

UNIVERSIDADE TIRADENTES

JANICE SANTOS DE SANTANA

KATTALINA ROCHA MELO

MARCELA NASCIMENTO DA SILVA

**A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL JUNTO AO NÚCLEO
DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF): ASPECTOS DE
SUAS ATRIBUIÇÕES E COMPETÊNCIAS DENTRO DE UMA
EQUIPE MULTIDISCIPLINAR EM PROPRIÁ/SE**

JANICE SANTOS DE SANTANA
KATTALINA ROCHA MELO
MARCELA NASCIMENTO DA SILVA

A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL JUNTO AO NÚCLEO
DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF): ASPECTOS DE
SUAS ATRIBUIÇÕES E COMPETÊNCIAS DENTRO DE UMA
EQUIPE MULTIDISCIPLINAR EM PROPRIÁ/SE

Monografia apresentada à Universidade
Tiradentes – UNIT, como um dos pré-
requisitos para a obtenção do Grau de
Bacharel em Serviço Social.

Orientador (a): Prof.^a M. a:Michelle Marry
Costa Campos Hora

JANICE SANTOS DE SANTANA
KATTALINA ROCHA MELO
MARCELA NASCIMENTO DA SILVA

A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL JUNTO AO NÚCLEO
DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF): ASPECTOS DE
SUAS ATRIBUIÇÕES E COMPETÊNCIAS DENTRO DE UMA
EQUIPE MULTIDISCIPLINAR EM PROPRIÁ/SE

Monografia apresentada ao Curso de
Serviço Social da Universidade Tiradentes
– UNIT, como requisito parcial para
obtenção do Grau de Bacharel em Serviço
Social.

Aprovada em ____/____/____.

Banca Examinadora

Prof (a). Ma: Michelle Marry Costa Campos Hora
Universidade Tiradentes - UNIT

Edson Paulo Santos Lima

1º Examinador
Universidade Tiradentes - UNIT

Bruno Teles da Silva

2º Examinador
Universidade Tiradentes– UNIT

*Às nossas **mães**, exemplos de vida, pela ternura e meiguice, pelo amor incomensurável... Aos nossos **pais**, que tanto nos ensinou, com seus exemplos de força e integridade... Aos nossos irmãos, por tudo o que representam em nossa vida...A vocês, nossa estimada família, dedicamos este trabalho.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por possibilitar a realização do meu sonho e a Nossa Senhora, por está sempre ao meu lado me dando forças para não desistir. A Eles todo louvor e gratidão a te Senhor eu dedico essa etapa confiando que continuarás a conduzir meus passos obrigado por tudo Senhor!

Quero dedicar e agradecer de forma sincera e especial aos meus pais José de Santana e Margarete Santos de Santana pelo amor e apoio em todos os momentos, que me educaram e me deram forças para conseguir vitórias, aos meus irmãos pela confiança dedicada a mim, Iara e Mário e aquelas que Deus mim presenteou como irmãos Elizangela e Danielly, aos meus primos e tias pelos conselhos que sempre mim ajudaram. Há sempre alguém em nossa vida impossível de ser esquecido (in memória), aos meus avós e minha tia.

Aos amigos que sempre me ajudaram nessa caminhada, em especial essa minha amiga Genilza e aos mestres meus agradecimentos e respeito em especial a professora Michelle Marry por todos os momentos que compartilhamos, em fim a todos os meus familiares e amigos que me ajudaram de maneira direta ou indireta a vencer essa batalha, muito obrigado mesmo.

Ninguém vence sozinho, nem no campo, nem na vida!

(Papa Francisco)

Janice Santos de Santana

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a **Deus**, principal responsável por tudo isso, e por ter me concedido força, sabedoria, coragem e determinação diante de tantas dificuldades e obstáculos. Sei que “tudo posso naquele que me fortalece”.
OBRIGADA, DEUS!

Tantas são as pessoas que participaram e mim ajudaram em todo este caminho que, ficaria difícil falar delas especificamente. Porém gostaria de agradecer a meus pais **Maria José da Rocha Melo** e **Eribaldo Vieira de Melo**, pelo amor, incentivo e apoio incondicional durante toda a minha vida, e por contribuírem também para o meu sucesso, só me resta dizer que **AMO MUITO VOCÊS!**

Agradeço ao meu irmão Kátlyn Rocha, pelo apoio e dedicação, e por todos os momentos que passamos juntos, e pelas conquistas compartilhadas.

A minha orientadora Michelly Marry, pelo suporte no tão pouco tempo que lhe coube, pela sua paciência, correções, dedicação e sabedoria que muito mim auxiliou para a conclusão deste trabalho de Conclusão de Curso. E á banca de avaliadores, que muito prontamente e com grande entusiasmo aceitaram fazer parte desse momento tão importante em minha vida.**MUITO OBRIGADA!**

Gostaria de agradecer também as minhas colegas e companheiras, **Marcela** e **Janice** que mim ajudaram na concretização deste trabalho, onde juntas dividimos momentos que vão ser inesquecíveis durante toda nossa vida.

Enfim a todos que torceram de forma direta ou indireta, principalmente aqueles que fazem parte das famílias **ROCHA** e **MELO**, que de alguma forma, estiveram e estão próximos a mim, torcendo pelo meu sucesso. O meu **OBRIGADO A TODOS!**

Kattalina Rocha Melo.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por tudo que Ele tem proporcionado em minha vida, e por ter me dado forças e sabedoria diante dos obstáculos que surgiram no decorrer dessa jornada. Quero também agradecer a meus pais, irmãos e a toda família que mesmo estando distante, sempre acreditaram em meu sucesso.

Agradeço em especial ao meu esposo Rogério, que mim apoiou durante esse tempo e que, em meio a tantas dificuldades, estava sempre ao meu lado compartilhando todos os momentos de minha vida. E aos meus filhos, Máyra Geovanna e George Arthur, por terem mim ajudado a ver o quanto é importante o meu sucesso, tanto para eles, quanto para mim mesma. Não tenho palavras para dizer o quanto vocês são importantes em minha vida.

As minhas colegas, amigas e companheiras de trabalho, Kattalina e Janice, obrigada por todos os momentos que passamos juntas, uma sempre ajudando a outra, pela compreensão e paciência que tem tido comigo, sempre vou lembrar-me de vocês.

Quero desde já, agradecer a minha orientadora Michelly Marry, pela paciência, compreensão e por ter orientado de forma clara, para que fosse realizado este trabalho, além do seu companheirismo, dedicação e atenção sempre que foi preciso, contribuindo assim para minha formação acadêmica.

Marcela Nascimento da Silva.

Um dos maiores desafios que o Assistente Social vive no presente é desenvolver sua capacidade de decifrar a realidade e construir propostas de trabalho criativas e capazes de preservar, efetivar direitos, a partir de demandas emergentes no cotidiano.

(Marilda Yamamoto, 1999)

RUSUMO

O presente estudo objetiva identificar e analisar como acontece a inserção do Assistente Social no contexto de equipe multidisciplinar, operacionalizado no Núcleo de Apoio a Saúde da Família no município de Propriá, estado de Sergipe. Para a efetivação dessa proposta uma pesquisa qualitativa e exploratória de campo foi realizada, alicerçada por uma pesquisa bibliográfica, que contribuiu para todo o processo de pesquisa. O estudo também teve um caráter empírico, onde múltiplas fontes de dados foram pesquisadas: entrevistas, análise de documentos, observação da dinâmica operacional e enquanto participante. Todo o trabalho de campo foi executado no município de Propriá, estado de Sergipe, distante 97 km da capital Aracaju. Os sujeitos utilizados na pesquisa foram o assistente social, médico, enfermeiros, dentistas, que atuam nas unidades e no NASF, como também demais profissionais que complementam o quadro da equipe multidisciplinar. As fontes primárias foram constituídas pelas entrevistas com os profissionais e por amostragem com questionário semi-estruturados. No acompanhamento da rotina operacional no NASF, foi possível identificar como o profissional da assistência social se insere e operacionaliza suas funções dentro desse contexto. Essas observações foram importantes para o levantamento de dados operacionais, questionamentos e reflexões sobre a necessidade de um maior reconhecimento da importância desse profissional, para o atendimento em rede e a oferta de serviços públicos de saúde. Também se observou que existe uma necessidade crescente de se repensar as práticas e as ações do assistente social, nesse contexto multidisciplinar redefinindo procedimentos e estratégias de atuação em saúde pública, especificamente no NASF. Verificou-se também que ainda não se pode explicitar a valorização que merece o assistente social para a consolidação dos princípios do Sistema Único de Saúde. Além disso, observou-se que mesmo com a modernização das práticas profissionais, o assistente social ainda se ver envolvido por princípios e práticas tradicionais, que muitas vezes interferem na progressão operacional das ações. Com tudo demonstrou-se também, que o trabalho em equipes multifuncionais é complexo e exige adequações quase diárias para ofertar qualidade e cidadania aos usuários.

PALAVRAS CHAVE: NASF, EQUIPE, ASSISTENTE SOCIAL; SAÚDE.

ABSTRAT

This study aims to identify and analyze as is the inclusion of the social worker in the context of a multidisciplinary team operated the Center for Support to Health in the city of Propriá, Sergipe state. For the realization of this proposal a qualitative and exploratory research camp was held grounded by a literature search, which contributed the entire research process. The study also had an empirical character, where multiple data sources were searched: interviews, document analysis, observation of operational dynamics and as a participant. All fieldwork was performed in the municipality of Propriá, state of Sergipe, distant 97 km from Aracaju capital. The subjects used in the research were the social worker, doctor, nurses, dentists, working in units and NASF, as well as other professionals that complement the picture of the multidisciplinary team. The primary sources were recorded by interviews with professionals and sampling with semi-structured questionnaire. Monitoring the operational routine in NASF, was identified as the professional social care is part and operates its functions within this context. These observations were important to raising operational data, questions and reflections on the need for greater recognition of the importance of these professionals to attend networking and provision of public health services. It was also observed that there is a growing need to rethink the practices and actions of the social worker in this multidisciplinary context redefining procedures and action strategies in public health, specifically in NASF. There was also still can not explain the appreciation it deserves social worker for the consolidation of the principles of the Unified Health System. In addition, it was observed that even with the modernization of work practices, the social worker also being involved by principles and traditional practices that often interfere with the operational progress of actions. With all also showed up to work in cross-functional teams is complex and requires almost daily adjustments to offer quality and citizenship users.

KEYWORDS: NASF, TEAM, SOCIAL WORKER AND HEALTH.

LISTA DE SIGLAS

NASF- Núcleo de Apoio a Saúde da Família

ONG's- Organizações Não-Governamentais

PSF- Programa de Saúde da Família

SUS- Sistema Único de Saúde

SUDS- Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde.

SUMÁRIO

1- INTRODUÇÃO

2- A SEGURIDADE SOCIAL E AS POLÍTICAS SOCIAIS NO CONTEXTO BRASILEIRO

2.1-A IMPORTÂNCIA DA SEGURIDADE SOCIAL

2.2- BREVE ANÁLISE DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

2.3- A SAÚDE DA FAMÍLIA E SUAS DETERMINAÇÕES SÓCIO-ECONÔMICAS

3- EXERCÍCIO PROFISSIONAL DO SERVIÇO SOCIAL: ATRIBUIÇÕES E COMPETÊNCIAS DENTRO DE UMA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR

3.1- NÚCLEO DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF): REFLEXÕES SOBRE SUA FUNCIONALIDADE E EFICIÊNCIA

3.2- SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE: ATRIBUIÇÕES E COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS

4- RESULTADOS E DISCUSSÃO NO NASF DE PROPRIÁ

4.1- PERFIL DOS ATENDIDOS PELO NÚCLEO DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF)

4.2- O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NO NASF

CONSIDERAÇÕES FINAIS

REFERÊNCIAS

APÊNDICE

INTRODUÇÃO

O trabalho do profissional da Assistência Social na atualidade é repleto de contextos diferenciados e plurais exigindo constantemente adaptações e interações com outras categorias profissionais para atingir metas e objetivos, seja na educação, Assistência Social ou na Saúde.

