

**CENTRO UNIVERSITÁRIO TABOSA DE ALMEIDA
ASCES / UNITA
BACHARELADO EM SERVIÇO SOCIAL**

KEILA CRISTINA TEIXEIRA DOS SANTOS

**OS DESAFIOS DO SERVIÇO SOCIAL NO NÚCLEO DE APOIO À
SAÚDE DA FAMÍLIA EM CARUARU**

**CARUARU
2016**

KEILA CRISTINA TEIXEIRA DOS SANTOS

**OS DESAFIOS DO SERVIÇO SOCIAL NO NÚCLEO DE APOIO À
SAÚDE DA FAMÍLIA EM CARUARU**

Monografia apresentada ao Curso de Serviço Social da Faculdade Asces, como requisito, para a obtenção do título de graduada em Serviço Social.

Orientadora: Prof.^a Me. Mirceia Saldanha

CARUARU

2016

BANCA EXAMINADORA

Aprovada em: 07/ 12/ 16

Profº M. Ana Mircéia Siqueira Saldanha

Primeiro Avaliador: Profª Me Grasiela Fretta

Segundo Avaliador: Profª Me Alana Cristina

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus pais, que sempre estiveram comigo neste processo de construção, me apoiando e dando forças para concluir essa etapa tão importante na minha vida.

AGRADECIMENTOS

Quero tão somente agradecer a Deus por todos os benefícios que tem me dado. Tão somente engradecer a Ele pelo dom da vida. Sei que no meio das adversidades a visão por novos horizontes ficam ofuscadas e devido às incertezas que nos sobrevém e que por vezes, o pensamento de desistir nos faz fica inerte é aí que o Senhor nos mostra o caminho e nos faz entender que vai caminhar junto e quando o caminhar tiver pesado nos carrega no colo para chegar ao final da jornada.

O percurso não tem sido fácil para mim e também para minha família que caminha junto comigo. Quando as incertezas estavam perturbando minha alma o Senhor providenciou pessoas que me aconselharam a não desistir, mas seguir em frente. Ouvir a voz de Deus no silêncio da noite através dos cânticos e isto para mim foi o conforto de ir dormir e acordar com um novo ânimo para prosseguir. E foi através de um louvor que tua palavra veio a me dizer que “Esperar é Caminhar”, pois na jornada a qual estou é preciso cultivar a esperança para quando chegar os dias difíceis a fé regar o terreno para no tempo certo produzir frutos.

Quando espero a chuva chegar, Tu vens com o teu vento.
Quando espero tua voz estrondar, Tu vens com o silêncio. Eu espero em Ti embora sem saber, Como Tu dirás eu não sei, mas esperarei. Mesmo sem saber como Tu dirás dentro de mim reinará a Tua paz, Que me faz saber. Que esperar em ti, É sempre caminhar.(Marcos Almeida).

Agradeço a minha família, que durante todo o percurso permaneceu comigo e foi por eles que cheguei até aqui e por eles que vou continuar caminhando para conquistar novos horizontes. Minha querida mãe Zete sempre comigo sendo minha companheira e através das suas orações permanece de pé, ao meu pai Daniel que por seu exemplo de firmeza e dedicação para com meus estudos nunca desistiu de mim. Meus irmãos a que tanto amo sempre na torcida por mim e mesmo através da distância eles estavam comigo e sempre aparecia com uma palavra de ânimo e conforto.

Não poderia deixar de citar alguns amigos que sentiram minha ausência, mas entenderam que estava em um processo que merecia exclusividade de tempo e assim torceram para que tudo ocorresse bem. Agradeço a você Jaqueline, Érica, Idalécya, Miquéias, Josias por sempre acreditar em mim.

E neste percurso de quatro anos cultivei bons amigos na faculdade que vou levar para minha vida privada e assim ampliar e aprofundar os laços de amizade. E muitos foram os dias em que pensamos que não iríamos concluir nem sequer o período, mas sempre existia alguém que nos falava para continuarmos firmes, pois a lutar realmente não seria fácil, porém unidos para chegarmos ao final. Jucélia, Jeferson e Edineusa sempre comigo nas horas boas e ruins. Meu muito obrigada por tudo.

Quero agradecer a minha turma que sempre de um modo muito particular auxiliou na caminhada para concluir, mas uma etapa. Cada um com seu jeito de ser conquistou meu carinho e tem um espaço reservado no meu coração.

Aos meus professores meu muito obrigada por tudo, por cada palavra de incentivo, de aconselhamento, de puxões de orelhas para sermos profissionais excelentes.

Minha queridíssima orientadora Prof^a Mirceia Saldanha, muito obrigada por todo o carinho e dedicação para com este trabalho e por seus conselhos que sempre foram ótimos e me conduziram a não desfalecer no caminho. Sempre nos momentos de dificuldades em que parecia não está certo, você com seu jeito doce e ao mesmo tempo firme me fortalecia com suas palavras de bom ânimo.

Quero agradecer também a minha preceptora de estágio Alana Cristina por todo o empenho e dedicação para comigo e sempre disposta a ensinar. E também as participantes da pesquisa que se propuseram em trazer seus dilemas e dividir os avanços conquistados na área de atuação.

E aos meus amigos que estão distantes, mas estiveram comigo por mensagem ou através das redes sociais torcendo por mim e orando. Obrigada por cada palavra de incentivo.

E assim através da mensagem do Senhor que me dizia: Elevo os meus olhos para os montes; de onde me virá meu socorro?

O meu socorro vem do Senhor, que fez os céus e a terra. (Salmos 121. V. 1 e 2).

RESUMO

O presente trabalho tem por finalidade identificar os desafios do Serviço Social no Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF, em Caruaru-Pernambuco. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, que utiliza como instrumento de coleta de dados a entrevista semiestruturada. A pesquisa analisou a Política de Saúde a partir do Movimento de Reforma Sanitária, Atenção Primária à Saúde, assim como o Programa Saúde da Família e o NASF. Foram realizadas entrevistas com 05 assistentes sociais que atuam no NASF na cidade. Através das entrevistas foram observados os desafios referentes à atuação do assistente social em equipe multiprofissional, a defesa de seu projeto ético político nesse campo de atuação profissional, bem como a relação com a Equipe de Saúde da Família e o próprio NASF. Diante dos resultados, pode-se perceber que é preciso esclarecer sobre NASF e também sobre o serviço social entre a população e as equipes.

PALAVRAS-CHAVES: Política de Saúde, Atenção Básica, Serviço Social, Núcleo de Apoio a Saúde da Família.

ABSTRACT

This paper aims to identify the challenges of Social Work in the Family Health Support Center - NASF, in Caruaru. It is a qualitative research that uses as a data collection instrument the semi-structured interview. The research analyzed the health policy from the Health Reform Movement, Primary Health Care, as well as the Family Health Program and the NASF. Interviews were conducted with 05 social workers who work in NASF in the city. Through the interviews were observed the challenges regarding the social worker's role in a multiprofessional team, the defense of the political ethical project in the NASF, as well as the relationship with the Family Health Team and the NASF itself. In view of the results, it can be seen that it is necessary to clarify about NASF and also about the social service between the population and the teams.

KEY-WORDS: Health Policy, Primary Care, Social Work, Family Health Support Center.

LISTAS DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
APS	Atenção Primária à Saúde
ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ACS	Agente Comunitário de Saúde
CAPS	Centro de atenção Psicossocial
CEBES	Centro Brasileiro de Estudo de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
IAPS	Instituto de Aposentadorias e Pensões
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OS	Organizações Sociais
PST	Projeto de Saúde no Território
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SF	Saúde da Família
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	10
CAPÍTULO 1. POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL.....	12
1.1 Considerações antes da ação estatal e conjuntura da ditadura militar...	12
1.2 Reforma Sanitária no Brasil.....	15
1.3 Constituição do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil.....	20
CAPÍTULO 2. ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE, REFLEXÃO SOBRE A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E A CONTRIBUIÇÃO DO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA.....	26
2.1 Conceito e considerações referentes à Atenção Primária à Saúde.....	26
2.2 Reflexão sobre a Estratégia de Saúde da Família.....	28
2.3 Implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família.....	31
CAPÍTULO 3. OS DESAFIOS DO SERVIÇO SOCIAL NO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA EM CARUARU.....	34
3.1 Percurso Metodológico da Pesquisa.....	34
3.2 Considerações Éticas.....	35
3.3A importância da cidade de Caruaru para Pernambuco.....	36
3.4Núcleo de apoio à saúde da família em Caruaru: Retrospectiva Histórica.....	36
3.5A atenção Básica em Caruaru.....	38
3.6 A compreensão do Nasf para população.....	39
3.7A relação da equipe saúde da família com o Nasf.....	41
3.8 Compreensão da equipe saúde da família e NASF sobre o trabalho do assistente social.....	43
3.9O trabalho em equipe multiprofissional.....	44
3.10 Rede de atendimento socioassistencial.....	46
3.11 Conquista do serviço social no NASF.....	47
3.12 A defesa do projeto ético no NASF.....	48
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	51
REFERÊNCIAS.....	53

INTRODUÇÃO

O presente trabalho é apresentado ao curso de Serviço Social do Centro Universitário Tabosa de Almeida – Asces/Unita, onde vem trazer uma discussão acerca do Nasf, sendo mais um campo sócio ocupacionais para o assistente social atuar. E com isto possibilitar a compreensão da relação de trabalho nesse espaço em equipe multidisciplinar e interdisciplinar.

A motivação pela temática advém da aproximação com o campo de estágio e também das inquietações para compreender atuação do Serviço Social na atenção básica. O estágio curricular ocorreu na Secretária de Saúde de Caruaru, no NASF IV que atende nove Unidades de Saúde da Família em Caruaru, que são elas: Vila Kenedy I e II, Caiucá I e II, Novo Mundo, Demóstenes Veras, José Carlos de Oliveira I e II.

O NASF foi criado em 2008 com o intuito de apoiar a abrangência da Estratégia Saúde da Família, para assim ampliar a atenção básica e trazer resolutividade as demandas apresentadas. Pautado nos princípios do SUS, e atuando com uma ação intersetorial e interdisciplinar. Constituindo-se por uma equipe multidisciplinar que tem por sua responsabilidade o território, alicerçado pelo viés do compartilhamento de saberes, de informações e troca de experiências tanto da equipe profissional como também da comunidade.

O NASF é composto por nove áreas estratégicas, que são: saúde da criança/do adolescente e do jovem; saúde mental; reabilitação/saúde integral da pessoa idosa; alimentação e nutrição; serviço social; saúde da mulher; assistência farmacêutica; atividade física/práticas corporais; práticas integrativas e complementares (BRASIL, 2010, p.08).

O Serviço Social atua neste campo sócio ocupacional em uma perspectiva de articulação, efetivando o direito à saúde e trazendo a consolidação da cidadania. Fortalecendo o controle social e os movimentos sociais considerando que a saúde vai além de problemas biológicos ou físicos que atingem a população. Pautado no Projeto Ético Político desenvolvido pela categoria profissional o assistente social atua no NASF fundamentado nos princípios do seu código de ética, na compreensão

da necessária educação permanente profissional e do apoio das entidades representativas da profissão CRESS/CFESS.

Nessa perspectiva, a pesquisa busca responder a seguinte pergunta: Quais os desafios do Assistente Social no NASF? Os objetivos específicos da pesquisa são: Analisar a política de saúde brasileira a partir da reforma sanitária; refletir sobre o Programa Saúde da Família e a contribuição do NASF em Caruaru; e identificar os desafios da atuação do Serviço Social no NASF.

O primeiro capítulo faz um resgate histórico sobre a conjuntura da política de saúde no Brasil se debruçando sobre a reforma sanitária e as mudanças que ocorreram no sistema de saúde que condicionaram a ampliação do conceito de saúde. Destaca que, a partir do movimento histórico da sociedade ocorreu a constituição do Sistema Único de Saúde.

O segundo capítulo apresenta considerações referentes ao conceito de Atenção Primária à Saúde que dá suporte a compreensão da Atenção Básica. Faz algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família como uma estratégia inovadora no sistema de saúde. O capítulo traz ainda a importância da criação do NASF para o sistema de saúde.

O terceiro capítulo trata do caminho metodológico da pesquisa, que se apresenta como um trabalho qualitativo, e utilizando o método dialético crítico para dar subsídio aos objetivos apresentados. Apresenta também a análise da entrevista semi estruturadas realizadas com as profissionais que atuam no NASF, que, a partir das contribuições feitas por elas, possibilitou compreender os desafios apresentado neste espaço sócio ocupacional.

Por fim, o intuito deste trabalho é trazer a reflexão dos desafios profissionais do Serviço Social que apresentaram seus dilemas diante de uma conjuntura econômica e política adversa e com isto trazendo dificuldades para o protejo ético profissional da categoria profissional.

