



**A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE:** uma reflexão sobre o Núcleo de Apoio a Saúde da Família do município de Florianópolis.

**MARTINI, Débora**

**RESUMO:** O artigo objetiva refletir acerca da atuação do assistente social no Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) em Florianópolis/SC, considerando as mudanças ocorridas no processo de trabalho entre os anos de 2008 e 2016 com a publicação de diretrizes municipais para a Atenção Primária em Saúde. Como resultados, evidenciou-se que a atuação profissional buscava se organizar a partir do apoio matricial e seguir o preconizado pelas normativas do Ministério da Saúde para o NASF, porém, a partir das diretrizes municipais e da publicação da Política Municipal de Atenção Primária em Saúde, ocorreu uma maior precarização do trabalho do assistente social, implicando também em sua atuação, que passou a estar voltada para ações socioassistenciais em detrimento de ações voltadas para a participação social, junto ao território e ações intersetoriais.

**PALAVRAS-CHAVE:** Política Social; Saúde; Núcleo de Apoio a Saúde da Família; Serviço Social.

## **INTRODUÇÃO**

A atuação dos assistentes sociais vem tornando-se uma questão fundamental, tanto no debate acadêmico, como na formação profissional, principalmente desde a última década do século XX. Resultados de pesquisas e o contato sistemático com profissionais inseridos nas políticas sociais têm indicado a necessidade de aprofundar o conhecimento acerca da intervenção profissional, contextualizando-a no campo da política social (MIOTO; NOGUEIRA, 2013).

Debates acerca da dimensão técnico operativa da profissão e sobre a instrumentalidade do Serviço Social estão se tornando mais frequentes e, na área da saúde, especificamente, alguns autores têm discutido acerca da atuação profissional, auxiliando na compreensão do fazer profissional. Dessa forma, o presente artigo objetiva refletir acerca da atuação do assistente social na política de saúde, em seu primeiro nível de atenção, mais especificamente, inserido no Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), tendo como referência a experiência do município de Florianópolis/SC.

## **2 A POLÍTICA SOCIAL COMO ESPAÇO PRIVILEGIADO DE ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL**

A relação entre política social e Serviço Social, no Brasil, surge a partir da década de 1930 com o incremento da intervenção estatal, através de processos de modernização



conservadora no Brasil. Essa expansão do papel do Estado envolveu também a área social, tendo em vista a necessidade de enfrentamento das expressões da questão social, e foi acompanhada pela profissionalização do Serviço Social, como especialização do trabalho coletivo (BEHRING; BOSCHETTI, 2008).

Apesar de haver uma ligação entre a constituição das políticas públicas e o surgimento da profissão de Serviço Social na divisão social e técnica do trabalho, a introdução da temática da política social nas pautas profissionais ocorreu tardiamente. Até meados de 1960, as funções desempenhadas pelos assistentes sociais estavam relacionadas diretamente com a integração dos indivíduos e a normalização de suas condutas (MIOTO; NOGUEIRA, 2013).

A ditadura militar, instituída em 1964, além de inibir os debates sobre os rumos do Serviço Social, contribuiu para o isolamento da categoria do movimento de revisão crítica vivido na América Latina (MIOTO; NOGUEIRA, 2013). A crise da ditadura, no entanto, ocorrida na segunda metade da década de 1970, abre espaço para experiências isoladas que trazem uma perspectiva crítica ao fazer do assistente social. Porém, é somente a partir de 1979 que ocorre uma profunda revisão crítica na profissão, culminando na renovação do Serviço Social direcionada pela vertente da intenção de ruptura, que buscava romper com o tradicionalismo e suas implicações teórico-metodológicas e prático-profissionais (NETTO, 2008). Também é nesse período, em forte sintonia com o processo de redemocratização do país, que se origina o hoje denominado projeto ético político profissional. No âmbito do Serviço Social esse é o marco para o início da discussão acerca da política social com o viés democrático, na perspectiva da cidadania e dos direitos sociais.

O retorno ao Estado de Direito, em 1985, traz um novo ânimo a profissão, principalmente com a Constituição de 1988, em que se incorpora o ideário dos direitos sociais assim como a garantia da proteção social universal sob a responsabilidade do Estado, especialmente no que se refere à área da saúde e assistência social (MIOTO; NOGUEIRA, 2013).