Nessa perspectiva este estudo tem como tema “A atuação do Assistente social junto ao NASF: Aspectos de suas atribuições e competências dentro de uma equipe multidisciplinar em Propriá/SE”.

Tem como objetivo geral analisar a atuação do Assistente Social nas equipes multidisciplinares, do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF); e como objetivos específicos: conhecer as políticas públicas de saúde da família; verificar como os profissionais do Serviço Social atuam no NASF; conhecer a operacionalidade do NASF e suas equipes multidisciplinares.

Com vistas a expandir conhecimentos já existentes sobre o tema, o presente trabalho não pretende somente repetir dados ou mensurar análises já elaboradas, mais também, servir como arcabouço e contribuir para que novos estudos sobre o tema sejam propostos e construídos, aumentando as percepções acerca da saúde e o papel do profissional Assistente Social, nesse contexto de políticas públicas.

É notório que a partir da elaboração e promulgação da nossa Constituição Federal de 1988, as políticas públicas foram enfatizadas em diversas mudanças operacionais, orçamentárias e de prioridades foram destacadas e legalmente exigidas, porém o contexto social e de saúde no Brasil ainda enfrenta diversas dificuldades, que serão apontadas nessa pesquisa, fato que não diminui os progressos e avanços já conquistados nesse aspecto, o Núcleo de Apoio a Saúde da Família- NASF, apresenta-se nesse cenário de políticas capitalistas.

É importante frisar que o NASF é um programa que ainda encontra-se em fase de implantação e avaliação, nessa perspectiva ainda se coletam os primeiros dados e avanços que aprimoram-se a cada ano, explicitando sua eficácia e necessidade, assim como sua necessidade constante de aperfeiçoamentos e

melhorias, que refletem a intencionalidade desse programa em oportunizar a cidadania e melhorar a qualidade de vida dos brasileiros.

Neste sentido se justifica a realização deste estudo visto ser importante para os interessados e acadêmicos a compreensão de como funciona o NASF, e como os profissionais do Serviço Social se inserem nessas equipes multifuncionais e multidisciplinares. Esta pesquisa mostra-se também importante, pois analisa os diversos aspectos das políticas públicas de saúde e assistência social.

As questões norteadoras da pesquisa foram as seguintes: Como será a atuação profissional do Serviço Social junto ao NASF? Quais as maiores dificuldades do Assistente Social ao trabalhar em equipes multidisciplinares? Quais os desafios para o Assistente Social no trabalho com as famílias atendidas pelo NASF?

Esta pesquisa caracteriza-se com um estudo descritivo e exploratório e utilizou-se como metodologia a dialética e a pesquisa bibliográfica para a produção da fundamentação teórica. Segundo Gil (1991. p.45), a pesquisa bibliográfica é aquela “desenvolvida a partir de material já publicado, constituído principalmente de livros, artigos de periódicos e atualmente de material disponibilizado na internet”. O método dialético cujo foco é a contraposição e contradição de ideias, que podem levar a construção de novas ideias, também pode ser considerado a prática de debater, persuadir ou raciocinar.

Utilizou-se também como metodologia a pesquisa de campo através de visitas ao NASF de Propriá, estado de Sergipe, campo da pesquisa para a realização da coleta de dados referente à temática deste estudo. O instrumento de coleta de dados foi à entrevista parcialmente estruturada.

O universo populacional da pesquisa foi composto pelos profissionais que trabalham no NASF na cidade de Propriá/SE, do qual se retirou uma amostra de uma Assistente Social, ou seja, respectivamente 10% dentre aqueles que estão envolvidos nas diversas funções do NASF.

Nessa perspectiva o presente trabalho encontra-se disposto da seguinte maneira: logo após a introdução o segundo capítulo que vai abordar a Seguridade Social e as políticas sociais no contexto brasileiro, sua importância e uma breve

análise da política de saúde; no terceiro capítulo aborda-se o exercício profissional do Serviço Social, suas atribuições e competências dentro de uma equipe multidisciplinar; no quarto capítulo a análise dos resultados e discussões da pesquisa, caracterizando o perfil dos atendidos pelo Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), analisando também o trabalho do assistente social no NASF em seguida as considerações finais e conclusivas do estudo.

2- A SEGURIDADE SOCIAL E AS POLÍTICAS SOCIAIS NO CONTEXTO BRASILEIRO

A expansão do papel do Estado ocorrida após a crise econômica de 1929 é fomentada com a expansão das ideias do capitalismo que crescia, porém causando diversas desigualdades sociais, que exigiam mudanças intervencionais no sistema e em políticas voltadas à minimização dos impactos negativos, dessa dinâmica econômica. O apêlo internacional por mudanças nas questões políticas, econômicas e sociais, forçou diversos países, inclusive o Brasil a uma adequação voltada ao enfrentamento das mazelas, oriundas dessa política econômica, fato que propiciou também, a melhoria da política social e o incremento da Assistência Social e seu trabalho profissional.

Somente a partir da Constituição Federal de 1988, o termo seguridade social ganhou amplitude, instituindo os direitos à saúde, previdência e assistência social como alicerçantes da democracia do país, fato que o distinguiu de outros termos como referência a previdência social em particular, que era muito utilizado para sua conceituação. (SIMÕES, 2009)

A Constituição Federal de 1988 é considerada até hoje, aquela que mais se aproximou das reais necessidades dos cidadãos, fato que comprova também, sua amplitude e modernidade em diversas questões, e principalmente na visão universalista da saúde e da previdência social.

Esse termo controverso ainda hoje insere-se em discussões que tentam associá-lo a diversos outros conceitos semelhantes, porém não podem negar sua importância, pois a seguridade social é fruto de uma constante luta de classes trabalhadoras e da sociedade, com o propósito de minimizar os impactos negativos da economia capitalista e da dinâmica dos mercados concorrenciais e sua excludência. (SIMÕES, 2009).

A seguridade social brasileira tem no seu alicerçamento inicial, as lutas dos primeiros sindicatos de trabalhadores, contra os regimes ditatoriais que já construía condições, para a total dependência do país aos capitais estrangeiros.

Ainda reforça muito bem esse conceito a autora MOTA (2009. p.40), quando afirma que:

As políticas de proteção social nas quais incluem a saúde a previdência e a assistência social são consideradas produto histórico das lutas do trabalho, na medida em que respondem pelo atendimento de necessidades inspiradas em princípios e valores socializados pelos trabalhadores e reconhecidos pelo Estado e pelo patronato. Quaisquer que sejam seus objetos específicos de intervenção, saúde, previdência ou assistência social o escopo da seguridade depende tanto do nível de socialização da política conquistado pelas classes trabalhadoras, como das estratégias do capital na incorporação das necessidades do trabalho. (Mota, 2009, p.40)

O capital gerador dessa dinâmica concorrencial dos mercados não se importa com os resultados que a lucratividade pode causar ou a falta desta na sociedade ou em suas minorias, importa somente ao capital continuar produzindo, incentivando o consumo e gerando lucros. Se a seguridade social é uma representação das lutas dos trabalhadores ela se contrapõe, deste modo, a qualquer intencionalidade do capital.

As constituições foram incorporando aos poucos os diversos conceitos e finalidade ao discurso da seguridade social. A constituição de 1824 em seu artigo 31 já conceituava a seguridade social, como socorros públicos que também dava início a institucionalização da prática caritativa e assistencialista no Governo Imperial, prática absorvida pela sociedade que já se capitalizava. (SIMÕES, 2009)

A sociedade iniciou nesse período diversas campanhas que foram ganhando volume e mudando o conceito de que somente o Estado Imperial, podia praticar a caridade. Nesse aspecto também, foram criados diversos grupos e entidades religiosas que praticavam a caridade, muito embora não se discutiam as causas ou os causadores das desigualdades.

Diversos progressos foram resultados das lutas e discussões em contextos nem sempre dialógicos ou democráticos, porém segundo o autor Simões (2009, p. 96) as constituições foram aperfeiçoando ao longo dos anos esse conceito, acrescenta dizendo:

Mas a constituição de 1934 também inaugurou na história brasileira, um novo capítulo, o da Ordem Econômica e Social no art. 121 com o conceito de proteção ou tutela social em reconhecimento da teoria do risco social segundo a qual são ônus da sociedade o desemprego, os acidentes e doenças profissionais e as medidas de prevenção que os evitem. Em seu art. 133, inciso XXXI, proclamou caber a todos o direito de prover a própria subsistência e a de sua família mediante o trabalho, devendo o Poder Público amparar na forma da lei, os que estejam em situação de indigência.

Houve notadamente segundo o autor, um avanço conceitual da seguridade social, sem fugir a responsabilização do capital, dos problemas oriundos de sua dinâmica operacional. Neste contexto a coparticipação da sociedade era notada no pagamento dos impostos cobrados pelo Estado.

Os sistemas de seguridade social foram se constituindo com os diversos relacionamentos, entre trabalhadores, sociedade e capital. Sua dinâmica adequava-se a dinâmica de produção e da ideologia capitalista que se instalava no país e determinava a fuga da responsabilização do capital, impondo do Estado esse papel de cuidador e caritativo.(MOTA, 2009)

Os trabalhadores iniciavam suas associações e lutas por direitos, porém o Estado desprovido de compromisso ou estratégias de contenção das desigualdades promovia o assistencialismo e os movimentos onde a caridade, tentava diminuir os impactos negativos do capitalismo instalado e promovido pelo Estado.

A organização dos trabalhadores em sindicatos e associações a partir dos anos 40 se intensificaria próximo aos anos 50, 60 e 70, período que o capitalismo consegue impor um padrão internacional de domínio do capital acumulado, determinando novas formas de ação e diálogo entre Estado, Sociedade e Mercado.

O capitalismo determinava que tipo de vida teriam os trabalhadores e como o Estado faria intervenções na política econômica, fato que propiciaria o descontentamento dos trabalhadores que já se organizavam e cobravam mudanças.

Grandes mudanças foram operadas na sociedade e na dinâmica de geração de renda e capital, seguindo padrões internacionais. A autora Mota (2009, p.41) retratou assim esse momento:

Nesse cenário, foi necessário redefinir a seguridade social para adequá-la as novas necessidades de mane capital, razão maior da definição de um conjunto de prescrições- nomeadas de ajustes e reformas- particularmente nos países periféricos, como é o caso dos latino-americanos (embora não exclusivamente), cujos principais formuladores são os organismos financeiros internacionais. Essas injunções na política social têm relação direta com os empréstimos externos, contratados para implementar pacotes que em sua grande maioria já estão prontos e com as condicionalidades definidas. Aqui os desão as parcerias comunitárias e/ou com ONG's Organizações Não- Governamentais a necessidade de focalizar a aplicação dos recursos nos mais pobres, os subsídios á demanda sem ampliação dos serviços públicos o trabalho com a própria comunidade e a meta de dotar as iniciativas de auto sustentabilidade. (MOTA. 2009, p. 41)

Os diversos empréstimos financiados por instituições internacionais foram aos poucos diminuindo poder soberano dos países, que usavam esses financiamentos, fato que comprometia a administração interna e sacrificava a economia do país. A sociedade reagia criando mecanismos que diminuíssem os impactos das desigualdades sociais, dessas iniciativas surgem as ONG's Organização Não- Governamentais.