CAPÍTULO 1. POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

1.1 Considerações antes da ação estatal e conjuntura da ditadura militar

A saúde emergiu como efetiva prioridade de governo no Brasil no começo do século XX. (RISI JUNIOR; NOGUEIRA, 2002). Nesta época as ações dotavam-se de controles das epidemias e campanhas para o controle de enfermidades.

Na década de 1920, com o incremento da industrialização no país e o crescimento da massa de trabalhadores urbanos, começaram as reivindicações por políticas previdenciárias e por assistência à saúde. (SILVA, ALVES, 2007). Sendo assim, este período constitui-se com a criação das Caixas de Aposentadorias (CAPs) em 1923 conhecidas como a Lei Elói Chaves, este sistema é gerido pelos empregados das empresas, União e pelas empresas empregadoras, sendo concedidos os benefícios mediante as contribuições proporcionais. Sobretudo neste período demarca a saúde centralizada em enfatizar ações pontuais de campanhas e individualizadas. Sendo assim

Enquanto a sociedade brasileira esteve dominada por uma economia agroexportadora, acentada na monocultura cafeeira, o que se exigia do sistema de saúde era, sobretudo, uma política de saneamento destinado aos espaços de circulação das mercadorias exportáveis e a erradicação ou controle de doenças que poderiam prejudicar a exportação. (POLIGNANO, 2001, p.06).

Um período que demarca com maior precisão o investimento do Estado nas questões sociais é a década de 1930 com o surgimento de políticas sociais, diante de uma nova conjuntura econômica e política que necessitava de uma organização para atender as demandas dos assalariados urbanos que se concentrava devido ao processo de industrialização. “A política de saúde formulada neste período era de caráter nacional, organizada em dois subsetores: o de saúde pública e o de medicina previdenciária” (BRAVO, 2009, p.91). Vale considerar que neste momento as ações desenvolvidas pelo setor da saúde é contencionista e assistencialista, restando ao trabalhador se responsabilizar por sua saúde.

As décadas seguintes movidas pelas transformações na área urbana devido ao crescimento da industrialização e a ampliação da extensão dos trabalhadores e com isto em precárias condições de higiene, saúde e habitação. (BRAVO, 2009).

Parágrafo Confuso! Sem sentido. No processo da era Getulista¹ há a transformação das CAPS em Instituto de Aposentadorias e Pensões (IAPS).

A situação da saúde da população, no período de 1945 a 1964 com algumas variações nos anos 1950, 1956 e 1963, em gastos com saúde pública foram mais favoráveis, havendo melhorias em condições sanitárias. (BRAVO, 2009, p.92). Crescia a demanda de hospitais privados e interesses de empresas médicas concentrando aos interesses do capitalismo que exerciam uma pressão para o Estado financiar suas ações.

Com a instauração do governo militar, em 1964, foram realizadas as principais reformas econômicas e institucionais com uma perspectiva centralizadora. (RISI JUNIOR; NOGUEIRA, 2009). Como registra a história, o modelo que estruturou a sociedade a partir deste momento baseou-se por mecanismos coercitivos, burocráticos e também autoritários.

Para área econômica houve uma abertura da economia ao capital estrangeiro, no campo social e político, os direitos dos opositores do sistema foram cassados, e o sistema político foi reformulado com a criação do bipartidarismo e a submissão do Congresso aos interesses do Executivo, a partir da decretação de atos institucionais. (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Diante disso afirmo Bravo:

A questão social no período 64/74, o Estado utilizou para sua intervenção o binômio repressão-assistência sendo a política assistencial ampliada, burocratizada e modernizadora pela máquina estatal com a finalidade de aumentar o poder de regulação sobre a sociedade, suavizar as tensões sociais e conseguir legitimidade para o regime, como também servir de mecanismo de acumulação do capital. (BRAVO, 2009, p.93).

Com a ascensão de uma parcela da burguesia ao poder em 1964, os militares chegam ao poder com o discurso de trazer organização e equilíbrio para o sistema, desarticulando qualquer oposição ou ideário socialista. A instauração da ditadura militar expressou a derrota das forças democráticas, inviabilizando uma alternativa de desenvolvimento econômico-social e político. (BRAVO, 2011, p.55). Pontuando a

¹ No plano social, esse período caracterizou-se por mudanças importantes introduzidas pelo governo autoritário de Getúlio Vargas, tais como a consolidação das leis trabalhista e a estatização da previdência social. Esta passou a ser organizada por meio de Instituto de Aposentadorias e Pensões (IAPS), segundo grupos de categorias profissionais, com contribuições obrigatórias por parte dos empregadores e empregados. (RISI JUNIOR; NOGUEIRA, 2002, p.124).

hegemonia da autocracia burguesa considerou-se então falar da atuação política que utilizaram, deslocaram-se para o campo da antidemocracia. (NETTO, 2011).

O regime militar contava com suportes políticos fortes. Marcou toda conjuntura política, social e também econômica com seu padrão monopolista que trouxe aprofundamentos para a sociedade. Restringiu o exercício da cidadania, houve um processo de desarticulação dos partidos e esvaziamentos dos sindicatos. Vale ressaltar também, que nesta época utilizou-se do termo tecnoburocracia para resolver os problemas de então. Como define Polignano:

Em consequência da repressão e do dismantelamento de todas as organizações da população civil, não podendo contar com a voz e não querendo a participação organizada da sociedade civil, o regime militar ocupou-se de criar uma tecnocracia, constituída de profissionais civis retirados do seio da sociedade, e colocados sob a tutela do estado, para repensar sob os dogmas e postulados do novo regime militar, a nova estrutura e organização dos serviços do estado, os tecnoburocratas. (POLIGNANO, 2001, p.14).

Várias mudanças ocorreram e uma delas foi à unificação da previdência social com os IAPS² em 1966. Que neste processo trouxeram duas características, Como: “o aumento do papel interventivo do Estado na sociedade e a eliminação dos trabalhadores do jogo políticos”. (BRAVO, 2009).

No período militar ocorreram algumas ações em saúde pública que são necessárias pontua. Pontua:

Promulgação do Decreto Lei 200 (1967), estabelecendo as competências do Ministério da Saúde: formulação e coordenação da política nacional de saúde;

Em 1970 criou-se a SUCAM (Superintendência Campanha da Saúde Pública) com a atribuição de executar as atividades de erradicação e controle de endemias

Em 1975 foi instituído no papel o Sistema Nacional de Saúde, que estabelecia de forma sistemática o campo de ação na área de saúde, dos setores públicos e privados, para o desenvolvimento das atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde.

Tendo como referência as recomendações internacionais e a necessidade de expandir cobertura, em 1976 inicia-se o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS³). (POLIGNANO, 2001, p.16).

² Segundo Bravo (2011) a criação do INPS, em 1966, ao unificar os antigos IAPS, constituiu-se na modernização da máquina estatal aumentando o seu poder regulatório sobre a sociedade.

³ “O PIASS teve por finalidade a implantação da estrutura básica de saúde pública nas comunidades de vinte mil habitantes, estando voltado para atender a população de baixa renda, desprovida de atenção médico-sanitária, com três áreas de atuação: assistência

O modelo econômico implantado no período subjacente entra em processo de declínio, demarcando em crises e esgotamento da economia devido também a crise internacional que traz rebatimentos na estrutura da sociedade brasileira. A crise nos serviços públicos, na área da saúde e transporte, perda do poder aquisitivo e aumento nos preços dos serviços foram alguns preços a pagar por privilegiar um modelo econômico que tinha a concentração da riqueza nas mãos de poucos.

O setor saúde neste momento de crise entra em processo de declínio, devido ter privilegiado a medicina previdenciária. Em suas mazelas, o padrão que se espelhou não conseguiu dar respostas eficientes aos problemas de saúde coletivos. Incapacidade do sistema em atender a uma população cada vez maior de marginalizados, que sem carteira assinada e contribuição previdenciária, se viam excluídos do sistema. (POLIGNANO, 2001).

É neste contexto de excitação social que se abriga o Movimento de Reforma Sanitária que vai pautar suas reivindicações mediante o modelo que se privilegiou durante muito tempo na saúde. Partindo também das considerações que foram feitas na Declaração de ALMA-ATA⁴, onde foram discutidos os compromissos que os países desenvolvidos e subdesenvolvidos deveriam ter com a saúde.

1.2 Reforma Sanitária no Brasil

Em termos globais, a década de 1970 registra uma relativa decadência do ciclo de prosperidade econômica e social que se iniciou no pós-guerra. (PAIVA; TEIXEIRA, 2014). É o registro de um período de grandes conturbações em torno da área social, econômica e política que trás considerações em relação ao movimento de reforma sanitária, que neste momento já marca uma movimentação em torno das questões sanitárias e também da organização da saúde.

Neste período, além da crise referente à área econômica há uma falência da atenção médica da Previdência Social e também o modelo biomédico, pois foi incapaz de responder as demandas de saúde da coletividade.

Foi necessária uma aproximação com outras teorias que assim pauta-se as ações desenvolvidas pelos profissionais e também um novo olhar que estruturasse

individualizada e integral à saúde, saneamento básico simplificado e alimentação e nutrição". (BRAVO, 2011, p.74).

⁴ Conferência Internacional sobre Cuidados primários à saúde de 1978. Aconteceu em alma-ata na URSS, República do Cazaquistão (ex- república socialista soviética).

os ordenamentos institucionais e jurídicos. Desde o início da política de saúde foi constituída de forma fragmentada e a assistência à saúde inicia-se na previdência. (MENICUCCI, 2014).

Consiste aqui registrar as considerações e as movimentações em nível internacional referente aos Cuidados Primários à Saúde. A Declaração de Alma-ata de 1978 assim contribuiu:

A Conferência enfatiza que a saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade.
 É um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde.
 É direito e dever dos povos participar individual e coletivamente no planejamento e na execução de seus cuidados de saúde.
 Os governos têm pela saúde de seus povos uma responsabilidade que só pode ser realizada mediante adequadas medidas sanitárias e sociais. (DAA, 1978).

É pautado nestes conceitos que o movimento de reforma sanitária condiciona suas estratégias de lutas e compreensões. “[...] Retira-se a saúde da esfera estritamente técnica e rompe-se a dicotomia prevenção cura na construção desse novo objeto de estudo a medicina social”. (COHN, 1989).

Consiste também ressaltar a importância que o Centro Brasileiro de Estudo em Saúde (CEBES) e Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) tiveram no processo da reforma sanitária, criados na década de 1970, com o objetivo de disseminar as ideias do movimento. Essas instituições foram peças chaves para ampliar o debate em torno das velhas práticas em saúde:

No lugar de uma perspectiva autoritária, a Abrasco e o Cebes defenderam participação social; no lugar de políticas de controle das doenças, notadamente transmissíveis, a promoção da saúde e melhoria da qualidade geral de vida; no lugar de um setor dividido entre saúde pública e medicina previdenciária, um sistema unificado e universal (PAIVA; TEIXEIRA, 2014, p.22)

A década de 1980 registra a abertura do processo democrático marcado por um longo processo de ditadura militar que restringem os movimentos populares de reivindicarem seus direitos. Inicia-se o movimento de redemocratização do país levando em consideração uma crise econômica que assolava o país. “A sociedade brasileira, ao mesmo tempo em que vivenciou um processo de democratização

política, superando o regime ditatorial experimentou uma profunda crise econômica”. (BRAVO, 2009, p.95). É esse processo de ruptura com a ditadura que demarca a política de saúde, sendo as ações desenvolvidas de forma fragmentada, centralizadoras e tecnocráticas. Sendo assim, por Risi Junior e Nogueira definem que:

Até as reformas ocorridas na década de 1980, o Estado de Bem-Estar brasileiro era caracterizado por centralização política e financeira em nível federal, fragmentação institucional, tecnocratismo, auto-financiamento, privatização e uso clientelístico das políticas sociais. (RISI JUNIOR; NOGUEIRA, 2002, p.127).

Neste momento ressurgem os movimentos populares, a história registra como ponto culminante e marco para o movimento de reforma sanitária a oitava Conferência Nacional de Saúde em 1986 que em seus grupos e assembleias foram discutidas e aprovadas as principais demandas do movimento sanitarista: fortalecer o setor público de saúde; expandir a cobertura a todos os cidadãos; e integrar a medicina previdenciária à saúde pública; constituindo assim um sistema único. (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

A década de 1980 registra algumas ações desenvolvidas mediante as inquietações provenientes do movimento de Reforma Sanitária. Vinicius Polignano registra alguns subsídios:

O governo criou em 1981 o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP) ligado ao INAMPS⁵. Em 1983 foi criado a AIS (Ações Integradas de Saúde), um projeto interministerial (Previdência-Saúde-Educação), visando um novo modelo assistencial que incorporava o setor público, procurando integrar ações curativas preventivas e educativas ao mesmo tempo. (POLIGNANO, 2001, p.20).

Trazendo várias considerações sobre o contexto histórico, social e político que emergiu o movimento de Reforma Sanitária. O que de fato é o movimento de reforma sanitária? E quais as contribuições que os autores e também atores produziram sobre a temática? .