A intervenção profissional volta-se para a implementação das políticas nacionais e, aos poucos, o trabalho desenvolvido pelos assistentes sociais na formulação, gestão e execução da política social vai se tornando fundamental para o processo de institucionalização das políticas públicas, seja para a afirmação da lógica da garantia dos direitos, seja para a consolidação do projeto ético político profissional. E o enfrentamento dos desafios na área das políticas públicas torna-se imprescindível para a legitimidade ética, teórica e técnica da profissão (MIOTO; NOGUEIRA, 2013). Por isso, reitera-se a



necessidade de discutir acerca da atuação profissional inserida nas mais diversas políticas sociais.

### **3 A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE E A EXPERIÊNCIA DO NÚCLEO DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS/SC**

A saúde é a área que mais absorveu o profissional de Serviço Social no Brasil, a partir da década de 1940. A partir do Movimento de Reforma Sanitária, com a Constituição Federal de 1988 e a criação das leis orgânica da saúde, que apontaram para um novo modelo de assistência à saúde voltada para sua promoção e para a superação do modelo centrado na doença e nas ações curativas, é que o assistente social passou a ter maior importância na área da saúde, sendo chamado, principalmente, para compor equipes de trabalho multiprofissionais. Essas inovações, que exigiram a intervenção de um profissional capacitado para atuar nas múltiplas expressões da questão social originadas nas relações sociais que afetam a saúde, desafiaram o Assistente Social para uma prática comprometida com as camadas populares e influenciaram sua contratação como um dos promotores na consolidação do SUS e de seus princípios e na articulação da saúde com as demais políticas públicas (IAMAMOTO, 2009).

Apesar da forte tradição e legitimidade que o assistente social tem na área da saúde, as atuações no âmbito municipal e na Atenção Primária em Saúde (APS) foram restritas. Nesse campo, o Serviço Social ocupava espaços, principalmente, no âmbito da gestão e do planejamento, além da coordenação na operacionalização de inúmeros programas de tratamento, de promoção da saúde e prevenção de doenças dirigidos à populações específicas (KRUGER, 2010). A inserção profissional na APS também ocorreu de forma muito heterogênea no território nacional, principalmente após a criação da Estratégia de Saúde da Família (ESF), com iniciativas isoladas de inserir o profissional na equipe mínima. Mais recentemente, com a criação e regulamentação dos NASF a inserção dos assistentes sociais na APS foi ampliada, mas não sem grandes discussões entre a categoria profissional, que sempre defendeu a inserção do assistente social na equipe mínima da ESF, como ocorre em alguns municípios do Espírito Santo e da região do Nordeste brasileiro, por exemplo.

Criado, no início de 2008, o NASF constitui-se como uma equipe multiprofissional, composta por profissões de diferentes áreas do conhecimento ou especialidades, que tem como objetivo ampliar a abrangência e escopo das ações das equipes de Saúde da Família (eSF), bem como a capacidade da APS de resposta à maior parte dos problemas de saúde



da população. Para isso, deve apoiar a inserção da ESF na Rede de Atenção a Saúde (RAS) e no processo de territorialização e regionalização a partir da APS.

No ano de 2012, a fim de possibilitar que qualquer município brasileiro pudesse ser contemplado com tal política, foram criadas, através da Portaria nº 3124/2012, três modalidades de NASF financiadas e reconhecidas formalmente pelo Ministério da Saúde: NASF 1, referência para no mínimo cinco e no máximo nove eSF, NASF 2, referência para três ou quatro eSF e o NASF 3, referência para uma ou duas eSF (BRASIL, 2012).

Cabe destacar que o NASF não é porta de entrada do SUS e, por isso, deve atuar como retaguarda especializada para as eSF ou eAB, desenvolvendo um trabalho compartilhado e colaborativo com as mesmas de acordo com suas necessidades, dificuldades ou limites (BRASIL, 2014). Assim, o NASF é uma estratégia de organização que deve orientar-se pelo referencial do apoio matricial (matriciamento), que significa, em síntese, “um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica” (CHIAVERINI, 2011, p.13). Essa proposta integradora visa transformar a lógica tradicional – verticalizada – dos sistemas de saúde (encaminhamentos, referência e contra referência, protocolos, etc), em uma lógica horizontal, mais rápida e eficaz de ampliar o campo de atuação das eSF e qualificar suas ações. Isso significa compartilhamento de problemas, troca de saberes e práticas entre os diversos profissionais e articulação pactuada de intervenções, levando em conta as responsabilizações comuns e específicas da eSF e dos diferentes profissionais do NASF.

