) consolidação da Política Nacional de Saúde no país e a ênfase, na assistência médica, em seu caráter hospitalar e curativo. Esta assistência, por não ser universal gerou uma contradição entre a demanda e o seu caráter excludente e seletivo. O assistente social vai atuar nos hospitais, colocando-se entre a instituição e a população, a fim de viabilizar o acesso dos usuários aos serviços e benefícios controlados pelas políticas sociais (BRAVO, 2013, p.175).

Em diferentes momentos conjunturais o Serviço Social se apresentou como um importante mecanismo do Estado e do capital e sua constituição histórica obviamente contribuiu para fortes rebatimentos na saúde da população.

Os desafios atuais da política de saúde e do profissional que trabalha neste campo, é que por vezes, ainda sofre os rebatimentos e resquícios da disputa destes dois projetos antagônicos, o privatista e o da reforma sanitária. O movimento dos profissionais visando a garantia de direitos da população, melhoria de atendimento, atendimento de qualidade e serviços de acesso universal, participação da população na elaboração de decisões relacionadas a organização da sociedade, busca por atendimento e assistência à saúde, é o que move os profissionais em consonância com o MRS.

Segundo Bravo (2013) o projeto privatista, com sua roupagem neoliberal resulta em sérias conseqüências de sucateamento do sistema público, se impondo de forma excludente, com lógica mercadológica de um Estado que prioriza grandes empresas, o setor econômico em detrimento a saúde da população, que repassa a responsabilidade para setores da sociedade que visam lucro e não a garantia de direitos, resultando em políticas focalizadas e a primazia de contenção de gastos.

O SUS, efetivado na CF/88, se encontra atrelado a esta constituição histórica, a forma com que a saúde se estruturou e a formação da profissão retratam o seu recente processo de mudança. Um país que foi constituído historicamente em um

processo de privações de direitos, paternalista e sem reconhecimento de suas condições, ainda não reconhece o profissional em suas verdadeiras competências de garantidor de direitos, e por vezes, a própria população não se reconhece como cidadãos de direitos. Desta forma a saúde, é um campo sendo estruturado e passando por constantes modificações a fim da equidade no atendimento, acesso universal à população, prezando a efetivação de serviços de qualidade.

2.1 A atenção primária em saúde no Brasil: constituição e inserção dos profissionais na porta de entrada do SUS

Sabe-se que a construção histórica da saúde no Brasil foi um longo processo voltado para uma ótica hospitalocêntrica, médico centrada, modelo biomédico. Porém, grande parte dos profissionais de Serviço Social na atualidade, defendem a ótica de ampliação da APS. A atenção primária ou atenção básica se constituiu na década de 1990 como porta de entrada do SUS. Alinhada a perspectiva do momento que antecedeu esta década, com a Constituição Cidadã (1988), o Código de Ética Profissional (1993), a Lei de Regulamentação Profissional (1993) e as novas Diretrizes Curriculares (1996) o Serviço Social luta pela efetivação de garantia da proteção à saúde em todas as localidades do território nacional, com ampla abrangência do SUS.

A APS está fundamentada na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e possui a seguinte conotação:

(...) é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas. Ela deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. Por isso, é fundamental que ela se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2012, p.9).

Nascimento e Oliveira (2010) ressaltam que a Atenção Básica na década de 1990 iniciou com o Programa de saúde da Família (PSF) que posteriormente se transformou em Estratégia de Saúde da Família (ESF). Desta forma os profissionais passaram a intervir no núcleo familiar integral e continuamente, formulando ações

voltadas para a prevenção e promoção de saúde e não somente para a recuperação e cura.

Desta forma a APS está organizada visando atender todas as demandas do território nacional, buscando a concretização da plena saúde da população. Para tal, o sistema comporta uma equipe de trabalho mínima, onde os profissionais preconizados são médicos, enfermeiros, auxiliares ou técnicos de enfermagem, equipes de saúde bucal e os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), estes últimos exercendo um importante papel de busca e reconhecimento territorial, necessários para conhecimento da população atendida, suas demandas locais e para então uma eficiente prestação de serviço. Estas equipes, chamadas de Equipes de Saúde da Família (eSF) são compostas distintamente em cada território, que segundo a gestão municipal, define o que cada comunidade necessita, devendo observar a população local e seus atendimentos específicos, demandas que chegam ao serviço. Sendo que,

A realidade brasileira, como se sabe, é marcada por uma profunda disparidade social e econômica entre suas regiões e municípios. Diferenças no porte populacional, capacidade física e ofertas de serviços de saúde têm certamente impacto no modo de produção/redefinição da política em sua face local (MONNERAT; SENNA; SOUZA, 2004, p.111).

O modelo do PSF instituído na década de 1990, que posteriormente se transformou em ESF, foi um marco na história da saúde no Brasil. Sendo que mudou seu caráter de atendimento, criando um serviço acessível a toda população, agora a população passa a ser assistida por uma equipe multiprofissional e de forma descentralizada, não como antes sendo direcionado basicamente para os hospitais. Esta equipe, exercendo novas práticas profissionais diferentes daquelas antigas práticas excludentes, passam a ter suas ações designadas a fim da promoção, recuperação e prevenção da saúde dos moradores que vivem nos arredores das unidades de atendimento. Sendo assim, estas unidades de saúde efetivam a porta de entrada do SUS à toda população.

Recomenda-se que cada equipe fique responsável por entre 600 e 1000 famílias (2400 a 4500 habitantes). A equipe deve conhecer as famílias do seu território de abrangência, identificar os problemas de saúde e as situações de risco existentes na comunidade, elaborar um programa de atividades para enfrentar os determinantes do processo saúde/doença, desenvolver ações educativas e

intersetoriais relacionadas com os problemas de saúde identificados e prestar assistência integral às famílias sob sua responsabilidade no âmbito da atenção básica. (ESCOREL, et al, 2007, p. 165)

A equipe de Saúde Bucal (eSB) está presente na ESF desde 2000 estabelecida segundo a Portaria do Ministério da Saúde (MDS) n. 1.444. Essa inserção segundo Cruz et al. (2009) se deu após vários estudos realizados no país, ao constatar que grande parte da população não tinha acesso a serviços de saúde bucal e ainda, muitos desconheciam este serviço de saúde. Dados alarmantes como estes, revelaram “à sociedade brasileira informações que, sob o ponto de vista ético, confrontavam o papel do Estado enquanto provedor de ações e serviços de saúde à população brasileira” (CRUZ, et al., 2009, p.169).

Observa-se que se faz necessário a ampliação do debate junto as várias profissões que compõem as eSF para que com a força da coletividade seja respeitado e efetivado a estruturação destas equipes conforme preconizada em suas diretrizes, tal qual hoje as eSB possuem seus espaços garantidos. A concretização desta, claramente resultaria em respostas as demandas sociais existentes nos municípios e localidades, fortalecimento das categorias profissionais que compõem as equipes e principalmente, mais um mecanismo de fortalecimento do SUS.

Situando o Serviço Social neste campo, é uma constante o profissional lutar contra a desqualificação e desvalorização da profissão, cabe ressaltar que quando a prática profissional está fortalecida em suas três dimensões: teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa, o profissional consegue de forma mais clara e objetiva, elucidar o papel do assistente social e as especificidades do seu trabalho perante a equipe multiprofissional, frente aos usuários e principalmente frente a gestão pública, que demandam em diversos momentos esse posicionamento do profissional ante suas atribuições.

O profissional do Serviço Social no âmbito da APS vem se apropriando de práticas e quando construída uma forte e relevante relação com a população atendida, contribui

(...) junto às Equipes de Saúde da Família em discussões das interferências sociais no processo saúde-doença, desconstruindo a relação de atendimento em saúde meramente curativo, clínico individual e médico centrado. Também tem um papel importante na promoção do acesso da população à saúde como direito adquirido, de forma universal, realizando seu serviço de modo que o usuário tenha informações claras ao procurar o serviço, um atendimento

humanizado, acesso aos serviços de média e alta complexidade. Possibilitar o acesso significa promover a cidadania, a inclusão social; significa modificar a realidade das famílias, melhorando sua qualidade de vida e suprindo necessidades concretas de saúde (MOSCON; KRUGER, 2010 p.96-97).