O movimento de Reforma Sanitária brasileira teve como inspiração a reforma italiana onde tiveram muitas influências e como destaque a participação de Giovanni

⁵ Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social de 1978.

Berlinquer⁶ em vários eventos na área da saúde e suas contribuições no meio universitário.

Segundo enfatiza Cohn:

A noção de Reforma Sanitária vem sendo associada à de movimento. Isso traz implicações importantes. Movimento significa processo, fenômeno dinâmico e inacabado. Sendo um processo em curso e sem final predeterminado, demarca seu início também é tarefa complexa. (COHN, 1989, p.123).

“A Reforma Sanitária Brasileira, enquanto reforma social concebida e desencadeada em um momento de crise de hegemonia, defendia a democratização do Estado e da saúde”. (PAIM⁷, 2009). Nestas considerações o movimento propunha uma nova relação com o setor da saúde que culminou com o processo de redemocratização do país.

Como foi citado anteriormente a Reforma Sanitária é estabelecida como projeto social e um fenômeno histórico e social que é esquematizando como: ideia, proposta, projeto, movimento e processo. (PAIM, 2008).

Como o momento da ideia a tese de Arouca e a fundação do CEBES (1976) e da ABRASCO (1979), o marco do momento proposta é o evento realizado na Câmara dos Deputados em 1979, o primeiro Simpósio de Política Nacional de Saúde, quando já se identificava um conjunto de proposições políticas definidas. (CONTREIRAS, 2009, p.22).

O momento projeto é representado pela 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, e abriu as possibilidades da sociedade civil como os movimentos sociais, sindicatos e trabalhadores da área de saúde participar. Vale considerar que esta conferência foi de grande importância para o setor saúde como também para sociedade, a saúde começa então ganhar uma dimensão não mais nos hospitais ou em medicamentos e sim em melhores condições de vida.

A saúde deixou de ser interesse apenas dos técnicos para assumir uma dimensão política, estando estreitamente vinculada à democracia (BRAVO, 2011). Na conclusão da conferência foi redigido um relatório final de modo geral que dizia: “ampliação do conceito de saúde, reconhecimento da saúde como direito de todos e

⁶ Médico Sanitarista, pioneiro nos estudos em Bioética e liderança política na Itália. Faleceu em 06 de abril de 2015.

⁷ Jairnilson Silva Paim, Doutor em Saúde Pública, Professor titular em Política de Saúde do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

dever do Estado, criação de um sistema único de saúde, participação popular, constituição e ampliação do orçamento social”. (CONTREIRAS, 2009). O momento movimento é representado pelos conjuntos de práticas ideológicas, políticas e culturais aquelas empreendidas junto com o processo de democratização do país. E por fim, o momento processo é a formalização do projeto.

Sérgio Arouca também traz a sua contribuição para compreender a Reforma Sanitária:

A Reforma Sanitária Brasileira deve ser entendida como um processo de transformação da atual situação sanitária. (Compõe uma situação sanitária pelo menos quatro dimensões: 1-a.) A dimensão específica: como o campo da dinâmica do fenômeno saúde/doença nas populações, que se expressa pelos indicadores disponíveis, como o coeficiente da mortalidade infantil, expectativa de vida, etc., pela experiência acumulada, pela comparação com o nível de saúde já alcançado por outras populações, etc. 2-a.) A dimensão institucional: como o campo das instituições que atuam no setor (públicas privadas, beneficentes), da produção de mercadorias, de equipamentos, a formação de recursos humanos. Este campo é mais tradicionalmente definido como o Sistema ou o Setor Saúde. 3-a.) A dimensão ideológica: em que há valores, juízos, concepções, preconceitos que representam a expressão simbólica e histórica de uma dada situação sanitária. 4- a.) A dimensão das relações: num dado momento histórico, a organização social e produtiva de uma sociedade leva a que a produção, distribuição e apropriação das riquezas de forma a determinar situações de risco e de possibilidades ao fenômeno saúde/doença (AROUCA,1988, p.2, *apud*.PAIM, 2008, p.157).

O processo de reforma sanitária surgiu no campo acadêmico em parceria com os profissionais da saúde e movimentos sociais. A reflexão teórica sobre a Reforma Sanitária fundamentaria uma práxis no sentido da superação do modelo vigente de organização de serviços de saúde. A proposta da reforma sanitária não foi uma proposta para saúde, mas um projeto social que influenciaria outros setores da sociedade, buscando-se renovar os pilares de sustentação do sistema vigente. Os reformistas afirmavam a necessidade de repensar o setor saúde que mostrou ao longo de um bom tempo um esgotamento e as precárias ações desenvolvidas, Seriam necessárias na concepção deles, vincular à saúde a política social, mais ampla, sendo então garantido pelo Estado.

Compreendendo então essa nova reconceituação da saúde que serviu como base para o movimento de reforma sanitária e também na democratização do setor saúde, entendendo que a expressão da saúde não se pautaria dentro do âmbito

biológico, mas determinado por questões sociais em conjunturas adversas trazendo para as pautadas das reivindicações.

Influenciado pelos teóricos marxista e gramsciano que contribuíram para entender as concepções e ideologias do Estado e a importância deste espaço como condicionantes para se aplica as reformas propostas. Todo este processo que coincidiu com o movimento de democratização da sociedade alinhado ao pensamento da proposta da reforma sanitária que visa a democratização do setor saúde e com isto trazer uma nova concepção tanto de organização como também uma consciência sanitária.

Toda unidade dialética em torno das teorias que fundamedaram a reforma sanitária contribuiu para constituição de novos sujeitos sociais comprometidos com a transformação da sociedade que compreendam as relações que se estabelecem entre o sujeito, o meio, e as condições históricas determinadas. De acordo com o pensamento de Jairnilson Paim,

A Reforma Sanitária Brasileira como reforma social centrada nos seguintes elementos constituintes: a) democratização da saúde, o que implica a elevação da consciência sanitária sobre saúde e seus determinantes e o reconhecimento do direito à saúde, inerente à cidadania, garantindo o acesso universal e igualitário ao Sistema Único de Saúde e participação social no estabelecimento de políticas e na gestão; b) democratização do Estado e seus aparelhos, respeitando o pacto federativo, assegurando a descentralização do processo decisório e o controle social, bem como fomentando a ética e a transparência nos governos; c) democratização da sociedade alcançando os espaços da organização econômica e da cultura seja na produção e distribuição justa da riqueza e do saber, seja na adoção de uma “totalidade de mudanças”, em torno de um conjunto de políticas públicas e práticas de saúde, seja mediante uma reforma intelectual e moral. (PAIM, 2008, p.173).

1.3 Constituição do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil

A Constituição Federal de 1988 é fruto das mobilizações e das lutas dos movimentos populares, garantido assim os direitos fundamentais e coletivos. Sendo assim, instituindo a Seguridade Social que compõe a saúde, previdência e assistência social. Segundo Bravo:

A constituinte marcou um dos momentos mais significativos do processo de transição, pois se tratava da definição dos princípios

políticos que dariam forma à organização do poder do Estado e às relações entre Estado e sociedade civil (BRAVO, 2011, p.98).

Neste sentido o SUS foi instituído como dever do Estado e direito de todos. “A nova carta constitucional propôs um novo ordenamento ao setor saúde, propiciando um desenho particular em aspectos éticos-políticos fundamentais”. (NOGUEIRA; MIOTO, 2009, p.221).

A reforma sanitária representou um marco no final da década de 1970 e início da década de 1980 onde o país passa então um processo de redemocratização e a luta do movimento era a busca da democratização da sociedade como também da saúde. Vale considerar que o movimento de reforma sanitária fundamentava sua luta em uma proposição de um projeto de sociedade e de Estado com uma concepção de saúde que não estava restrita ao corpo e ao indivíduo, mas que estava centrada na coletividade, na estrutura social e nas classes sociais (SOARES, 2012).

A oitava conferência de saúde de 1986 é o registro do que representou a pressão social para então trazer na constituição as demandas discutidas neste espaço. A saúde passa então ser constituída como direito de cidadania rompendo com o padrão anterior que estratificava os serviços para os indivíduos sendo eles indigentes e segurados da previdência social. Compreendo assim a Constituição Federal defini que:

“Saúde como direito do cidadão 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, CF, 1988).

O reconhecimento do direito universal da saúde é então uma conquista da sociedade não estando atrelado a uma abordagem limitada e centrada no discurso acrítico e regulamentar. “Enquanto direito, a pretensão do dever de cumprir é do Estado, sendo então reconhecido que a saúde não pode ser um bem ou um serviço factível de troca no mercado” (NOGUEIRA; MIOTO, 2009, p.223). De fato a garantia desse direito social esbarrava justamente em preceitos estabelecimento por muito tempo na política de saúde, que historicamente fundamentava-se por uma hegemonia racionalizadora curativa e hospitalocêntrica que interligava aos interesses do capital.

“O Sistema Único de Saúde não se resume a um sistema de prestação de serviços assistenciais. É um sistema complexo que tem responsabilidade de articular e coordenar ações promocionais e de prevenção, com as de cura e reabilitação”. (VASCONCELOS; PASCHE, 2012, p.561).

Compreendendo que o sistema tem suas complexidades, é importante salientar que a instituição do SUS é baseada em princípios e diretrizes que norteiam suas ações e serviços de saúde. Os princípios éticos que norteiam o SUS são: Universalidade, Integralidade e Equidade. Todas as ações desenvolvidas devem estar pautados para trazer legitimidade ao que foi conquistado através da Constituição via movimento popular.

A Lei nº 8.080 de 1990 e a Lei nº 8.142 de 1990 compõe a organização do sistema, como também a participação da comunidade nas decisões sobre financiamento e gestão. Sendo assim, deve-se garantir que a atenção à saúde deve ser democrática, ou seja, descentralizada com controle social, com as ações integralizadas e universalizadas. (TEIXEIRA, 2012).

Diante dos avanços que ocorreram na carta constitucional que validaram o dever do Estado para cumprir o direito de trazer acesso universal e igualitário para todos, a década seguinte é marcada por um processo de contrarreforma do Estado que traz retrocesso e cortes de gastos na área social, fundamentado pelo ideário neoliberal que trouxe em seu receituário o sucateamento e privatização do setor estatal. Segundo Soares (2012), “as estratégias da contrarreforma na saúde colocavam-se da seguinte maneira: precarização do SUS, ampliação restrita, fragmentada e desigual do sistema”.

Partindo das reformas que foi citada anteriormente é necessário pontuar que os retrocessos que abrangeram o Estado são provenientes da crise que vinha se alongando desde a década de 1970, um processo histórico e conjuntural. [...] “No Brasil, temos uma espécie de chegada tardia do neoliberalismo, o que tem relação com a força do processo de redemocratização e questões político-econômicas internas” (BEHRING, 2009, p.25).

Durante a década de 1990 houve a negação dos direitos sociais e também dos princípios do SUS, reformulando e colocando a mercê do sistema capitalista. Sendo assim, o que foi conquistado por meio da Reforma Sanitária é revisto a partir do receituário neoliberal. Segundo Souza:

As reformas de caráter neoliberal iniciada na década de 1990 conduziram a mudanças regressivas nas políticas e direitos sociais, o que tornou visível a grande contradição entre a lógica universalista e privatista no sistema de saúde. Planos de ajuste e de estabilização econômica desregulamentaram a economia, reduziram a influência do Estado, flexibilizaram as relações capital-trabalho e promoveram reformas estruturais voltadas a privatizações estatais. (SOUZA, 2014, p.232).

Buscou-se então justificativas baseadas no plano ideológico para as medidas do receituário neoliberal, pautada na ineficiência do público e pela necessidade de se criar alternativas para gestão. Vale considerar que os ajustes proposto via mecanismo de redução dos gastos na área social pautava-se por organismos internacionais, como o Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional (FMI).

No entanto, o Estado deixa de ser interventor para ser regulador das ações, passando então para as organizações não governamentais as aplicações da política social. Segundo afirma Bravo:

O projeto saúde articulado ao mercado, ou a reatualização do modelo médico assistencial privatista, está pautado na política de ajuste, que tem como principais tendências a contenção dos gastos com a racionalização da oferta e a descentralização com inserção de responsabilidades do poder central. (BRAVO, p.101)

Com os avanços conquistados via mecanismo da constituição onde estabelece uma nova concepção da proteção social e dos direitos sociais, pautando-se por garantia de direitos e reconhecimento da cidadania. A década 1990 representa o retrocesso da ampliação dos direitos, restringindo aos anseios sociais aos reajustes e contrarreforma do Estado. “[...] Em 2002, a vitória de Lula, do Partido dos Trabalhadores (PT), teve um significado real e simbólico para um país como o Brasil, dotado de enorme conservadorismo e desigualdades. Foi uma vitória tardia, depois de uma década de desertificação social e econômica”. (KRUGER, 2014, p.221).