As ações desenvolvidas pelo NASF possuem, então, via de regra, dois principais públicos alvo: as equipes de referência apoiadas (eSF ou eAB para populações específicas) e diretamente os usuários do SUS e devem ser desenvolvidas em, pelo menos, duas dimensões: clínico-assistencial e técnico-pedagógico (BRASIL, 2014). A primeira incide sobre ações diretas com os usuários e a segunda, produz ação de apoio educativo com e para as equipes. Em se tratando da estrutura dessas ações, elas devem ser divididas em: ações compartilhadas na Unidade Básica de Saúde (UBS), ações compartilhadas no território e ações específicas dos profissionais do NASF (BRASIL, 2010).

No município de Florianópolis existem, atualmente, 12 NASF - compostos por pediatras, psiquiatras, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, profissionais de educação física, farmacêuticos e assistentes sociais - distribuídos em quatro Distritos Sanitários (DS) de Saúde. Apesar dos NASF de Florianópolis, de modo geral, estarem organizados de acordo com a Portaria GM nº 3124/2012 (NASF 1 – referência para no máximo nove eSF), alguns profissionais são referência para até 30 eSF, como é o caso dos assistentes sociais



e alguns fisioterapeutas. Dessa forma, a equipe de Serviço Social inserida no NASF no município de Florianópolis é composta por cinco profissionais para atender aos 12 NASFs existentes.

Dessa forma, visando compreender como ocorre a atuação profissional dos assistentes sociais inseridos no NASF no município de Florianópolis foi realizado, pela pesquisadora em questão, uma pesquisa/levantamento acerca dessa temática, que compôs parte da dissertação de mestrado da autora. Para isso, resgataram-se documentos e normativas que abordavam a temática, produzidos pela gestão municipal e pelos próprios assistentes sociais no período de 2008 até o ano de 2016; acompanharam-se discussões sobre a atuação profissional realizadas pelos profissionais e realizou-se a observação participante da atuação profissional dos assistentes sociais no NASF do município.

Dessa forma, verificou-se que no ano de 2011 foi realizada, pela gestão municipal, uma avaliação do trabalho dos profissionais que compunham essas equipes. Essa avaliação constatou uma diversidade de atuações, não relacionada apenas às diferentes características e demandas do território adscrito, mas do próprio entendimento acerca do NASF e de limitações do próprio profissional. Assim, com o objetivo de estabelecer parâmetros de organização dos NASF do município, foi realizada uma Oficina dos NASF de Florianópolis. Entre os parâmetros que se propunham construir, destacam-se: a padronização do tempo semanal do profissional em atividades como atendimentos específicos, atividades de matriciamento, grupos e outras ações no território, planejamento e reuniões externas; atividades mínimas a serem realizadas por todos os profissionais (por categoria); fluxos de acesso ao profissional, incluindo formas de contato em situações não programadas; critérios para atendimentos específicos; assim como roteiros para a condução dos encontros de matriciamento.

No que se refere ao Serviço Social, a equipe, composta por assistentes sociais, para a definição de parâmetros de atuação do assistente social nos NASF de Florianópolis, partiu do entendimento de que as ações dos profissionais devem estar situadas como

espaço de promoção da cidadania e de produção de estratégias que fomentem e fortaleçam redes de suporte social, propiciando maior integração entre serviços sociais e outros equipamentos públicos e os serviços de saúde nos territórios adscritos, contribuindo para o desenvolvimento de ações intersetoriais que visem ao fortalecimento da cidadania (BRASIL, 2010, p.99).