2.1- A IMPORTÂNCIA DA SEGURIDADE SOCIAL

É inegável a importância da seguridade social para a sociedade brasileira, pois a dinâmica capitalista impõe um modelo excludente de desenvolvimento, que não se importa com os resultados e malefícios que possam originar. Nessa perspectiva se importancializa qualquer manifestação ou iniciativa que minimizem os impactos dessa corrida frenética, do mercado por lucratividade. (SIMÕES, 2009)

O capitalismo gera diversas distorções em diversos setores da sociedade. A forte dinâmica de competição e busca por lucros, cria disparidades e desigualdades, que somente uma seguridade social bem estruturada, será capaz de assegurar direitos e cidadania aos indivíduos.

A sociedade brasileira foi formada tendo como base a classe trabalhadora, porém o sistema capitalista é quem determina a dinâmica da sociedade, impondo restrições e impedimentos que classificam e separam intencionalmente, a classe trabalhadora das demais categorias das sociedades, reforça também a segmentação dos trabalhadores por funções, fato que gera a proliferação de sindicatos, diminuindo a capacidade de força, união e o surgimento de uma categoria única e fortalecida. (BOSCHETTI, 2008)

A segmentação por funções determinava a construção de sindicatos específicos, com lutas próprias, fato muito bem utilizado pelo capitalismo para separar e enfraquecer a luta dos trabalhadores por direitos, que por vezes era sufocada com maior facilidade.

Nessa perspectiva fica demonstrado que a necessidade de uma política de seguridade social, deve existir para tornar equânimes os direitos, independentes de qual categoria ou classe pertença o indivíduo. Nesse contexto é crucial também, que as demandas sociais continuem em crescente ritmo e também o orçamento. Para essa finalidade sejam desde sua criação repleto de distorções e problemas. (SIMÕES, 2009)

Somente com uma política séria de seguridade social, diversos problemas oriundos da política capitalista, serão frontalmente combatidos e uma maior igualdade, independentes da condição do indivíduo poderá existir.

Segundo a autora Mota (2009, p.54), referindo-se ao orçamento da Seguridade Social:

No Brasil a seguridade social enfrenta dificuldades desde seu nascimento em consequência entre outros fatores da não-implementação do orçamento para este fim previsto na CF. A finalidade principal do orçamento da seguridade social era constituir-se em um espaço próprio e integrador das ações de previdência, saúde e assistência social, assegurando a apropriação dos recursos do orçamento fiscal. Entretanto, isso na prática não se consolidou a área de assistência social foi virtualmente eliminada, e a saúde imprensada, de um lado, pelo Orçamento Geral da União e de outro, pelo Ministério da Previdência.

Nesse aspecto se verifica segundo a autora a falta de seriedade de todos os Governos para com o orçamento, que deveria ser destinado para a Seguridade Social, demonstrando a falta de compromisso com as demandas sociais existentes e, que essa implementação inexistente do orçamento para essa finalidade, explicita muito bem a intencionalidade do Estado Capitalista.

A desconstrução da ideia de seguridade social vem desde os anos de 1990, assegurando que essa descaracterização e separação por área aconteça, diminuindo de força e ação especificadas em leis, a capacidade de gerenciamento de orçamentos que poderiam resolver algumas demandas, fato que impede avanços nessa área. (VIANNA, 2003)

Parece proposital a intencionalidade do sistema em manter demandas sempre crescentes nas questões sociais e o gerenciamento de orçamentos sempre menores que a necessidade determina, numa conta que nunca se fecha e nunca se paga.

Essa falta de compromisso com a seguridade social por parte dos detentores do poder diminui ou tenta diminuir a importância das ações nessa área, enquanto ao tempo, o sistema capitalista gera, numa velocidade assustadora, desigualdades e grandes demandas. Essa negligência com a seguridade social explicita-se na forma com seu orçamento é delineado, proposto, analisado e julgados por diversos institutos e siglas (IPEA, BPS, ANFIR, PIS, CSSP) cada uma com metodologias próprias e discriminatórias. (MOTA, 2009)

As desigualdades geradas pelo sistema capitalista determinam que ações ágeis e específicas sejam tomadas pelo Estado, porém o marasmo proposital e a falta de recursos próprios e direcionados, que se perdem na burocratização do

sistema, causam uma letargia nas ações que trazem direitos operacionais e de resultados para a seguridade social.

Ainda sobre o orçamento que desqualifica as ações da Seguridade Social, a autora Mota (2009, p.56) aponta que:

O que se observa é que independente da metodologia de análise da receita e despesa da seguridade social, utilizadas pelas instituições acima citadas, o orçamento da seguridade social, conforme definido na CF/1988, é superavitário e na suficiente para cobrir as despesas com os direitos já previstos como poderia permitir sua ampliação. Se isto não ocorre é porque o orçamento da seguridade social é parte âncora de sustentação econômica, que suga recursos sociais para pagamento e amortização dos juros da dívida pública.

Nesse contexto não é importante para o Estado a manutenção de um orçamento que amenize ou acabe com as diversas demandas da seguridade social. É fato o descaso com esses aspectos da seguridade social, visto ser imperiosa a fomentação do Estado Capitalista, descompromissado com as questões sociais em todos os níveis.

É importante que salientemos que não se importancializam as ações da seguridade social, fato que diminui também a credibilidade da sociedade na resolução dos problemas gerados pela política econômica do país. As desigualdades parecem intransponíveis, visto as dificuldades na operacionalização dos orçamentos e destinação desse orçamento às prioridades existentes. Os desvios desse orçamento para as outras áreas não prioritárias, determinam a inoperância em algumas áreas da seguridade social, fato que parece-nos proposital. (SIMÕES, 2009)

O grande problema culpado pela funcionalidade deficitária da seguridade social é ainda os orçamentos aquém da necessidade da área, além da dispersão em áreas afins desses orçamentos. Contribui também para essa inoperância a falta de compromisso de governantes que se alteram no poder, mais mantém práticas antigas.

A Seguridade Social seria em tese instrumentalizadora da inclusão e participação de todos os indivíduos num cenário de igualdade, que confrontasse com os objetivos do capitalismo, porém não consegue efetivar tudo o que planeja e determina, visto ser quase impossível movimentar orçamentos e estruturas viáveis e necessárias ao bom desempenho dessa área. É determinante mudanças urgentes

nesse quadro, visto ser crescente a demanda no contexto da Seguridade Social. (BOSCHETTI, 2008)

A demanda crescente de desigualdades exige seriedade nas votações orçamentárias que devem servir para equalizar e resolver os problemas apresentados. Uma maior fluidez e transparência na movimentação desse orçamento, facilitariam o enfrentamento das questões sociais crescentes da dinâmica capitalista.

Para Simões (2009, p.101), a importância da Seguridade Social tem sua universalidade um dos princípios alicerçantes que o dignificam, ainda segundo este autor:

A seguridade refere-se ao conjunto de sociedade sem discriminações de qualquer tipo. A universalidade rege hierarquicamente os demais princípios, ao garantir, a todas as pessoas, em tese, os mínimos sociais, considerada a situação social prevista. Assenta, por isso, na consideração dos cidadãos do ponto de vista da igualdade formal, mas pondera suas diferenças sociais por meio do princípio da seletividade (...).

É a luta constante pela igualdade de direitos o ponto crucial estruturante da seguridade social segundo o autor, nessa perspectiva, parece ser a luta com as desigualdades, o fator de sustentabilidade das ações da sociedade nascida no arcabouço das classes de trabalhadores.

A sociedade capitalista vê na seguridade social, a única forma para minimizar os problemas gerados dentro do cenário operacionalizado por esse modelo socioeconômico, que a sociedade insiste em nutrir. A exclusão daqueles que não conseguem acompanhar na mesma velocidade das mudanças tecnológicas do trabalho, ver-se fora desse contexto produtivo, marginalizado, daí a importância da seguridade social. (VIANNA, 2003)

Nesse período destaca-se, os empréstimos que o país realizou, para a manutenção de sua política econômica voltada ao capital. Empréstimos em entidades internacionais que formularam diversas exigências e pacotes econômicos taxativos e voltados aos interesses externos, negando recursos para qualquer área da Seguridade Social.

Nessa perspectiva é necessário que esclareçamos como esses pacotes econômicos foram responsáveis também, pelo surgimento da política social no Brasil como a conhecemos na atualidade. Segundo a autora Behring(2008, p. 64):

O surgimento das políticas sociais foi gradual e diferenciado entre os países, dependendo do movimento de organização e pressão da classe trabalhadora do grau de desenvolvimento das forças produtivas, e das correlações e composições de força no âmbito do Estado. Os autores são unânimes em situar o final do século XX como o período em que o Estado capitalista passa a assumir e a realizar ações sociais de forma mais ampla, planejada, sistematizada e com caráter de obrigatoriedade.

A Seguridade Social passa a ser nesse momento da historicidade brasileira uma obrigatoriedade prevista em leis específicas, fato que mudaria completamente a visão do Estado para com as iniciativas de institucionalização dessa área.

Muito embora a seguridade brasileira tenha somente se estruturado a partir dos anos 1980 do século XX, seguindo exemplo de outros países desenvolvidos, que tentam minimizar os impactos negativos dessa dinâmica econômica: exclusão do mercado de trabalho; pauperização da população; grande concentração de renda e fragilização no processo de universalização da seguridade social,tornando-a pública e obrigação do Estado. (MOTA, 2009)

Dessa crise no modelo capitalista e o afastamento do Estado, pelo menos em tese, da economia a responsabilização, pelas políticas sociais cabia diretamente à sociedade e ao Estado provedor. Segundo a autora Cavalcanti (2013, p.11-12) esse modelo gerenciador está intimamente ligado aos princípios do capitalismo, mesmo sabendo disto as realidades não se alteram, ela ainda reforça que:

(...) apenas localizar a gênese das políticas sociais no modo de produção capitalista não resolveria as prováveis dúvidas do leitor com o qual imaginamos dialogar para responder-lhe com maior precisão seria necessário dizer-lhe que na primeira idade do modo de produção capitalista, comumente denominada concorrencial, o Estado não promovia políticas sociais. Nesse período da história, vivia-se sob o domínio das ideias liberais, e elas reivindicavam o mercado com instância de regulação das relações sociais e como garantidor da igualdade de oportunidades e, de benefícios a todos os homens.

A não adequação do trabalhador aos modos tecnológicos de produção gera um contexto de exclusão que aumenta as desigualdades sociais. A tecnologia nas indústrias além de acabar com algumas funções, gera uma quantidade de

desempregados, que dificilmente poderá inserir-se no mercado de trabalho novamente, fato que impulsiona o sub-emprego e a economia marginal, principalmente nos grandes centros urbanos.

