



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

EDINEUSA J. SILVA

**A ATUAÇÃO PROFISSIONAL DO/A ASSISTENTE SOCIAL NA
ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE**

**CARUARU
2016**

EDINEUSA J. SILVA

**A ATUAÇÃO PROFISSIONAL DO/A ASSISTENTE SOCIAL NA
ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE**

Monografia de Conclusão de Curso, apresentada à Faculdade Asces, como requisito parcial, para a obtenção do grau de bacharel em Serviço Social, sob a orientação da Profa. Dra. Josinês Barbosa Rabelo.

**CARUARU
2016**

BANCA EXAMINADORA

Aprovada em: ____/____/____.

Presidente: Prof^a. Dra. Josinês Barbosa Rabelo

Primeira Avaliadora: Prof^a

Segunda Avaliadora: Prof^a.

Dedico esse trabalho a minha querida mãe e ao meu querido companheiro, que de forma especial e carinhosa me deram apoio, carinho, força e coragem durante toda essa caminhada, me fazendo acreditar que eu seria capaz de realizar esse sonho.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente quero agradecer a Deus por ter mim proporcionado mais essa realização, dando-me força e coragem para ir em frente durante toda essa caminhada, caminhada essa cheia de muitas emoções, sentimentos, momentos fáceis, momentos difíceis, mais sempre me guiando, abençoando e fortalecendo com seu grande poder divino, principalmente nos momentos mais difíceis, tornando-os possíveis.

Agradeço a toda minha família que durante todo esse tempo estive na torcida por mim, alguns pertos outros longe, mas de alguma forma sempre presente. A minha querida Mãe que apesar de não ter ideia dessa grande e abençoada realização de formação profissional, devido aos seus problemas de saúde, mas que de forma especial e carinhosa esteve sempre ao meu lado me dando o que de melhor ela pode com o seu grande amor de mãe. A minha querida irmãzinha que não pode estar presente fisicamente ao meu lado, mas que apesar da distancia, em nenhum momento deixou de expressar seu carinho, motivando-me, acalmando e sempre acreditando em mim.

Ao meu querido companheiro de todos os momentos, que esteve comigo nessa caminhada me incentivando, apoiando, dando muito carinho, força e coragem com o seu amor, sua dedicação e sua compreensão, que por muitas vezes chorava, sorria, ao meu lado e que sentiu todos os tipos de sentimentos junto a mim.

E agora, como expressar toda a minha gratidão e carinho por uma pessoa muito mais que especial, que Deus em sua infinita bondade colocou na minha vida e que durante todo esse processo de aprendizado, me passou grandes conhecimentos, fortalecendo-me e me empoderando. Pessoa essa que enxergou e compreendeu minhas angustias, minhas dificuldades, minhas inseguranças, mas com muita compreensão, atenção, orientação, dedicação e muito profissionalismo acreditou em mim. Mulher que por onde passa deixa sua luz, sua positividade, sua paz, segurança e que sempre passa para seus discentes a certeza que todos nos somos capazes de alcançar esse e muitos outros objetivos e realizações. Essa é a minha querida orientadora e professora Dra. Josinês Rabelo, a quem dedico em especial esse trabalho, que ao meu lado tornou possível a conclusão desta monografia, obrigada!

Agradeço a todos os meus queridos professores (as), os que iniciaram, os que passaram e aos que terminaram comigo todo esse processo de aprendizagem e de construção de conhecimentos na jornada da minha formação profissional, e que, além de grandes e maravilhosos profissionais, nos acolheram de forma carinhosa, profissionais e comprometidos com a luta por uma sociedade mais justa.

Aos meus queridos amigos (as) de sala do curso, os meus sinceros agradecimentos por todo o carinho, solidariedade, companheirismo, incentivo e apoio constante, ao longo dessa caminhada, onde posso dizer que caminhamos todos juntos em completa união, amigos que aprendi a amar e que peço a Deus que nossa amizade e carinho vá além dos muros da faculdade.

Agradeço imensamente a uma querida e grande profissional Assistente Social Pâmella Torres de Deus, que de forma carinhosa e compressiva contribuiu na elaboração desse trabalho, incentivando-me, encorajando, dando palavras de fé e conforto e de estímulo para continuar a construção e finalização desse trabalho e assim, também fazendo parte desse momento mais que especial da minha vida, obrigada.

A duas queridas amigas, Jucileide M^a Sobral uma grande profissional de enfermagem e Thatiana M^a Cabral, uma grande profissional Assistente Social, meus agradecimentos por todo carinho e incentivo, por sempre de forma positiva, verdadeira e amiga estar torcendo pelas minhas conquistas.

Contudo agradeço a todos que citei aqui e aos que não foram citados, mais que de forma direta ou indireta tiveram grande importância na minha conclusão.

Posso dizer que diante de todas as emoções e frustrações que vivi nessa longa caminhada é que cada dia uma nova descoberta, pessoas passam em nossa vida e deixam um pouco de si, levam também um pouco de nós, ficam boas lembranças, um carinho especial e a certeza que sempre será lembrado, pois para verdadeiros objetivos não há fronteiras de tempo e espaço, viva e aproveite cada momento, nunca deixe que as adversidades acabem com seus sonhos, uma pessoa sem sonho não ousa, não vive. Lute apesar das barreiras e sempre acredite em você.

A vida atinge o seu estágio de mais completo absurdo quando uma sociedade se vê engessada e impedida de externar a sua opinião. Como existir democracia onde predomina a servidão ao medo?! A vida devia ser um espetáculo sem censura, mas não passa de uma ditadura atrás de muros.

Tato Villanova
(Cantor e compositor)

RESUMO

O presente trabalho reflete sobre a atuação do/a Assistente Social na Atenção Básica com enfoque no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Tem como objetivos específicos: realizar uma discussão sobre o Serviço Social na saúde; descrever o processo de implantação da Atenção Básica e identificar as atividades desenvolvidas pelo/a Assistente Social no NASF, destacando o processo de trabalho. Trata-se de uma pesquisa qualitativa e utilizou como procedimento metodológico a pesquisa bibliográfica. Para análise dos dados, procedeu-se a análise de conteúdo. A pesquisa revelou como principal desafio do/a Assistente Social é dar respostas às demandas imediatas dos usuários e interferir no planejamento das políticas sociais na direção de garantir o acesso às políticas sociais como preconiza o Código de Ética Profissional.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Básica. NASF. Serviço Social. Assistente Social.

ABSTRACT

This paper reflects on the role of the Social Worker in Primary Care with a focus on the Family Health Support Center (NASF). Its specific objectives are: to hold a discussion about Social Work in health; Describe the process of implementation of Primary Care and identify the activities developed by the Social Worker in NASF, highlighting the work process. It is a qualitative research and used as a methodological procedure the bibliographic research. To analyze the data, the content analysis was performed. The research revealed that Social Assistant's main challenge is to respond to the immediate demands of users and interfere in the planning of social policies in the direction of guaranteeing access to social policies as recommended by the Code of Professional Ethics.

KEYWORDS: Basic Attention. NASF. Social service. Social Worker.

SIGLAS

ACS – Agentes Comunitários de Saúde

CBAS – Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais

ESF – Estratégia de Saúde da Família

IAPS – Institutos de Aposentadorias e Pensões

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica de Previdência Social

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família

ONU – Organização das Nações Unidas

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

PSF – Programa de Saúde da Família

SENAI – Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial

SESI – Serviço Social da Indústria

SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	12
Capítulo 1	TRAJETÓRIA HISTÓRICA DO SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE	16
1.1	GÊNESE DO SERVIÇO SOCIAL E SUAS TRANSFORMAÇÕES	16
1.2	SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE	19
Capítulo 2	ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE E SERVIÇO SOCIAL	27
2.1	ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE NO BRASIL	28
2.2	POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA	30
2.3	SERVIÇO SOCIAL NA ATENÇÃO BÁSICA: O NASF COMO CAMPO DE PRÁTICA	34
Capítulo 3	AS ATRIBUIÇÕES DO/A ASSISTENTE SOCIAL NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE	36
3.1	PERCURSO METODOLÓGICO	37
3.2	O SERVIÇO SOCIAL NA ATENÇÃO BÁSICA: AS ATRIBUIÇÕES NA EQUIPE DO NUCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA	38
3.2.1	O surgimento do Núcleo de Apoio à Saúde da Família	39
3.2.2	As atividades do/a Assistente Social	40
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	
	REFERÊNCIAS	

INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 em seu artigo 196 institui a saúde como um direito de cidadania de toda a população e como um dever do Estado promovê-la. De acordo com Moscon e Krüger (2010), o princípio da universalidade que caracteriza este direito trouxe um significativo avanço com relação à possibilidade de todos terem direito ao atendimento, ao acesso aos serviços de saúde nos vários níveis de complexidade.

A Constituição Federal do Brasil de 1988 instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como principais princípios a universalidade, equidade, integralidade e participação popular.

A implantação da Atenção Básica data de 1994, foi operacionalizada de forma hierarquizada, descentralizada e regionalizada na rede. Seu objetivo foi o de construir um modelo de saúde integral e resolutivo em todos os níveis de atenção. A Implantação do Programa de Saúde da Família-PSF na década de 90 fortaleceu a Atenção Básica, que posteriormente foi denominado Estratégia de Saúde da Família (ESF) que tinha como objetivo intervir e buscar a reorientação das práticas profissionais, desenvolvendo ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, de forma integral e contínua. (MOSCON e KRÜGER, 2010).