Mas ainda é importante destacar que, na estruturação destes serviços no âmbito municipal/público, se dá de maneira hierarquizada, com uma perspectiva de racionalização, com determinações da gestão sem a discussão coletiva entre profissionais de ponta, que fomente a participação tanto dos profissionais na elaboração implementação e afirmação das políticas públicas, quanto da sociedade como um todo, exercendo o controle social da população para com o governo. Desta forma, é necessário a discussão ser ampliada para diversas categorias profissionais a fim de fortalecer a APS.

Em que pese os bons resultados alcançados pela implantação da ESF no território nacional, verifica-se que, para alcançar a integralidade da atenção e a interdisciplinaridade das ações, é necessária a presença de outros profissionais de saúde integrando as equipes da ESF (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010, p.93).

Nascimento e Oliveira (2010) pontuam que o Ministério da Saúde com intuito da integralidade das ações na APS e adesão de outros profissionais no serviço, criou o NASF por meio da Portaria GM n. 154, de 24 de janeiro de 2008. Assim as equipes da ESF ampliariam sua atenção aos usuários respaldados destes NASF's, efetivando a abrangência da APS.

O NASF que será abordado na próxima seção, tem como objetivo ampliar os serviços da APS, principalmente visando o apoio matricial às eSF nas unidades de saúde e trazendo outros profissionais para este serviço, ampliando a abrangência do acesso a esta política social. De maneira geral o NASF é constituído por uma equipe de apoio com profissionais de distintas formações,

como fonoaudiólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, educadores físicos, farmacêuticos, médicos acupunturistas e homeopatas, dentre outros, eleitos em função das necessidades de saúde, vulnerabilidades socioeconômicas e perfil epidemiológico dos diversos territórios onde se encontram os serviços de saúde (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010, p.93).

Esses profissionais do NASF são considerados suporte destas eSF, atuando conjuntamente com ações e mecanismos especializados para cada localidade com suas especificidades.

Os objetivos do NASF então, serão analisados na próxima seção destacando o início e a ampliação deste serviço, trazendo a perspectiva que ao agregar outros profissionais do campo da saúde para realizar o atendimento junto a população, acaba por agregar maior qualidade para esta política, resultando em avanços significativos na APS, efetivada através do SUS que veio para afirmar uma das propostas do MRS que entrou em vigor através da Lei Orgânica da Saúde (LOS) em 1990⁴. Para tanto será verificado no município de Florianópolis como está ocorrendo essa estruturação do NASF, a discussão entre diversas profissões da área e como essas relações multiprofissionais se dão a medida que a concretização do SUS está galgando passos consubstanciais no Brasil.

⁴ Lei 8.080 Art. 1º Esta lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado (CF, 1988, p. s/p).

SEÇÃO II

3 A INSERÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NO NASF: UM ESTUDO A PARTIR DO MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS

A partir desta seção será apresentada concomitante aos dados coletados do estudo, alguns apontamentos extraídos da entrevista realizada com um profissional de Serviço Social inserido no NASF de Florianópolis. A entrevista ocorreu no mês de maio de 2015 e com o consentimento do profissional, esta foi gravada para posterior transcrição, interpretação e análise conforme segue.

Importante indicar que este estudo faz parte da pesquisa “A intersectorialidade na garantia do direito à saúde: desafio para a intervenção dos Assistentes Sociais”, que foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) conforme parecer n. 31682 de 2012.

O processo de entrevista semiestruturada foi utilizado para reconhecer e mapear o serviço oferecido pelo município de Florianópolis afim de compreender como a política se estrutura, como os profissionais envolvidos desenvolvem suas ações e dar início ao importante debate do processo de adoecimento destes profissionais. Para preservar o profissional entrevistado utilizou-se o a sigla PSS que indica Profissional do Serviço Social.

Destaque ainda para esta seção é que abordará a relevância do NASF na constituição da APS no território brasileiro e como este serviço se organiza no município de Florianópolis e como ocorre a inserção do profissional assistente social acompanhada pelo esboço das suas condições de trabalho nesta política pública.

Considerando que para a elaboração deste estudo verificou-se a inserção dos assistentes sociais na ESF do município de Florianópolis, mais precisamente no NASF, elaborou-se um roteiro de entrevista semiestruturada como norteador da entrevistadora que aplicou junto ao profissional de Serviço Social do NASF deste município, responsável por exercer as atividades pertinentes da profissão em um dos Distritos Sanitários (DS), para posteriormente analisar as condições de trabalho e dar início e visibilidade a um assunto pouco aprofundado nesta área de conhecimento.

Destaca-se que a intenção inicial da pesquisa era realizar entrevistas com todos os profissionais de Serviço Social⁵, mas devido ao tempo para a construção deste TCC, esta completa coleta de dados foi inviabilizada, sendo então realizada a entrevista inicial somente com um dos profissionais vinculados ao NASF de Florianópolis. A entrevista realizada seguiu os padrões estipulados no Código de Ética Profissional à considerar o sigilo em razão de preservar a pessoa entrevistada.

Sabe-se que a entrevista é um instrumento fundamental no exercício profissional dos Assistentes Sociais, há de se considerar todas as atribuições inerentes a este processo, entre eles o distanciamento da realidade pesquisada, salienta-se que esta propositiva de análise se deu início do estágio curricular obrigatório da acadêmica, que refletiu o quanto a inserção do profissional no campo da saúde, principalmente em um novo modelo de política sendo estruturada em um município de médio a grande porte acaba trazendo consequências para a saúde dos profissionais envolvidos, desta forma será apontado a frente as condicionantes que favorecem essa afirmativa, antes de dar andamento recorda-se que o instrumental utilizado, no caso entrevista, será pontuada ao longo das reflexões elaboradas no presente, para tornar consistentes as argumentações da autora.

Todo instrumental de trabalho, como é o caso da entrevista, está sujeita a interferências, principalmente em relação ao aspecto da não-neutralidade, que é algo inerente a todo profissional, porque esse possui seus conceitos morais, valores, ideologias, hábitos, não passíveis de serem controlados totalmente (SILVA, 1995, p.51).

No desenvolvimento da entrevista buscou-se mecanismos para evidenciar de forma esclarecedora o estudo, extraiu-se da entrevista os principais aspectos que evidencia a análise do estudo proposto, evitou-se interferências a fim de garantir uma entrevista pouco tendenciosa.

Tendo em vista a inserção do profissional de Serviço Social no NASF, importante lembrar que APS trata-se de um mecanismo de ações que visam garantir e ampliar a qualidade de vida e saúde de uma determinada população de

⁵ Devido ao prazo de entrega para a realização deste trabalho a ser apresentado para a banca na Universidade Federal de Santa Catarina para a conclusão da graduação no curso de Serviço Social, não foi possível concretizar as entrevistas com todas as profissionais. Há de se considerar uma possível continuidade nos estudos nesta área, posteriormente à graduação, a fim de explorar o tema em sua plenitude. Para isto seria necessário materializar a análise da transcrição decorrente de todas as entrevistas necessárias no campo, um aprofundamento maior que por consequência demandaria ainda mais tempo e dedicação de pesquisa.

forma descentralizada, universal e de qualidade, para sua concretude não há como deixar de abordar a inserção de distintos profissionais na área da saúde, profissionais estes que exercem papel imprescindível para a promoção e cura da saúde da população usuária do SUS. O CFESS (2011) destaca que o Conselho Nacional de Saúde (CNS) resolve na Resolução nº 218 de 06 de março de 1997, que o Assistente Social passou a ser considerado um profissional da área da saúde, não exclusivo deste campo, porém que exerce suas atividades no âmbito das políticas públicas incluindo, portanto a saúde. Desta forma o profissional passa a contribuir com suas ações profissionais para a ampliação e efetivação desta política, reconhecida como tal.