Com a chegada ao poder Luís Inácio Lula da Silva reacendeu as perspectivas de alguns setores da sociedade para efetivar as conquistas que foram requeridas no processo de reforma sanitária, mas, não passou muito tempo no poder para de fato entender, que a continuidade da política econômica do ajuste fiscal continuou de forma mais abrangente. Segundo afirma Souza:

A política macroeconômica foi eixo condutor do governo e as políticas sociais se mantiveram pontuais e compensatórias. No

sistema de saúde isso se reverteu em uma maior abertura à expansão do setor privado, que se beneficiou de várias formas: na oferta/venda de serviços ao SUS, assegurando e ampliando a saúde suplementar; na manutenção de mecanismos de renúncia fiscal; e na inserção das novas modalidades de gestão (terceirizações, fundações e Organizações Sociais). (SOUZA, 2014, p.232).

Apesar da abertura que concedeu a algumas lideranças do movimento de reforma sanitária em exercer cargos nos ministérios ou em outros setores, mas foi insuficiente, pois o que regia a gestão estava longe de afirmar os preceitos que conduziram o processo de reforma sanitária.

Neste marco histórico estão em influência três grandes projetos, o projeto privatista; o projeto do SUS possível; e o projeto da reforma sanitária. Segundo afirma Soares (2012, p.93), [...] “o projeto SUS possível é defendido pelas lideranças que diante dos limites da política econômica defendem a flexibilização da reforma sanitária, mas nomeiam esse processo como reatualização, modernização ou mesmo como continuidade desta”. Todas essas considerações que foram citadas anteriormente possibilitaram uma abertura de efetivar o SUS possível definido por Raquel Soares em suas pesquisas. Sendo então uma garantia para a hegemonia e racionalidade burguesa na política de saúde.

Vale considerar também, que o princípio da universalidade está em processo de negação em sentido de renunciar o direito conquistado ao longo do período que antecedeu a constituição. Sendo assim, os outros princípios ficam marginalizados na esfera da não efetivação. Porém,

Desde a década de 1990, pelos organismos financeiros internacionais, compreendendo que a universalização de forma restrita, considera que cobertura da saúde pelo sistema público não comporta a totalidade da população, pois onera, sobrecarrega financeiramente o Estado. (SOUZA, 2014, p.228).

Diante das perspectivas apresentadas desde a década de 1990 até os dias atuais que trouxeram reformas no Estado como também em outros setores da sociedade, [...] “a racionalidade hegemônica hoje no SUS agrega elementos do projeto de reforma sanitária, mas rompe com a sua tradição essencialmente progressista, com a sua radicalidade mesmo dentro da ordem do capital”. (SOARES, 2012, p.96). Há um processo de refuncionalização dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde e essa estratégia está agregada a uma racionalidade hegemônica burguesa aliada as transformações da política econômica.

Dado toda essa referência ao contexto social, histórico, político e econômico em que se baseou a política de saúde, desde o movimento de reforma sanitária trouxe uma nova concepção de saúde, e conquistas que trouxeram o alargamento do poder do Estado como também trouxe a participação da sociedade para compreender o processo de gestão.

É com base no que foi instituído no Sistema único de Saúde estabelecendo a promoção, a prevenção e a reabilitação da saúde, que algumas ações foram desenvolvidas garantindo o acesso universal, igualitário e equitativo a toda população que dele necessita.

Sendo assim, “inegavelmente, a maior conquista do SUS foi quanto ao direito legal de acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde em todos os níveis de complexidade” (NOGUEIRA; MIOTO, 2009, p.233).

CAPÍTULO 2. ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE, REFLEXÃO SOBRE A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E A CONTRIBUIÇÃO DO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA.

2.1 Conceito e considerações referentes à Atenção Primária à Saúde

Os avanços provenientes do movimento da reforma sanitária trouxeram em seu arcabouço a ampliação do conceito de saúde não mais vinculado a questões biológicas.

O movimento de Reforma Sanitária compreende que os determinantes sociais também influenciam no adoecimento de uma população e, é nesta linha de raciocínio, que se baseou a ampliação do acesso aos serviços de saúde como também a garantia do direito universal ser proveniente do Estado. Este é o responsável por desenvolver ações que garantam a promoção, a prevenção e também a reabilitação do bem-estar físico e social. O relatório final da oitava Conferência é subsídio para esta compreensão:

Em seu sentido mais amplo, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de saúde.

A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas.

Direito à saúde significa à garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade. (RELATÓRIO DA OITAVA CONFERÊNCIA DE SAÚDE, 1986, p.04).

Foi por meio da ampliação do conceito de saúde que se compreendeu a dimensão de se investir na garantia do direito universal à saúde, pautando-se por ação integral e primazia com os princípios estabelecidos no Sistema Único de Saúde.

A Atenção Primária à Saúde (APS) é uma estratégia de organização da atenção à saúde voltada para responder de forma regionalizada, contínua e sistematizada à maior parte das necessidades de saúde de uma população, integrando ações preventivas e curativas, bem como a atenção a indivíduo e comunidades (MATTA; MOROSINI, 2009, p.23).

O termo Atenção Primária à Saúde vem para decodificar uma atenção não ambulatorial, mas de conjunto bastante diversificado de atividades clínicas de baixa densidade tecnológica (LAVRAS, 2011). que se confunde com ações da área administrativa, sendo um termo que traz um conceito inovador para ser aplicado ao campo da saúde.

É por meio destas considerações em relação Atenção Primária à Saúde que Barbara Starfield nos traz contribuições ao conceito:

Atenção primária à saúde é aquele nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada a enfermidade). É definida como um conjunto de funções que, combinadas, são exclusivas da atenção primárias. A atenção primária não é um conjunto de tarefas ou atividades clínicas exclusivas, virtualmente, todos os tipos de atividades clínicas. Atenção primária é uma abordagem que forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis de atenção. É atenção que organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde. (STARFIELD, 2002, p.28).

A Atenção Primária à Saúde é fundamental para a organização dos serviços do Sistema único de Saúde como também é a reorientação do modelo assistencial, a partir de um sistema universal e integrado de atenção à saúde. (MATTA; MOROSINI, 2009). É então definido, como a porta de entrada nos serviços de saúde que tem a responsabilidade sobre o indivíduo e também a comunidade. Que o lócus de responsabilidade pela atenção aos pacientes no decorrer do tempo. (STARFIELD, 2002).

Nestas considerações podemos então ressaltar da importância da Conferência de Alma- ata que definiu os componentes fundamentais da atenção primária à saúde. Que são eles:

A educação em saúde; o saneamento básico; o programa materno-infantil, incluindo imunização e planejamento familiar; a prevenção de endemias; o tratamento apropriado das doenças e danos mais comuns; a provisão de medicamentos essenciais; a promoção de

alimentação saudável e de micronutrientes; e a valorização das práticas complementares. Principalmente, aponta para a saúde como expressão de direito humano. (MENDES, 2015, p.30).

Considerando todas as atribuições que foram feitas pela temática advém falar que atenção primária à saúde é atribuída ao primeiro contato do indivíduo no sistema de saúde, mas que não se reduz unicamente ao sistema. A APS é uma estratégia inovadora e com um custo menor para se aplicar nos serviços de saúde e para promover a atenção primária à saúde é preciso entender a saúde como direito social. “[...] a APS responsabiliza-se pela atenção à saúde de seus usuários, constituindo-se na principal porta de entrada do sistema; ofertando ações de saúde de caráter individual e coletivo; organizando o processo de trabalho de equipes multiprofissionais na perspectiva de abordagem integral do processo saúde doença [...]”. (LAVRAS, 2011, p.873).

2.2 Reflexão sobre a Estratégia de Saúde da Família

O Programa Saúde da Família teve início no ano de 1994 desenvolvido pelo Ministério da Saúde em conjunto com o programa Agentes Comunitário de Saúde (PACS⁸), com a finalidade de reduzir a mortalidade infantil e materna principalmente nas regiões Norte e Nordeste. Obtendo bons resultados advindos do Ceará mediante esta iniciativa que modifica o modelo assistencial enfocando na família como unidade de ação.

“A implantação do PSF é um marco na incorporação da estratégia de atenção primária na política de saúde brasileira” (SCOREL et al., 2007, p.164). É pensando nisto que, o Programa Saúde da Família foi instituído para a organização do modelo de atenção à saúde, pautado nos princípios estabelecidos pelo SUS. Nasceu com o propósito de superação de um modelo de assistência à saúde responsável pela ineficiência do setor, insatisfação da população desqualificação profissional e iniquidades (FRANCO; MERHY, 2004, *apud*. SOUZA, 2008).

Desde o início de sua implantação já nasce com o propósito de promover e integrar as ações de organização das atividades no campo da saúde, com o intuito

⁸ Programa de agente Comunitário de Saúde criado em 1991, com objetivo de contribuir com enfrentamento dos alarmantes indicadores de mortalidades infantil nas regiões norte e nordeste e com os bons resultados provenientes deste processo surgiu o Programa Saúde da Família.

de enfrentamento dos problemas definidos por área de abrangência. Sendo assim, fortalecer e reorganizar a atenção básica no primeiro nível de atenção à saúde no sistema único de saúde.

Segundo Escorel:

A estratégia saúde da família encerra, em sua concepção, mudanças na dimensão organizacional do modelo assistencial ao constituir uma equipe multiprofissional responsável pela atenção à saúde de uma população circunscrita, definir o generalista como o profissional médico de atenção básica e instituir novos profissionais, a saber, os agentes comunitários de saúde, voltados para a ação comunitária, ampliando a atuação da equipe sobre os determinantes mais gerais do processo saúde enfermidades. (ESCOREL, 2002, p.165)

Pautado nos princípios e diretrizes que foram estabelecidos na implantação do SUS, o Programa Saúde da Família tem um caráter inovador no processo de realização do seu trabalho, que é a focalização na família e na proposta de orientação para a comunidade.

Promoveu na condicionalidade da prevenção e reabilitação da saúde, incorporando um novo perfil e superando o viés centralizado no médico e nos hospitais. Baseia-se em ação contínua e estabelece o vínculo entre a equipe e a comunidade.

Sendo assim, “o PSF deve priorizar as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua, por meio de atendimentos prestados na unidade básica de saúde da família, no domicílio ou através da mobilização da comunidade.” (MAGALHÃES, 2011, p.23).

Vale considerar que a implantação do PSF no setor saúde é pautado a imprimir uma nova dinâmica na organização da saúde e dos serviços oferecidos a toda a comunidade.

Centrando nos pressupostos da Atenção Primária à Saúde de Desenvolvido por Bárbara Starfield (2002) com a temática: Atenção Primária, equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Onde aborda que dever ser o primeiro contato, orientação à família, ampliação do cuidado e o vínculo com os profissionais e toda a comunidade.

Segundo Giovanela:

A Saúde da Família, inicialmente voltado à extensão de cobertura, com foco em áreas de maior risco social e implantado a partir de 1994 como um programa paralelo “limitado, bom para os pobres e

pobre como eles”, aos poucos adquiriu centralidade na agenda do governo, convertendo-se em estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde e modelo de APS. Em 2006, a Política Nacional de Atenção Básica, acordada entre gestores federais e representantes das esferas estaduais e municipais na Comissão Intergestores Tripartite, ampliou o escopo da atenção básica e reafirmou a SF como estratégia prioritária e modelo substitutivo para organização da atenção básica. (GIOVANELA *et al.* 2008, p.784).

Definido assim, Rosa e Labete (2005) Compreende a Saúde da Família não como programa paralelo ou desvinculado do seu conceito original que define os objetivos para a estruturação do modelo assistencial da saúde. Mas, não se restringindo ao setor saúde e sim como uma estratégia que amplia o conceito de saúde e compreende a importância da família e do meio a qual se vive. Com a finalidade de formular políticas que promova a mudança do sistema como também da comunidade.

Desde o início o Programa Saúde da Família traz consigo um caráter inovador para o campo da saúde, alinhando-se a um processo de trabalho não mas vinculado a doença ou em práticas que durante um bom tempo predominou e estruturou o sistema de saúde. Com o sucesso dos resultados houve uma mudança na nomenclatura do termo trocando programa por estratégia, pois programa tem um tempo determinado e estratégia é permanente e contínua.

A Estratégia Saúde da Família está alicerçada em parceria com a Atenção Básica para realizar ações de prevenção, promoção e reabilitação do Bem-estar físico e social, tendo como foco a família e comunidade. Seguindo a linha de raciocínio onde se relaciona o conceito de Atenção Básica que traz em sua definição:

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. (BRASIL, 2012, p.19).

2.3 Implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família foi criado em 2008 no intuito de apoiar a Estratégia Saúde da Família na rede de serviço e ampliar a abrangência, a resolutividade, a territorialização, a regionalização e ampliar as ações da Atenção Primária à Saúde. (BRASIL, 2010, p.07). O NASF tem por sua finalidade trazer a melhoria na rede de atenção primária da saúde, articulando uma nova dimensão do trabalho em equipe.