Também, levou em consideração a Instrução Normativa nº 001/2010 que definia normas e diretrizes para a atuação do NASF no município e apontava como área prioritária para o NASF o Serviço Social, sendo que os atendimentos específicos dos profissionais NASF não poderia exceder 60% da carga horária mensal, como forma de garantir as ações de apoio matricial às eSF e ao território.



Com base nisso, e, considerando ainda as demandas colocadas pelas eSF e pela gestão municipal, a realidade de trabalho profissional e as diretrizes do NASF, estabeleceu-se algumas normativas. Em relação a carga horária do profissional: em torno de 30% do tempo semanal do profissional ficou dedicada às ações compartilhadas na UBS, destacando-se o matriciamento como ação prioritária, que envolve encontros para discussões de situações, com as RAS e intersetoriais, atendimentos compartilhados e educação permanente com as eSF; aproximadamente 30% do tempo semanal para ações específicas do assistente social; 20% do tempo semanal para ações compartilhadas no território e grupos e; em média 20% do tempo semanal para ações de planejamento e atividades externas.

Essa distribuição da carga horária, pensada pela equipe de assistentes sociais, possibilitaria a atuação profissional, prioritariamente, em ações coletivas e integradas com as eSF, contribuindo para o estabelecimento de outros olhares, por parte das eSF e da população, para as múltiplas expressões da questão social e para o desenvolvimento de enfrentamentos críticos da realidade. Além disso, foram definidas atividades mínimas a serem realizadas por todos os assistentes sociais.

No ano de 2014, porém, foi publicada a Carteira de Serviços da Atenção Primária de Florianópolis, com o objetivo de revisar e definir normas de funcionamento das equipes e serviços da APS municipal e diminuir as iniquidades na oferta de ações e serviços, ampliando a abrangência e melhorando a qualidade da APS (FLORIANÓPOLIS, 2014). Para isso, definiu a atuação das eSF voltada para o acesso da população aos serviços de saúde, indicando que 50% dos atendimentos diários deveriam ser através de demanda espontânea. Isso causou uma diminuição, quando não escassez, de ações de promoção e prevenção da saúde, interferindo diretamente na atuação dos profissionais NASF, entre eles o assistente social, visto que com a sobrecarga das eSF, foram dificultados os momentos de atendimento, visitas domiciliares, matriciamentos, grupos, ações na comunidade, entre outros, preconizados para serem realizados em conjunto entre NASF e eSF.

No que se refere ao NASF, a Carteira de Serviços normatizou que a equipe NASF deveria desenvolver suas atividades nas UBS e em outros pontos da rede de atenção e do território, preferencialmente na área de abrangência das equipes apoiadas e que os atendimentos realizados pelo NASF deveriam ser regulados pelas eSF, salvo quando encaminhadas conforme fluxos previamente definidos pela gestão municipal ou pelas eSF e NASF em comum acordo, e em casos de urgência ou situações imprevistas em que o profissional do NASF seja o recurso mais acessível no momento (FLORIANÓPOLIS, 2014).



No ano 2016, foi publicada a Política Municipal de Atenção Primária em Saúde (PMAPS), com vistas a organizar ainda mais os serviços da APS no município. A PMAPS ao mesmo tempo em que ampliou a APS e contribuiu com as eSF com algumas normativas, também contribuiu ainda mais para a precarização do trabalho das eSF e do NASF. Seguindo as mesmas instruções da PNAB, a PMAPS estabeleceu que cada profissional da ESF deve estar cadastrado em apenas uma eSF, porém, em relação ao NASF, a PMAPS estabeleceu que cada profissional apoiador da Saúde da Família com carga horária de 40 horas semanais poderá estar vinculado a até dois NASF, ou seja, atuar na prática com uma média de 23 eSF oficializando a precarização do trabalho que já vinha acontecendo.

A PMAPS limita a carga horária disponível para atividades de planejamento e atividades não assistenciais a 10%. No que se refere à participação social tanto a PMAPS quanto a Carteira de Serviços estabeleceram que apenas os profissionais que atuam como conselheiros poderiam ter sua participação nas reuniões dos conselhos compensada como hora trabalhada (FLORIANÓPOLIS, 2016).