Segundo Nascimento e Oliveira (2010), o NASF foi criado com intuito de abarcar outras profissões para a resolutiva de diferentes demandas sociais no território brasileiro, bem como ser o apoio na troca de saberes e atendimento em conjunto com as eSF ampliando o escopo das atuações profissionais existentes na ESF, insistindo no projeto de saúde não mais fragmentada e sim integral. Para isto, o profissional deve contribuir para que a equipe observe a singularidade dos sujeitos, conhecendo seu meio e seus determinantes sociais, trabalhando de forma propositiva com mecanismos de prevenção, promoção de saúde, discutindo entre usuários e profissionais de outros campos o processo saúde/doença existente em cada território.

A atuação dos NASF está dividida em nove áreas estratégicas: atividade física e práticas corporais; práticas integrativas e complementares; reabilitação; alimentação e nutrição; saúde mental; serviço social; saúde da criança, do adolescente e do jovem; saúde da mulher e assistência farmacêutica (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010, p. 93).

Conforme o Cfess (2011) estipula, o Assistente Social com sua prática é um facilitador de acesso a informação para a população, atende demandas emergentes, trabalha com práticas educativas para que haja a compreensão da saúde pela população usuária, “como produto das condições gerais de vida e da dinâmica das relações sociais, econômicas e políticas do País” (CFESS, 2011, p. 183), assim o profissional passa a ter papel fundamental na mediação entre população atendida e outros profissionais da saúde.

Ao falar da inserção destes profissionais no NASF, a PSS aponta que “a minha função é de assistente social, trabalho como assistente social nas unidades de saúde. O que a gente como assistente social faz é oferecer apoio a equipe de saúde da família, a gente participa de reuniões de equipe”.

3.1 NASF: caracterização e estruturação das equipes no município de Florianópolis

O NASF foi criado para o apoio às equipes da ESF, para dar suporte através de um grupo de profissionais de diferentes áreas de conhecimento para compartilhar a responsabilidade de atendimento à população, definidos pela gestão pública do município que deveria observar as necessidades territoriais, ou seja, o que e como determinada comunidade/localidade apresentam suas demandas como prioridade que refletem diretamente no processo de saúde/doença.

“O NASF não é caracterizado porta de entrada para usuários e sim para as equipes” (BRASIL, 2009, s/p),

na verdade como a gente não é porta de entrada a demanda do usuário vem sempre a partir da equipe, então não é usuário que chega com demanda espontânea (PSS).

Por ser uma equipe de apoio, a equipe do NASF está sempre recebendo encaminhamentos da eSF, portanto os atendimentos são efetuados sempre com demandas específicas observadas pela eSF. Quanto a organização do NASF, este

deve atuar dentro de algumas diretrizes relativas à APS, a saber: ação interdisciplinar e intersetorial; educação permanente em saúde dos profissionais e da população; desenvolvimento da noção de território; integralidade, participação social, educação popular; promoção da saúde e humanização (BRASIL, 2009. p.7)

O NASF então, é uma política pública criada em 2008 em apoio às eSF da ESF dentro da APS, a fim de ampliar e qualificar os atendimentos aos usuários do SUS. *“Em 2008 foi formado o primeiro NASF em Florianópolis no final do ano. Desde o primeiro já possuía assistente social” (PSS).*

Ainda que muito recente esta política do Ministério da Saúde no Brasil, o município de Florianópolis respondeu as diretrizes iniciando a organização desta política na cidade ampliando as ações do SUS, porém quanto a sua forma de

execução ainda há muitas mudanças a ocorrer para a concretização conforme sua normativa.

O SUS entrou em vigor com a Lei 8080/90 e que perdura até os dias atuais em um processo de avanços e retrocessos. Mesmo que de maneira pontual, gradativamente o SUS veio ao longo dos anos se estruturando de maneira significativa no Brasil que, em tempos de um Estado pouco voltado para o social e muito para o econômico, ainda sobreviveu sobre a ótica de garantia de direitos da população, principalmente aos que se encontram à margem da sociedade, neste sentido, sem acesso a bens de consumo e serviços. Ainda que relativamente necessitando se reorganizar no município o NASF é uma realidade e sem dúvida, um grande avanço da política, mostrando que os direitos adquiridos constitucionalmente⁶ podem e devem ser colocados como primazia.

A incorporação da APS no país retrata a grande mudança no viés do campo da saúde, que sempre esteve centrada nos hospitais e estruturada por décadas na medicina somente curativa e olhar clínico, médico centrado.

No município de Florianópolis o NASF é composto por uma equipe de trabalho mínima. A escolha dos profissionais é determinada pela gestão do município que é eleito na Secretaria Municipal de Saúde, suas prioridades conforme a territorialização. Segundo a Instrução Normativa n. 001/2010 o NASF, no município de Florianópolis deve ser

composto por pelo menos cinco profissionais de categorias diferentes entre as seguintes sete categorias: psiquiatra, psicólogo, assistente social, nutricionista, farmacêutico, pediatra e profissional de educação física, podendo ser complementado por outros profissionais entre as 13 ocupações definidas referida Portaria nº MS/154/2008, de acordo com a definição da gestão municipal (SMS, 2010, s/p).

Em Florianópolis, as equipes do NASF estão distribuídas em cinco Distritos Sanitários, que são: o Norte, Sul, Centro, Continente e Leste. Conforme o PSS em entrevista cedida, aponta que são organizados para atender, segundo a portaria, no

⁶ Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL,1988).

máximo nove eSF, porém esta não é a realidade do Serviço Social, que chega a responder as demandas de até vinte e nove (29) eSF, conforme Tabela 1 abaixo.

Tabela 1: Distritos Sanitários, censo demográfico 2010, estimativa de 2013, com distritos, população, equipamentos de saúde, equipes da Estratégia de Saúde da Família, equipes do Núcleo de Apoio a Saúde da Família.

DISTRITO	POPULAÇÃO ⁷	EQUIPAMENTOS DE SAÚDE NO TERRITÓRIO	EQUIPES ESF	EQUIPES NASF
Norte	96.255	13	24	2
Sul	92.219	15	26	3
Centro	90.601	9	21	2
Continente	98.496	15	29	3
Leste	75.714	13	22	2
TOTAL	453.285	65	122	12

Fonte: Elaboração da autora a partir de contato telefônico com distritos sanitários e site PMF (2015).

Cada Distrito Sanitário possui as suas unidades de saúde⁸ correspondentes, conforme segue abaixo a listagem de cada unidade com seu distrito referencial.

Tabela 2: Unidades dos Distrito Sanitário do Município de Florianópolis.

NORTE	SUL	CENTRO	CONTINENTE	LESTE
Cachoeira do Bom Jesus	Alto Ribeirão	Agronômica	Abraão	Barra da Lagoa
Canasvieiras	Armação	Unidade centro	Almoxarifado	Bem Estar Animal
Inglezes	Caeira da Barra do Sul	Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)	Balneário	Canto da Lagoa
Jurerê	Campeche	Centro de Atenção Psicossocial para Crianças e Adolescentes (CAPSi)	Capoeiras	Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e drogas (CAPSad Ilha)

⁷ Observou-se que há divergência entre a tabela 1 e a tabela 3 referente a estimativa populacional do município, dados coletados no site da PMF e no site do IBGE.

⁸ As unidades de atendimento à saúde aqui referidas, trata-se de distintas unidades com esta finalidade (saúde da população), porém somente 50 unidades das 65 mencionadas são Centros de Saúde de Atenção Básica que possuem eSF e o NASF responde.

Policlínica Norte	Carianos	Monte Serrat	Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e drogas (CAPSad)	Centro de Controle de Zoonoses
Ponta das Canas	Costeira do Pirajubaé	Policlínica Centro	Coloninha	Córrego Grande
Ratones	Fazenda do Rio Tavares	Prainha	Coqueiros	Costa da Lagoa
Rio Vermelho	Morro das Pedras	Saco dos limões	Estreito	Farmácia Escola UFSC/PMF
Santinho	Pântano do Sul	Trindade	Jardim Atlântico	Itacorubi
Santo Antônio de Lisboa	Policlínica Sul		Laboratório – CTA	João Paulo
Unidade de Pronto Atendimento (UPA)	Ribeirão da Ilha		Monte Cristo	Lagoa da Conceição
Vargem Grande	Rio Tavares		Novo Continente	Pantanal
Vargem Pequena	Tapera		Policlínica Continente	Saco Grande
	Unidade de Pronto Atendimento (UPA)		Sapé	
			Vila Aparecida	

Fonte: Site PMF (2015).