Nesse cenário surge a seguridade social como fator importante de cunho político-estatal, e com envolvimento de outras organizações sociais conveniadas para promover a ação social na saúde, na previdência, na assistência social com forte propósito também de assegurar que os mínimos sociais possam acontecer para aquela parcela da população desprotegida e carente de qualidade de vida e trabalho. (SIMÕES, 2009)

As áreas citadas, saúde, assistência social e previdência, alicerçam a importância da seguridade social para a sociedade. As minorias desprotegidas pelo sistema econômico se materializam nos índices negativos do país. Nesse contexto é necessário que ações sociais sejam voltadas especificamente, ao atendimento das demandas que essas minorias geram, fato que contrasta com os números de crescimentos na produção e na geração de lucratividade do país.

Acerca dessas três áreas: saúde, assistência social e previdência, o autor Simões (2009, p. 97-98) que reitera dizendo:

A escolha dessas três instituições expressa três áreas de necessidades sociais, consideradas básicas para a estabilidade da sociedade (CORREIA E BACHA, 1988): na saúde a ação de prevenção, proteção e recuperação; na previdência social a perda ou redução de renda; na assistência social, a seleção, prevenção e eliminação dos riscos de vulnerabilidades sociais. Nessa relação entre a sociedade e Estado, gera-se portanto, um direito subjetivo público, de que todos os cidadãos são titulares; e um dever do Estado, que incumbe aos governantes implementar, em certas condições.

A partir da Constituição Federal de 1988 esse papel de Estado cuidador e provedor, ficou ainda mais evidente. Essa responsabilização do Estado com essas questões sociais fundamenta-se também na sua falta de ação nas questões econômicas. O Estado da livre iniciativa privada, não envolve-se nas questões de produção e economia, visto ser intencional a promoção desse distanciamento das questões de mercado.

A seguridade social tem a ver com o conjunto da sociedade e não responde somente as questões pontuais de um privilegiado grupo. O princípio da universalidade e da equanimidade em tese, deve garantir o acesso de todos aos benefícios e aos mínimos sociais previstos em leis. Nesse ponto explicita-se uma

igualdade formal, tanto do ponto de vista das contingências sociais, quanto do grau de abrangência da seguridade social. (RICO, 2006)

Aos poucos o Estado foi assumindo um papel que não lhe cabia, intervencionista nas questões de economia, tentando ser um provedor de bem-estar social, porém ainda voltado ao protecionismo das grandes empresas detentoras dos modos de produção.

Ainda no século XX, o Brasil tinha uma visão que suas políticas públicas deveriam partilhar o mesmo espaço que as medidas econômicas: desestatização, juros altos, privatizações e reducionismo do Estado e seu papel, buscando sempre diminuir as conquistas dos trabalhadores via reformas regressivas desses direitos. (CAVALCANTI, 2013)

Nessa perspectiva pode-se observar que essa agenda de políticas públicas e prioridades, mesmo com todos os avanços, consegue se manter em alternados governos que já administraram o país nesse período.

Diversas mudanças foram operadas por redundantes governos na estrutura operacional de orçamento e deliberação das políticas públicas até o governo Lula. Na linha dessas mudanças, enfatiza a autora Mota (2009, p. 45) que:

Novos mecanismos de consenso são estimulados, tais como a descentralização, as parcerias e a participação indiferenciada das classes, que se juntam à focalização e a responsabilização individual. Emergem parâmetros morais subordinados aos limites dos gastos sociais públicos. A questão social é despolitizada. As tensões sociais provocadas pelo não atendimento das demandas sociais coletivas passam a ser minimizadas através do atendimento a questões pontuais (...).

Nesse contexto as políticas sociais passam a figurar uma espécie intermediadora para que a sociedade e o Estado trabalhem a questão social e todas as suas conseqüências e utilização tanto no campo das ações como no ideológico.

Foi a partir dessa implementação das políticas sociais que também abriu-se grandes chances para o trabalho do assistente social, que viu-se embuídos de tornar claro a complexidade das relações sociais no capitalismo, nesse cenário exigiu-se também que estes profissionais fossem realmente capacitados e constantemente aprimorados, visto essa complexidade do capitalismo exigir mudanças e adaptações frequentes. (CAVALCANTI, 2013)

Dessas mudanças nas políticas sociais é que se fundamentou as novas oportunidades de trabalho para o assistente social, e permitiu também o repensar de suas atribuições profissionais.

2.2- BREVE ANÁLISE DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

A saúde pública no Brasil teve sua predominância até os anos 1960 do século XX, pois foi nesse período que ganharam força, as ideias dos serviços de combate as endemias e o trabalho com a prevenção de diversas doenças. Também iniciou-se uma maior interiorização das ações de prevenção e saúde. Nesse contexto também fomentou-se a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), renovando as ações e melhorando o alcance da medicina previdenciária. Nesse período houve um aumento das despensas com a saúde, porém os serviços de atendimento e especialidades foram ampliados, paralelo ao inegável aumento da demanda na acelerada urbanização dos grandes centros. (BRAVO, 2007)

Esse inegável crescimento urbano gerou também um aumento no número de doenças infecto-contagiosas, que imprimiu uma grande procura por saúde¹, aumentando a demanda e forçando uma ação preventiva de saúde, e aumentando orçamentos previstos. Esse aceleração nas questões de prevenção reduziria em muito o número de internações, fato que só viria á tona anos mais tarde.

Ainda sobre esse período da saúde no Brasil, a autora Bravo (2007, p. 26-27) relata que:

A política de saúde esboçada a partir de 1930 foi consolidada no período de 1945 a 1964. Neste momento segundo Oliveira e Teixeira (1986) houve um crescimento relativo dos gastos da previdência social com a assistência médico-hospitalar. A política de saúde teve como características gerais a racionalização e a atribuição de maior sofisticação às campanhas sanitárias. Continuou organizada nos dois sub-setores (saúde pública e medicina previdenciária). A medicina previdenciária só vai sobrepujar a saúde pública a partir de 1966, apesar de seu predomínio anunciar-se desde o início da década de 60 (...).

As despesas com a previdência foram aumentando e tornando os institutos previdenciários insustentáveis. O regime democrático não conseguia a funcionalidade da medicina previdenciária, fato que contribuiria para sua quase falência. As campanhas sanitárias foi talvez o ponto mais positivo desse período.

No período de 1964 a 1974 a ditadura militar consegue impor uma repressão e uma tensão social, que derrota qualquer manifestação ou iniciativa

¹É importante salientar que a saúde antes da Constituição Federal, era apenas considerada como ausência de doença.

democrática. Burocratizando e modernizando a funcionalidade do Estado repressor, consegue legitimação para a regulação repressiva da sociedade. (BRAVO, 2007)

Nesse período consegue o Estado pela força, impor condições para o acesso aos diversos serviços de saúde pública. Mensurações de custos e campanhas sanitárias o alcance dessas iniciativas, porém essa melhora sentida fica muito mais evidente nos grandes centros urbanos, que conseguem os melhores centros de saúde médico-hospitalar.

A política de saúde de 1964 a 1974 tem um forte apelo para as questões de beneficiamento ao setor privado, formulando grandes acordos e facilidades para a saúde privada, conveniando grandes hospitais privados, instituindo um modelo que aos poucos tenta fugir às suas responsabilidades com a saúde pública. Nesse momento em especial expande a cobertura previdenciária, fato que traria para o futuro um grande déficit previdenciário. (OLIVEIRA E TEIXEIRA, 1986)

Os privilégios a iniciativa privada para o trabalho com a saúde, instituiria também uma ineficiência em gerir a previdência e as demandas crescentes por saúde pública. Hospitais superlotados e inoperantes aumentavam as despesas para além dos planejamentos e orçamentos.

Desse momento de nossa historicidade e em específico ponto à saúde, a autora Souza e Bravo (2007, p. 27) complementa dizendo o seguinte:

A partir de 1974, o bloco de poder, por não ter conseguido consolidar sua hegemonia ao longo de dez anos, modificou gradualmente sua relação com a sociedade civil. A política de saúde, neste período, enfrentou permanente tensão entre os interesses dos setores estatal e empresarial e a emergência do movimento sanitário. Nesta contradição, algumas medidas de saúde pública foram retomadas, embora de forma limitada.

A população não conseguia vislumbrar grandes avanços na saúde e em outros diversos setores do país. O descontentamento com as arbitrariedades e perseguições também contribuía com a antipatia da sociedade ao regime militar, fato que culminaria nos diversos protestos, greves e embates e que levaria a redemocratização ao longo do tempo.

Ainda acerca da tendência privatizadora da saúde instituída pelo regime militar, o autor SIMÕES (2009, p. 121-122) comenta sobre a época o seguinte:

A tendência á privatização médica previdenciária recrudesciu. Em 1970, o INPS contava com apenas 25 hospitais próprios, mas mantinha convênios com 2.634 hospitais privados. Essa situação resultava da política adotada pelo famoso Plano Nacional de Saúde, que pretendeu descentralizar a assistência médica, transferindo a da previdência para o Ministério da Saúde. Mas essa medida que, em tese era veio a ser adotada pela Constituição Federal de 1988 (SUS), entretanto, estava subordinada ao princípio da privatização, apoiada por financiamentos públicos e prevendo, inclusive o pagamento dos serviços médicos pelos trabalhadores, de acordo com uma escala salarial.

Essa tendência á privatização dos serviços públicos é uma máxima do capitalismo, porém não consegue minimizar as demandas por saúde, nem consegue também atender com a qualidade os usuários desse sistema. A inoperância desse sistema gerava ainda grandes custos e desvios de variadas formas, precarizando ainda mais os serviços prestados. Alguns avanços foram acontecendo, porém muito pouco se alterou a curto prazo esses contextos.

Desde a criação do Ministério da Saúde em 1953 as ações iniciais eram voltadas as campanhas sanitárias. Com o passar dos anos, principalmente nas décadas de 50/60/70, aumentou-se os custos com a saúde, e os orçamentos foram triplicados, visto ser a saúde prioritária em diversos planos do governo. Diversas conferências realizadas exigiam no período seguinte, diversas mudanças, regadas pela redemocratização, essas mudanças visavam também a unificação dos serviços de saúde, a descentralização administrativa com incentivo a municipalização das ações, tinham essas medidas a intencionalidade de reordenar o setor e atender as demandas individuais. (BRAVO, 2000)

As conferências foram cruciais para os avanços na saúde nesse período, motivadas pela liberdade experimentada em regimes democráticos, diversas propostas buscavam universalizar os serviços, e gerenciar orçamentos que fossem capazes de melhorar a qualidade e a quantidade de serviços prestados em saúde.

Com a chegada dos anos 80, diversas mudanças foram propostas e as conferências em saúde foram propulsoras desses avanços. O autor Simões (2009, p. 123) reforça muito bem essa ideia apontando o seguinte:

Na VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília, em 1986, foram debatidos inúmeros temas inovadores, sobretudo sobre a instituição de um sistema único de saúde (inspirado no modelo inglês) e a relação entre a saúde pública e a sociedade, com a participação de entidades representativas da sociedade civil. O sistema único, desvinculado da Previdência Social, deveria centralizar as políticas governamentais para o setor e, ao mesmo tempo, regionalizar o gerenciamento da prestação de serviços, priorizando o setor público e universalizando o atendimento. Serviu de base a experiência anterior do SUDS (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde), segundo o projeto de Reforma Sanitária, que fora objeto de debate na referida conferência (Escola e Lima, 1992).