Todos esses itens apontam para um retrocesso no que se refere às orientações nacionais acerca do trabalho dos profissionais do NASF. Por atender a mais de uma eSF e atuar em mais de um território é essencial que as ações profissionais sejam mais amplas, principalmente em relação ao Serviço Social. As ações deveriam estar voltadas para a promoção da saúde, para o atendimento prioritariamente coletivo das demandas apresentadas pelas eSF, ou seja, ações no território, com foco na participação e controle social e ações intersetoriais que objetivem atender integralmente o usuário e coletivizar suas demandas, sob pena do profissional NASF apenas atuar de forma pontual, em demandas emergenciais, que cada vez menos serão atendidas por conta da precarização dos serviços e da redução dos recursos da saúde.

Quanto ao processo de trabalho dos apoiadores da Saúde da Família, a PMAPS estabelece que os profissionais atuem no apoio às eSF e no atendimento à população adstrita, devendo ser acionados pelas eSF através dos pontos de contato preestabelecidos para o apoio técnico pedagógico. Esses pontos de contato podem ser tanto presenciais, como nas reuniões de equipe, em horários específicos para matriciamento, entre outros, quanto à distância, através de contatos telefônicos ou por e-mail (FLORIANÓPOLIS, 2016).

Ainda, como orientações para o processo de trabalho dos apoiadores da Saúde da Família, a PMAPS, estabelece a realização de atendimento clínico ambulatorial e outras ações de cuidado individual, incluindo atendimento à demanda espontânea, respeitando-se a coordenação do cuidado pela eSF e que os atendimentos clínicos e assistenciais prioritários não necessariamente necessitam de discussão prévia com a eSF, podendo ser



realizada posteriormente, ferindo novamente a ideia central do NASF como apoio matricial e não porta de entrada dos serviços.

A PMAPS também normatiza a capacidade assistencial do profissional dos NASF definindo como componentes prioritários do apoio matricial os atendimentos clínicos ambulatoriais e outras ações de cuidado individual, devendo os mesmos representar no mínimo 60% e no máximo 90% da carga horária mensal das atividades de cada categoria, com exceção da Farmácia e da Educação Física.

A PMAPS estabelece ainda atividades mínimas a serem desenvolvidas por cada profissional de cada equipe que compõe a APS, que reforçam o caráter clínico assistencial que a gestão municipal pretende dar ao profissional de Serviço Social inserido no NASF. Anteriormente à publicação da PMAPS e da Carteira de Serviços, buscava-se que a atuação profissional estivesse baseada nas normativas nacionais, que possibilitam uma atuação mais ampla, voltada para ações no território, para ações de mobilização, participação e controle social e para articulação intersetorial. Com a publicação da PMAPS, essas ações ficaram restritas, sendo que as ações de mobilização, participação e controle social nem são citadas pela política.

## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Com esse breve artigo, é possível observar as mudanças ocorridas entre os anos de 2008 e 2016 e os inúmeros desafios encontrados pelo assistente social junto ao NASF no município de Florianópolis a partir da publicação da Carteira de Serviços e da PMAPS.

A primeira dela diz respeito a modificação no entendimento do Serviço Social como área prioritária de atuação no NASF. Em 2010, com a Instrução Normativa nº 001/2010 o Serviço Social era área prioritária e com o decorrer do tempo, esse entendimento foi se perdendo. Outra mudança, diz respeito a ampliação do foco do NASF nas ações clínicas e assistenciais em detrimento das ações de promoção da saúde e ações coletivas, passando de aproximadamente 30% da carga horária dedicada para atendimentos específicos em 2011 para um mínimo de 60% em 2016.

Isso evidencia que o foco dado pelo município de Florianópolis em relação ao trabalho do assistente social no NASF atualmente está mais voltado para o atendimento de demandas individuais e familiares do que o trabalho inserido na comunidade e no território, voltado para a mobilização, participação social e articulação intersetorial. Nesse item, da participação social, a atuação dos profissionais junto aos Conselhos de Saúde é limitada tanto pela Carteira de Serviços quanto pela PMAPS.