Tem como propósito promover ações de promoção e prevenção articulado aos profissionais da Estratégia Saúde da Família e assim contribuir com a melhoria da saúde, pautado nos princípios e diretrizes da saúde da família que tem na família e comunidade o espaço de atuação. Sendo assim definido:

Ampliar o escopo, abrangência e resolutividade das ações da APS, com atuação integrada a dos profissionais da ESF não se constituindo como centro ou unidade de referência. A atuação dos profissionais do NASF jamais deve ser dar como serviço especializado, apoiar as equipes da ESF uma vez que seu processo de trabalho deve apoiar as equipes da ESF em temas e populações específicas através do apoio matricial, dentro de seu território de abrangência. (ANDRADE *et al*, 2012, p.19).

O NASF tem como fundamento ideológico a integralidade do cuidado aos usuários, e o eixo estruturante é a responsabilização, gestão compartilhada e apoio à coordenação do cuidado. O NASF, em contraste com os modelos convencionais de prestação de cuidados, busca operar numa lógica de corresponsabilização e gestão integrada do cuidado, por meio de atendimentos e projetos terapêuticos que envolvam os usuários e considerem a singularidade dos sujeitos assistidos (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010, *apud*, SOUZA *et al*, 2013). A organização das ferramentas de trabalho do NASF é: O Apoio Matricial, Clínica Ampliada, Projeto terapêutico singular, Projeto de saúde no território, pactuação de apoio.

Os processos de trabalho das equipes devem ter o foco no território sob sua responsabilidade, priorizando o atendimento compartilhado e interdisciplinar, com trocas de saberes e ampliando a interação entre equipe e comunidade, construindo um elo de experiência com todos os envolvidos neste processo. O Núcleo de Apoio à Saúde da Família deve ser um potencializador da rede de assistência à saúde. (ANDRADE *et al*, 2012).

Sendo então compreendido e pautado em diretrizes e princípios da APS, enfatizando que:

A constituição de uma rede de cuidados é uma das estratégias essenciais dentro da lógica de trabalho de um NASF. O Nasf deve buscar superar a lógica fragmentada da saúde para a construção de redes de atenção e cuidado, de forma corresponsabilizada com a ESF. É constituído por diferentes profissionais de áreas de conhecimento atuam em conjunto com os profissionais das equipes de Saúde da Família. O NASF não se constituiu porta de entrada do sistema para os usuários, mas sim de apoio as equipes de SF. (BRASIL, 2010, p.08).

Entre os profissionais que estão atuando no Núcleo de Apoio à Saúde da Família está o profissional de Serviço Social que atua em consonância aos pilares defendidos pela Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família, que se baseia em princípios éticos e político da profissão e do projeto de reforma sanitária. desenvolvimento do trabalho deve ser dar de forma interdisciplinar para intervir no trato da questão social. Sendo assim definido:

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

O papel do serviço social não está desvinculado dos outros profissionais, mas, tendo o espaço do território como estratégia para atuação, é ali que se constrói o processo de socialização dos indivíduos. “Conhecer as condições de vida e trabalho dos usuários, bem como os determinantes sociais que interferem no processo saúde-doença; facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da instituição e da rede de serviços e direitos sociais” (CFESS, 2010, p.30).

É por esta nova dinâmica na saúde que se propõe trabalhar o assistente social, desenvolvendo ações em conjunto com os demais profissionais, e colaborando para efetivar os direitos à saúde e sociais, consolidando a cidadania, sendo um profissional propositivo e inovador no ambiente de trabalho com a perspectiva de trazer uma visão efetiva da realidade a qual está inserida e compartilhando as visões com os demais profissionais da área.

O caderno de Atenção Básica nº 27, propõe que:

O serviço social no NASF deve ser desenvolvido de forma interdisciplinar e integrada com as demais equipes, para prestar apoio no trato da questão social nas suas mais variadas expressões na área da saúde. O assistente social é um profissional que trabalha permanentemente na relação entre estrutura, conjuntura e cotidiano, contribuindo com as equipes na apreensão e na ação em face ao cotidiano, no qual as determinações conjunturais se expressam e a prática se realiza. (BRASIL, 2010, p.89).

CAPÍTULO 3. OS DESAFIOS DO SERVIÇO SOCIAL NO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA EM CARUARU

3.1 Percorso Metodológico da Pesquisa

O presente trabalho caracteriza-se por ser uma pesquisa de natureza qualitativa que trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes (MINAYO, 2012). Essa abordagem de pesquisa vale-se da interpretação dos fenômenos e da atribuição de significados, contribuindo então para analisar tudo aquilo que não se traduz em números.

É nesta compreensão que Godoy:

Os estudos denominados qualitativos têm como preocupação fundamental o estudo e a análise do mundo empírico em seu ambiente natural. Nessa abordagem valoriza-se o contato direto e prolongado do pesquisador com o ambiente e a situação que está sendo estudada. Compreender os fenômenos que estão sendo estudados a partir da perspectiva dos participantes. “Considerando todos os pontos de vista como importantes, este tipo de pesquisa ilumina”, esclarece o dinamismo interno das situações, frequentemente invisível para observadores externos. (GODOY, 1995, pp.61-62).

A pesquisa se baseou no método dialético crítico que considera que o pesquisador deverá trilhar buscando “[...] a contradição e o conflito, o “devir”, o movimento histórico, a totalidade e a unidades dos contrários, além de apreender, em todo o percurso de pesquisa, as dimensões filosóficas [...]” (LIMA; MIOTO, 2007, p.39). Portanto, o método dialético crítico compreende a totalidade através da aproximação e sucessivas dos fatos.

Partindo deste método onde a compreensão é uma análise reflexiva do objeto de estudo, e uma necessidade da revisão crítica dos fenômenos estudados. É uma forma de analisar a realidade e interpretar os fenômenos sociais.

Para trazer fundamentação a pesquisa utilizou-se da pesquisa bibliográfica que definida por Miotto e Lima como: “[...] “Implica em um conjunto ordenado de procedimentos de buscar por soluções, atento ao objeto de estudo, e que, por isso, não pode ser aleatório. [...]”. (LIMA; MIOTO, 2007, p.38).

Utilizou-se como instrumento de coleta de dados a entrevista semiestruturada que é um importante instrumento da investigação social. Para Goode e Hatt (1969, p.237. *Apud.* LAKATOS; MARCONI, 2003, p.195), a entrevista “consiste” no desenvolvimento de precisão, focalização, fidedignidade e validade de certo ato social como a conversação.

A entrevista é uma forma de interação social que permite através das falas dos participantes entender a relação que é estabelecida por eles no universo a qual estão atuando. Sendo assim, um dos aspectos que caracteriza a entrevista qualitativa é um texto negociado (TURATO, 2005).

A pesquisa foi realizada com cinco assistentes sociais que atuam no Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Caruaru. O método usado para analisar as entrevistas foi à análise de conteúdo, que tem como referência observar o que está dito nas entrelinhas do contexto das falas dos participantes. Sendo assim definida:

A análise de conteúdo como um conjunto de técnicas se vale da comunicação como ponto de partida. Diferente de outras técnicas como a estocagem ou indexação de informações, críticas literárias, é sempre feita a partir da mensagem e tem por finalidade a produção de interferência (CAMPOS, 2004, p.613).

É neste sentido que o método vai dar suporte as interpretações da pesquisa e assim trazer contribuições para a finalidade dos objetivos.

3.2 Considerações Éticas

A presente pesquisa tem como fundamentação ética a resolução 196/96 desenvolvida pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) em parceria com a Comissão Nacional de Ética que apresenta como objetivo assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, baseando-se nos direitos humanos universais que consistem na defesa dos direitos dos participantes da pesquisa. Neste documento é descrito os aspectos éticos, que traz como relevância: respeito ao participante da pesquisa em sua dignidade e autonomia, tendo a importância social da pesquisa o que garante a igual consideração dos interesses envolvidos, não perdendo o sentido de sua destinação sócia humanitária.

Baseando-se nas considerações éticas mantivermos em sigilo os nomes dos participantes da pesquisa e alteramos para nomes de chás, que são eles: Hortelã,

Erva doce, Cidreira, Jasmim e Canela. Sendo assim, a escolha dos nomes é devido a quantidade do sexo feminino que atuam no NASF e por preferência da pesquisadora.

3.3 A importância da cidade de Caruaru para Pernambuco

A cidade de Caruaru é conhecida pelo seu alto potencial regional na área do comércio e na feira livre. É o município do agreste pernambucano maior e mais populoso do interior do estado, com uma população residente de 314.912 habitantes, conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), relativo ao ano de 2010. É destaque também como um importante polo econômico, médico-hospitalar, acadêmico, cultural e no turismo.

A cidade de Caruaru é conhecida por sua feira livre que é um marco de referência histórico e cultural, onde se encontram raízes da cultura nordestina e o artesanato no barro. O mestre Vitalino é referência como um artesão que deixou sua marca em Caruaru e no mundo.

Como referência do artesanato no barro é registrado também o bairro Alto do Moura, que residem no bairro uma comunidade de artesão e é considerado pela UNESCO como o maior centro de arte figurativa das Américas.

Por ser uma cidade referência em saúde, educação e comércio, Caruaru é cenário de desigualdades sociais que expressam a limitação da ação do Estado frente às demandas apresentadas na população. A situação dos trabalhadores dos fabricos, das mulheres, crianças, idosos, juventude refletem os problemas sociais da cidade que também é parte da realidade brasileira e do mundo capitalista.

3.4 Núcleo de apoio à saúde da família em Caruaru: Retrospectiva Histórica

O NASF foi implantado no município de Caruaru em 2009 com uma composição de três equipes e, no ano de 2013 foi implantada a quarta equipe. Na época da implantação do NASF quem coordenava era a enfermeira Lilian Aderne até o ano de 2014. Atualmente quem está na coordenação é: Michelly Lima Vieira (fisioterapeuta).

Segundo a coordenadora do NASF Michelly, os desafios do início da implantação gerava em torno das dúvidas em relação das ferramentas de trabalho

do NASF. Que são: Projeto Terapêutico Singular (PTS), Consultadas Compartilhada, Projeto de Saúde no Território (PST). Trouxe alguns desconfortos, até porque a equipe não se caracterizava como ambulatorial. Era difícil o entendimento dos profissionais sobre a atuação em equipe multiprofissional.

Diante disto, os desafios foram sendo superados através de Educação Permanente (EP) com as equipe de Saúde da Família, como também com a própria equipe do NASF. Ressalta-se como ganho para a equipe que no primeiro semestre de 2016 a coordenação do NASF inseriu os profissionais nas EPS juntamente com médicos e enfermeiros através do Núcleo de Educação Permanente da Secretária de Saúde, com o objetivo de integrar os profissionais no processo integral e contínuo sobre as ferramentas do trabalho no NASF.

Atualmente é contemplado com oito equipes, das quais quatro equipes são formadas por profissionais residentes ligados a Instituição de ensino UPE em 2015 e ASCES em 2016. Fazem parte destas equipes, as seguintes categorias profissionais: psicólogo, nutricionista, fisioterapeutas, assistente social, profissional de educação física, sanitarista, terapeuta ocupacional, farmacêutico, biomédico, enfermeiro, cirurgião dentista e médico veterinário.

Cada equipe NASF apoia entre cinco a oito unidades de referência, sendo 6 equipes dentro da modalidade I e duas equipes de Zona Rural dentro da modalidade tipo II, se subdividindo para planejamento, pactuações das atividades mensais e discussão de casos. Neste sentido, para fortalecer o vínculo e integrar as equipes, foi implantado a estratégia do técnico de referência.

O trabalho do NASF é orientado pelo referencial teórico-metodológico do **apoio matricial**, a partir das necessidades, das dificuldades ou dos limites das equipes de Atenção Básica diante das demandas, buscando garantir a continuidade do cuidado aos usuários.

As ações desenvolvidas destacam-se em: Atendimento compartilhado para uma intervenção interdisciplinar, com ênfase em discussão de casos; intervenções específicas do NASF com usuários e famílias encaminhados pela ESF, com pactuação e negociação entre os profissionais responsáveis pelo caso e o paciente (Projeto Terapêutico Singular); ações comuns nos territórios de sua responsabilidade, desenvolvidas de forma articulada com as ESF e outros setores.

Atuação do Assistente Social no NASF em Caruaru é baseado nos parâmetros estabelecidos pela Política Nacional de Atenção Básica. (Brasil, 2010,p.08)

O Núcleo de Apoio à Saúde é uma proposta inovadora no âmbito da saúde que foi criada com o intuito de apoiar a Estratégia Saúde da Família (ESF), que tem sob sua responsabilidade o território e com isto desenvolver ações integradas e intersetorial com o objetivo de atender aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. E baseado nestas finalidades tem como subsídio a Atenção Primária à Saúde (APS), que é definida como primeiro contato na rede assistencial do sistema de saúde, pela continuidade e integralidade da atenção, participação comunitária, orientação e atenção centrada na família.