No bojo das conquistas em torno da saúde pública, o/a Assistente Social ampliou a sua atuação no campo sócio-ocupacional da saúde, visto que com o SUS foram criadas novas possibilidades do/a Assistente Social trabalhar com educação e promoção da saúde, com planejamento/orçamento, gestão, capacitações, regulação, ouvidorias, sistemas de informação, vigilância em saúde, saúde do trabalhador, controle social entre outras áreas. Nas equipes de trabalho multiprofissionais, interdisciplinares e intersetoriais sempre tem a presença de Assistentes Sociais, muitas vezes na sua coordenação, na gestão e no planejamento. Dentre as possibilidades de atuação estão as ações na Atenção Básica.

Nessa direção a presente pesquisa intenta compreender a atuação do/a profissional de Serviço Social nesse campo. Destarte, tem como principal questionamento: *quais as atribuições do/a Assistente Social na Atenção Básica?*

A pesquisa tem como objetivo central *compreender se dá a atuação do/a Assistente Social na Atenção Básica tendo como campo de atuação o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)* e como objetivos específicos:

- ✓ Realizar uma discussão sobre o Serviço Social no campo sócio-ocupacional da saúde;
- ✓ Historiar o processo de implantação da Atenção Básica;
- ✓ Descrever as atividades desenvolvidas pelo/a Assistente Social no NASF – processo de trabalho.

O interesse pelo tema está relacionado à experiência vivenciada no Programa de Agentes Comunitário de Saúde (PACS) iniciada em 2001 no município de Altinho - PE. Posteriormente, em 2013, ao ingressar no Curso de Serviço Social a minha visão sobre o programa ampliou e passei a questionar o papel do/a profissional de Serviço Social, sobretudo com a criação do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), onde pude observar as dificuldades de atender as demandas dos usuários.

O PACS foi efetivamente regulamentado em 1997, quando iniciou o processo de consolidação e descentralização de recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Foi inspirado em experiências de prevenção de doenças através de um trabalho de educação que leva informações e orientações sobre cuidados de saúde. O desenvolvimento das principais ações deste programa se dá por meio dos Agentes Comunitários. É importante destacar que a primeira experiência de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) como uma estratégia e de saúde pública, ocorreu em 1987 no Ceará, com a intenção de criar oportunidade de emprego para as mulheres na área da seca, bem como contribuir na diminuição da mortalidade infantil. Nesse sentido foram priorizadas as ações de saúde da mulher e da criança.

A experiência exitosa contribuiu para a expansão do programa em todo o estado do Ceará e após três anos, em 1991, o Ministério da Saúde tornou o programa uma estratégia de saúde para todo o país. As primeiras experiências do Programa de Saúde da Família (PSF), também surgiram no Ceará em janeiro de 1994, e encampadas pelo MS em março do mesmo ano, como estratégia da Atenção Básica no país. A partir daí o PACS passou a ser incorporado pelo PSF.

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) resultou da criação do PACS em 1991, como parte do processo de construção do Sistema Único de Saúde.

Atualmente, o PSF é definido como Estratégia Saúde da Família (ESF), pois o PSF é entendido hoje como uma estratégia de reorganização da atenção primária e não prevê um tempo para finalizar como todo o programa. Assim, o governo estabelece através da Portaria nº 648, de 28 de março de 2006, que o PSF é a estratégia prioritária do Ministério da Saúde para organizar a Atenção Básica. Tem como um dos princípios o acesso universal e contínuo dos usuários aos serviços de saúde de qualidade, reafirmando os princípios básicos do SUS: universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade.

A Atenção Básica é a porta de entrada do usuário no Sistema Único de Saúde. O fortalecimento da Atenção Básica através da expansão da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e seu conjunto de ações na saúde há um redirecionamento exigido para o trabalho dos profissionais, dentre eles o/a Assistente Social que tem papel importante na consolidação do SUS considerando os determinantes sociais na saúde através das demandas dos usuários que se encontram entre necessidades sociais e de saúde e expressam necessidades de saúde no conceito ampliado do SUS.

Os Núcleos de Atenção à Saúde da Família foram criados para ampliar a abrangência das ações da Atenção Básica. A equipe do NASF é composta por profissionais de diversas áreas do conhecimento que atuam de forma integrada que apoiam os profissionais de Saúde da Família, equipes de Atenção Básica para populações específicas. Dentre esses profissionais está o/a Assistente Social que recebem demandas da população tanto em termos clínicos como sanitários.

As demandas revelam a carência de proteção social de grande contingente populacional. Para o Serviço Social é difícil dar conta das demandas dos usuários. O desafio é maior quando se busca dar visibilidade pública a elas, na perspectiva de garantir o acesso aos direitos preconizados na Constituição e nos princípios do Código de Ética Profissional. (MOSCON e KRÜGER, 2010; MEDEIROS, 2012). Nessa discussão merece destaque os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). É nessa conjuntura que os/as Assistentes Sociais passam ter no NASF o campo de prática na Atenção Básica em Saúde. É importante destacar que os NASFs fazem parte da Atenção Básica, mas não são considerados serviços com unidades físicas independentes ou especiais. Enfim, refletir a prática do/a Assistente

Social é relevante para pensar o fortalecimento da garantia de direitos sociais e a ampliação do espaço profissional na saúde.

Para dar conta dos objetivos, a pesquisa foi realizada através de uma abordagem qualitativa e teve como procedimento metodológico a pesquisa bibliográfica.

O trabalho está estruturado em três capítulos. No primeiro, apresenta-se uma breve trajetória do Serviço Social na saúde visando aproximar a discussão sobre a Atenção Básica. No segundo, discute-se a Política de Atenção Básica e a inserção do Serviço Social, destacando o NASF como campo de atuação profissional. No terceiro, trata do percurso metodológico da pesquisa e a análise dos dados. Por fim, nas considerações, busca-se apresentar os achados da pesquisa.

Capítulo I – TRAJETÓRIA HISTÓRICA DO SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE

O Serviço Social na divisão sociotécnica do trabalho em saúde surge como uma profissão paramédica. Historicamente a atuação do Serviço Social na saúde se deu no âmbito curativo numa abordagem individual (Serviço Social de Caso). A saúde como preocupação uma questão política, só ocorre na virada da década de 80 para 90, com a mudança do conceito saúde e a ascensão do Movimento da Reforma Sanitária. É importante destacar que o campo da saúde tem sido o maior empregador de Assistentes Sociais. Os fundamentos que embasam a prática profissional foram construídos e reconstruídos permitindo mudanças importantes na direção da prática profissional nos espaços próprios aos cuidados de saúde (BRAVO, 1996).

Nesse capítulo far-se-á uma breve retrospectiva histórica da inserção do Serviço Social no campo sócio ocupacional da saúde. Para dar conta desse intento inicia-se com o surgimento do Serviço Social no Brasil e sua aproximação com o campo sócio-ocupacional da saúde.

1.1 GÊNESE DO SERVIÇO SOCIAL E SUAS TRANSFORMAÇÕES

O surgimento do Serviço Social na década de 1930 teve como características da atuação profissional aspectos normativos e educativos que estavam relacionados às exigências do modo de produção capitalista. Nesse contexto, as Assistentes Sociais¹ foram chamadas para trabalhar com as expressões da questão social que emergiram decorrente da relação capital/trabalho relacionadas com o processo de industrialização e urbanização.

A primeira Escola de Serviço social surge no Brasil em 1936, fundada na doutrina social da igreja católica. As Assistentes Sociais atuavam na direção de

¹“A presença dos homens no serviço social é historicamente muito pequena em termos quantitativos. Desta forma, a profissão está entre aquelas claramente identificadas como feminina”. (SIMÕES e ZUCCO, 2010, p.25). A presença masculina vai ser verificada a partir dos anos 1960.

potencializar os sujeitos para o seu autodesenvolvimento. A categoria tinha o compromisso de atuar com justiça e liberdade.

[...] é por demais conhecida a relação entre a profissão e o ideário católico na gênese do Serviço Social brasileiro, no contexto de expansão e secularização do mundo capitalista. Relação que vai imprimir à profissão caráter de apostolado fundado em uma abordagem da 'questão social' como problema moral e religioso e numa intervenção que prioriza a formação da família e do indivíduo para solução dos problemas e atendimento de suas necessidades materiais, morais e sociais. (YAZBEK, 2009, p. 145).

Segundo Sposati (2008), no ano de 1937 emerge o golpe de Estado, e esse contexto demanda do profissional do Serviço Social de modo que possa atuar frente às demandas da época. Em 1938, foi decretada uma lei instituindo o Serviço Social como serviço público, organizado pelo Conselho Nacional de Serviço Social e pelo Ministério da Educação e Saúde.

De acordo com Sodré (2010), o crescimento da industrialização e das populações das áreas urbanas fez com o Estado sentisse a necessidade de controlar a massa operária, e o Serviço Social se colocou a serviço do capital, fazendo parte de instituições para no controle social e na difusão da ideologia da classe dominante entre a classe trabalhadora. Nesse sentido, a atividade profissional do/a Assistente Social esteve e permanece submetida a várias determinações sociais inerentes ao trabalho na sociedade capitalista.

Iamamoto (2009) refere que as mudanças que ocorriam na sociedade brasileira nesse período, o papel do Estado foi redefinido e passou a se “preocupar” com as demandas sociais com receio de que as reivindicações da classe trabalhadora atropelassem o andamento da produção, visto que o processo de industrialização não poderia parar. Assim, o Estado utiliza como estratégia o atendimento de algumas demandas populares que estavam relacionadas às condições de reprodução a exemplo de alimentação, moradia e saúde, ampliando as bases do reconhecimento da cidadania através de uma legislação social e salarial.