Tabela 3 População estimada do município de Florianópolis (2015)

Florianópolis	Código 4205407
Estimativa população	2015
População estimada	469.690 pessoas

Fonte: IBGE (2015).

O NASF então, como suporte e apoio às eSF, está regulamentado no Brasil desde 2008 através da Portaria n.154 do Ministério da Saúde. Ainda, segundo a Instrução Normativa municipal n. 001/2010 as equipes terão no mínimo oito e no máximo vinte vínculos com eSF por distrito sanitário, devendo juntamente com estas equipes, exercer o apoio matricial.

O apoio matricial pretende oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico-pedagógico às equipes de referência. Depende da construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias entre os componentes de uma equipe de referência e os especialistas que oferecem apoio matricial. Essas diretrizes devem prever critérios para acionar o apoio e definir o espectro de responsabilidade tanto dos diferentes integrantes da equipe de referência quanto dos apoiadores matriciais (CAMPOS; DOMINITTI, 2007, p. 400).

Ao pensar o apoio matricial, PSS ressalta que é um momento

para a gente conseguir discutir algum caso, pensar no acompanhamento de alguma família, ou de alguma situação em conjunto, faz parte de grupos também, da unidade de saúde, ou específicos da profissão dependendo de cada unidade de saúde, dependendo da demanda que aparece. A gente faz atendimentos individuais, familiares, tanto no consultório quanto em visita domiciliar, então a gente faz as duas coisas. O atendimento junto as equipes, e outras ações também de participar de algum momento de integração intersetorial, gesticulação intersetorial, momentos de articulação de rede, a gente faz mapeamento da rede para conseguir oferecer um pouco mais de apoios para as equipes, isto é um pouco das atividades que a gente desenvolve (PSS).

O que acaba por ocorrer no município é que há somente um profissional por distrito sanitário, sendo o total de cinco profissionais de Serviço Social no NASF para o município todo, todos os profissionais assistentes sociais do município extrapolam o limite máximo de vínculo com as eSF, apresentando, conforme Tabela 2, que ressaltam de 21 à 29 vínculos, desta forma há evidente sobrecarga institucional e de trabalho destes profissionais.

Considerando que “a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde, um novo conceito de saúde foi construído, ampliando a compreensão da relação saúde-doença, como decorrência das condições de vida e de trabalho” (CFESS, 2011, p. 183), os próprios profissionais que são frente das propostas de ampliação e efetivação do conceito ampliado de saúde, deveriam levar em consideração que pertencem a este ciclo da sociedade capitalista, são a classe trabalhadora e estão a mercê das mazelas que afetam todo profissional inserido na lógica capitalista, principalmente envolvido com política pública que com frequência escancara a precarização do trabalho, seja em carga horário, remuneração, sobrecarga diversas institucionais, portanto suas condições de trabalho se tornam a longo e médio prazo degradantes para a própria saúde do trabalhador.

Contudo, há de se considerar a importância da troca de saber e apoio para a resolubilidade de problemas referentes à saúde, identificados no município pela eSF e direcionados para as profissionais de Serviço Social como ampliação e fortalecimento da APS.

3.2 Elementos para pensar a inserção do assistente social no NASF

Para compor o quadro de profissionais, equipe mínima, segundo a normativa do NASF nos municípios, são pelo menos cinco profissionais distintos para equipe que compõe o NASF, de distintas categorias profissionais que serão estabelecidas conforme a gestão do município no caso a Secretaria Municipal de Saúde (SMS). O profissional responderá a uma carga horária semanal de 40h (quarenta horas) e será norteado pelos princípios e diretrizes da APS, como denominada pelo Ministério da Saúde que estão na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), Brasil (2011).

Os cinco profissionais do Serviço Social que compreendem os NASF do município se reúnem uma vez por mês para discussões e deliberações sobre procedimentos e suas ações profissionais, além disto estando em contato constante, através de equipamentos que facilitam a interação destes, com o “auxílio da tecnologia, que na atualidade se torna um facilitador” segundo o PSS.

As demandas que se apresentam a estes profissionais, segundo o PSS entrevistado, se assemelham muito com as mesmas demandas de outros assistentes sociais que desenvolvem suas atividades na saúde pública, entre elas:

(...) muita demanda para saúde mental, por exemplo, ou situação de idoso que mora sozinho e não possui nenhuma rede de apoio e está em uma situação de início de demência ou tem algo mais grave ainda que precisa de cuidados. Outras unidades de saúde aparecem muitas situações de orientações de direitos e a questão de vulnerabilidade social mesmo. Difícil acesso da casa, não possui nenhuma renda, ter dificuldade de acesso a alguns serviços, enfim. (...) Orientação sobre direitos trabalhistas, previdenciários, são situações que também aparecem. Situação de violência contra criança e adolescente, as vezes contra idoso, aparecem bastante, nossa articulação com conselho tutelar e com outros serviços de proteção (PSS)

O PSS também aponta que as ações do assistente social no NASF, são desenvolvidas a partir das demandas encaminhadas pelos profissionais da eSF, ou seja da equipe que é porta de entrada do sistema referência para usuário e que compreende as demandas territoriais de onde está inserido, que efetua o atendimento inicial com o usuário.

a partir das demandas e necessidades identificadas a cada momento, o Nasf pode atuar tanto para apoiar as equipes na análise dos problemas e na elaboração conjunta de propostas de intervenção, quanto diretamente na realização de ações clínicas ou coletivas com os usuários, quando se fizer necessário, de modo integrado e corresponsável (MS, 2008, p.22)

Quando questionada sobre demandas diferentes dos atendimentos aos usuários a pessoa entrevistada ressalta que “Teria um outro eixo do NASF que é as demandas da equipe, por exemplo, quando a equipe adocece, quando a equipe tem alguma dificuldade. Mas este eixo o município não assumiu, então o NASF não é apoio para os profissionais das equipes” (PSS).

Em relação a rotina e agenda dos assistentes sociais, ressalta na entrevista, que circulam muito entre as unidades de saúde, não estão todo o tempo com uma única equipes, na mesma unidade de saúde. Assim acabam perdendo algumas demandas por não estar em determinado local, dia, horário, porém o caderno da ABS número 39 do Ministério da Saúde que é um dos norteadores das ações profissionais no NASF, não estabelece que o profissional esteja constantemente em uma unidade, mas que circule entre as zonas de atendimento, priorizando a estratégia de trabalho agendada em conjunto com as eSF e determinados atendimentos as Áreas de Interesse Social (AIS).

A forma provisória com que alguns Distritos Sanitários buscaram resolver o problema de sobrecarga de trabalhos, selecionando as AIS como prioridade de atendimento não é vista de forma positiva, pois acaba por tornar o trabalho em saúde focalista e seletivo, indo totalmente ao oposto do que é a proposta do SUS e da própria ESF.

Nogueira (2004) revela que no país ainda perpetuamos os aspectos da questão social, reduzindo os padrões da proteção social, rompendo com perspectiva democrática, insistindo na focalização das políticas públicas revelando o reducionismo a achatamento das conquistas.

A PSS aponta sobre o apoio matricial, revelando como busca manter uma agenda de reuniões junto as equipes.

eu participo uma vez por mês de cada reunião de eSF, (...) ali a gente vai programar os grupos, planejar as atividades na escola, planejar as articulações intersetoriais, as discussões de casos, os atendimentos conjuntos. (...) o contato mesmo com a equipe, formal, de sentar e conversar é feito uma vez por mês nas reuniões de equipe (PSS).

Este processo de trabalho em equipe multiprofissional se apresenta como novidade no campo da saúde. Mas cabe ressaltar que sempre houve a interação de distintas áreas de saber para a resoluvidade dos processos de adoecimentos e

saúde, porém à nível sempre hierarquizado, muito distinta da proposta horizontal do MRS que propõe nível de importância equivalente a toda área de conhecimento.