A atenção Básica é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próximo da vida das pessoas. Os princípios norteadores estão centrados na universalidade, integralidade das ações, equidade, continuidade dos vínculos e participação social. Sendo assim, a equipe de Saúde da Família é o componente estruturador do sistema de saúde, reorganizando a pratica de atenção à saúde em um novo modelo de gestão e rompendo com as antigas práticas que modelou o sistema de saúde.

Partiremos agora para análise dos dados da entrevista semi estruturada realizada com assistentes sociais do NASF. A entrevista girou em torno de oito questões temáticas que foram levadas as profissionais e elas respondiam livremente. Os itens estão divididos pelas temáticas respondidas pelas entrevistadas.

3.5 A atenção Básica em Caruaru

Baseando-se no que foi citado anteriormente pelos parâmetro da Política de Atenção Básica, que por meio de um conjunto de ações em saúde, tanto no nível individual ou coletivo para assim desenvolver ações de prevenção, promoção e reabilitação da saúde. Com o intuito de ter uma atenção integral e continua. Sendo assim definidas, as entrevistadas que compõe o NASF em Caruaru pontuaram os avanços na atenção básica tanto no nível de gestão, como de cobertura do PSF como também de investimento no profissional que atua nessa área.

A entrevistada Camomila respondeu da seguinte maneira:

[...] A atenção Básica neste período que estou atuando no NASF percebo que tem avançando, no sentido de investimento em promoção e prevenção da saúde. A prova disto é até a inclusão do Nasf na Estratégia Saúde da Família. Eu percebo grandes avanços tem se estruturado positivamente né e tem avançado de fato.

Seguindo neste mesmo raciocínio a entrevistada Cidreira respondeu da seguinte maneira:

[...] Eu acredito que atenção Básica em Caruaru está melhorando significativamente, no período que entrei faz 7 anos quando iniciou o NASF, nos tínhamos metade do que temos hoje de Unidades Básicas de Saúde. Que servem de acompanhamento, de matriciamento, serve de articulação de rede (Que ainda é precária), mas hoje ainda consegue visualizar que antes não conseguia. Então hoje temos uma cobertura de 66 PSF que antes, salva me engane era de 42. Houve um significado número de PSF que abrange a cobertura de atendimento do usuário, o que melhora até a qualidade do atendimento porque não gera uma superlotação em uma determinada área e não sufoca os agentes de saúde e isto facilita. Não é o ideal e não temos uma cobertura de 100%.

A entrevistada Erva Doce considerou a importância do entendimento por parte da gestão em relação aos investimentos na atenção básica para dar continuidade aos serviços de saúde, que já preconizados pela política de atenção básica que nos diz: “Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde”.

[...] Mas acho assim também, que por este momento de gestão não sei como vai ser agora por conta desse momento político. Mas com essa gestão tem uma compreensão muito boa de atenção básica e de algo importante de ser investido.

A Atenção Básica é a porta de entrada para o SUS e pelas entrevistas realizadas conseguimos vislumbrar que Caruaru tem avançado com o passar do tempo. A área de abrangência foi ampliada e o número de unidades de saúde também. Sentimos falta na fala das entrevistadas sobre as condições de trabalho do assistente social, a relação da gestão com as equipes, questões relacionadas com a avaliação da Atenção Básica.

3.6 A compreensão do Nasf para população (A partir da compreensão do A.S)

O Nasf é uma estratégia inovadora que tem por objetivo apoiar a Atenção Básica e Saúde da Família, e não se constitui porta de entrada do sistema de saúde.

Trabalha em parceria com as equipes de saúde da família, o NASF não se resume a uma equipe ambulatorial e também clínica, mas de apoiar e ampliar o desenvolvimento das ações em saúde. Em contraste a este entendimento a entrevistada Canela considerou que no território a qual está atuando a população ainda sente muita dificuldade de compreender o papel do NASF.

[...] Ainda existem muitas dificuldades de compreensão por parte da população, mas desde o momento que iniciamos nas unidades que não tinha NASF a preocupação primordial de toda equipe sempre foi expandir o conceito e também a especificidade do trabalho de cada profissional, realizamos na sala de esperar pequenas palestras para difundir as ideias do nasf. Lembrando sempre que o processo de desmistificar é lento e gradual.

Em contrapartida outra entrevistada considerou as dificuldades como também os avanços conquistados pela equipe de trazer para população o que de fato é o Nasf. Sendo assim, Cidreira respondeu da seguinte maneira:

[...] A princípio o trabalho do NASF não era compreendido, inclusive quando iniciamos no PSF a população e os agentes de saúde e a equipe do PSF entendia éramos uma equipe de monitoramento e revisão do serviço. Porque até entender o papel de apoio aí agente saiu de um momento que agente era de uma perspectiva de supervisão (no primeiro entendimento) e ao mesmo tempo pra ambulatório. E na verdade o papel do NASF não é nem um e nem de outro, pra isto o que foi que realizamos, começamos a fazer um diagnóstico, territorialização, começamos a mapear, atividades educativas com os profissionais, educação permanente, para falar do nosso trabalho, desenvolvendo ação para compreensão de cada especificidade profissional sobre como poderíamos apoiar as unidades básicas de saúde e até agente se apropriar e até a população também se apropriar do papel do NASF. O que a principio até a própria população enxerga o ambulatório o que não é. E aí, a gente teve que desconstruir essa ideia. Hoje ainda existe quem pense que o NASF está em uma perspectiva ambulatorial, mas melhorou muito, pois através das atividades que desenvolvemos fazemos questão de trazer a compreensão do papel do NASF.

Já a entrevistada Camomila considerou que no território a qual está atuando observa avanços significativos e que a população tem uma compreensão do papel do Nasf e as especificidades de trabalho que cada profissional tem na equipe.

[...] Como você sabe tudo o que é novo precisa de um tempo para a população realmente vá se adaptando. Vá conhecendo melhor o trabalho do nasf é um Trabalho é inovador, é um trabalho que hoje as comunidades já sabem o que é, sabe a função de cada profissional, tem este profissional como referência, juntamente com atenção Básica. Então já compreende o trabalho do nasf.

O trabalho do NASF é de apoio, e segundo o Departamento de Atenção Básica (2016), esse apoio acontece, principalmente, por intermédio da ampliação da clínica, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários e ambientais dentro dos territórios.

Os usuários muitas vezes não compreendem o trabalho do NASF, e esclarecer a população sobre esse serviço é de fundamental importância para o acesso da mesma ao núcleo. Nesse momento o trabalho do serviço social se torna importante, pois a população esclarecida sobre os serviços pode recorrer aos mesmos e fortalecer a defesa de seus direitos.

As entrevistadas relataram a ação pedagógica realizada junto à população e o trabalho de longo prazo para a compreensão do trabalho do NASF. Essa dificuldade pode ocorrer devido ao modelo biomédico sobre saúde e doença que foi absorvido pela população e que agora precisa de um tempo para ser substituído.

3.7 A relação da equipe saúde da família com o nasf

O processo de trabalho das equipes de Saúde da Família é o elemento-chave para a busca permanente de comunicação e troca de experiência e conhecimentos entre os integrantes da equipe e destes com a comunidade. (BRASIL, 2010, p.10). É nesse intuito de integralidade com a equipe de saúde da família que o NASF deve atuar para assim desenvolver um trabalho de continuidade e apoio em conjunto com a comunidade. Desenvolvendo assim, uma coordenação do cuidado não de maneira fechada em seu próprio conhecimento seja ele clínico ou ambulatorial. Seguindo essa lógica de raciocínio a entrevistada Jasmim considerou:

[...] A questão da nossa inserção nas equipes varia muito, tem equipes que consegue ter uma aproximação melhor e assim nenhuma equipe vai ser igual a outra né. E assim uma equipe vai avançar mais de um lado e outra equipe vai avançar de outro, e nenhuma equipe é igual. Mas aí de forma geral nossa aproximação tem sido boa e assim nenhuma equipe é igual. E assim temos nos aproximado dos agente de saúde né [sic] que é uma ferramenta importantíssima no trabalho da gente. E aí a gente busca sempre apresentar o trabalho do NASF e para que também eles possam compreender a nossa função e ver como eles possa está contando com a gente. Nas atividades conseguimos nos inserir bem, buscando consultas compartilhadas com enfermeiras, com médicos. Nos grupos também trazemos mais eles do que a iniciativa deles. Mas aí

é bem assim, a gente vai buscando se inserir, tem alguma resistência dependendo da equipe. Alguns avançam mais e outros menos, alguns a gente consegue caso individual né. E outros a gente consegue trabalhar a questão de grupo.

A entrevistada Jasmim considerou que há resistência por parte da equipe de saúde da família, mas pontou que ao longo do tempo tem desenvolvido um trabalho em equipe e compartilhando as ações. O caderno da atenção básica Nº 27 descreve o processo de trabalho do NASF, que diz:

Ações compartilhadas nos território de sua responsabilidade desenvolvidas de forma articulada com as equipes de Saúde da Família. E outros setores como o desenvolvimento do projeto de saúde no território, planejamento, reuniões, apoio aos grupos, trabalhos educativos, de inclusão social, enfrentamento da violência, ações junto aos equipamentos públicos, como escolas, creches, igrejas, pastorais etc. (BRASIL, 2010, p.21).

Já a entrevistada Erva Doce considerou dificuldades no desenvolvimento das ações com a equipe saúde da família por eles ainda não reconhecerem o trabalho do NASF e condidera-o como uma equipe fiscalizadora e não como apoio.

[...] essa é outra dificuldade que a gente encontrou no começo, que a gente ainda encontra e eu creio que a gente ainda vai encontra por muito tempo, mas que hoje está bem melhor do que estava. Os profissionais também não entendiam o que era o nasf mesmo aqueles profissionais, por exemplo, a unidade que já tinha nasf e ainda existe uma dificuldade de se saber o que e como trabalha acham que vão está na unidade para fiscalizar o trabalho da equipe de saúde da família ou entende como profissionais que realizam um trabalho clínico. Muitos profissionais ainda nos consideram não como profissionais da prevenção e promoção da saúde e muitos só vem falar depois que o problema já está instalado.

A entrevistada Cidreira falou das ferramentas tecnológicas para o NASF para a organização e o desenvolvimento do processo de trabalho. Que são:

[...] trabalhamos tanto nos projetos terapêutico singular (que são as discursão dos casos), trabalhamos também com os eventos, com as atividades em grupos, com as educações permanentes, com a saúde do trabalhador, trabalhamos sempre com um processo de diálogo e também com as reuniões de cronograma.

A relação entre o NASF e a Equipe Saúde da Família ainda é um processo que vem sendo construído. O conhecimento e reconhecimento recíproco das duas equipes são necessários para o desenvolvimento da atenção básica.

O apoio matricial, a clínica ampliada, a integralidade do cuidado ao usuário devem ser compartilhados entre as duas equipes tornando o atendimento ao usuário mais resolutivo e discutido na visão de vários saberes. Quem ganha com a boa relação entre as equipes é a população e o território por elas responsáveis.

3.8 Compreensão da equipe saúde da família e NASF sobre o trabalho do assistente social

Sobre a compreensão do trabalho do assistente social, as entrevistadas pontuaram questões relacionadas ao trabalho do assistente social voltado ao imediatismo, assistencialismo e a dificuldade de compreensão por parte dos profissionais da especificidade de trabalho do serviço social.

Considerando assim, Erva do Doce respondeu:

[...] Pouco. É tudo caminho, tá tudo caminhando. Ainda hoje tem muitos profissionais que não consegue entender, Primeiro que nossa profissão não é, por exemplo, o fisioterapeuta se você está com uma dor no joelho, ele e faz um curativo. A gente tem todo um processo de trabalho que não significa que você vai atuar ali no imediato e que aquilo vai tá pronto. Então assim os profissionais tem muita dificuldade de saber exatamente o que a gente faz. No início quando cheguei no nasf realizei capacitações para explicar o fluxo que chegam ao serviço social, Geralmente é o seguinte: tudo que não fosse para outra profissão jogam para o serviço social. É um trabalho contínuo e que não se faz com tempo limitado, para que as outras profissões de fato entendam.

Outra entrevistada falou que muitos profissionais consideram os assistentes sociais com um fiscalizador ou até higienista e filantrópica. Mas, diante dessas dificuldades de compreensão tem se dedicado para desmistificar essas ideias. Jasmim pontou:

[...] tem algumas equipes que ainda não entende nem o papel do Nasf como também do serviço social, e entende que assistente social está para fiscalizar, tomar criança e fazer mais este trabalho fiscalizador e também higienista e ainda persiste a ideia do serviço social numa visão filantrópica, mas estamos buscando desmistificar essa ideia. E fazer com eles entendam, quais são os casos, que vocês poderiam trazer para o serviço social? Não só para o serviço social como também para equipe de modo geral.