Coube ao Estado viabilizar salários indiretos por meio das políticas sociais públicas, operando uma rede de serviços sociais, que permitisse liberar parte da renda monetária da população para o consumo de massa e conseqüente dinamização da produção econômica. (IAMAMOTO, 2009 p.30).

Para a autora, a atitude do Estado em implementar políticas sociais tinha como pano de fundo o interesse do próprio Estado e das classes dominantes de atrelar as classes subalternas ao Estado. Dessa forma teria facilidade de manipular e dominar a classe trabalhadora.

Na década de 1940 o Serviço Social foi institucionalizado no Brasil. Essa institucionalização ainda estava relacionada às exigências de aprofundamento do capitalismo no país, bem como com as mudanças que estavam ocorrendo no mundo. Bravo e Matos (2006) destacam que o exercício profissional do Serviço Social na Saúde, nessa década, amplia-se e se transforma no setor que mais absorveu Assistentes Sociais até os anos 2000.

A política do Estado Novo se constituiu em resposta às necessidades do processo de industrialização e de enquadramento da população urbana. Nessa direção, foram criadas instituições assistenciais e previdenciárias como parte de um projeto reformador do Estado tendo como característica principal a de propiciar benefícios assistenciais aos trabalhadores. (ANDRADE, 2008).

O Estado passa a intervir diretamente nas relações entre o empresariado e a classe trabalhadora, estabelecendo não só uma regulamentação jurídica do mercado de trabalho, através de legislação social e trabalhista específicas, mas gerindo a organização e prestação dos serviços sociais, como um novo tipo de enfrentamento da questão social. Assim, as condições de vida e de trabalho dos trabalhadores já não podem ser desconsideradas inteiramente na formulação de políticas sociais como garantia de bases de sustentação do poder de classe sobre o conjunto da sociedade. (IAMAMOTO e CARVALHO, 2005, p. 77).

De acordo com Bravo e Matos (2006), nesse período estava em vigor uma política de saúde organizada em dois subsectores: o de saúde pública e o de medicina previdenciária. O maior destaque era para a ampliação dos serviços de assistência médica na Previdência Social, era esse serviço que demandava a atuação do Serviço Social. Dessa forma, durante a década de 1940 houve o fortalecimento do sistema previdenciário e a criação de hospitais e centros de saúde que incorporaram o Serviço Social. As autoras destacam ainda que esse fortalecimento foi possível devido o reconhecimento em 1948, de um novo conceito de saúde que considerou os aspectos biopsicossociais em consequência da requisição de outros profissionais no campo da saúde.

1.2 SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE

A atuação pioneira da Assistente Social na saúde ocorreu em 1943, no Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo sob a denominação de Serviço Social Médico, criado pelo Decreto-lei 13.192, sedimentando as ações da Assistente Social na prática curativa e por meio da abordagem individual.

Nas instituições, o Serviço Social era responsável pelo trabalho juntos aos sujeitos sociais. A atuação se dava em âmbitos individual e grupal conhecidos como métodos de Serviço Social de caso, grupo e comunidade fundamentado na metodologia de influência norte americana a qual passou a redirecionar a prática profissional da Assistente Social. (ANDRADE, 2008). Nesse período

[...] a profissão carecia de um conjunto de conhecimentos teóricos e técnicos necessários para responder às novas demandas, visto que até a década de 1940, as assistentes sociais pioneiras tinham a legitimação de seu trabalho limitada pela intervenção advinda da missão do apostolado social e que, agora, passava a ficar a cargo do mandato institucional. (ANDRADE, 2008, p. 270).

As novas necessidades sociais que surgiram a partir do processo de industrialização e da expansão urbana legitimavam a intervenção do Serviço social. Dessa forma, foi no processo de emergência do proletariado e da burguesia nacional (classes sociais) que o Serviço Social se desenvolveu e se legitimou como profissão. Passou a ser uma categoria profissional assalariada e vinculada ao Estado para implementar as suas políticas sociais através de entidades sociais e assistenciais. Amplia-se o mercado de trabalho para o Serviço Social que passou a ser uma categoria profissional necessária e útil ao funcionamento das instituições, de acordo com o papel que essas tinham no processo de produção capitalista e no desenvolvimento do projeto socioeconômico burguês. Assim, o processo de emergência das instituições no plano assistencial favoreceu um avanço à profissão de Serviço Social. (ANDRADE, 2008).

Na saúde, o Serviço Social médico², como era denominado, só atuava com o Serviço Social de casos, cuja atuação era orientada pela Associação Americana de Hospitais e da Associação Americana de Assistentes Médico-Sociais. As Assistentes Sociais trabalhavam com o objetivo de viabilizar o acesso dos usuários aos serviços e benefícios. Dessa forma, a profissional de Serviço Social atuava nessa lógica nos hospitais, colocando-se entre a instituição e a população. As ações que desenvolviam eram: plantão, triagem ou seleção, encaminhamento, concessão de benefícios e orientação previdenciária. (BRAVO e MATOS, 2006 p.199).

Nas décadas de 1940 e 1950 outros espaços ocupacionais foram criados como o Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial - SENAI e o Serviço Social da Indústria – SEI e a Legião Brasileira de Assistência que incorporaram Assistente Social para atuar em programas educativos em saúde, bem como orientação individual em cuidados de higiene e puericultura às famílias dos trabalhadores. (NOGUEIRA, 2005).

É importante destacar que essas instituições foram criadas para garantir o controle social e a legitimação do Estado Novo, que se apoiava na classe operária através de uma política de massa que protegia e ao mesmo tempo reprimia os movimentos reivindicatórios. Assim, a criação dessas instituições fazia parte de um “[...] aparato institucional assistencial, de forma a se estender da regulamentação do trabalho a uma política social e assistencial, aliada, muitas vezes, à própria classe produtora e à burguesia industrial”. (ANDRADE, 2008, p. 270).

De acordo com Barroco (2008), em 1947 foi instituído o primeiro código de ética com base filosófica humanista-cristã pautada no neotomismo³. A profissão nesse documento é tratada como algo hegemônico e a ação profissional é tida como vocação e compromisso religioso. Dessa forma, os elementos fundantes da “questão social” eram ocultados e, assim, contribuía para a reprodução. Nessa perspectiva,

²É importante destacar que o Serviço Social como profissão surgiu na América Latina, em 1925 quando é criada a primeira escola no Chile fundada pelo Dr. Alejandro Del Río. “Nesta época, os médicos já sabiam muito bem e poderiam rentabilizar sua tarefa na medida em que se cercassem de uma série de subtécnicos que, sob sua absoluta dependência e direção e dando-lhes escrita conta dos seus afazeres, complementariam a função propriamente médica... Médicos com esta mentalidade... puderam perceber... que contariam com outro componente nesta equipe de subprofissionais [...]” (BARREIX, s.d. *apud* CASTRO, 2011, p.30).

³O neotomismo “[...] defende um modelo cristão de sociedade, que se consubstancia nas condições históricas da ordem burguesa, tendo em vista torná-la ‘mais justa e fraterna’, cuja caracterização passa por um trabalho de evangelização das massas, como exigência para o desenvolvimento, na vida social, do senso de liberdade e fraternidade.” (ABREU, 2004, p. 51- 52).

as desigualdades eram vistas de forma moralizante e os problemas sociais como disfunções sociais e entendidos numa concepção de normalidade dada pelos valores cristãos.

A década de 1950, período pós-guerra foi caracterizada pelas estratégias de erradicar o comunismo no mundo, sobretudo na América Latina e pelas tentativas de expansão do capitalismo. A conjuntura mundial exigia modernização e ampliação das políticas sociais. Assim, havia também a necessidade da atuação de profissionais com conhecimento teórico-prático para pensar em políticas sociais, de modo que fossem dadas as respostas às demandas sociais que surgiram no pós-guerra. Logo, foram implementados serviços sociais básicos e programas voltados para as comunidades mais vulneráveis socioeconomicamente, sob a égide da Organização das Nações Unidas - ONU. A intenção dessas políticas como já pontuado anteriormente, foi integrar sujeitos e grupos ao mercado de trabalho, desenvolvendo suas potencialidades. É importante destacar que se partiam do pressuposto de que esses sujeitos e grupos tinham maior receptividade ao comunismo. (SANTOS, 2013; ANDRADE, 2008).

Até o final da década de 1950, pode-se dizer que não houve mudanças significativas na prática profissional do Serviço Social no campo da saúde. A atuação continuou vinculada à prática médica, educativa e higienista. De acordo com Andrade (2008), a década de 1950 é denominada período do metodologismo e representou a independência do Serviço Social brasileiro de um pensamento reacionário.

Foi no final da década de 1960 que ocorreu o Serviço Social se estruturou e passou a ter uma atuação mais qualitativa na área da saúde, período em que ocorreu a unificação dos Institutos de Pensão – IAPS e a criação do Instituto Nacional de Previdência Social - INPS. O INPS se transformou posteriormente no Instituto Nacional de Assistência Médica de Previdência Social – INAMPS incorporaram a atenção médico-curativa de caráter hospitalocêntrico e privatista. O Serviço Social se estruturou e passou a fazer parte das equipes de saúde. (BRAVO, 1996).

São criadas condições para a redefinição dos procedimentos profissionais, sob a concepção de desenvolvimento no governo de Juscelino Kubitschek e depois sob a concepção de desenvolvimento humanista do governo Jânio Quadros.