Contudo, há que se entender que a construção do processo de trabalho em equipe não se dá facilmente. Primeiro, porque existe historicamente uma hierarquização entre as profissões dentro do sistema de saúde. E, em segundo lugar, porque as pessoas trazem suas próprias especificidades, que exercem influência sobre o processo de trabalho. Então, a realização do trabalho em equipe exige que haja muito mais do que boa vontade, exige a realização de práticas democráticas, o saber reconhecer o papel e a importância do outro dentro do grupo, ou seja, uma real transformação do cotidiano do ambiente de trabalho (NIETSCH; DALPRÁ, 2014, s/ p).

O que se mostrou bastante evidente na entrevista foi as relações de trabalho da equipe multiprofissional, que o PSS elencou como situações adversas ao exercício profissional no campo de trabalho. Está posto que

Uma dificuldade muito grande ainda é que muitas vezes as equipes são médico centradas. Com a idéia de que ainda é clínico, de que é médico, e as vezes tem dificuldade de entender que aquela demanda é clínica. As vezes ela pode ter um fundo ou uma causa social (...) algumas equipes, alguns profissionais, médicos, enfermeiros, tem uma resistência muito grande ainda, eles acham que tem que trabalhar com a clínica do que trabalhar com a causa (PSS).

O PSS continuou abordando a dificuldade de alguns profissionais em não identificarem a importância do assistente social na saúde. Não querendo discutir, nem trabalhar com estes profissionais, se considerando auto-suficientes para suprirem as demandas atendidas.

De não entender a nossa dinâmica e não querer entender. Que as vezes não é o não entender, não fui esclarecido, (...) fui esclarecido mas não quero trabalhar contigo. É mais fácil eu trabalhar no meu consultório trancado do que ter que articular com outras pessoas e discutir casos, enfim, de ter outro olhar ampliado. **Porque, a partir do momento que você amplia o seu olhar para uma situação, você começa a ter mais demandas e mais trabalho** (PSS) (grifo nosso).

Desta forma o profissional entrevistado adentra na polêmica discussão que certos profissionais no campo da saúde insistem em reproduzir a ótica em desuso, de um atendimento reduzido. Certos profissionais não querem “ter o trabalho” de envolver-se e avaliar a rede de apoio, as condições da família/usuário, do espaço que este sujeito está inserido, a moradia, seu trabalho, situação de vida, para que não se responsabilize com novas demandas, descaracterizando assim toda a

construção de atendimento integral estabelecida pelo ABS. “Essa questão do encaminhamento é difícil também. (...) só querem caminhar, eles não querem discutir e assumir em conjunto” (PSS). E ainda,

sempre que muda algum profissional de alguma equipe, a gente tem que ficar trabalhando de novo qual é o papel da assistente social, que a gente chama de cardápio às vezes, o que a gente pode oferecer para aquela equipe. Isso é cansativo, mas a gente tem que fazer. Toda vez que muda a equipe isso acontece. É um desafio na verdade, porque as vezes você cansa de falar várias vezes a mesma coisa (PSS).

Sobre o olhar dos gestores para os assistentes sociais no NASF, Neitsch (2013) indicou que “a justificativa da gestão municipal para não contratação de mais Assistentes Sociais, mostra que a visão reducionista do conceito de saúde ainda assombra a política de saúde.

A gente tem uma dificuldade com a gestão municipal, (...)um pouco dessa questão de não entenderem ou não querer nossa inserção nestes espaços. Porque ao mesmo tempo em que dizem não compreender nossa atuação e importância, eles sabem que nós na ABS, somos mobilizador, problematizador, (...) tem um certo receio de ampliar os nossos profissionais, talvez por conta disto também. E pelo discurso de não entender o que a gente faz, não achar que a gente é importante, por terem muito mais a visão clínica que a parte social (PSS).

Algumas justificativas que a gestão coloca é de já possuir no município profissionais do Serviço Social nos Centros de Referências de Assistência Social (CRAS), enfatizando que o quadro destes profissionais do NASF já encontram-se estabelecidos e completo. Neitsch (2013) destaca que desta forma não há possibilidade de viabilizar ações profissionais que respondam a todas as demandas hoje no município se não houver a adequação à portaria das relações do NASF com eSF, devido a demanda de trabalho e tempo de execução.

O profissional que hoje compõe a equipe de NASF no município de Florianópolis, perpetua uma luta constante para o fortalecimento da esfera pública, porém, a respeito da mobilização e controle social⁹ a pessoa entrevistada relatou que nem sempre consegue vincular-se aos movimentos inerentes ao campo.

⁹ Dessa forma, refere-se atualmente o controle social como um instrumento democrático de participação e de integração institucionalizada e legítima da sociedade com a gestão da

A gente tem movimentos por fora, (...) por exemplo quem passou em concurso público, (...) estão chamando muitos assistentes sociais pra Secretaria de Assistência Social mas nada pra saúde, então estas assistentes sociais, que estão na fila de espera pra entrar no concurso, a gente sabe que elas estão mapeando onde precisaria ter mais assistentes sociais, ou onde está acontecendo estas situações de atender mais do que deveríamos, onde tem vagas que não estão sendo ocupadas. Elas estão fazendo esse mapeamento para junto ao Ministério Público, pressionar a contratação de mais assistentes sociais. A própria residência também, (...) quem está entrando pela prefeitura, (...) eles foram cadastrados como profissionais do NASF. Então eles estão junto ao MDS, como assistentes sociais dentro do NASF, eles ocupam uma vaga de assistentes sociais lá. Então na verdade a residência também tem esse movimento de que seja público isto, que estão assumindo lugar de profissionais pra que contratem mais pessoas no lugar e eles fiquem como residentes e não como profissionais efetivos. (...) eles não são efetivos, não são profissionais da prefeitura. Então a gente quer que estas situações que estão acontecendo, apareçam para que o Ministério Público também possa influenciar na contratação de mais profissionais.

Anteriormente já foi ressaltado neste, que os movimentos societários são essenciais para a melhoria da qualidade de vida da população, da garantia de direitos, tornando visível demandas que não são observadas pelo poder público, pelas políticas sociais. Este caráter mobilizador do profissional referido, acaba se tornando neste espaço de trabalho, um agente politizador, que busca desenvolver com os usuários a participação democrática a fim de ampliar discussões pertinentes a melhoria do atendimento e serviço prestado para a própria população. Ressalta-se então o importante movimento dos profissionais nos espaços de controle social, ainda que difícil inserção destes, devido ao denso exercício profissional.

A intervenção profissional do assistente social na APS, especialmente no NASF, possui pouca produção bibliográfica no interior da categoria profissional e no próprio município, sendo que trata-se de uma política relativamente nova. A caracterização da atuação do profissional nesta política e serviço prestado a população que é o NASF, ainda possui muito a ser explorado na ótica de integralidade, equidade, direito à população, ampliação e principalmente quanto uma política não efetivada em sua plenitude pode trazer rebatimentos para o exercício profissional inseridos neste âmbito.

Há de se considerar a relevância desta discussão, tema este que busca complementar alguns poucos estudos existentes, elaborados no município de Florianópolis que abordaram o NASF em suas pesquisas como procedimento e processo de trabalho, porém não problematizam as resultantes nas condições de saúde destes profissionais.

Discutir as condições de trabalho dos assistentes sociais na APS é extremamente relevante para buscar amparar os profissionais deste espaço. Desta forma refletindo na maior qualidade de atendimento aos usuários e beneficiando assim toda a sociedade, população e profissionais. Se partisse do princípio de que a saúde destes profissionais é um ponto significativo para a efetividade da política com reflexos benéficos para toda sociedade, levando em consideração um olhar voltado para a saúde do trabalhador, ocasionaria um atendimento ainda mais qualificado, serviço prestado à população com maior abrangência, implicaria na relativa diminuição do adoecimento dos profissionais, da população.