Nessa perspectiva diversas mudanças foram operadas e o sistema de saúde propunha a unicidade das ações, a municipalização, descentralizando diversos procedimentos burocráticos que emperravam a dinâmica operacional dos serviços de saúde. Essas e as demais conferências foram cruciais para essa evolução no modelo de atendimento as demandas da saúde pública.

Com a Constituição de 1988 diversos avanços foram atrelados ao movimento sanitarista, entre estes merecem destaque: a saúde como direito universal e dever do Estado; universalização dos serviços e atendimentos; as ações de saúde são de relevância pública; cabe ao Poder Público fiscalizar, regulamentar, e controlar até mesmo a saúde privada; deve as ações de saúde fazer parte de um sistema único; o setor privado completa os serviços de saúde. (BRAVO, 2000)

Esse período finalizava a centralização das ações de saúde, assim como a discriminação entre medicina previdenciária que separava trabalhadores de cidadãos no atendimento. Essas mudanças foram determinantes para a universalização dos serviços e sua equanimidade. A hierarquização da rede de saúde descentralizava os serviços e determinava a regionalização, que minimizava a super lotação dos grandes hospitais das maiores cidades.

A unificação do sistema provocou também, diversas mudanças na forma de tratar a política de saúde, que foi aos poucos e intencionalmente protegendo o Estado dessa responsabilização, um desmonte dessa política de saúde foi construído e empurrando essa responsabilidade para a sociedade, principalmente para entidades do Terceiro Setor, que foram incentivadas, e diversas organizações foram criadas para essa finalidade. (SIMÕES, 2009)

Nesse contexto houve um afastamento do governo às questões sociais, porém a sociedade cobrava responsabilização e mudanças radicais, para o

reconhecimento da saúde enquanto direito público, nesse processo a unificação dos serviços de saúde, seria uma exigência e culminância que encontrava-se em fase de estruturação.

Desses avanços surge o Sistema Único de Saúde (SUS), sobre sua estruturação o autor Simões (2009, p. 126) comenta:

O SUS é estruturados pela regionalização, que é sua adequação às diferenças regionais, em vez de sua efetivação linear e igualitária; pela hierarquização de suas diversas instâncias operacionais, estruturadas segundo o grau das respectivas responsabilidades, sob comando único; e pela integração dessas instâncias em nível nacional, estadual e municipal. É descentralizado, pois deve malear-se por diversos níveis de direção administrativa, a começar pelo municipal. E deve assegurar o atendimento integral, independentemente da doença, com realce nas medidas preventivas.

A estruturação do Sistema Único de Saúde tem na regionalização e na descentralização seus principais alicerces, que ganham suporte na integralização e responsabilização por essa esfera de poder. As instancias municipal, estadual e nacional se unem para a realização de diversos serviços de saúde, separados por complexidade: baixa, média e alta complexidade.

A Constituição Federal de 1988 determinou no seu art. 198 que se ampliasse o atendimento de pessoas doentes e contratasse diversas atividades e estratégias no campo da prevenção. Ainda na mesma linha o art. 200 determina algumas atribuições para o sistema: formulação de políticas públicas; prevenção e tratamento de doenças; execução de ações de saneamento básico; desenvolvimento tecnológico e científico; a fiscalização e inspeção de alimentos e bebidas; colaboração com a proteção do meio ambiente; vigilância sanitária; saúde do trabalhador e outros. (SIMÕES. 2009)

A CF de 88 é realmente um avanço na formulação de direitos, serve como arcabouço para a implantação de cidadania, pois é muito completa nas suas determinações e objetivos. Todo o Sistema de Saúde foi planejadamente alicerçado, para que sua implantação nos moldes das novas exigências da sociedade se concretizasse.

2.3- A SAÚDE DA FAMÍLIA E SUAS DETERMINAÇÕES SOCIAIS E ECONÔMICAS

Com a implantação do Sistema Único de Saúdes (SUS) na década de 90, diversas mudanças estruturais e operacionais, foram introduzidas no desenho organizacional da política de saúde no Brasil, principalmente aquelas voltadas ao atendimento das questões de saúde da família. Também foi promovido uma descentralização que visava melhorar o desempenho dos municípios, nas questões operacionais das ações e recursos da saúde. (MOTA, 2009)

A descentralização alcançou profundamente os municípios nas questões de saúde, promovendo uma maior autonomia destes, que passaram a trabalhar com todos os orçamentos, administrando questões de saúde de pequenas complexidades, repassando as questões de saúde mais complexas para outras esferas do governo, fato que agilizaria as questões preventivas de saúde pública, além do combate de doenças.

Os municípios descentralizados ficavam mais ágeis nas questões mais urgentes de prevenção e combate de doenças. Uma atenção mais específica foi dada a família com a instituição de diversos programas de atenção básica de saúde. Essa transferência da responsabilização para com a atenção básica de saúde para os municípios aconteceu rapidamente, fato que somente com o tempo se mostrou em alguns setores eficiente, porém o Programa de Saúde da Família (PSF) foi a ação alicerçante da funcionalidade dessa municipalização da saúde, estratégia maior para as demais ações que foram efetivadas nesse contexto. (MOTA, 2009)

A institucionalização de um programa voltado a família é um grande avanço do sistema operacional do sistema de saúde pública no Brasil. A gerência de problemas pontuais e locais na saúde, articula-se com as demais esferas de gestão, que assumem as questões mais complexas. Dessa perspectiva de descentralização e de ações voltadas aos problemas próximos aos municípios, voltou-se mais particularmente ao atendimento de saúde das famílias.

É inegável a abrangência e a aceitação das famílias as ações do PSF, principalmente quanto ao gerenciamento municipal, mais eficaz e ágil, porém o

programa enfrentava problemas de adaptações na sua implantação. A autora Bravo (2007, p. 98) aponta muito bem essas incoerências afirmando que:

(...) No entanto, é forçoso reconhecer que a implementação do programa se deu em meio a uma variedade de contexto marcados pelas profundas desigualdades sociais, econômicas e regionais que moldam a realidade brasileira forjando um cenário complexo e heterogêneo e abrindo espaço para as mais diversas experiências de implantação do PSF. Análises sobre a implantação do programa exigem considerar, necessariamente, variáveis relacionadas a tais contextos e suas implicações na operacionalização da política.

Essa heterogeneidade regional em muito atrapalhou a instauração do PSF, visto ser complexo operacionalizar orçamentos muito parecidos com regiões com problemas diferenciados. Diversas adequações foram promovidas para melhor ajustar o programa às necessidades locais e pontuais; fato que exigia administrações diferenciadas do orçamento, que em alguns casos pedia mudanças quantitativas e não funcionais, que demonstrava também uma necessidade estrutural descentralizada capaz de responder as demandas que se apresentavam.

A estruturação do Programa Saúde da Família (PSF) teve seu início já nos anos 80 do século XX, se firmando como princípio na Constituição Federal de 1988, somente avançando com estruturações formalizadas na década seguinte, onde a municipalização das ações em saúde ganhou forma, e promove uma reformulação no desenho organizacional de todo o sistema, preparando-o para estruturar os municípios a fim de orientá-los no orçamento e nas funções, que iriam fazer parte da operacionalização da saúde local das famílias. (BRAVO, 2007)

Essa estruturação não aconteceu de maneira tão dinâmica, visto ser grande a complexidade da administração orçamentária, que daria suporte as ações de saúde no município, também mostrou-se complexa as diversidades de demandas e estruturas que os municípios apresentaram na implantação, fato preponderante para uma funcionalidade ainda muito dependente dos grandes centros.

Desse período de construção e estruturação do PSF a autora Mota (2009, p. 104) comenta sobre a centralidade do programa dizendo:

(...) Como exemplos de focalização podem ser destacados a centralidade do programa de saúde da família (PSF), sem alterá-lo significativamente para que se transforme em estratégia de reorganização da atenção básica em vez de ser um programa de extensão de cobertura para as populações carentes. O programa precisa ter sua direção modificada na perspectiva de promover atenção básica em saúde para toda a população de acordo com os princípios da universalidade. Para garantir a integralidade, o programa precisa ter como meta a organização do sistema como um todo, prevendo a articulação da atenção básica com os demais níveis de assistência.

O mecanismo e a centralidade do PSF em muito auxiliava as tomadas de decisão, porém esse contexto também gerou disparidades, ou seja, regiões ou localidades tinham realidades díspares que não podiam oportunizar aos usuários do programa o mesmo atendimento célere de outras regiões, principalmente nos exames de média e alta complexidade, que demoram muito para serem feitos ou para marcar uma vaga.

É necessário apontar que o PSF, nasceu e se estruturou dentro de uma política macroeconômica que foi mantida desde 2002, fato que contribuiu para um melhor desempenho do programa. Os de capacitação específicos foram transformados no PSF em capacitação de recursos humanos e ações de Reforma Sanitária puderam ser observadas nas atividades do PSF. (BRAVO, 2007)

Essa proposta foi construída num período de instabilidade econômica, que foi aos poucos sendo controlada, iniciando no governo de Fernando Henrique Cardoso, um quadro propício para sua estruturação completa e a total descentralização da saúde que culminaria na municipalização, fato que desencadeou diversos avanços no atendimento da família.

Com o passar dos anos do governo de FHC um problema mostrou-se ser complexo de resolver no programa, era a precarização e a terceirização dos recursos humanos nas diversas funções utilizadas pelo programa. A autora Mota (2009, p. 105) comenta acerca desse fato dizendo que:

(...) A incorporação dos agentes comunitários de saúde na equipe do Programa Saúde da Família (PSF) já foi polêmica, gerando diversos debates centrados na ausência de regulamentação da profissão como também da imprecisão de suas funções, da precarização das condições e da falta de concurso público para a seleção dos mesmos, que têm sido realizada, na maioria dos casos com base em indicações político-partidárias. Uma primeira questão relativa a esse debate já foi resolvida, ou seja, a profissão já teve sua regulamentação, mas as demais não. A contratação dessas outras categorias sem equalizar as questões referentes aos agentes comunitários é inaceitável.

A falta de compromisso com os diversos profissionais que fazem parte das equipes do Programa Saúde da Família (PSF), mostrou-se um gargalo na administração do programa, pois as constantes demissões ou trocas de profissionais, principalmente de médicos e enfermeiros, fugiam dos propósitos de aproximação desses profissionais e as famílias atendidas pelo programa.

A família é o fator preponderante para a estruturação e funcionalidade do PSF, porém a equipe de atendimento ainda passa por estruturações que dependem de contextos econômicos. Diversos profissionais são contratados e alguns demoram pouco tempo no serviço com a equipe saindo desta quando recebem propostas melhores para trabalhar em outro local, perdendo o vínculo com as famílias do programa. (BRAVO, 2007)

Somente com a realização de concursos públicos nas áreas profissionais utilizadas pelo PSF, iniciou-se a regularização das funções e as adaptações, foram profissionalizando o sistema e proporcionando ao programa uma evolução sistêmica muito necessária ao atendimento generalista, equânime e universalizado. Com medidas de prevenção e atendimento proximal a família, o programa esbarra ainda na pouca agilidade na marcação de exames e atendimentos de maior complexidade.