Essa década é marcada pela elaboração de programas sociais. Assim, há um novo direcionamento na atuação profissional do/a Assistente Social conhecido como processo de crítica ao Serviço Social tradicional, quando os/as profissionais se auto-reconhecem como uma profissão de caráter político. Essa reflexão se intensifica na década de 1970, com o Movimento de Reconceituação do Serviço Social, movimento de intenção de ruptura com o tradicionalismo e conservadorismo que produziu um debate no conjunto da categoria, polarizado por disputas de projetos profissionais diferentes. “[...] o eixo do debate se centrava na contestação do Serviço Social importado, com práticas assistencialistas e ajustadoras, e a pretensão de neutralidade científica”. (BRAVO, 1996 p.88). No pós-64 houve uma atualização da posição conservadora do Serviço Social.

Forja-se assim uma mentalidade utilitária, que reforça o individualismo, onde cada um é chamado a ‘se virar’ no mercado. Ao lado da naturalização da sociedade – ‘é assim mesmo, não há como mudar’-, ativa-se os apelos morais à solidariedade, na contra face da crescente degradação das condições de vida das grandes maiorias (IAMAMOTO, 2006, p. 174).

No contexto do regime militar, do autoritarismo e das repressões da ditadura, os/as Assistentes Sociais passaram a criticar os próprios métodos. Esse processo desencadeou no método BH que criticava as próprias práticas do tradicionalismo.

O método que ali se elaborou foi além da crítica ideológica, da denúncia epistemológica e metodológica e da recusa das práticas próprias do tradicionalismo; envolvendo todos estes passos, ele corou a sua ultrapassagem no desenho de um inteiro projeto profissional, abrangente oferecendo uma pauta paradigmática dedicada a dar conta inclusive do conjunto de suportes acadêmicos para a formação dos quadros técnicos e para a intervenção do Serviço Social. (NETTO, 2008, p. 276-277).

A demanda do governo, na década de 1960, exigia dos/as Assistentes Sociais uma ação que pudesse controlar a população de forma a adequá-la e à ordem do governo ditatorial. A conjuntura da época era de repressão, de aumento da concentração de renda, de desemprego, inflação, entre outros problemas socioeconômicos. Essa demanda do Estado não foi aceita por muitos profissionais que se negavam a exercer sua prática nesses termos. Dessa forma, um debate

crítico de abrangência latino-americana foi instalado, denominado de Movimento de Reconceituação do Serviço Social. Esse movimento buscou construir uma crítica da profissão, especialmente aos pressupostos ideológicos, teóricos e metodológicos.

[...] exigiu a renovação do Serviço Social, face às novas estratégias de controle e repressão da classe trabalhadora efetivadas pelo Estado e pelo grande capital, bem como para o atendimento das novas demandas submetidas à racionalidade burocrática. (BRAVO e MATOS, 2006, p.05).

De acordo com Netto (2008), o período de renovação profissional no contexto da ditadura se desenvolveu em três direções: a perspectiva modernizadora, a reatualização do conservadorismo e a intenção de ruptura:

A *perspectiva modernizadora* consiste em um esforço no sentido de adequar o Serviço Social, enquanto instrumento de intervenção inserida no arsenal de técnicas sociais a ser operacionalizado no marco de estratégias de desenvolvimento capitalista, às exigências postas pelos processos sócio-políticos emergentes no pós-64. Trata-se de uma linha de desenvolvimento profissional que, se encontra o auge de sua formulação exatamente na segunda metade dos anos sessenta – seus grandes monumentos, sem dúvidas, são os textos dos seminários de Araxá e Teresópolis -, revelar-se-á um eixo de extrema densidade no envolver da reflexão profissional: não só continuará mobilizando energias nos anos seguintes como, especialmente, mostrar-se-á aquele vetor de renovação que mais fundamentalmente venceu a massa da categoria profissional. (NETTO, 2008, p.154).

A *perspectiva de reatualização do conservadorismo*. Trata-se de uma vertente que recupera os componentes mais estratificados da herança histórica e conservadora da profissão, nos domínios da (auto) representação e da prática, e os repõe sobre uma base teórico-metodológica que se reclama nova, repudiando, simultaneamente, os padrões mais nitidamente vinculados à tradição positivista e às referências conectadas ao pensamento crítico-dialético, de raiz marxiana. (NETTO, 2008, p.157).

A perspectiva de *intenção de ruptura* com o Serviço Social *tradicional*. [...] possui como substrato nuclear uma crítica sistemática ao “desempenho tradicional” e aos seus suportes teóricos, metodológicos e ideológicos. Com efeito, ela manifesta a pretensão de romper quer com a herança teórico-metodológica do pensamento conservador (a tradição positivista), quer com os seus paradigmas de intervenção social (o reformismo conservador). (NETTO, 2008, p.159) Grifos do autor.

O Serviço Social na área da saúde no período de renovação esteve voltado para a estratégia de modernização conservadora. Esteve vinculado à estrutura do complexo previdenciário de assistência médica. Apesar das críticas que a categoria fazia em relação à prática tradicional, burocratizada e assistencialista, os profissionais que desenvolviam a sua prática profissional no campo da saúde ainda se encontravam distante das discussões da perspectiva de mudança. Bravo (1996) ressalta que esses profissionais pautavam a sua prática em uma atuação psicossocial junto a pacientes e familiares.

No período entre 1974 a 1979, conhecido como de distensão política, os/as profissionais que atuavam no campo da saúde não mudaram a sua prática, dando prosseguimento às orientações pertinentes a vertente *modernizadora*. Logo, a prática profissional continuou sendo desenvolvida com base na ação psicossocial junto a pacientes e familiares, tendo como fundamentação o conceito de saúde elaborado em 1949 pela Organização Mundial de Saúde, pautado no bem-estar físico-mental e social. A atuação do Serviço Social na saúde ainda “[...] não valorizava as condições de vida, de trabalho e a necessidade da participação popular nas decisões das políticas sociais. (MEDEIROS, 2012, p. 18).

Segundo Bravo (1996), nesse período houve poucas discussões sobre Serviço Social e saúde em eventos da categoria. Só se terá mudanças significativas a partir do final da década de 1970 com a luta pela democratização da saúde, no Movimento pela Reforma Sanitária, bem como o movimento de renovação ocorrido no Serviço Social.

No final da década de 70, ganha destaque, na relação Estado – Sociedade, o movimento pela democratização de saúde, que, envolvendo intelectuais/profissionais de saúde, movimentos sociais e estudantes criou condições para a construção do projeto da Reforma Sanitária brasileira. Este movimento teve como princípio uma crítica à concepção de saúde restrita à dimensão biológica e individual, bem como a afirmação da relação entre a organização social, organização dos serviços de saúde e prática médica, tendo como fundamento a determinação social da doença para se pensar o processo de trabalho em saúde. (VASCONCELOS, 2011, p.76).

No final da década de 70 e início da década de 80, ocorreram mudanças no cenário político sanitário influenciadas pelo processo de redemocratização, pela crise fiscal do Estado e pela falência do modelo de atenção à saúde que priorizava

ações curativas, bem como o surgimento de novos atores sociais no cenário político nacional. Dessa forma, essas mudanças propiciaram a emergência do Movimento Sanitário, que tinha como proposta a mudança do conceito saúde inserindo os determinantes sociais, históricos, econômicos e a construção de um modelo de gestão com a participação social nas decisões sobre o sistema de saúde.

A conjuntura da década de 1980 foi marcada por grandes mobilizações políticas e pela emergência de movimentos sociais que lutavam pela democracia no país que fora reprimida pela ditadura militar e serviu como alavanca para que os fundamentos da prática profissional começassem a incorporar as exigências no novo momento político, social e econômico. A categoria impulsionada pela vertente de intenção de ruptura na década 1980, “o clima de ampliação das liberdades democráticas, próprio da abertura política, foi um dos condicionantes para a perspectiva *intenção de ruptura* aprofundar seu processo de maturação”. (BRAVO, 1996, p. 108).

O Movimento Sanitário desde os anos de 1970 estava se consolidando e conseguiu influenciar a criação de propostas de fortalecimento da saúde pública. Nesse sentido, a realização, em Brasília, da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, foi um marco. Bravo (1996) ressalta que o surgimento do Movimento Sanitário não teve repercussão na atuação dos Assistentes Sociais que trabalhavam na área da saúde. A autora explica dizendo que o Serviço Social nesse campo não se identificou de imediato com os temas do Movimento da Reconceitualização e do Movimento da Reforma Sanitária, cuja prática profissional permaneceu restrita às clínicas com perspectiva curativa.

O processo de renovação do Serviço Social no Brasil está articulado às questões colocadas pela realidade da época, mas por ter sido um movimento de revisão interna, não foi realizado umnexo direto com outros debates, também relevantes, que buscavam a construção de práticas democráticas, como o movimento pela reforma sanitária. Na nossa análise, esses são os sinalizadores para o descompasso da profissão com a luta pela assistência pública na saúde (BRAVO e MATOS, 2006 p.204).

O projeto de Reforma sanitária influenciou o Sistema Único de Saúde (SUS), sendo instituído com a Constituição Federal do Brasil de 1988, possuindo como principais princípios a universalidade, equidade, integralidade e participação popular.

Bravo e Matos (2006) referem que a prática profissional do Serviço social passa a atuar na direção da luta e garantia dos direitos, quando esses passam a ser garantidos pela Constituição Federal de 1988.