Este estudo amparou-se no objetivo principal de ampliar o debate sobre estas condições de trabalho dos profissionais no NASF, principalmente do Serviço Social que resulta por desestimular muitos profissionais ao exercício profissional e/ou afastamento do campo da saúde, além de buscar ampliar os estudos na área da saúde onde o Serviço Social está inserido, movimentar e subsidiar discussões acerca do fazer profissional que por vezes é interpretado de maneira equivocada pela equipe multiprofissional e finalmente, voltar o olhar para estas profissionais que podem se encontrar sobrecarregadas em seus respectivos espaços de trabalho exercendo suas atribuições.

Em face a precarização do trabalho na contemporaneidade o assistente social se desdobra a cumprir suas atribuições nos campos onde a profissão se insere. Em resposta as demandas tanto da política social quanto institucional, um ciclo que as vezes não permite que o profissional se reconheça em suas condições de trabalho. Cabe elencar que muitos profissionais se percebem neste meio e se mobilizam para modificação desta realidade apresentada enquanto campo de trabalho.

Para que qualquer movimento de reorganização do sistema possa ser efetivado deve-se considerar a mobilização coletiva dos profissionais da saúde, ressaltando a importância deste espaço no território. Conforme apontado pelo profissional entrevistado, que pouco se consegue colocar em prática a participação

destes profissionais nos meios de controle social, observa-se que a autonomia inerente ao assistente social possui um caráter facilitador, visando que:

a prática profissional não exclui alguns traços importantes que marcam um profissional autônomo, entre eles o caráter não rotineiro de sua ação, permitindo aos mesmos uma certa margem de liberdade no exercício de suas funções. Esta característica aliada ao contato direto com usuários, reforça um certo espaço para uma atuação que reorienta a forma de intervenção, através de apresentação de propostas de trabalho que ultrapassem a demanda institucional (BRAVO, 2013, p. 105).

Esse estímulo para com os usuários ressaltando a importante ação que é de levar a informação desenvolvendo junto a sociedade um caráter de empoderamento dos sujeitos e autonomia para reivindicarem seus direitos constituídos socialmente, por outro lado, sente-se que estes profissionais talvez estejam inseridos em um ciclo que cerceia a mobilização profissional perante as suas questões que envolvem o seu campo de trabalho e a forma como está posta. Imobilizando-os para o grande movimento que é afirmar a profissão diante das mazelas do sistema da sociedade capitalista, tendo em vista que sua intervenção junto aos usuários é pontual e consiste no foco usuário em processo de adoecimento ou recuperação da sua saúde integral, através da entrevista realizada observou-se a forte mobilização do profissional para melhoria deste espaço.

Há, por parte dos cinco profissionais, um movimento que luta pela contratação de mais profissionais, o que possibilitaria a prestação de serviço de maior qualidade e resolutividade. Essas contratações, todavia, não ocorreram, pois a gestão indica que o Assistente Social é um profissional de alto custo, já que envolve o pagamento de responsabilidade técnica (RT) (NIETSCH; DALPRÁ, 2014, s/p) .

Os movimentos sociais que tiveram forte avanço no Brasil principalmente nas décadas de 1980 e 1990 são um marco relevante no país que ressaltam a importância não só do debate, participação popular, mas da conscientização da população e diversas categorias de profissionais, buscando reivindicar também seus direitos como classe trabalhadora tendo consciência que

Há muitos desafios a serem enfrentados. Como meta geral, é preciso alterar a cultura política de nossa sociedade (civil e política), ainda fortemente marcada pelo clientelismo, fisiologismo e por diversas formas de corrupção; reestruturar a cultura administrativa de nossos

órgãos públicos, ainda estruturados sobre os pilares da burocracia e do corporativismo; contribuir para o fortalecimento de uma cultura cidadã que respeite os direitos e os deveres dos indivíduos e das coletividades, pois a cidadania predominante se restringe ao voto e é ainda marcada pelas heranças coloniais da subserviência e do conformismo (GOHN, 2010, p. 356).

A cultura pouco participativa no país é resultante da herança de uma conjuntura ditatorial que deixou marcas que só serão transformados depois de um longo processo de reversão destes ditames. O assistente social tem um papel imprescindível nesse movimento de uma nova cultura política em sociedade, seguindo o fio que conduz a profissão, de participação nas instâncias democráticas, quiçá este profissional encontraria maior força na coletividade para suas demandas profissionais.

(...) eu tenho consciência que eu não consigo desenvolver tudo do que eu poderia desenvolver na atenção básica. Eu deixo a desejar na questão da mobilização comunitária, por exemplo, nos conselhos de saúde, no controle social, que é um movimento que eu não consigo trabalhar muito, porque não consigo sair da unidade de saúde, pois demanda que eles me pedem é lá de atendimento, então é um pouco difícil (PSS).

Mesmo após anos de uma Constituição cidadã pouco se consegue absorver e perceber todos os direitos inerentes ao cidadão brasileiro, pouco se sabe como lutar por estes, fica-se no aguardo da permissividade ou de outrem representativo, sem que alguém tome atitude de governar as ações para benefício coletivo, em tantos momentos depara-se com cidadãos estáticos. Ora, com tantas repressões enraizadas na cultura militarista caminha-se em passos lentos para verdadeira autonomia profissional do suposto profissional liberal. “O Serviço Social, embora sendo considerado um profissional liberal, não possui esta tradição, sendo uma profissão que tem no Estado, através das políticas sociais e instituições, seu maior empregador” (BRAVO, 2013, p. 105).

Para a consolidação dos princípios e objetivos do Sistema Único de Saúde, é imprescindível a efetivação do Controle Social e o Assistente Social, com base no seu compromisso ético-político, tem focalizado suas atividades para uma ação técnico-política que contribua para viabilizar a participação popular, a democratização das instituições, o fortalecimento dos Conselhos de Saúde e a ampliação dos direitos sociais (CFESS, 2011, p. 184)

A relevância da ABS, assim denominada pelo Ministério da Saúde, está em ser uma política de atendimento as demandas sociais, demandas estas, resultantes do sistema de acumulação capitalista em que estamos inseridos, que propõe para além da proteção a população e qualidade de vida, mas também busque reduzir a disparidade do país. Sua relevância ampara-se na premissa de um Estado voltado para a população de forma protetiva garantindo um importantes direitos do cidadão, em proteção à vida e subsistência.

A precarização do público não é novidade nas pesquisas e estudos apresentados no Serviço Social,

seria mais resolutivo, ampliaria realmente mais o trabalho das equipes se tivéssemos um assistente social para no mínimo cinco (5), máximo nove (9) equipes de saúde. (...) a gente não consegue desenvolver o trabalho que a gente deveria desenvolver quanto NASF. Eu não consigo acompanhar um usuário desde o momento que ele entra em uma unidade de saúde e ficar acompanhando ele uma vez por mês ou uma vez a cada quinze dias, eu não consigo. A gente tem uma dificuldade muito grande de continuidade do atendimento a partir do momento que a gente recebe (...) os retornos que eu deveria dar, eu não consigo dar. Porque estou rodando tanto que as vezes no meio do caminho já se perdeu, ou aconteceu alguma coisa, então a gente não consegue ter essa dinâmica, essa rotina. Porque muda muito nossa agenda, muda muito nosso processo de trabalho, muitas coisas, o território (PSS).

A sobrecarga destes profissionais que atendem um número de eSF muito acima das diretrizes na ABS acabam evidenciando ainda mais esta realidade que imobiliza o profissional para que não exerça reivindicações próprias, como trabalhador, envolvendo o profissional em horas exaustivas e cobrando sob o aspecto de um exercício profissional eficiente, de qualidade que acaba por camuflar a lógica tão perversa mercadológica impossibilitando o profissional de distanciar-se de seu exercício e ações para quebrar estes aspectos que limitam a ampliação de um sistema de saúde adequado e abrangente com agenda de defesa dos direitos sociais, humanos, profissionais.

Por fim, o assistente social hoje inserido na esfera pública passa por um processo um tanto delicado que poderá afetar ser o início ou já estar acontecendo adoecimento da vida em sociedade, resultante de sua vida profissional, o profissional a poucos passos de se tornar o usuário do sistema devido a suas condições de trabalho.