No contraste dessas respostas a entrevistada Camomila trás a seguinte consideração:

[...] Sim. Ao longo desse período que estamos atuando estamos preocupados enquanto equipe de estar realmente colocando, as atribuições, as especificidades do profissional de serviço social dentro da Estratégia de Saúde da Família.

A entrevistada Cidreira considerou que o trabalho é lento, mas tem avançado significativamente a partir das intervenções para trazer a compreensão da especificidade do trabalho do assistente social.

[...] Hoje conseguimos ter mais um trabalho articulado com o PSF, como foi dito anteriormente depois de fazermos educações permanentes, trabalho com a equipe mostrando a especificidade de cada profissional e hoje conseguimos ter uma equipe que compreende muito o trabalho do Serviço Social e solicita. Inclusive os agentes de saúde têm manifestado essa compreensão.

Por estas considerações que foram citadas anteriormente em relação ao trabalho do serviço social e suas especificidades é importante considerar a leitura que muitos profissionais ainda tem do assistente social voltado ao trabalho imediatista e assistencialista. Segundo Iamamoto (2012) um dos desafios que se apresenta para o assistente social é a capacidade de decifrar a realidade, sendo um profissional criativo e propositivo.

Diante de situações emergentes o profissional está atento a desenvolver a capacidade crítica e assim efetivar o direito do usuário. Sendo assim compreendido, “A atuação da área de serviço social no NASF apresenta importante contribuição na articulação e formulação de estratégias que busquem reforçar e criar experiências nos serviços de saúde, que efetivem o direito à saúde e a consolidação da cidadania.” (BRASIL, 2010, p.96).

3.9 O trabalho em equipe multiprofissional

Nas considerações feitas pelas entrevistadas foi identificado as dificuldades de se trabalhar em equipe multiprofissional, e se entenderem como equipe. A entrevistada Camomila respondeu da seguinte maneira:

[...] Eu acredito que a grande dificuldade é essa compreensão que a gente tá ali para somar, para trocar conhecimentos e ali cada um dentro da sua especificidade, contribui para resolutividades das situações que são apresentadas. A dificuldade vai existir em qualquer espaços-ocupacionais, até porque trabalho com categoria

profissional, com pensamentos diferentes, com conhecimentos diferentes, mas que só tem a somar.

Seguindo essa mesma lógica a entrevistada Cidreira respondeu da seguinte maneira:

[...] A primeira dificuldade é se compreender como equipe, o que é dificuldade? Dificuldade é quando se tem um limite pra vencer, então primeiro precisamos compreender como equipe. Não fazendo um trabalho isolado, fazendo um trabalho coletivo, então as maiores dificuldades é se perceber como equipe, com o trabalho articulado, um trabalho integrado e se fortalecendo, é compreendendo cada especificidade. Que cada profissão faz desenvolve e como ela pode contribuir com o processo geral e no processo de trabalho e no coletivo. E o trabalho coletivo exige e requer que a equipe esteja conectada. Para esta barreira ser vencida é preciso ter educação permanente em equipe com também compreender o trabalho que se mostre no coletivo.

De acordo com o pensamento de Peduzzi:

O trabalho consiste na ação racional teleológica, abarcando ação instrumental e a ação estratégica: a primeira, orientada por normas técnicas, e a segunda, por máxima e valores que buscam exercer influência sobre a definição da situação ou sobre a decisão da outra. Como ação instrumental e/ou estratégica, o trabalho busca o êxito na obtenção de determinado resultado. (PEDUZZI, 2001, p.105).

É por meio deste trabalho integrativo com toda a equipe que deve desenvolver as ações do NASF com a equipe de saúde da família. A entrevistada Erva Doce considerou que muitos profissionais ainda compreendem o trabalho na saúde como segmentado e não consideram na prática a mudança do conceito ampliado de saúde que integra os determinantes sociais no processo de adoecimento.

[...] Eu acho que a principal dificuldade é a compreensão ainda do se tem da doença, na verdade é o processo de adoecimento, embora que o discurso tem mudado que tem aquela visão ampliada da saúde, a saúde é um processo. Este conceito ampliado dos determinantes que inclui o social e não é só o biológico. E assim foi incorporado o discurso das profissões, mas na prática ainda não consegue muito ver muito como equipe multiprofissional. A gente senta numa reunião, mas cada um tá pensando como profissional atuar ali mas não consegue ver o conjunto, é como se fosse assim, eu retalho toda aquela pessoa na minha especialidade. Ou as vezes tem aquela, vamos trabalhar de forma integrada mas, como se fosse assim eu tiro o que sei do serviço social é como a gente trabalhasse sem profissão. Vamos trabalhar à saúde sem profissão ou então só um profissional cada um no seu quadrado.

O assistente social que integra essa equipe multiprofissional deve ser um profissional propositivo e criativo, e tendo uma leitura crítica da realidade para assim, defender os princípios do seu projeto ético político. De acordo com Iamamoto:

O exercício da profissão é uma ação de um sujeito profissional que tem competência para propor, para negociar, com a instituição os seus projetos, para defender o seu campo de trabalho, suas qualificações e funções profissionais. Requer, pois, ir além das rotinas institucionais e buscar apreender o movimento da realidade para detectar tendências e possibilidades nela presente passíveis de serem impulsionadas pelo profissional. (IAMAMOTO, 2012, p.21).

No Código de Ética Profissional encontramos no artigo XVI em relação ao sigilo profissional que em trabalho multidisciplinar só poderão ser prestadas informações dentro dos limites do estritamente necessário. A equipe multiprofissional trabalha com o objetivo de ver o território, família e usuário de forma completa, ou seja, física, cultural, social e política.

Essa visão só é possível com o olhar de várias saberes profissionais e o Serviço Social tem sua especificidade dentro de uma equipe multiprofissional e mesmo trabalhando com muitos profissionais sua particularidade permanece clara e eticamente. O serviço social pode se impor, compartilhar, discutir, propor, analisar, etc, dentro da equipe se perder sua essência.

3.10 Rede de atendimento socioassistencial

As entrevistadas falaram das dificuldades de se trabalhar na rede e assim desenvolver um trabalho intersetorial e diante das demandas obter resolatividade. É preciso que os outros profissionais entendam o trabalho em rede, que é de articulação e de continuidade. Cidreira respondeu da seguinte maneira:

[...] Muitas dificuldades. A própria articulação da rede, rede não é encaminha um usuário pra outro serviço. Rede é se unir e junto cada um com seus valores institucionais, com sua missão, com sua demanda. Mas entendendo que só junto é fortalecendo um trabalho, compreendendo e conectando as ações, fazendo em conjunto e se reunindo para debater as dificuldades e potencialidades da comunidade. Fazendo um trabalho de quem é que faz o que em cada serviço, como é um melhor que nós podemos desenvolver em equipe. Lidar com as dificuldades juntos, e trabalhar em rede é podermos enxergar nossas dificuldades e assim em conjunto enxergarmos as potencialidades. Acho que a grande dificuldade é nos enxergarmos enquanto rede. Articulação de Rede.

A entrevistada Canela também fez referências das dificuldades e com isto dificulta o processo de continuidade tanto para o usuário como trazer resolutividade para a demanda apresentada.

[...] Uma das grandes dificuldades é a demora na resolutividade do problema, não tem referência e contra referência e a falta de acompanhamento por parte de onde foi encaminhado o usuário e também a demanda.

A entrevistada Camomila pontuou a necessidade dos profissionais entenderem sua especificidade na rede e desta estar mais articulada com todos os serviços e assim trazer resolutividade para os usuários que precisam dos serviços.

[...] A dificuldade que eu encontro é realmente articulação com a Rede sendo ela mais articulada, mais próxima. Quando falo em Rede pontuo realmente os profissionais de cada serviço para se aproximar mais, ter essa compreensão que agente trabalha em um sentido intersetorial, é um trabalho em Rede. É um trabalho que deve ser fortalecido e articulado e de continuidade, para isto usar os mecanismos que tem dentro dessa rede.

Ao analisarmos a fala das entrevistadas observamos que Caruaru, como muitas cidades do Brasil, tem dificuldade de articular a rede e realizar um trabalho conjunto fortalecendo o apoio a população que é a mais prejudicada com as limitações da intersetorialidade. O trabalho do Serviço Social precisa da rede de apoio no atendimento a população já que sua atuação é justamente em acesso a direitos sociais.

3.11 Conquista do serviço social no NASF

As entrevistadas consideraram avanços importantíssimos tendo o núcleo de apoio à saúde da família em caruaru. Trouxe como referência um novo espaço sócio ocupacional para o assistente social. Camomila respondeu da seguinte maneira:

[...] Acho que a maior conquista é ter o profissional o profissional inserido nesse programa. Até porque Caruaru foi um dos primeiros Municípios a aderir realmente o programa e a escolha do profissional fica por conta da gestão e foi uma das escolhas mais ampliadas e isto pra Caruaru, pra profissão já foi uma grande conquista. E a conquista maior é um campo novo de atuação. Se for analisar a portaria não tem tanto tempo que foi inserido esse profissional. E a gente só tem a ganhar. Hoje a população e a Estratégia Saúde da Família já sabe que tem um assistente social na equipe, já sabe a quem recorrer em uma determinada situação que precisa de uma

orientação relação aos seus direitos já sabe que existe esse profissional lá e que vai dar o suporte necessário.

A entrevistada Cidreira mencionou o papel do serviço social como estratégico dentro da equipe e também que faz um papel de articulação com toda a rede. Sendo assim compreendido:

[...] A principal conquista é a gestão enxergar o Serviço Social como protagonista desse cenário de NASF. O que em Caruaru nós temos nas equipes dos Nasf os assistentes sociais por vezes como aquele profissional que faz articulação da equipe com as equipes de PSF, é aquele profissional que tem o potencial já na graduação de trabalho interdisciplinar e multiprofissional, de articulação de rede e de trabalho de rede em si. E o segundo momento é superar a ideia de supervisão, de monitoramento e sim como equipe de apoio e avançar a partir da própria equipe enxergar como crucial que o processo de trabalho ele ocorra. Seja um profissional propositivo.

Já a entrevistada Canela considerou que as conquistas são para o usuário devido à chegada de outros profissionais na equipe resultando em melhorias no atendimento.

[...] Acho que maior conquista é do usuário, assim o ganho é pra ele. Quando você tem a equipe do PSF com os profissionais que já existem e chega uma equipe com mais profissionais em diferentes áreas que pode tá melhorando e dando todo o apoio que você queira. Então que ganha mesmo eu acho que é o próprio usuário. E a gente ver a evolução de todo o trabalho, diante de todas as dificuldades.

Com certeza as entrevistadas estão vivenciando momentos históricos para a profissão, já que o espaço sócio ocupacional no NASF está iniciando e com muitos desafios para sua implantação e efetivação. A formação desses profissionais é de suma importância para esse momento já que são profissionais que estão abrindo caminhos da profissão e deixando suas marcas. As conquistas são muitas e elas citaram algumas e isso nos faz refletir sobre o serviço oferecido a população de um território que podem ter orientações do serviço social para suas questões.

3.12 A defesa do projeto ético no NASF

As entrevistadas pontuaram a importância da defesa do projeto ético político no ambiente de trabalho, em uma perspectiva que rompa com o conservadorismo e priorize os valores éticos e políticos conquistados pela categoria profissional. A

entrevistada Cidreira falou das dificuldades encontradas devido as políticas neoliberais que reduz o papel do Estado e minimiza as políticas públicas.

[...] um dos maiores desafios que aponto e pontou uma fala de Marilda de Yamamoto “é quando realmente conseguimos decifrar a realidade”. Outro grande desafio é um contexto neoliberal hegemônico, dos acirramentos das desigualdades sociais, das questões das minimizações das políticas públicas que quando há um problema de crise no país caem às políticas públicas, há uma redução de investimento no financiamento, dos serviços, dos insumos e isto para os usuários e para os profissionais é um grande desafio. E como superar? E o projeto ético político vai trazer essa ótica de liberdade de valor ético central, da cidadania, da equidade. Visando e amparando a isto um projeto de sociedade, ou seja, não um projeto pensando na nossa categoria. Outro desafio muito grande é como interpretar essa realidade diante de tantas desigualdades sociais, diante de tantas políticas públicas reduzidas e como enxergar o trabalho do assistente social articulado com essa equipe e conectado aos interesses da coletividade.

Seguindo essa mesma lógica a entrevistada Camomila respondeu da seguinte maneira:

[...] Os desafios não são diferentes de outros espaços sócios ocupacionais. Você realmente está se colocando como um profissional crítico, enquanto profissional que analisa de fato a realidade, que tem um olhar mais ampliado daquela realidade que você está inserido e os desafios são imenso. A gente estar todos os dias, lutando para que se ampliem de fato os espaços. Além disso que agente possa estar se colocando enquanto profissional inovador e que não fique restrito só a questão institucional, mas que vá muito mais, além disto. Que crie estratégias dentro do espaço ocupacional para que realmente dê respostas positivas pra cada usuário que necessita desse profissional.