O Serviço Social no campo sócio-ocupacional da saúde chega à década de 1990 com poucas mudanças na sua prática profissional institucional e ainda desarticulado do Movimento de Reforma Sanitária. Contudo, Bravo e Matos (2006) chamam a atenção que apesar dessa quase indiferença, alguns Assistentes Sociais passaram a se identificar com o campo da saúde coletiva e passaram a participar de eventos nessa área, entre eles, a VIII Conferência Nacional de Saúde, os Congressos de Saúde Coletiva apresentando trabalhos no Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais - CBAS. Também surgiram estudos sobre direitos, assistência, cidadania e políticas públicas.

Em 1987, é iniciada a constituinte para a elaboração da nova Constituição Federal de 1988. A Constituição incorporou novos conceitos, princípios e nova forma de organizar os serviços de saúde. O conceito de saúde foi relacionado às políticas sociais e econômicas. Um aspecto importante foi entender a saúde como um direito de cidadania, com ações e serviços de saúde incluindo a saúde no campo da Seguridade Social e criando o Sistema Único de Saúde – SUS. (MEDEIROS, 2012).

A Constituição Federal de 1988 incorporou as demandas levantadas no período da redemocratização, como as propostas do Movimento Sanitário e dos determinantes econômicos e sociais destacados no conceito ampliado de saúde que permeou o debate da Reforma Sanitária. Esses aspectos exigem do Serviço Social novas perspectivas de atuação que estão sendo criadas e recriadas ao longo dos anos 2000.

Capítulo II – ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE E O SERVIÇO SOCIAL

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), os serviços de saúde são definidos como um conjunto de atividades que visam promover, restaurar e manter a saúde da população. A Atenção Básica surgiu como estratégia de organização do sistema no âmbito individual e coletivo com objetivo de desenvolver ações que possibilitem a promoção da saúde, prevenção de agravos diagnóstico tratamento e reabilitação, melhorando a qualidade de vida da população atendida (BRASIL, 2012).

A Atenção Básica em saúde representa o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema de saúde apresentado em seu país. Esse modelo de divisão em saúde vem crescendo por meio de uma perspectiva mundial, pois consiste em um primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde. Nessa direção a comunidade recebe serviços que evidenciam a promoção de ações de cunho preventivo como ainda de reabilitação da saúde. (BRASIL, 2010).

Conforme afirma Starfield (2002), o sistema de saúde possui duas metas principais, a primeira consiste na otimização da saúde da população por meio da promoção ao conhecimento sobre a causa das enfermidades e como lidar com as doenças, compreende-se um aspecto de prevenção. A segunda consiste em minimizar as diferenças de acesso à saúde entre grupos populacionais distintos com alcance a uma saúde de ótimo nível. A Organização Mundial da Saúde adotou um conjunto de princípios para construir a base da Atenção Básica dos serviços de saúde:

Dirigidos por valores de dignidade humana, equidade, solidariedade e ética profissional; direcionados para a proteção e promoção de saúde; centrados nas pessoas, permitindo que os cidadãos influenciem os serviços de saúde e assumam a responsabilidade por sua própria saúde; focados na qualidade, incluindo a relação custo-efetividade; baseados em financiamento sustentável, para permitir a cobertura universal e o acesso equitativo e direcionados para a Atenção Básica. (STARFIELD, 2002, p. 19-20).

Nessa direção, compreende-se que a Atenção Básica, tratada pela autora como atenção primária, é caracterizada principalmente pela continuidade e integralidade, possui uma atenção centrada na família, proporciona orientações para

a participação comunitária como ainda da competência cultural dos profissionais. (STARFIELD, 2002).

2.1 ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE NO BRASIL

Conforme abordado no capítulo anterior, o cenário político da saúde no Brasil recebe mudanças no final da década de 1970 e início da década de 80 influenciadas pelo processo de redemocratização, pela crise do Estado e pelos movimentos sociais que haviam sido reprimidos na década anterior pela ditadura militar.

É importante destacar que a concretização do Direito Humano à Saúde está fortemente ligada ao modelo econômico e social vigente e à construção de sistemas e políticas nacionais e globais que garantam os princípios da universalidade, integridade, equidade e com participação social do poder de decisão (SANTOS, 1997).

O projeto de Reforma Sanitária influenciou o modelo do Sistema Único de Saúde (SUS)⁴ no seu aspecto legal, na concepção mais abrangente da saúde e no papel do Estado na prestação no serviço de saúde. A Atenção Básica de Saúde no Brasil é desenvolvida de forma descentralizada e se constitui a primeira porta de entrada dos usuários ao sistema de saúde. Norteado pelos princípios do SUS, tais como: a universalidade, equidade, integralidade, humanização e da participação social, considerando o sujeito com sua singularidade, buscando atenção integral. (BRASIL, 2012). Seu desenvolvimento se dá através do exercício de práticas de cuidado e gestão democrática e participativas.

Essas práticas se dão sob a forma de trabalho em equipe dirigidas às populações de territórios definidos que assume a responsabilidade sanitária considerando a dinâmica existente no território em que vivem as populações. Utiliza tecnologias de cuidado as quais auxiliam no atendimento das demandas e necessidades de saúde, observando os critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e da ética. (BRASIL, 2011).

⁴ O Sistema Único de Saúde recebeu influências do movimento da Reforma Sanitária, das Bases Populares, dos Conselhos de Saúde, da participação popular e outras instâncias. Foi regulamentado através da Lei de nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, com o objetivo de dispor sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde.

Nessa perspectiva, é responsabilidade da Equipe de Atenção Básica atender a todos/as cidadãos/ãs conforme suas necessidades em saúde. Considera-se que essas necessidades são produzidas socialmente e se traduzem pela dificuldade que as pessoas possuem em acessar os serviços de saúde, sejam pelas barreiras geográficas, pelas longas distâncias, ou pela forma como são organizados ou pelo seu estado de saúde que impede o deslocamento a esses serviços. (BRASIL, 2012).

Importante destacar que a Atenção Básica permite o planejamento e ampliação de ações intersetoriais em concordância com o princípio da equidade, possibilitando acesso universal e contínuo, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de Saúde e amplie a autonomia das pessoas de modo a acolher e resolver os problemas, bem como desenvolver relações de vínculo com a população abrangente e, assim melhorar a efetividade das ações, articular ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação de seus usuários, ampliando assim a capacidade de cuidado. (BRASIL, 2012).

As ações são pensadas com enfoque na família e na comunidade, uma inovação em programas de saúde que se verifica na Estratégia de Saúde da Família/Programa Saúde da Família é o deslocamento da atenção centrada e passando a ser preocupação de toda a equipe de saúde. Assim, a atenção com foco na família é entendida a partir do seu ambiente físico e social possibilitando que as equipes de saúde da família tenham uma compreensão ampliada do processo saúde/doença, bem como percebam a necessidade de intervenção que extrapolam as práticas curativas. É nesse contexto que se destacam as práticas de outros profissionais da saúde em que os mesmos buscam mobilizar com outros setores da gestão pública de forma intersetorial com outros setores na direção da melhoria da qualidade de vida da população, a exemplo de saneamento, educação, habitação e segurança. (BRASIL, 2006).

A Atenção Básica esta direcionada a Estratégia de Saúde da Família e para seu conseguimento são necessárias diretrizes que interliguem as diferentes atividades. A organização para definição de territórios tem como estratégia central, buscar reorganizar o método de trabalho em saúde mediante as operações intersetoriais e ações de promoção, prevenção e atenção à saúde. A Atenção Básica é pautada em trabalho em equipes apresentada à população de territórios

determinados, buscando atender as demandas de saúde. (MONKEN; BARCELLOS, 2005).

É importante destacar que a saúde é um direito. A concretização do Direito Humano à Saúde está fortemente ligada ao modelo econômico e social vigente e à construção de sistemas e políticas nacionais e globais que garantam os princípios da universalidade, integridade, equidade e com participação social do poder de decisão. (SANTOS, 1997).

A Atenção Básica é uma estratégia em esfera populacional que solicita o compromisso de governos para abordar o grande número de influências sobre a saúde e ir de encontro às necessidades em saúde da população, através dos serviços de atenção primária e sua relação com os distintos níveis e tipos de serviço. (GIL, 2006).

2.2 POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA

A construção do modelo de proposta da Atenção Básica em saúde teve início em 1994 e vem orientando a reorganização da lógica assistencial do SUS, com a implementação do Programa Saúde da Família (PSF), que se insere na Atenção Primária à Saúde incorporando a experiência anterior do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) que já estava em execução desde 1991.

De acordo com Viana e Dal Paz (1998), a família passa a ser tratada como unidade de ação programática em saúde, tanto no PACS quanto no PSF. O PSF se constitui em uma estratégia de reversão do modelo assistencial à saúde buscando a efetividade de suas ações.

A partir de 2006, o PSF tem uma reformulação com o fortalecimento da Atenção Básica em saúde, fundamentado na Política Nacional de Atenção Básica – PNAB (Portaria Nº. 648 de 28 de Março de 2006). Dessa forma, a Atenção Básica passa a constituir em porta de entrada preferencial do SUS.

É efetivado um pacto entre as três esferas de gestão do SUS na direção de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão de modo que se alcancem maior efetividade, eficiência e qualidade dos serviços prestados à

população, e ao mesmo tempo, a redefinição de responsabilidades em função das necessidades de saúde da população.

O documento/ pacto é dividido em três componentes: pacto pela vida, em defesa do SUS e de gestão na direção de consolidar o SUS e fortalecer a Atenção Básica em saúde focalizando em ações de promoção a saúde. O mesmo documento estabelece que o PSF, como estratégia prioritária do Ministério da Saúde para organizar a Atenção Básica e passa a denominar-se Estratégia de Saúde da Família (ESF).