É assim, sou uma pessoa que me cobro muito pelo que desenvolvo, pelo meu trabalho. Então quando eu não consigo desenvolver o que eu quero, quando eu não consigo dar tudo o que eu posso para conseguir efetuar meu trabalho de qualidade. Eu me cobro muito, e eu acho que esta cobrança não faz bem pra gente. E aí quando a gente vai conversar com a gestão, tentar brigar por alguma coisa que a gente gostaria, ou enfim, melhoria nas condições de trabalho, a gente sempre tem alguém que não está te apoiando, não te dá suporte que você precisa (PSS).

O fato de não se reconhecer neste processo é o que mais implica em gravidade, contando que o PSS entrevistado se mostra um profissional extremamente comprometido observa-se um posicionamento de culpabilização em alguns momentos por saber que não consegue neste meio exercer sua profissão com plenitude. A pessoa entrevistada faz alguns apontamentos significativos que mostram seu posicionamento diante destes questionamento em reflexo a sua condição de saúde, revelando que nunca teve algum problema de saúde relacionado ao NASF, mas por questões psicológicas e sobrecarga de trabalho, sim.

Essa dinâmica abala muito essa questão emocional mesmo, de cobrança com o que você faz, com o que você desenvolve. A partir do momento que você não desenvolve um trabalho de qualidade, pra desenvolver um trabalho, todo o processo também desmorona, (...) **não sei se é especificamente devido ao trabalho do NASF**, da gente absorver algumas demandas que não são nossas, absorver de uma forma diferente, por exemplo, eu já tive problema com um usuário específico que ele me mobilizou tanto que eu percebi o meu corpo adoecer.(...) mas não foi pela dinâmica do NASF, (...). Então do NASF acho que é muito mais a questão psicológica mesmo do que o restante, pelo menos pra mim. Eu acho que de certa forma influencia... Afeta com certeza...(PSS).

Observou-se então, ainda que pontual, um movimento destes profissionais insatisfeitos com suas condições de trabalho. Buscando ampliar a política e principalmente efetivar seu exercício profissional no NASF, para que o profissional seja reconhecido e estabelecido neste espaço de trabalho conforme preconizado inicialmente.

Então nossa luta está por fora assim. Por exemplo, agora vai acontecer no próximo mês a Conferência Municipal de Saúde, hoje tem a pré Conferência no centro, a ideia é que possamos fazer uma discussão junto aos usuários que vão estar presentes nas conferências para que seja um ponto de pauta a contratação e adequação o número de profissionais ao numero de NASF. Inclusive os fisioterapeutas, psiquiatras, que estão na mesma situação que a gente. Então, que gente tenta também trabalhar com esses usuários, na questão do controle social pra que eles pressionem a contratação,

mas gestão municipal diz que não. Essa é a resposta que temos deles. Já sabemos. Pode vir mais nutricionistas, educador físico, psiquiatra, psicólogo, mas assistente social não. Então esse discurso esta bem claro pra gente, mas a gente tem que puxar pro outro lado, pra que a gente mude esse quadro. Se a gente quer no fundo estar em uma unidade de saúde só, ou chegar no cinco (5) a nove (9) que o ministério prevê, a gente tem que fazer também, tentar articular outras formas, de conseguir mobilizar e conseguir entrar mais profissionais (PSS).

Desta forma, estes profissionais salientam a busca por articular movimentos tanto de categoria quanto de equipes no espaço sociocupacional, claramente conforme suas possibilidades, mesmo que restritas, a fim de reivindicar melhorias em seus respectivos espaços trabalho, incitando aquilo que está posto para esta profissão, garantia de direitos, melhoria na qualidade de atendimento a população, mudança da perspectiva de um Estado reduzido.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As mudanças ocorridas no século passado e que foram imprescindíveis para estruturação deste corrente, e da forma como hoje nos organizamos em sociedade, seja no âmbito dos direitos, ou mudança de paradigmas, ainda com a transformação da cultura brasileira em vários aspectos, a efetivação de conquistas como cidadãos de direitos em uma conjuntura democrática. Ressaltam o quanto mudamos a ordem societal e o quanto ainda temos que buscar para que possamos alcançar qualidade de vida, não no sentido restrito, mas visando igualdade, acesso a serviços de qualidade, seja na saúde, na educação, na assistência, transporte, moradia entre tantos outros que perpassam a vida em sociedade.

Estes avanços destacados neste estudo, abordados de maneira sucinta, demonstram que houve ganhos substanciais para a população em relação ao cuidado da saúde, ao mesmo tempo que destacam a negligência dos gestores públicos com o cuidado para com a população. Abordando a ótica do favoritismo, assistencialismo, autoritarismo, hierarquização, burocracia, privatizações, entre tantas entraves que dificultam o acesso à saúde, buscando diminuir, desqualificar e sucatear esse espaço conquistado tão recente no país.

A busca pela efetivação de uma saúde pública de qualidade ainda sobrevive em meio a estes obstáculos, amparado por alguns profissionais que compreendem e defendem o conceito ampliado de saúde, que visam a melhoria da qualidade de vida da população, que apontam insistentemente os direitos destes para que sejam sujeitos mobilizadores em prol da coletividade. Ocorre que hoje os profissionais que se inserem no espaço NASF, apresentam não somente a sobrecarga em números exorbitantes especificados acima como humanamente impossíveis de responder com um exercício profissional qualificado, que correspondam a todas atribuições que um profissional do Serviço Social tem a capacidade e aptidão para desenvolver.

Estas profissionais apresentam ainda, mais características importantes a serem destacadas, a pensar na questão de gênero que se apresenta na desigualdade de salários, na visão de que o ser mulher possui a “capacidade” de agregar funções, em uma possível hierarquia profissional, na falsa visão da mulher como cuidadora e portanto qualificada para atender e responder com eficiência as demandas da população adjacente, etc. Demonstram a grande capacidade de se reinventarem ante o achatamento deste espaço de trabalho, como categoria nem sempre

encontram coesão e apoio, amparam-se no projeto ético político da profissão mas se esgotam ao ter que estar constantemente se reafirmando quanto categoria profissional e quanto a uma profissão inserida no âmbito público.

Enquanto profissionais e equipe tão mínima não caminhar de acordo, conquistando este espaço como política pública e de extrema relevância no contexto social que o país atravessa, e se perceberem neste processo de adoecimento a longo prazo, poucas mudanças poderão se efetivar. Se buscam como profissionais a garantia de direitos coletivos e individuais, porque não pensar em seus direitos profissionais, suas demandas, desgastes, retrocessos, avanços, reestruturação, fortalecimento? Ainda há um longo caminho a percorrer para que possamos estar satisfeitos como sociedade e como profissionais, mas que não deixemos nos vencer pelo esgotamento de nossos anseios.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Organização de Alexandre de Moraes. 16.ed. São Paulo: Atlas, 2000.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de Outubro de 1988.

BRASIL. Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências.**

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no 154, de 24 de janeiro de 2008. **Criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).**

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no 2.488, de 21 de outubro de 2011. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica**, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica**. – Brasília: Ministério da Saúde, 116 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 39) 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde na escola. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Caderno de Atenção Básica n.27.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde/Departamento de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009, 160 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica; n. 27).

BRAVO, M. I. S et al. **Saúde e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2012.

_____ **Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas Sociais e Práticas Profissionais.** São Paulo: Cortez/ UFRJ, 1996.

_____ **Saúde e Serviço Social no Capitalismo, fundamentos sócio-históricos.** 1.ed. São Paulo: Cortez, 2013.

_____ **SERVIÇO SOCIAL E REFORMA SANITÁRIA: Lutas Sociais e Práticas Profissionais.** 3.ed. São Paulo: Cortez, 2010.

BRAVO, M. I. S; CORREIA, M. V. C. **Desafios do controle social na atualidade.** *Revista Serviço Social e Sociedade.* São Paulo, n.109, 2012.

Campos, G. W. S., & Dominitti, A. C. **Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão de trabalho interdisciplinar em saúde.** (2007). *Cadernos de Saúde Pública*, 23(2), 2007. p.399-407.

CARTAXO, A. M. B. **Análise da política previdenciária brasileira na conjuntura nacional: da Velha República ao Estado Autoritário.** *Serviço Social e Sociedade*, nº40, dez.1992,p.58-80.