3- EXERCÍCIO PROFISSIONAL DO SERVIÇO SOCIAL: ATRIBUIÇÕES E COMPETÊNCIAS DENTRO DE UMA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR

Com o advento do Movimento de Reforma Sanitária, tanto a saúde como o serviço social, sofreram diversas mudanças que oportunizaram uma evolução na prática profissional de ambas as áreas profissionais. Nesse contexto aconteceu também diversas desconstruções das práticas tradicionais, acontecendo nas parcerias entre saúde e serviço social dentro do cenário das equipes multidisciplinares. (SILVA, 2006)

A parceria saúde e serviço social acontece já algum tempo, porém as diversas lutas populares e trabalhista onde o serviço social se inseriu a partir dos anos 1960 e 1970 com a estruturação e criação de sindicatos, não oportunizava ao assistente social, trabalhar exclusivamente a saúde e suas demandas que somente após os anos 1980 foram gradativamente acontecendo.

É notório que existem várias demandas pelo atendimento em saúde, visto ser o regime capitalista desigual e gerador de variados problemas sociais. O contexto socioeconômico e de domínio histórico da política capitalista, desagrega e consegue impor formas de controle social, que não oportuniza a todos os mesmos direitos. Na saúde especificamente as demandas crescem e os custos demandam grandes orçamentos que não conseguem, motivadas por ingerências, inoperâncias e desvios, atingir sua função social. Também estas desigualdades existentes, contribuem na dinâmica processual da saúde-doença, por esse motivo deve-se levar em consideração o contexto de vida das pessoas, campo de ação do assistente social. (BRAVO, 1996)

O assistente social foi inserido no contexto operativo da saúde pela sua importância e pela contribuição profissional que oportuniza, além do repensar as ações em saúde e como estas, podem trabalhar a cidadania nesses contextos de desigualdades sociais, que se explicitam nas doenças e na má qualidade de vida.

Dessa contribuição do assistente social nas equipes multidisciplinares de saúde e as dificuldades ainda existentes, o autor Silva (2006, p.349) comenta afirmando o seguinte:

(...) consideramos que a consolidação de um novo modelo para a política de assistência social depende da superação de antigas práticas e concepções, depende de como os prestadores de serviços e seus usuários percebem a assistência: se na perspectiva do direito ou se ainda mesclam a antiga prática caritativa com o movimento da sociedade atual, isto é, a busca e garantia dos direitos individuais e coletivos.

O serviço social e a prática do assistente tiveram que se modificar, adequando-se as novas exigências da sociedade e dos contextos geradores de desigualdades, também tiveram que desconstruir práticas profissionais antiquadas e fora de uma realidade que se transformou e exigem novas abordagens.

Partindo desse pressuposto o assistente social deverá inserir-se completamente nos contextos de saúde pública, especificamente no Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) que imprime a Estratégia Saúde da Família, que induz o profissional do serviço social, a repensar seus métodos e suas convicções ideológicas e práticas de sua profissão, inseridas nessas equipes multidisciplinares que se sustentam nas diferenças e envolvimento dos diversificados profissionais que fazem parte dessas equipes. (SILVA, 2006)

Estar inserido e participando de um contexto de saúde onde a disciplinaridade é o fator preponderante para a efetivação qualitativa de serviços de saúde, nesse cenário é enriquecedor para a prática do assistente social, sua direta participação nessas equipes.

O cotidiano das equipes multidisciplinares encontra-se em constante evolução e adaptação aos contextos e demandas que se apresentam, fato que não descaracteriza a qualidade no atendimento e nos serviços prestados à população de usuários. Observa-se que para a funcionalidade das equipes multidisciplinares ocorrerem de maneira dinâmica e assertiva, é necessário que todos os profissionais envolvidos, em especial o assistente social desenvolva ações voltadas à sinergia e busquem resultados coletivos e devidamente socializados. (SILVA, 2006)

Nessa perspectiva de entrosamento e coordenação dinâmica das ações do grupo, fica a característica principal para a consecução das atividades que visam cuidados não apenas curativos, mais priorizando também o envolvimento harmônico com a comunidade, onde o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) encontra-se inserido.

O compromisso dos profissionais que trabalham nas equipes multidisciplinares na saúde, nesse caso o assistente social, deve promover o compromisso com os princípios democráticos, com a cidadania na busca da concretização dos direitos sociais, explicitado no Código de Ética da profissão. Nesse contexto se faz necessário perceber uma atuação do assistente social e demais sujeitos, voltada a entender e operar entre a doença e a saúde que se entrelaçam no mesmo cenário de ação. Nessa perspectiva buscar-se também traduzir o projeto ético-político dentro da sincronia e caracterização condicional, onde profissionalmente o assistente social encontra-se inserido. (IAMAMOTO, 2002)

É desta forma que o trabalho nas equipes multifuncionais do NASF poderá surtir efeito e promover a realização profissional dos envolvidos. Nesse aspecto é importante que cada membro operacionalize o que determina sua função profissional, buscando oportunizar aos atendidos condições para uma interação dialógica e democrática.

Na ação do assistente social frente ao Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), compondo a equipe multidisciplinar, não fica precisamente explícito os princípios e valores do seu projeto ético-político e de sua profissão ou categoria, porém, o assistente social deverá ser a conexão entre usuários e o acesso a direitos sociais, na percepção da instrumentalidade que o sistema fornece e a capacidade desse instrumento na resolução do problema e fomentação de direitos. Essa percepção também deve antecipar-se as demandas e as desigualdades existentes para antecipar também, o que a equipe multidisciplinar efetivará. (IAMAMOTO, 2002)

É esperado do assistente social que ultrapasse o tradicional, a simplicidade e as conveniências, que sua intervenção se faça num contexto de

socioeducação e de efetivação de direitos e cidadania, que saiba envolver-se e trabalhar em contexto multidisciplinar, democrático, ágil, colaborador na busca de resultados.

Nessa perspectiva de trabalho multidisciplinar e voltado a resultados o CFESS (2009 p. 13) corrobora afirmando ainda que:

É a capacitação permanente que possibilita ao profissional romper com a prática rotineira, acrítica e burocrática, e buscar, a partir de investigação da realidade a que estão submetidos os usuários dos serviços de saúde, a reorganização da sua atuação, tendo em vista as condições de vida dos mesmos e os referenciais teóricos e políticos hegemônicos na profissão, previstos na sua legislação, e no projeto de Reforma Sanitária.

Conhecer as realidades socioeconômicas dos usuários e os contextos de vida que os cercam, possibilitará ao assistente social uma assertividade maior na resolução de demandas sociais, que serão refletidas na qualidade de saúde desses usuários. Romper com o tradicional, não é desconsiderar o que se aprendeu, porém é um chamado para a desconstrução de práticas já ineficientes e uma construção cotidiana de procedimentos.

Existem profissionais que trabalhando em equipes multidisciplinares, conseguem ultrapassar o usual e o esperado, melhorando seus conhecimentos e suas práticas, que fogem do tradicionalismo burocrático que emperram as decisões objetivas e céleres. Porém existem também profissionais que tradicionalmente assumem uma posição extremista e conflitante no trabalho em equipe multidisciplinar, tornando suas ações práticas bastante previsíveis e determinantes para o marasmo do trabalho em equipe. (BRAVO, 1996)

É perceptível o problema da tradicionalidade na prática do assistente social, frente às demandas da equipe multidisciplinar no Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), pois esses espaços não comportam conflitos nem inoperância, visto ser importante para os usuários, que necessitam e exigem enquanto cidadãos que tais equipes trabalhem harmoniosamente para resolverem a tempo hábil a demanda.

O assistente social encontra-se no contexto de saúde, inserido numa equipe multidisciplinar, para efetivar direitos contribuindo e participando da política de saúde. Com criticidade voltada ao aperfeiçoamento das ações e de sua prática, deve observar que somente com educação e a busca cotidiana pela competência, poderá transformar os contextos de desigualdades criticando e propondo soluções. (BRAVO, 2006)

A prática do assistente social no NASF exige reflexões diárias para que se efetivem críticas ao sistema, não na percepção conflitiva, mais numa visão de somação, adequação e aperfeiçoamento das práticas. Conhecer as realidades e as ações que podem acrescentar direitos e respeito pelos usuários. A luta constante do assistente social requer conhecimento, aperfeiçoamentos e abertura para promover mudanças e melhorias quando necessário.

3.1- NÚCLEO DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF): REFLEXÕES SOBRE SUA FUNCIONALIDADE E EFICIÊNCIA

Nas diversas evoluções ocorridas na saúde pública brasileira, a atenção básica nos moldes como a conhecemos na atualidade se consagra como uma das melhores, pois as equipes multidisciplinares fornecem a dinâmica geradora de qualidade de vida aos usuários, visto ser ampla a sua cobertura e diversificado os seus serviços de saúde. Centrada numa visão curativa e de prevenção, destaca-se como uma ação da política de saúde no Brasil. Nessa perspectiva busca via NASF criar um vínculo familiar- comunitário com suas ações, voltadas a oportunização de direitos e cidadania, alicerçada nas ações em saúde da equipe multidisciplinar. (IAMAMOTO, 2002)

Essa iniciativa voltada a trabalhar a qualidade de vida dos usuários é que têm destacado o trabalho das equipes multidisciplinares do NASF, pois conseguem reorganizar o processo de trabalho dos variados profissionais envolvidos, mesmo com algumas dificuldades apresentadas no processo de prestação dos serviços ofertados.

A atenção básica tem na prevenção e na promoção da saúde seus focos principais, porém alguns problemas na sua funcionalidade determinam que mudanças urgentes sejam efetivadas, pois a atenção básica requer um trabalho específico e realizado por uma equipe multidisciplinar de profissionais, que devem inserir-se num contexto dinâmico operacional, assertivo, e principalmente coletivo, ponto essencial para a obtenção dos resultados. Essa prática profissional não individualizada pressupõe quebra de paradigmas e reconstruções das práticas profissionais para todos os componentes da equipe multidisciplinar. (ALVES, 2005)

Essas discussões e individualidades na dinâmica operacional das equipes multidisciplinares, contextualizam as maiores dificuldades encontradas no cotidiano das equipes do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), porém não é uma prática corrente visto ser um fator que torna inoperante ou deixa á desejar, todo o trabalho da equipe que se institucionaliza alicerçada no trabalho e na sinergia das equipes.

O autor Alves (2005, p.04) consegue em breves palavras reforçar a ideia errônea da operacionalidade individualizada na equipe multidisciplinar, afirma ainda que:

A integralidade contrapõe-se à abordagem fragmentária e reducionista dos indivíduos. O olhar do profissional, neste sentido deve ser totalizante, com a apreensão do sujeito biopsicossocial. Assim, seria caracterizada pela assistência que procura ir além da doença e do sofrimento manifesto, buscando apreender necessidades mais abrangentes dos sujeitos.

Dessa iniciativa integradora parte toda a proposta para o trabalho com as equipes multidisciplinares, pois este modelo profissional parte do pressuposto de unir em equipes de variadas disciplinas, que respondem a um comando hierárquico superior que alicerçados em dados e mensurações, trabalham de forma conjunta visando atingir metas pré-estabelecidas em saúde pública.

Evidencia-se a necessidade de uma reformulação nas práticas de saúde, visto está ainda comprometida com a individualidade que causa a inoperância de equipes multidisciplinares. Nesse contexto é interessante apontar que as dificuldades causadas pela individualização nas ações de saúde, apontam para uma necessidade urgente do repensar das práticas profissionais cotidianas, para reforçar o modelo biomédico e curativo. (OLIVEIRA, 2006)

Nessa perspectiva espera-se que as equipes multidisciplinares, onde o assistente social contribui com sua prática profissional, consiga ultrapassar a barreira da individualidade para melhor oportunizar o acesso a saúde por parte da população usuária, que espera que a política de saúde pública, estabeleça um padrão de qualidade nas suas ações.