No decorrer dos anos, o Governo Federal realizou tentativas de adaptar as normas nacionais da Atenção Básica, deliberando parâmetros que se encontram adaptados à realidade. O Ministério da Saúde considerando as diferentes leis, portarias e decretos presidenciais anteriormente deliberados, como o processo de integração das ações de vigilância em saúde e Atenção Básica e a ESF como forma prioritária para reorganização da Atenção Básica no Brasil, pactuou na reunião da Comissão Intergestores Tripartite, realizada em setembro de 2011, o lançamento da Portaria MS/GM n. 2.488, de 21 de outubro de 2011, que revisava as diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para a ESF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). (BRASIL, 2011).

O objetivo do PACS é de realizar a seleção e treinamento dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que são os responsáveis pelo atendimento às famílias das comunidades do território em que foram selecionados para atuar. O PACS foi criado embasado em experiências exitosas, constituindo-se como uma estratégia para possibilitar o acesso e universalização do atendimento à saúde para toda a população descentralizando as ações visando desenvolver ações de prevenção e promoção da saúde.

É importante destacar que no Brasil é utilizado com mais frequência o termo Atenção Básica ao invés de Atenção Primária que é mais comumente utilizada em outros países. A expressão Atenção Básica teve a sua oficialização pelo Brasil através da Portaria n. 648/GM, em 2006, que passou a considerar a transformação do PSF em uma estratégia de alcance a todos os estados da federação.

A justificativa para a escolha da ESF como porta de entrada no sistema é por essa ser a melhor estratégia para garantir a universalização na Atenção Básica. Em

2011 o Ministério da Saúde institui a Portaria nº 2.488, com o objetivo estabelecer a revisão dos princípios, diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, ressalta a Saúde da Família como estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica.

A nova regulamentação trazida pela portaria de nº2.488/, de 21 de outubro de 2011, que revoga a portaria nº 648/2006 aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de direitos e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o programa de Agentes de Saúde (PACS), nela estão descritos vários aspectos de fundamentos e diretrizes da Atenção Básica como a territorialização, o acesso universal, a responsabilização entre as equipes e a população, a integralidade e a participação social. Quanto à rede de atenção a saúde se faz necessária ser base, ser resolutive, coordenar o cuidado, ordenar as redes, como a responsabilização de todas as esferas de governo, como deve proceder a educação permanente e todos os profissionais de saúde.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) considera as diversas realidades brasileiras, pois passa a implementar diversos formatos de ESF ampliando o alcance e os formatos das equipes para atuar de acordo com a especificidade de cada território. Para isso, foram articulados a Atenção Básica os seguintes programas: Programa Saúde na Escola, Academia da Saúde, Melhor em Casa e o Telessaúde. Todos esses programas visam a ampliação das ações intersetoriais e de promoção à saúde.

Conforme previsto na PNAB a Atenção Básica deve cumprir funções que contribuam para o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde tais como:

- I - Ser base: ser a modalidade de atenção e de serviço de saúde com o mais elevado grau de descentralização e capilaridade, cuja participação no cuidado se faz sempre necessário;
- II - Ser resolutive: identificar riscos, necessidades e demandas de saúde, utilizando e articulando diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo, [...] na perspectiva de ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos e grupos sociais;
- II - Coordenar o cuidado: elaborar, acompanhar e gerir projetos terapêuticos singulares, bem como acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS. Atuando como o centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção, [...] com o objetivo de produzir a gestão compartilhada da atenção integral. Articulando também as outras estruturas das redes de saúde e intersetoriais, públicas, comunitárias e sociais [...]. As práticas de

regulação realizadas na Atenção Básica devem ser articuladas com os processos regulatórios realizados em outros espaços da rede, de modo a permitir, ao mesmo tempo, a qualidade da microrregulação realizada pelos profissionais da Atenção Básica e o acesso a outros pontos de atenção nas condições e no tempo adequado, com equidade; e;

IV - Ordenar as redes: reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando-as em relação aos outros pontos de atenção, contribuindo para que a programação dos serviços de saúde parta das necessidades de saúde dos usuários. (BRASIL, 2011 p. 25-26).

Para que esses objetivos de atuação sejam alcançados é necessário e de grande importância que as equipes da Atenção Básica recebam qualificações por meio da educação permanente, considerada como estratégia de gestão dentro da política, no qual deve ser composta de práticas concretas dos serviços de saúde, gestão e participação popular. Essa estratégia contribui para que os profissionais possuam uma maior capacidade de análise, intervenção e autonomia proporcionando a construção de práticas transformadoras, bem como a aproximação efetiva entre a teoria e a prática.

As atribuições dos profissionais das equipes de Atenção Básica devem seguir as disposições legais apresentadas na PNAB, bem como a regulamentação legal do exercício de cada uma das profissões. Dentre elas destacam-se atribuições que podem ser executadas pelos profissionais de Serviço Social:

I - Participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades;

II - Manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos no sistema de informação indicado pelo gestor municipal e utilizar, de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;

IX - Praticar cuidado familiar e dirigido a coletividades e grupos sociais que visa a propor intervenções que influenciem os processos de saúde-doença dos indivíduos, das famílias, das coletividades e da própria comunidade;

X - Realizar reuniões de equipes a fim de discutir em conjunto o planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis;

XVI - Promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social; (BRASIL, 2011 p. 43-45).

2.3 O SERVIÇO SOCIAL NA ATENÇÃO BÁSICA: O NASF COMO CAMPO DE PRÁTICA

Considerando que a os Núcleos de Atenção à Saúde da Família (NASF) foram criados para ampliar as ações realizadas na Atenção Básica. Faz-se necessário que as equipes dos NASF sejam compostas por profissionais de diversas áreas com uma atuação integrada contribuindo para uma melhor atuação dos profissionais de Saúde da Família, equipes de Atenção Básica para populações específicas. Dentre esses profissionais destaca-se a atuação do/a Assistente Social que recebe demandas da população tanto em termos clínicos como sanitários.

Tendo em vista o NASF como um campo de prática para atuação dos/as Assistentes Sociais na Atenção Básica em Saúde, este não possui unidade física independente ou especiais, ou seja, atuam de acordo com as demandas indicadas pelas equipes que integram à Rede de Atenção à Saúde. Essa responsabilização compartilhada prevê um acompanhamento mais detalhado e abrangente dos casos, fortalecendo os princípios da Atenção Básica. (BRASIL, 2011). Conforme apresentado na PNAB as equipes dos NASF devem organizar o trabalho de acordo com

As normas publicadas pelo Ministério da Saúde, destacando os Cadernos de Atenção Básica/Primária que tratam do tema, descrevendo as diretrizes, o processo de trabalho, as principais ferramentas e as ações de responsabilidade de todos os profissionais dos NASF a serem desenvolvidas em conjunto com as equipes de Saúde da Família, equipes de atenção básica para populações específicas e/ou Academia da Saúde. (BRASIL, 2011, p.73).

Nessa direção, caberá ao profissional de Serviço Social atuar conforme previsto nas legislações que regulamentam sua atuação, a exemplo a Lei 8662/93 como também o Código de Ética de 1993. O Conselho Federal de Serviço Social CFESS dispõe a resolução nº 557/2009 a fim de fortalecer a inserção do/a Assistente Social em espaços sócio-ocupacionais que exige a atuação com outros profissionais, como é o caso da atuação no âmbito da saúde, requer uma intervenção com competência técnica, teórico-metodológica e ético-política.

De acordo com a referida resolução, caberá ao profissional emitir de pareceres, laudos, opiniões técnicas em conjunto com outros profissionais no qual busca compreender o indivíduo em sua totalidade, conseqüentemente contribuindo para o enfrentamento das diferentes expressões da questão social.

Através da portaria n. 154/08, a implementação dos NASFs visa compor equipes com diversos profissionais da área da saúde, a exemplo de médicos, educadores físicos, nutricionistas, acupunturistas, homeopatas, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicólogos, terapeutas ocupacionais e assistentes sociais para atuar em parceria com as ESF com o objetivo de ampliar a abrangência das ações de Atenção Básica.

Capítulo III – AS ATRIBUIÇÕES DO/A ASSISTENTE SOCIAL NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE

A prática profissional do/a Assistente Social, desde o início de sua trajetória, passou por mudanças que podem ser destacadas, desde à prática educativa (intervenção normativa no modo de vida dos grupos atendidos, no que se refere aos hábitos de higiene e saúde), à atuação nos programas estabelecidos pelas políticas e saúde e às ações, na década de 1970, no âmbito curativo e hospitalar, sendo que os profissionais nesse contexto eram importantes para lidar com a contradição entre demanda e o caráter excludente das políticas (BRAVO e MATOS, 2006). Assim, se constituiu atribuição dos/as Assistentes Sociais separar os mais necessitados, bem como o grau de carência da demanda para incluir ou excluir dos recursos e serviços e programas sociais.

A atuação do Assistente Social se consolidou com o Projeto Ético-político da profissão, permeado pelo processo de reforma sanitária ocorrido em 1990. Nesse contexto o Serviço Social busca sua consolidação enquanto profissional da saúde. A atuação profissional tem como base o Código de Ética nas diversas formas que se apresentam as expressões da questão social que emergem com a evolução do processo de adoecimento social e comunitário, bem como na defesa dos direitos do usuário do sistema de saúde.