CARTAXO, A. M. B. **As Determinações Sócio-Históricas da Reforma da Previdência Social na Década de 1990.** PUCSP, Tese de Doutorado, 2003.

CARTAXO, A. M. B.; CORDEIRO, J. R. **Considerações Preliminares das Determinações Sócio Históricas da Reforma da Previdência Social Brasileira: um estudo comparativo entre as décadas de 1990 a 2000.** Comunicação oral, 19^a Conferência Mundial de S. Social. Salvador, Bahia, 16-19 agosto, 2008.
CFESS, Conselho Federal de Serviço Social. **Código de Ética Profissional do Assistente Social.** Brasília. 1993.

CORDEIRO, J. R. **Na teia da contradição: O princípio da universalidade na política previdenciária brasileira.** 2008. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social). Departamento de Serviço Social. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis. 2008.

CRUZ, D. B. et al. **O processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: Uma perspectiva a partir da equipe de saúde bucal.** *Rev. APS*, v. 12, n. 2, p. 168-175, abr./jun. 2009

DUARTE, Adriana. **O processo de reforma da previdência social pública brasileira: um novo padrão de regulação social do Estado?.** *Serviço Social e Sociedade*, n. 73, 2003, p. 120-141.

ESCOREL, S; et al. **O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil.** Rev. Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health. Temas de actualidde. 2007. p.164-176

FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. Normativa nº 001 de 14 de janeiro de 2010. **Define as normas e diretrizes para a gestão e atuação do NASF no âmbito municipal.**

FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. Portaria No 283, de 6 de agosto de 2007. **Aprova a Política Municipal de Atenção a Saúde, estabelecendo diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica baseada na Estratégia de Saúde da Família.**

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** São Paulo: Atlas, 1987.

GIRARDI, S. N.; et al. **A Regulamentação das Profissões de Saúde no Brasil.** 2005. Disponível em: <http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v2n1/Doc/RPSB.doc>. Acesso 2015.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos.** SP: Perspectiva, 2008.

GOHN, M. da G. **Movimentos sociais e redes de mobilizações civis no Brasil contemporâneo.**Petrópolis: Vozes, 2010a.

MARCONI, M. de A; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica.** 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MARCONI, M. de A; LAKATOS, E. M. **Técnicas de Pesquisa.** 2. ed. São Paulo: Atlas, 1990.

MATTA, G. C.; MOROSINI, M. V. **Atenção básica.** In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Julio César França (org.). **Dicionário da educação profissional em saúde.** 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2009.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. **Quantitativo Qualitativo: oposição ou complementaridade**. Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239-262, jul./set., 1993.

MIOTO, R C T. **Processos de Responsabilização Das Famílias no Contexto dos Serviços Públicos: Notas introdutórias**. In: XII ENPESS, Rio de Janeiro: Dezembro de 2010 P.125 -135.

MONNERAT, G. L.; SENNA, M. de C. M; SOUZA, R. G. de. **Entre a formulação e a implementação: uma análise do Programa Saúde da Família**. In. BRAVO, M. I. S.; VASCONCELOS, A. M.de; GAMA, A. de S.; MONNERAT, G. L.(orgs). Saúde e Serviço Social. Rio de Janeiro, Cortez, 2004

MOSCON, N. ; KRUGER, T. R. **O Serviço Social na Atenção Básica e o Acesso aos Serviços de Saúde**. Rev. Saúde Pública Santa Catarina. V:3 nº2. Florianópolis 2010.

NASCIMENTO, D. D. G.; OLIVEIRA, M. A. C. **Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família**. *O mundo da Saúde (CUSC)*, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 92-96, jan./mar. 2010. Disponível em: <<http://www.saocamilosp.br/novo/publicacoes/publicacoesDownload.php?ID=74&rev=s&ano=2010>>. Acesso 2015.

NEITSCH, L. S. ; DAL PRÁ, K. R. **O serviço social no NASF: elementos para pensar a intervenção profissional**. In: XIV Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, 2014, Natal. Anais do XIV Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, 2014. v. único.

NEITSCH, L. S. **O Serviço Social no NASF: desafios e possibilidades para a intervenção profissional**. 2013. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social). Departamento de Serviço Social. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis. 2013.

NOGUEIRA, V. M. R. **Intervenção profissional: legitimidades em debate**. In Katálysis v.8 n.2 Jul./Dez. 185-192. Florianópolis/SC, 2005.

SANTOS, T. C. **A ação profissional do assistente social e suas contribuições para a construção da integralidade na estratégia saúde da família no município de Ponta Grossa – Paraná**. 2010. Dissertação de Mestrado (Programa de Pós Graduação em Serviço Social – Mestrado) da Universidade Federal de Santa Catarina. 2010.

SEGRE, M. ; FERRAZ, F. C. **O Conceito de Saúde**. Revista de Saúde Pública, São Paulo, n.31, outubro/1997.

STARFIELDS, Barbara. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

APÊNDICE

A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título da Pesquisa: As condições de trabalho dos assistentes sociais inseridos no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) no município de Florianópolis

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, _____ abaixo assinado, forneço meu consentimento livre e esclarecido para participar como voluntário (a) da pesquisa de trabalho de conclusão de curso, sob a responsabilidade da acadêmica Rafaela Carolina Ferreira do curso de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina, e da Professora Doutora Keli Regina Dal Prá, orientadora da pesquisa.

Assinando este Termo de Consentimento, estou ciente de que:

- 1) O objetivo principal da pesquisa é compreender **As condições de trabalho dos assistentes sociais inseridos no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) no município de Florianópolis;**
- 2) Tenho a liberdade de recusar a participar da pesquisa em qualquer fase, sem qualquer prejuízo a minha pessoa;
- 3) Os dados pessoais dos participantes serão mantidos em sigilo e os resultados obtidos com a pesquisa serão utilizados apenas para alcançar os objetivos do trabalho, incluindo a publicação na literatura científica especializada;
- 4) Não terei benefícios diretos participando deste trabalho, mas estarei contribuindo para a produção de conhecimento científico que poderá trazer benefícios de uma maneira geral à sociedade.

- 5) Os registros escritos e gravados permanecerão em poder do pesquisador e não serão divulgados na íntegra;
- 6) Poderei entrar em contato com os pesquisadores sempre que julgar necessário. Com acadêmica Rafaela Carolina Ferreira, pelo telefone (48) 9921-8300, respectivamente, ou com a professora Keli Regina Dal Prá, pelo telefone (48) 9977-8601.
- 7) Obtive todas as informações necessárias para poder decidir conscientemente sobre a minha participação na referida pesquisa;
- 8) Este Termo de Consentimento é feito em duas vias, de maneira que uma permanecerá em meu poder e a outra com os pesquisadores responsáveis.

Cidade: _____

Data: _____ de 2015

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador

APÊNDICE B - Roteiro de entrevista semiestruturada

1. Descrever organização do NASF e dinâmica de inserção do Serviço Social no NASF do distrito centro.
2. Pode descrever as funções por você exercidas?
3. Quais as principais demandas dos profissionais e/ou usuários para o Serviço Social no NASF?
4. Como é realizado o trabalho entre a equipe NASF e a equipe ESF (apoio matricial, planejamento de ações, atividades no território)
5. Em sua opinião, a implantação do NASF no município de Florianópolis amplia o escopo da ABS? (Sim/Não e Por que?)
6. Quais são as principais ações desenvolvidas no processo de acompanhamento das equipes ESF?
7. A partir da sua experiência profissional, qual a importância das ações realizadas neste campo?
8. A organização do seu processo de trabalho no distrito sanitário reflete na sua condição de saúde. (Sim/Não e Por que?).
9. Quais são os desafios no acompanhamento à equipe ESF no processo da realização das atividades?
10. Quais os desafios nas relações de trabalho na APS.
11. Que iniciativas o município de Florianópolis realiza ou pretende realizar em relação as condições de trabalho do assistente social no NASF.
12. Que iniciativas o município desenvolve voltadas para a saúde dos profissionais na APS?
13. Diante das condições de trabalho do Serviço Social no NASF que atribuições específicas você prioriza neste espaço?