O trabalho multidisciplinar das equipes do NASF deve fluir em toda e qualquer ação voltada à efetivação de direitos em saúde, porém essa característica multidisciplinar ainda gera conflitos. Dentro desse contexto o autor Oliveira (2005, p. 21) ainda comenta o seguinte:

Interdisciplinaridade parte do pressuposto de uma axiomática comum a um grupo de disciplinas conexas cujas relações são definidas a partir de um nível hierárquico superior ocupado por uma delas. Exige a identificação de um problema comum, levantamento de uma delas. Axiomática teórica e/ou política básica é uma plataforma de trabalho conjunto.

Nessa expectativa fica quase impossível a realização de um trabalho individual dentro do contexto do NASF e suas equipes multidisciplinares, porém em algumas equipes a inexistência pela individualização fomenta diversas discussões e inoperâncias, que se traduz em críticas da população em alguns momentos, dessa histórica luta para a efetivação de direitos.

A efetivação da integralidade na saúde denota por si só, o envolvimento de profissionais diferentes em suas especialidades, propensas ao trabalho sinérgico e em equipe, e voltados para uma responsabilidade social. O caminho para a integralidade é complexo, visto não depender das determinações legais, normativas ou operacionais do SUS, mais de contextos anteriores à prática profissional, num cenário academicista de formação, onde já se deveria tratar a temática, buscando desenvolver práticas coletivas e multidisciplinares. (OLIVEIRA, 2006)

A construção da consciência de integralização e trabalho em equipes multidisciplinares, deve começar bem cedo, pois os próprios formandos desenvolvem ainda na academia, princípios individualizadores e práticas profissionais desconectados de uma posição coletiva e voltada a assertividade de uma equipe multifacetada.

Ainda sobre as dificuldades do trabalho em equipe multidisciplinar o autor Oliveira (2006, p. 23) aborda o seguinte:

Atualmente a interdisciplinaridade no campo da saúde é uma necessidade. Entretanto, constitui também um desafio, pois as relações entre os profissionais da saúde requerem uma compreensão maior sobre os processos de formação de vínculos afetivos e laços sociais além de propiciar a troca entre eles através da convivência e do diálogo interdisciplinar. Assim, o aprendizado vai sendo incorporado ao exercício profissional, e dessa forma pode ocorrer uma mudança de referencial teórico e prático de cada categoria profissional. Para que ocorra a interdisciplinaridade em saúde faz-se necessário uma mudança significativa dos paradigmas tradicionais norteadores da formação dos profissionais da saúde, buscando uma compreensão mais ampla da pessoa humana, tanto a que se propõe a cuidar da saúde de outrem como a pessoa que adoece; colocando os sujeitos em interação com outros sujeitos, preocupados todos com o que pode significar conhecer objetos, pessoas e coisas.

É nessa perspectiva que se fundamenta o trabalho do assistente social em equipe multidisciplinar, muito embora saibamos que uma individualidade permeia e atrapalha o trabalho coletivo, que necessita de sinergia e um bom entrosamento entre as funções para gerar assertividade e qualidade nos serviços prestados aos usuários.

Uma das principais diretrizes para o funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS) e respectivamente, o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) com a estratégia de Saúde da Família e a integralidade das ações com formulações embasadas nos contextos socioeconômico familiar e cultural, que preconiza as práticas de saúde organizadas multidisciplinarmente, para realizar ações de prevenção, promoção, reabilitação e cura. Para que isso aconteça as equipes tem que promover e facilitar o acesso às diversas redes de atenção nos diversos níveis de complexidade, provocando a descentralização das ações em saúde. (ALVES, 2005)

Para a realização dessas diversas ações em saúde é necessário uma equipe dinâmica e completa com diversos profissionais, trabalhando no uso de suas técnicas e saberes distintos, que juntos e harmônicos, conseguem trazer os benefícios da política de saúde a toda população.

3.2- SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE: ATRIBUIÇÕES E COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS

O trabalho do assistente social frente às demandas de saúde na atenção básica representa um novo formato intervencionista na saúde para este profissional, pois inserido na equipe multidisciplinar foca basicamente o vínculo familiar e o comunitário, reorganizando contextos e operacionalidade, pois esse novo aspecto de atendimento necessita que todos os profissionais inseridos estejam prontos e sinergicamente unidos para um trabalho proximal aos usuários atendidos.

Na prática profissional cotidiana ainda se apresenta uma pequena dificuldade de entendimento da proposta da atenção básica nas equipes multifuncionais, visto ser complexo trabalhar diversos conhecimentos, posicionamentos técnicos- operativos e ideologias distintas ao tempo que se prestam diversos atendimentos em saúde, fato dificultador de um entrosamento maior. (OLIVEIRA, 2006)

As variadas formações e vivências tornam as equipes bastante diferenciadas uma das outras, porém os usuários não conseguem detectar problemas aparentes na relação da equipe, visto ser a dinâmica operacional da equipe bastante envolvente e atuante, desta forma impossibilita aos usuários verificar os aspectos negativos.

A prevenção e o modelo promotor a saúde objetivos maiores da atenção básica, são motivos que unifica o trabalho multidisciplinar da equipe permitindo que diversos profissionais prestem serviços qualitativos á população, estando quase envolvidos na dinâmica da comunidade e das famílias atendidas. Essas ações ainda caminham para um melhor ajustamento, para um maior impacto coletivo fato que se mostra ser um dos grandes desafios no trabalho multidisciplinar. (OLIVEIRA, 2006)

Nessa perspectiva o trabalho com a atenção básica exige do profissional da assistência social um ecletismo superior aos seus níveis de preparação academicista, pois o trabalho conjunto necessita de envolvimento e adequações voltados a sinergia do grupo, que possui prazos e metas para cumprir, tornando esse relacionamento multidisciplinar muito complexo e com certos desencontros.

O assistente social na efetivação do trabalho coletivo encontra algumas dificuldades, visto apontarem a individualização de algumas funções fato comprovadamente dificultador sinérgico, para um bom desempenho geral da equipe. Alguns profissionais nas equipes não se importam com os resultados coletivos, se individualizam em suas ações, prejudicando o trabalho dos demais membros, também não repassam dados ou anotações importantes para as demais funções que não conhecem toda a realidade do programa. (OLIVEIRA, 2006)

As atitudes citadas conseguem realmente prejudicar em parte um melhor desempenho das equipes ou de alguns membros, porém não conseguem minimizar os resultados positivos que as equipes consegue com esforço alcançar. É necessário um esforço maior na busca de informações necessárias ao bom andamento de suas funções, devendo sempre em reuniões avaliativas expor tais problemas no intuito de resolver as questões pendentes.

As demandas em saúde vão sempre desafiar as competência técnicas do assistente social, que por vezes não são estimuladas na formação profissional. Nesses casos os profissionais não encontram-se protegidos pelas paredes da academia, enfrenta suas dificuldades muitas vezes sozinho e tem que acertar nos procedimentos. (CANUTO, 2004)

Quando entra numa residência em visitas ou atende um usuário, um mundo de conhecimentos e perspectivas se mostram a depender das perguntas que o assistente poderá fazer. Estes procedimentos não são insistentemente aprendidos nas academias, por vezes é relegado ao esquecimento e comprometem as abordagens do assistente social na sua rotina diária futura.

O Serviço Social é uma das áreas que mais se identifica com a saúde e seus desafios colocados por esse novo modelo, pois iniciou muito antes um trabalho focado na família, na luta contra a fragmentação social e as desigualdades apresentadas, já algum tempo na sociedade brasileira. Essa bagagem de procedimentos, análise contextual e prática servem em muito para esses novos contextos de inserção na saúde. (CANUTO, 2004)

Essa prática desenvolvida ao longo dos anos torna o assistente social muito mais eficiente e assertivo no cumprimento das metas quanto no atendimento,

análise e tomada de decisões na rotina do trabalho em equipe multidisciplinar, fato que pode com facilidade ser observado no trabalho das equipes.

4- RESULTADOS E DISCUSSÃO NO NASF DE PROPRIÁ

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família- NASF de Propriá, estado de Sergipe, encontra-se devidamente estruturado, dentro da Unidade de Saúde Doutora Márcia Dantas, situado no bairro Matadouro. Ocupa 2 (duas) salas da referida unidade e encontra-se devidamente preparado para atender as demandas operacionais que são apresentadas cotidianamente.

A cidade de Propriá/SE possui duas equipes do NASF a equipe lócus da pesquisa e a outra instalada na Unidade de Saúde- José Renato Vieira Brandão no bairro conjunto Maria do Carmo Alves.

As equipes são do NASF são formadas por diversos profissionais: assistente social; médicos; enfermeiros; dentistas; auxiliares técnicos; agentes de endemias; agentes de saúde dentre outros.

A presente pesquisa ouviu a assistente social inserida na equipe do NASF. Diversos questionamentos foram feitos e diversos diálogos e discussões foram oportunizados, porém buscou-se focar no questionamento pré-estruturado para melhor conhecer a realidade da inserção e funções do assistente social na equipe multidisciplinar do NASF.

Iniciou-se a discussão sobre o tema Sistema Único de Saúde (SUS) suas qualidades e suas deficiências operacionais. Quando perguntado acerca do SUS o assistente social fez uma pequena análise apontando que:

O Sistema Único de Saúde (SUS) é definido como primeiro contato do usuário, na rede da atenção básica, caracterizando-se, principalmente, pela função de reorganizar a prática da atenção à saúde, elevando através do Programa Saúde da Família (PSF) que a saúde ficou mais próxima, visando uma melhor qualidade de vida dos usuários. Desta forma, a política do SUS introduziu elementos ligados ao papel desejado da Atenção Primária à Saúde: o acesso de primeiro contato do indivíduo, a continuidade, a integralidade, universalização, descentralização e a coordenação da atenção dentro do sistema. (ENTREVISTADO)

É notório que o assistente social tem ciência de sua responsabilidade na instituição do modelo de saúde definido pelo SUS, também compreende a importância das atividades propostas para a equipe multidisciplinar, porém é consciente quanto aos problemas enfrentados cotidianamente no núcleo.

Dentre algumas dificuldades enfrentadas pelas equipes do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) é a formação profissional que não consegue atender as necessidades do SUS e da atenção básica, distanciando esses conhecimentos das propostas docentes e pedagógicas, para formar inicialmente o assistente social, para o trabalho com serviços singulares na saúde. (ALVES, 2005)

Os núcleos espalhados pelo país são muito parecidos uns com os outros, porém são caracterizados para cada região atendida tendo um formato adequado as realidades apresentadas. Nesse contexto questionou-se para a assistente social como esta caracterizava a Estratégia de Saúde da Família no município de Propriá. Segundo ela:

Ela deverá intervir nas mais diversas expressões da questão social no âmbito da saúde, como atender a família como um todo; busca ativa de usuários; orientação e educação em saúde, nas residências, escolas dentre outros, e a contra referencia. (ENTREVISTADO)

A dinâmica operacional dos núcleos é muito próxima enfrentando dificuldades parecidas, porém os serviços essenciais são mantidos buscando sempre a melhoria do atendimento, para oportunizar melhor qualidade de vida aos usuários.

O assistente social inserido nesse contexto de diversos saberes tem que buscar como principal eixo a criatividade e a incorporação das novas exigências e requisições de sua profissão, para dar respostas qualificadas às necessidades que os usuários demonstram na rotina diária. (BRAVO; MATOS, 2009)

A criatividade e adequação as circunstâncias aparecem como qualidade para o assistente social, desenvolver ou praticar na dinâmica das equipes multidisciplinares que cumprem a rotina operacional do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF).