A Política Nacional de Atenção Básica apresentou avanços significativos ao recomendar que as ações da Atenção Básica sejam realizadas através de práticas democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe para atender as populações dos territórios delimitados por equipe. Dentre os profissionais, o/a Assistente Social que cotidianamente se depara com as demandas dos usuários, principalmente no que se refere aos benefícios sociais.

Destarte, o presente capítulo tem o objetivo de apresentar o percurso metodológico da pesquisa e a análise dos dados destacando as contribuições da atuação do/a Assistente Social na Atenção Básica, destacando a sua ação profissional no Núcleo de Atenção à Saúde da Família (NASF).

3.1 PERCURSO METODOLÓGICO

O estudo constitui-se como uma pesquisa qualitativa valendo-se da revisão bibliográfica como procedimento metodológico. De acordo com Minayo (2010, p. 57), a pesquisa qualitativa,

[...] é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam.

Para a autora, a pesquisa qualitativa oferece ao pesquisador a possibilidade de buscar soluções para seu problema de pesquisa. O/a pesquisador/a deve ter seu foco na busca de compreender o fenômeno em estudo, observando-o minuciosamente. Essa ação é fundamental na pesquisa qualitativa, visto que quanto mais o/a pesquisador/a se apropria dos detalhes, mais se torna compreensível para ele/ a o seu objeto.

A pesquisa bibliográfica foi realizada utilizando Scientific Electronic Library Online (SciELO), Teses e Dissertações (T&D) das bibliotecas digitais publicados em português usando como palavras-chave: Serviço Social, Atenção Básica, Política de Saúde, produzidos no período de 2006 a 2015. Ano em que o PSF tem uma reformulação fundamentada na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

Foram incluídos no estudo pesquisas com pelo menos as palavras-chave Serviço Social ou Assistente Social, Atenção Básica e NASF. Foram excluídos estudos que foram publicados fora do período do estudo (2006 a 2015), artigos duplicados nas diferentes bases de dados e aqueles que não contemplaram o critério de ter pelo menos as palavras-chave Atenção Básica e Serviço Social, bem como aqueles que os seus assuntos não fizeram parte do escopo da pesquisa.

Para realizar a análise dos dados, fez-se uso do método de análise de conteúdo. Para Bardin (2011, p. 47), o termo análise de conteúdo designa:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando a obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de

conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

Segundo Laville (1999; p.216), a análise de conteúdo não é um método rígido, mas se constitui em um conjunto de vias possíveis para a reconstrução do sentido de um conteúdo. Fez-se a opção por trabalhar com a análise temática. Dessa forma, os dados foram organizados a partir do referencial de Gomes (1994), que define três passos a serem seguidos quando se trata da análise de dados em uma pesquisa qualitativa:

1. Ordenação dos dados – nessa etapa é realizado um mapeamento dos dados;
2. Classificação dos dados – trata-se da leitura e releitura dos textos de modo que se possa fazer uma relação entre eles e determinar aquelas que serão utilizadas por temas;
3. Análise final – nessa fase estabelece as relações entre os dados e o referencial teórico buscando responder ao questionamento da pesquisa com base nos objetivos.

3.2 O SERVIÇO SOCIAL NA ATENÇÃO BÁSICA: AS ATRIBUIÇÕES NA EQUIPE DO NUCLEO DE APOIO À SAUDE DA FAMÍLIA

Desde a década de 1980 já se tem a inserção do profissional na área da saúde, em especial nos serviços secundário e terciário. A partir do SUS, o trabalho do Assistente Social passa a ser reconhecido na sua forma integral e na interdisciplinaridade. A resolução 287/98 estabelece o Serviço Social como profissões da área da saúde. É importante destacar que em 1990 ocorre a implementação, regulamentação e os princípios do SUS, garantindo a todas as pessoas acesso a saúde.

A Atenção Básica é a porta de entrada do cidadão no serviço de saúde, com o objetivo de garantir a promoção e prevenção da saúde, tratamento e processo de reabilitação na sua forma primária. A Estratégia Saúde da Família foi implantada para estruturar o sistema público de saúde, visto que houve um redirecionamento das prioridades de ação em saúde, a afirmação de uma nova filosofia de atenção à

saúde e consolidação dos princípios organizativos do SUS. A Estratégia Saúde da Família busca a ampliação da rede nacional de atendimento, buscando a efetividade de suas ações. Uma dessas estratégias foi a criação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

3.2.1 O surgimento dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)

De acordo com Cavalcanti (2014), foi a partir a partir da Lei nº 8.080 de 1990 que atuação do/a Assistente Social na atenção básica ganhou visibilidade. A criação do NASF ampliou as ações de atenção à saúde, na direção de superar o paradigma de atenção centrado na doença.

Com o objetivo de ampliar a abrangência das ações da Atenção Básica, o Ministério da Saúde criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF, através da Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008, republicada em 04 de março de 2008.

O NASF é compreendido como uma estratégia para multiplicar a abrangência e a diversidade das ações das ESF (Equipes Saúde da Família), e o atendimento às demandas da população. Através do NASF é possível a produção de novos saberes e ampliação da clínica. Tem um formato de operacionalização com apoio matricial para atuar em parceria com os profissionais das ESF, possibilitando o compartilhamento das práticas em saúde nos territórios sob a responsabilidade das ESF no qual o NASF está vinculado. É guiado pelas diretrizes da Atenção Básica e os conceitos que embasam a política dessas equipes são:

- ✓ Interdisciplinaridade - processo de integração recíproca entre vários campos de conhecimento;
- ✓ Intersetorialidade - integração de territórios com a ideia de equidade, dos direitos sociais;
- ✓ Educação Popular - educação onde valoriza a sabedoria prévia da população;
- ✓ Humanização - efeito de tornar mais humano as condições de trabalho para os profissionais e para os usuários de um serviço ou sistema, através do meio em que vive;

- ✓ Promoção de Saúde - implicam ações de prevenção de doenças e fatores de risco, e uma continuação ao tratamento adequado, caso a doença se encontre já instalada no usuário;
- ✓ Territorialização e responsabilidade sanitária - onde os profissionais de cada área de formação deve apresentar o raciocínio clínico, o epidemiológico e o sociopolítico de forma a identificar os possíveis meios para a promoção e proteção a situação de saúde da comunidade;
- ✓ Trabalho em equipe – na realização do trabalho do NASF, é possível encontrar diferentes profissionais que usam seus saberes específicos de forma articulada para resolverem determinada demanda, favorecendo assim ações integradas e abrangentes, configurando-se no trabalho coletivo da equipe;
- ✓ Integralidade - é necessário que as equipes tenham uma atuação integrada com as instituições de apoio, podendo assim resolver de forma articulada e eficaz as necessidades do usuário e;
- ✓ Autonomia dos indivíduos e coletivos - visto como o principal objetivo no cuidado da atenção básica, pois trás em sua configuração a orientação que o usuário tem na capacidade de governar a sua própria vida. (CAVALCANTI, 2014, p. 24-25).

3.2.2 Atividades do/a Assistente Social

Cavalcanti (2014) apresentando os dados da pesquisa realizada com Assistentes Sociais em Caruaru destaca que os/as profissionais relatam que a estrutura do NASF é limitadora da ação profissional, visto que não há uma infraestrutura que permita realizar atendimentos⁵.

De acordo com a autora, as ações dos/as Assistentes Sociais no NASF estão articuladas com as ações da ESF e considerando a intersetorialidade das políticas sociais, educação e mobilização em saúde e formação de redes de proteção social.

⁵ É importante lembrar que a Resolução CFESS n. 493/2006, de 21 de agosto de 2006, dispõe sobre as condições éticas e técnicas do exercício profissional do Assistente Social.

Assim, o/a profissional ao receber as demandas que são apresentadas pelas ESF, deve ter a postura de apoiar os atendimentos. A autora destaca as demandas apresentadas pelas as ESF:

- ✓ Situações de negligência a idosos e crianças;
- ✓ Orientações sobre benefícios sociais;
- ✓ Situações de resistência para realização de tratamento médico por parte de moradores do território;
- ✓ Situação de violência doméstica contra crianças, adolescentes, idosos, mulheres, pessoas com deficiência e incapazes;
- ✓ Intervenção junto às famílias em situação de vulnerabilidade social;
- ✓ Mediação de conflitos familiares;
- ✓ Solicitação de palestras dirigidas ao público da comunidade;
- ✓ Visitas domiciliares;
- ✓ Articulação com outras unidades da rede de atenção;

De acordo com o caderno de Atenção Básica n. 27, o/a Assistente Social tem um papel importante nos NASFs, uma vez que,

As ações de Serviço Social deverão se situar como espaço de promoção da cidadania e de produção de estratégias que fomentem e fortaleçam redes de suporte social, propiciando maior integração entre serviços sociais e outros equipamentos públicos e os serviços de saúde nos territórios adscritos, contribuindo para o desenvolvimento de ações intersetoriais que visem ao fortalecimento da cidadania (CFESS, 2009).

Faria (2015), ressalta a rotina do/a Assistente Social tem se realizado através das reuniões com os profissionais que atuam nos PSFs, momento em que a equipe problematiza questões referentes ao cotidiano da equipe e discutem casos clínicos, textos, vídeos, etc. Refere que nesse espaço é comum surgirem questões que remetem à insatisfação relacionadas a sobrecarga de trabalho, ausência de transporte. Para a autora, existem dificuldades de compreensão das equipes ESF quanto às atribuições e competências do/a Assistente Social:

[...] são frequentes as dificuldades de compreensão por parte das equipes ESF, quanto às atribuições e competências do assistente

social, tendo em vista a enorme demanda e ainda uma leitura conservadora da profissão, fato este que vem sendo constantemente trabalhado em reuniões, bem como a partir do estabelecimento de rotinas de trabalho. (FARIA, 2015, p. 8).