Apesar de destacar ações voltadas para a articulação intersetorial, a Carteira de Serviços e a PMAPS priorizam ações mais assistenciais, restringindo a atuação do profissional prevista pela normativa do NASF nacional e, ao mesmo tempo em que priorizam essas ações pelo profissional NASF, também dificultam a articulação com as próprias eSF, na medida em que a organização proposta para o serviço não dá conta de atender as demandas da comunidade e do trabalho multiprofissional, acarretando num trabalho isolado por parte das eSF e do NASF, em que o matriciamento tem sido deixado de lado em prol do simples encaminhamento, impessoal e distante da proposta preconizada.

A equipe de Serviço Social do NASF, como já mencionado anteriormente, é composta por cinco profissionais para atender aos 12 NASFs existentes, o que gera sobrecarga de trabalho ao profissional que passa a ser referência para, no mínimo, 18 eSF. Essa situação vai de encontro ao preconizado pela Portaria nº 3.124/2012 e impossibilita a atuação do profissional de acordo com as diretrizes colocadas pelo NASF, visto que as demandas das eSF, geralmente voltadas para o atendimento direto ao usuário, muitas vezes inviabilizam a atuação do profissional junto ao território.

Além disso, o assistente social deve estar disposto a abrir mão da rotina e a encarar os diversos desafios encontrados nesse campo de atuação profissional, entre eles: a falta de espaço físico adequado e de equipamentos mínimos necessários para a atuação profissional (consultório, computador, telefone, etc), as agendas construídas mensalmente e os inúmeros deslocamentos diários ou semanais aos quais estão expostos os profissionais, as dificuldades de integração com as eSF e entre a própria equipe NASF, visto que muitas vezes os profissionais não estão abertos ao diálogo e à construção e desenvolvimento de um trabalho interdisciplinar, entre outros.

A precarização do trabalho encontrada no município, assim como a lógica estabelecida pela gestão municipal voltada para a produtividade e para a lógica biomédica também são desafios presentes no dia a dia do profissional e nada mais são que reflexos do novo modelo de atenção à saúde, o modelo neoliberal, que prioriza ações focalizadas, a precarização do trabalho e a privatização da saúde.

É importante, com isso, realocar no centro dos debates a construção de estratégias de resistência e de luta pela construção de uma outra forma de sociabilidade, que apontem para a defesa de políticas sociais abrangentes de caráter universal e que tenham impactos maiores nas condições de vida e trabalho das majorias, tendo em mente que a construção e a consolidação dos princípios da Reforma Sanitária permanecem como desafios constantes na agenda contemporânea da política de saúde.



## REFERÊNCIAS

BEHRING, E.R.; BOSCHETTI, I. **Política Social: fundamentos e história**. 4ªed. São Paulo: Cortez, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. **Caderno de Atenção Básica**, n. 27. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno\\_atencao\\_basica\\_diretrizes\\_nasf.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf) Acesso em 05/06/2017

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 3124/GM/MS de 28 de dezembro de 2012**. Redefine as diretrizes e normas para a organização e o funcionamento dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) no âmbito da Atenção Básica, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3124\\_28\\_12\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3124_28_12_2012.html) Acesso em 06/07/2017

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Núcleo de Apoio à Saúde da Família – volume 1: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. **Cadernos de Atenção Básica**, n. 39. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno\\_39.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_39.pdf) Acesso em 05/06/2017.

CHIAVERINI, D. H. (org.). **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. **Carteira de Serviços Atenção Primária em Saúde**. Florianópolis, 2014.

\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal de Saúde. **Portaria nº 22/2016 de 09 de novembro de 2016**. Aprova a Política Municipal de Atenção Primária à Saúde para organização dos serviços e gestão e direcionamento das ações de educação permanente no âmbito da Atenção Primária à Saúde no município de Florianópolis.

IAMAMOTO, Marilda Villela. Os espaços sócio ocupacionais do assistente social. In: CFESS/ABEPSS. **Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009. p.341-375.

KRUGER, T. R. Serviço Social e Saúde: espaços de atuação a partir do SUS. **Revista Serviço Social & Saúde**. UNICAMP Campinas, n. 10, 2010

MIOTO, Regina Célia Tamasso; NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. Política Social e Serviço Social: os desafios da intervenção profissional. **Revista Katálisis**, v.16, 2013, p.61-71.

NETTO, José Paulo. **Ditadura e Serviço Social**, uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64. 12ª ed. São Paulo: Cortez, 2008.