A entrevistada Erva Doce considerou que uma das dificuldades é romper com essa perspectiva que ainda permeia a mente de muitas pessoas como um profissional que atua no imediato e no por meio de ações imediatista.

[...] Uma das principais dificuldades é colocar em prática a teoria crítica. E de fato o profissional se colocar diante do imediato e mostrar aos demais o que de fato é o serviço social. Se contraponto ao assistencialismo e a questões pontuais.

Essas considerações foram citadas baseadas no pensamento de Netto que diz:

Trata-se de um projeto que também é um processo, em contínuo desdobramento. Este projeto tem seu núcleo o reconhecimento da liberdade como valor central- a liberdade concebida historicamente,

como possibilidade de escolha entre alternativas concretas; daí um compromisso com a autonomia, a emancipação e a plena expansão dos indivíduos sociais. (NETTO, 2009, p.155).

É no cotidiano profissional que o Serviço Social enfrenta dificuldades relacionadas às suas atribuições, Código de Ética, direitos humanos, direitos sociais e projetos societários entre outros. Tudo isso reflete em seu Projeto Ético Político e um profissional comprometido enfrenta essas dificuldades refletindo sobre a realidade, se posicionando criticamente e se identificando como classe trabalhadora. A defesa do Projeto Ético Político é a defesa dos interesses dos trabalhadores em um país em que as desigualdades sociais são tão gritantes e a vulnerabilidade social só acarreta na população mais carente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho buscou apresentar os desafios da atuação profissional do Serviço Social no Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Caruaru, considerando as mudanças ocorridas na profissão desde a década de 1980 e com isto rompendo com um caráter conservador que permeou por muito tempo o fazer profissional.

Com a consolidação do Sistema Único de Saúde, influenciado pelo movimento de Reforma Sanitária, que promoveu uma série de modificações na estrutura do atendimento a saúde incorporando princípios voltados para fortalecer a cidadania e garantir os direitos sociais. Por meio dessas transformações se conquistou a Atenção Básica, a qual se sustenta nas ideias definidas na Atenção Primária à Saúde contemplando a continuidade no cuidado, a integralidade das ações e o vínculo com toda a comunidade.

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família foi criado, para fortalecer a Estratégia Saúde da Família, que incorpora várias profissões com objetivo de trazer resolutividade às demandas apresentadas. O assistente social compõe essa equipe, contribuindo para compreensão das dimensões sociais no processo de adoecimento.

Diante do que foi exposto pelas entrevistadas, observou-se que são muitas as dificuldades de compreensão por parte de alguns profissionais das equipes de saúde da família e da população atendida sobre o papel do NASF, pontuou-se que existe um empenho de toda a equipe em explicar a função do NASF e as especificidades do trabalho de cada profissional.

Com a pesquisa verificamos que ainda persiste a ideia do assistente social voltado a ações de cunho imediatista, e que resolve todas as problemáticas na área social ou um profissional que no imaginário de uma boa parte da população “vem tomar as crianças.”

Os/as profissionais que apontaram essa dificuldade sobre a percepção da profissão pela comunidade, através de espaços de Educação e Saúde desenvolvem junto à comunidade e equipe profissional ações pedagógicas sobre as especificidades do papel do profissional de Serviço Social, dialogando no seu cotidiano profissional com outras profissões.

O trabalho em Rede foi apresentando como uma das maiores dificuldades para o Serviço Social, isso porque não há continuidade no cuidado com o usuário, dificultando o processo de integralidade, o que resulta na privação de acesso aos serviços, negligenciando direitos. A dificuldade com intersetorialidade é unânime entre as entrevistadas, sendo que, ações em rede são fundamentais para o processo de trabalho do Serviço Social.

Para entender os desafios do Projeto Ético Político da profissão é necessário compreender e analisar a realidade que apresenta múltiplas expressões da questão social, passando do particular para o todo compreendendo as correlações de força locais e sua cultura. Consiste em passar do aparente para o que realmente é essencial dentro de uma realidade que necessita ser modificado com o empoderamento coletivo.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Lucas M. B; QUANDT, Fábio Luiz; CAMPOS, Dalvan Antônio; DELZIOVO, Carmem Regina; COELHO, Elza B. S; PIRES, Rodrigo O. M.; **Análise da implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família no interior de Santa Catarina.** 2012. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/sts/v3n1/v3n1a05.pdf>. Acesso: 07/11/16.

BEHRING, Elaine Rossetti. **Fundamentação de Política Social.** In: Teixeira, Marlene (Org). Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. Brasília: Cortez, 2009.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Política de Saúde no Brasil.** In: Teixeira, Marlene (Org). **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional.** Brasília: Cortez, 2009.

CAMPOS, José Gomes. **Método de Análise de Conteúdo: ferramentas para a análise de dados qualitativos no campo da saúde.** Rev. Brasileira de Enfermagem. 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672004000500019. Acesso: 04/11/16.

CFESS. **Parâmetros para atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde.** Brasília, 2010.

COHN, Amélia. **Caminhos da Reforma Sanitária.** Lua Nova: Revista de Cultura e Política. 1989. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ln/n19/a09n19.pdf>. Acesso: 25/10/16.

CONTREIRAS, Henrique. **Três momentos, três dilemas: Transformação e conservação na obra de Arouca, na Reforma Sanitária e na Saúde Coletiva.** Trabalho de Conclusão de curso. 2009. Disponível em: http://bvsarouca.icict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/pdf/Contreiras_H.pdf. Acesso: 20/10/16.

ESCOREL, Sarah; GIOVANELLA, Ligia; MENDONÇA, Maria H. M.; SENNA, Mônica. C. M. **O Programa Saúde da Família e a construção de um novo para a atenção básica no Brasil.** Rev. Saúde Pública. 2007. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-4989200700020001. Acesso: 01/11/16

GIOVANELLA, Ligia; MENDONÇA, Maria H. M; ALMEIDA, Patty F.; et. al. **Saúde da Família: Limites e Possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil.** Rev.Saúde Coletiva. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n3/14.pdf> Acesso: 17/11/16.

GODY, Arilda Schmidt. **Introdução à Pesquisa Qualitativa e suas possibilidades.** Rev. Administração de Empresas. 1995. Disponível em: <http://rae.fgv.br/rae/vol35-num2-1995/introducao-pesquisa-qualitativa-suas-possibilidades>. Acesso: 04/11/16

IAMAMOTO, Marilda V. **O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional.** São Paulo: Cortez, 2012.

KRUGER, Tânia Regina. **SUS: da perda da racionalidade democrática ao novo desenvolvimentismo.** Rev. Katálysis. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rk/v17n2/1414-4980-rk-17-02-0218.pdf>. Acesso: 06/11/16.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de Metodologia Científica.** São Paulo: Atlas. 2003.

LAVRAS, Carmen. **Atenção Primária à Saúde e o organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil.** Rev. Saúde e Sociedade. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n4/05.pdf>. Acesso: 03/11/16.

MAGALHÃES, Patrícia L. **Programa Saúde da Família: uma Estratégia em construção.** Trabalho (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) – Universidade de Minas Gerais. Belo Horizonte. 2011.

MATTA, Gustavo Corrêa; MOROSONI, Márcia Valéria Guimarães. **Atenção Primária à Saúde.** Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Disponível em: http://www.midias.epsjv.fiocruz.br/upload/d/Atencao_Primary_a_Saude_-_recortado.pdf. Acesso: 11/11/16.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. **Histórias da reforma sanitária brasileira e do sistema único de saúde: mudanças, continuidade e a agenda atual.** 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v21n1/0104-5970-hcsm-21-1-00077.pdf>. Acesso: 25/10/16.

MENDES, Eugênio Vilaça. **A Construção Social da Atenção Primária à Saúde.** Brasília, 2015.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2012.

BRASIL: **Diretrizes do NASF, Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Caderno de Atenção Básica nº27. Brasília, 2010.

MIOTO, Regina Célia Tamasso; LIMA, Telma Cristina Sasso. **Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica**. Rev. Katálysis. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-49802007000300004. Acesso: 04/11/16.

NETTO, José Paulo. **A Construção do Projeto Ético-Político do Serviço Social**. In: TEIXEIRA, Marlene. (Org). **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. Brasília: Cortez, 2009.

NETTO, José Paulo. **Ditadura e Serviço Social: uma análise do Serviço Social no Brasil**. Pós-64. São Paulo: Cortez, 2011.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro; MIOTO, Regina Célia Tamasso. **Desafios Atuais do Sistema Único de Saúde- SUS e as Exigências para os Assistentes Sociais**. In: Teixeira, Marlene (Org). **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. Brasília: Cortez, 2009.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma Sanitária Brasileira: Contribuição para a compreensão e crítica**. 2007. 300f. Dissertação (Doutor em Saúde Pública). Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007.

PAIM, Jairnilson. **A reforma sanitária como um fenômeno sócio-histórico**. 2008. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/4ndgv/pdf/paim-9788575413593-04.pdf>. Acesso: 31/10/16.

PAIM, Jairnilson. **Uma análise sobre o processo da Reforma Sanitária brasileira**. Rev. Saúde em debate 2009. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/4063/406341772004.pdf>. Acesso: 27/10/16.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. **Reforma Sanitária e a criação do sistema único de saúde: notas sobre contexto e autores**. Rev.

História Ciência Saúde- Maguinhos. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S01059702014000100015&script=sci_abstract&lng=pt. Acesso: 14/10/16.

PEDUZZI, Marina. **Equipe Multiprofissional de saúde: conceito e tipologia**. Rev. Saúde Pública. 2001. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102001000100016&script=sci_abstract&lng=pt. Acesso: 05/11/16

POLIGNANOS, Vinicius Marcus. **Histórias das Políticas de Saúde no Brasil: Uma pequena visão**. 2001. Disponível em: http://www.uff.br/higienesocial/images/stories/arquivos/aulas/Texto_de_apoio_3_-_HS-Historia_Saude_no_Brasil.pdf. Acesso: 22/10/16.

RISI JUNIOR, João Baptista; NOGUEIRA, Roberto Passos. **As Condições de saúde no Brasil**. In: JACOB, Finkelman (ORG). Caminhos da Saúde Pública no Brasil. Livro. FioCruz. 2002. Disponível em: <http://static.scielo.org/scielobooks/sd/pdf/finkelman-9788575412848.pdf>. Acesso: 18/10/16.

ROSA, Walisete de Almeida Godinho; LABATE, Renata Curi. **Programa Saúde da Família: A construção de um novo modelo de assistência**. Rev. Latino Enfermagem- 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6/v13n6a16.pdf>. Acesso: 22/05/2016.

SILVA, Alessandra Ximenes. **A reforma sanitária brasileira na contemporaneidade: resistência ou consenso**. Rev. Katálysis. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rk/v17n2/1414-4980-rk-17-02-0159.pdf>. Acesso: 31/10/16.

SOARES, Raquel Cavalcante. **A Racionalidade da contrarreforma na política de saúde e o Serviço Social**. In: BRAVO, Maria Inês Souza, MENEZES, Juliana Souza Bravo (Orgs). Saúde, Serviço Social, Movimentos Sociais e Conselhos. São Paulo: Cortez, 2012.

SOARES, Raquel Cavalcante. **Contrarreforma na política de Saúde e a ênfase nas políticas assistenciais e emergenciais**. In: Garcia, Maria Lúcia Teixeira (Org.) Análise da Política de Saúde. Vitória: Edufes, 2014.

SOUZA, Aione Maria da Costa. **Universalidade da saúde no Brasil e as contradições da sua negação como direito**. Rev. Katálysis. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rk/v17n2/1414-4980-rk-17-02-0227.pdf>. Acesso: 01/11/16.

SOUZA, Maria Aparecida. **Análise da Implantação da Estratégia Saúde da Família: Em dois municípios do agreste de Pernambuco, Brasil.** Dissertação de Mestrado. 2008. Disponível em: <http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/3941/2/000059.pdf>. Acesso: 01/11/16.

SOUZA, Maria Inês. **Serviço Social e Reforma Sanitária, Lutas Sociais e Práticas Profissionais.** São Paulo: Cortez, 2011.

SOUZA, Maria Inês; MATOS, Maurílio Castro. **Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua relação com a Reforma Sanitária: Elementos para o debate.** In: Teixeira, Marlene (Org). Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho profissional. Brasília: Cortez, 2009.

STARFIELD, Barbara. **Atenção Primária: Equilíbrio necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: Unesco. 2002.

TELMA, Cristiane S. D. Lima; MIOTO, Regina Célia T. **Procedimentos Metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica.** Rev. Katálysis. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rk/v10nspe/a0410spe.pdf>. Acesso: 16/11/16

TURATO, Egberto R. **Método qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetivos de pesquisa.** Rev. Saúde Pública. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n3/24808.pdf>. Acesso: 15/11/16.

VASCONCELOS, Cipriano Maia; PASCHE, Dario Frederico. **O SUS em perspectiva.** In: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza (Org). Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitel, 2012.