De acordo com Faria (2015), o/a assistente social desenvolve atividades que em grupos temáticos referentes às necessidades de saúde e sociais de cada território. Destaca que as expressões da questão social são trabalhadas em conjunto com os Centros de Referência da Assistência Social (CRAS); Centro de Referência Especializada em Assistência Social (CREAS); Centro de Atenção Psicossocial (CAPS); Educação tendo como propósito uma construção coletiva do SUS. (FARIA, 2015). Uma peculiaridade do Serviço Social no NASF é a função central assumida pelo/a Assistente Social que é o de apoio matricial, o qual,

[...] é um especialista que tem um núcleo de conhecimento e um perfil distinto daquele dos profissionais de referência, mas que pode agregar recursos de saber e mesmo contribuir com intervenções que aumentem a capacidade de resolver problemas de saúde da equipe primariamente responsável pelo caso. O apoio matricial procura construir e ativar espaço para comunicação ativa e para compartilhamento de conhecimento entre profissionais de referência e apoiadores. (CAMPOS; DOMITTI, 2007, p. 401).

Para a realização das ações citadas, Faria (2015) chama a atenção para a necessidade do planejamento que esbarram nas contradições postas pela contrarreforma na saúde, e que implicam em algumas dificuldades operativas dentre elas, a falta de espaço físico adequado às ações, precariedade de recursos, burocratização, etc. Quanto às visitas domiciliares com vistas a estreitar vínculos e conhecer a realidade, de modo a contribuir para a adesão ao atendimento ou ao encaminhamento à rede, nem sempre é possível realizar. Essa demanda em geral é identificada como competência do/a Assistente Social inclusive nos parâmetros para atuação na Política de Saúde (CFESS, 2010). A autora faz uma crítica quanto à inserção em espaços de controle social, visto que o NASF ainda não os ocupou.

O NASF é um espaço rico para a prática do Serviço Social na Atenção Básica, mas encontra desafios que são vivenciados pelo setor saúde que pulveriza a questão social. Assim, o profissional precisa estar atento, ter compromisso para apreender e revelar as novas faces da questão social que o desafia. (IAMAMOTO, 2002).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa teve o objetivo de compreender as atribuições do o/a Assistente Social na Atenção Básica. O estudo revelou que existem algumas dificuldades para realizar uma prática que impliquem na melhoria das condições de vida da população. Apesar de avaliar que o Serviço Social ainda precisa ser fortalecido no que tange a trabalho coletivo no NASF, cabe destacar que o Serviço Social tem suas particularidades e competências no espaço do NASF.

A partir do conjunto de necessidades sociais em geral, e em especial de saúde, o/a Assistente Social tem como desafio dar respostas às demandas imediatas dos usuários, realizando várias mediações intersetoriais, sistematizando a sua prática na perspectiva de dar visibilidade pública a estas demandas. Assim, deve estar atento para colocá-las em pauta de reuniões das instâncias de controle social, de modo que subsidiem o planejamento das políticas sociais garantindo o acesso às políticas sociais de acordo com os princípios do Código de Ética Profissional. A pesquisa destacou que o/a Assistente Social na Atenção Básica contribui:

- ✓ Junto às Equipes de Saúde da Família nas discussões das interferências sociais no processo saúde-doença, numa perspectiva crítica que desconstrói o atendimento em saúde de forma curativa, clínica individual e centrada no médico.
- ✓ Um papel importante na promoção do acesso da população à saúde como direito, possibilitando o acesso às informações promovendo a cidadania, a inclusão social.
- ✓ Junto com outros profissionais melhora a qualidade das famílias buscando atender as necessidades concretas de saúde.

No contexto atual de desmonte das políticas sociais e retirada de direitos conquistados e de investimento mínimo, de sucateamento do Estado e precarização do trabalho, a previsão é que a saúde e a educação tenham 15% e 18% respectivamente de investimento. Ou seja, estamos regredindo em termos de saúde, educação e qualidade de vida. *Quo vadis?*

REFERÊNCIAS

ABREU, M. C. A dimensão pedagógica do Serviço Social: bases histórico-conceituais e expressões particulares na sociedade brasileira. **Serviço Social e Sociedade**. Ano XXIV, nº. 79. São Paulo: Cortez, 2004. p. 51-52.

ANDRADE, Maria Angela Rodrigues Alves de. O metodologismo e o desenvolvimentismo no Serviço Social brasileiro – 1947 a 1961. **Serviço Social & Realidade**, Franca, v. 17, n. 1, p. 268-299, 2008.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BRASIL. **Constituição da república federativa do Brasil (1988)**. São Paulo: Saraiva 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de Atenção Básica**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. **Cadernos de Atenção Domiciliar**. v. 1 Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. **Portaria nº 2488 de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html Acessado em 16 nov. 2016.

_____. I. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A melhoria contínua da qualidade na atenção primária à saúde: conceitos, métodos e diretrizes** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRAVO, Maria Inês Souza. **Serviço Social e Reforma Sanitária: Lutas sociais e práticas profissionais**. Rio de Janeiro: Ed. UFRJ, 1996.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro. Projeto Ético- Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: Elementos para o Debate.

In: MOTA, Ana Elizabete et al. (Orgs.) **Serviço Social e Saúde: Formação e trabalho profissional**. São Paulo: Ed. Cortez, 2006.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev. 2007.

CASTRO, Manuel Manrique. **História do Serviço Social na América Latina**. 12.ed. São Paulo: Cortez Editora, 2011.

CAVALCANTI, Djarlene Pereira. **Serviço Social e saúde: os desafios da atuação do assistente social na equipe interdisciplinar do NASF em Caruaru, PE**. 2014.44 fls. Monografia (Graduação) – Curso de Serviço Social. Faculdade Ascens, Caruaru – PE, 2014.

CFESS. **Resolução CFESS Nº 557/2009** de 15 de setembro de 2009. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/Resolucao_CFESS_557-2009.pdf> Acesso em: 30 jun. 2015.

FARIA, Gabriele Gomes. **Considerações sobre o trabalho do assistente social no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): impasses e desafios**. VII Jornada Internacional de Políticas Públicas. 2015. Disponível em: <<http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2015/pdfs/eixo14/consideracoes-sobre-o-trabalho-do-assistente-social-no-nucleo-de-apoio-a-saude-da-familia--nasf--impasses-e-desafios-.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2016.

GOMES, R. A análise dos dados em pesquisa qualitativa. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza et al. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 1994.

IAMAMOTO, Marilda Villela. As dimensões ético-políticas e teórico-metodológicas no Serviço Social contemporâneo. Serviço social e Saúde: Formação e trabalho profissional. In: MOTA, Ana Elizabete et al. (Orgs.) **Serviço Social e Saúde: Formação e trabalho profissional**. São Paulo: Ed. Cortez, 2006.

_____. **O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 17. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

IAMAMOTO, Marilda Villela; CARVALHO, Raul. **Relações sociais e Serviço Social no Brasil: Esboço de uma interpretação histórico-metodológica** São Paulo: Cortez, 2005.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **Projeto Profissional, Espaços ocupacionais e Trabalho do Assistente Social na Atualidade**. Atribuições Privativas do(a) Assistente social em questão. Brasília: CFESS, 2002

LAVILLE, Christian. **A construção do saber**: manual de metodologia de pesquisa em ciências humanas. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.

MINAYO, Maria Cecília. **O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 12 ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2010.

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

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. A concepção de direito à saúde na sociedade contemporânea: articulando o político e o social. **Revista Virtual Textos & Contextos**, nº 2, dez. 2003. Disponível em: < <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/download/959/739>>. Acesso em 20 abr. 2016.

SANTOS, Sandra Neres. **Serviço Social**: apropriação da teoria social marxista e formação profissional crítica. III SIMPOSIO MINEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS. Belo Horizonte, 7 -9 de junho de 2013. Disponível em: < <http://www.cress-mg.org.br/arquivos/simposio/SERVI%C3%87O%20SOCIAL%20APROPRIA%C3%87%C3%83O%20DA%20TEORIA%20SOCIAL%20MARXISTA.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2016.

SIMÕES, Pedro; ZUCCO, Luciana. Homens no Serviço Social: primeiras impressões. **Libertas**, Juiz de Fora, v.10, n.1, p. 25 - 41, jan./jun. 2010.

SODRÉ, Francis. Serviço Social e o campo da saúde: Para além dos plantões e encaminhamentos. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo: Cortez, n.103 p. 453-475, 2010.

SPOSATI, Aldaíza. **Assistência na trajetória das políticas brasileiras**: uma questão em análise. 10 ed. São Paulo: Cortez, 2008.

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

VASCONCELOS, Ana Maria. **A prática do Serviço Social**: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde. São Paulo: Cortez, 2011.

VIANA, Ana Luiza D'Ávila; DAL POZ, Mario Roberto. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa Saúde da Família. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, n. 8, v.2, p. 11-48, 1998.

YAZBEK, M. C. Fundamentos históricos e teórico-metodológicos do Serviço Social. **Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais**. Curso de Capacitação a Distância. Brasília: Conselho Federal de Serviço Social/CFESS; UnB/Centro de Educação Aberta Continuada a Distância/Cead, 2009. P. 145-148.