Quando questionado sobre qual a análise que fazia sobre o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) no município de Propriá, a assistente social comentou sobre a funcionalidade no núcleo afirmando que:

O NASF (Núcleo de Apoio a Saúde da Família) no município de Propriá trabalha em conjunto com as equipes da família, estando sempre em contato com essas equipes composta por médicos, enfermeiros, agentes comunitários de saúde e etc, propondo ações, esclarecimentos sobre os casos matriciados, para que nosso serviço seja feito de forma articulada com as equipes e temos como eixo a responsabilização, gestão compartilhada e apoio à coordenação do cuidado, que se pretende pela saúde da família. (ENTREVISTADO)

O trabalho em equipe multidisciplinar requer uma capacidade maior em articular procedimentos conjuntos com outros profissionais, para que os resultados sejam sempre nas metas desejadas. A capacidade de articular em equipe para um resultado único é fator preponderante para o sucesso nas ações de saúde no Núcleo de Apoio a Saúde a Família (NASF).

O NASF exige também do assistente social um trabalho com fundamentação sobre as políticas públicas de saúde, para conhecer melhor suas funções, conhecer também o perfil epidemiológico da população e da comunidade que ia atender e ter habilidades para abordar o usuário, acolher, ouvir, comunicar-se e interagir em equipe, essas habilidades devem permear os conhecimentos teóricos obrigatórios. (NASCIMENTO E OLIVEIRA, 2010)

As habilidades apontadas serão cruciais para a fluidez e a assertividade das expectativas para as metas, além de facilitar o trabalho do assistente social frente as demandas do NASF.

Sobre essas habilidades e posicionamentos do assistente social frente às exigências da equipe multidisciplinar, a assistente social entrevistada quando questionada sobre o tema e como observa o posicionamento do Serviço Social frente aos grandes desafios, anotou o seguinte:

Vejo como um grande desafio mesmo, buscar alternativas para o enfrentamento da garantia de direitos, uma vez que o Estado muitas vezes se omite das suas obrigações. (ENTREVISTADO)

A fuga do Estado de suas obrigações sociais é também um grande problema enfrentado por todos que operam no NASF, pois a falta de qualquer material ou posicionamento orçamentário, pode comprometer todo o trabalho da equipe, fato que o assistente social percebe de antemão às consequências

negativas na consecução de direitos para os usuários, porém é uma realidade que estes profissionais são obrigados a gerenciar esses impactos.

4.1- PERFIL DOS ATENDIDOS PELO NÚCLEO DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF)

O NASF de Propriá não se diferencia muito na questão de usuários quanto á outros NASF existentes pelo Brasil, visto ser muito igual à problemática de saúde pública brasileira. As diferenças são regionais, motivados por diversos fatores que influenciam diretamente na qualidade de vida das pessoas. Os usuários do NASF de Propriá compreendem pessoas de ambos os sexos, porém procuram o NASF, 65% de mulheres e 35% do sexo masculino. As crianças 60% são meninas e 40% meninos. Os idosos cerca de 70% são do sexo feminino e 30% do sexo masculino.

São moradores dos bairros próximos do NASF que compreende a seguinte área; bairro matadouro, bairro da poeira, bairro propriazinho, bairro Nossa Senhora de Fátima. Estas áreas fazem parte de uma região mais periférica da cidade, que possui 90% das casas com água encanada e rede de esgotos funcionando.

Quando perguntado a assistente social como se estabelecia a relação entre a mesma e usuários no NASF de Propriá, ela afirmou que:

Como já foi falado os casos são todos matriciados por uma equipe, onde o primeiro passo é repassado toda a situação do usuário a Assistente Social ou outro profissional do NASF. Então quando chegamos até o usuário através da visita ou do atendimento na unidade de saúde, já sabemos todo histórico do usuário, onde procuramos ser intermediário (a depender do problema) entre o individuo e as outras políticas intersetoriais, para que assim possamos viabilizar o acesso e o direito desses indivíduos aos benefícios e serviços. Trabalhando sempre em equipe com responsabilidade, educação, saúde e participação social, tendo a integralidade como nossa premissa principal. (ENTREVISTADO)

O trabalho articulado em equipe é talvez a grande marca da funcionalidade do NASF, pois os usuários sempre mantêm um padrão onde fica explicito, quem e quais são os que mais buscam os serviços multidisciplinares. A prática da responsabilização em todos os membros da equipe define os resultados assertivos e o cumprimento de metas.

A oportunidade de trabalho em equipe é fundamental para o assistente social, que deve conhecer a realidade dos usuários e seus contextos de vida, para melhor definir condições de atendimento e veiculação dos direitos. Para a efetivação

de direitos poder-se á realizar em certos casos o que não é preconizado. (COSTA, 2008)

Diversas vezes o assistente social terá que improvisar e adequar-se para que o atendimento aconteça, por isso é muito importante a sinergia da equipe é o compromisso uns com os outros, somente desta forma se conseguirá resultados.

Como mobilizar a comunidade para que diversos temas sejam tratados no plano de educação para saúde, pois essa comunidade é bastante heterogenia. Quando perguntado sobre esse tema, especificamente quais estratégias de mobilização social e participação democrática nas ações do Núcleo de Apoio a Saúde da Família- NASF, a assistente social elencou as seguintes estratégias:

As mobilizações vêm através de palestras, orientações, campanhas de prevenção e promoção da saúde que vem dos postos de saúde e suas equipes, que são a porta de entrada de toda a população.
(ENTREVISTADO)

Os usuários do NASF costumam na grande maioria participar das palestras ou orientações quando convocados, porém quando tais encontros acontecem em horários inconvenientes o número de pessoas presentes diminui. Essas estratégias servem principalmente para a promoção de campanhas preventivas, vacinações e cuidados. Tais momentos também são utilizados pelo assistente social para promover diálogos e discussões sobre diversos temas sobre cidadania e direitos.

4.2- O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NO NÚCLEO DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA

O profissional assistente social inserido na equipe tem diversas atribuições e algumas delas são estrategicamente importantes, porém não seriam tão eficientes sem o trabalho dos demais profissionais e saberes envolvidos. Das informações trazidas pelos agentes comunitários, até o atendimento na unidade de saúde (atendentes, médicos, técnicos, enfermeiros) todos cumprem um papel essencial para o sucesso das ações.

Isto é tão notado, que quando trabalha o assistente social no NASF operacionaliza com diversos setores. O assistente social entrevistado acerca das atribuições e competências do assistente social no NASF alencou as seguintes:

Ações sociais educativas sobre: direitos sociais, violência ou negligência intrafamiliares, benefícios e programas sociais, idosos isolados, busca de tratamento para dependentes químicos e alcoólatras, famílias e usuários que se encontram em vulnerabilidade social e ações do hiperdia semanalmente, dentre outros. (ENTREVISTADO)

Os serviços e atribuições citadas fazem parte de um roteiro de ações diárias e cotidiana do assistente social no NASF, muito embora existam outras atividades e funções conjuntas que não foram citadas e são também bastante importantes para a funcionalidade dos programas e da equipe.

Essa forma de atuação do assistente social explicita os grandes desafios da profissão frente às demandas do NASF. Todavia estes serviços na atenção básica não estão fortemente arraigado ao tradicional, pois espera-se que o assistente social com uma intervenção socioeducativa consiga efetivar direitos com uma ação interdisciplinar e voltada á resultados. (IAMAMOTO, 2002)

A postura tradicionalista no assistente social pode comprometer o trabalho em equipe multidisciplinar, que exige posicionamentos, muitas vezes fora do usual ou do que se aprendeu na teoria academicista, que não prejudica em nada a ética e a técnica- operativa da função.

Nesse contexto interrelacional do assistente social e demais profissionais membros da equipe, ficou claro na entrevista que ocorre interdisciplinarmente e de

maneira profissional de respeito aos saberes distintos dentro de um clima voltado a parcerias.

Acerca dos projetos e atividades desenvolvidas pelo assistente social, no Serviço Social, a entrevistada comentou o seguinte:

O que mais encontramos em campo e na sede do NASF, são casos de vulnerabilidade social; negligência com idosos; acompanhamento ao Instituto Nacional do Seguro Social- INSS a fim de requerer Benefício de Prestação Continuada- BPC- deficiente e idoso; crianças e adolescentes em idade escolar fora da escola, usuários com doenças graves e/ou crônicas que necessitam de orientações para o acesso a seus direitos. (ENTREVISTADO)

Essas são algumas atividades que o assistente no NASF operacionaliza na sua rotina diária, fomentando cidadania e em muitos casos uma melhor qualidade de vida aos usuários.

Um novo modelo de saúde se explicita e se faz necessário que o assistente social se envolva e se adapte para melhor adequar-se as circunstâncias dessa nova proposta, pois não conseguirá adentrar a um novo modelo de trabalhar a saúde, saberes, tão importante ao seu crescimento profissional. (NASCIMENTO E OLIVEIRA, 2010)

As habilidades desenvolvidas no trabalho em equipe proporcionam ao assistente social, novas vivências necessárias a prática, visto ser muito dinâmico esse espaço de múltiplos saberes onde operará visando complementar o trabalho profissional dos demais membros da equipe.

Acerca do trabalho do assistente social no Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) na defesa da saúde, enquanto direito social e dever do Estado, o assistente social entrevistado afirmou que:

O profissional do Serviço Social deve estar sempre na perspectiva de possibilitar aos usuários conhecer seus direitos, que tenham compromisso e participação na luta por seus direitos, através dos atendimentos individual, familiar ou coletivo, visitas domiciliares e uma boa relação com as outras articulações intersetoriais (CRAS, CREAS, CREAM, CT e etc.), onde ocorre na maioria das vezes através de relatórios. Também orientamos em relação ao direito previdenciário e assistência social, com o objetivo de solucionar casos ou situações que são de difíceis resoluções. (ENTREVISTADO)

A relação de atividades e parcerias são uma realidade na prática operacional da equipe, estas necessitam de um grande envolvimento e responsabilidade do assistente social e demais membros.

Todas as redes setoriais são envolvidas na rotina dos assistentes sociais. O ambiente associativo onde diversos profissionais juntam capacidades distintas para que, num canal de multiplicação de informações se vincule os direitos dos usuários. Todavia é necessário que o assistente social tenha cuidado para não extrapolar suas reais funções e sobrecarregue a carga já muito grande de atribuições para o assistente social. (COSTA, 2008)

A rotina diária para a equipe no Núcleo de Apoio a Saúde da Família-NASF é recheada de atividades individuais e coletivas que demandam tempo, análises e reflexões sobre a prática profissional, porém deve ser limitada á cada saber cotidianamente substituições ou arranjos para realizar serviços e atividades que não são suas.

Para finalizar a pesquisa questionou-se ao assistente social, quais seriam as principais demandas dos usuários postas ao Serviço Social? Que prontamente respondeu assim ao questionamento:

É realizado através de fluxo de atenção e apoio matricial da equipe de saúde da família, que trazem as demandas dos usuários que não conseguiram solucionar com os profissionais das equipes, então fazem o matriciamento para juntos tentarem solucionar os casos e demandas existentes. (ENTREVISTADO)

Nota-se que o assistente social tem um leque de atividades que necessitam de sua avaliação e análise para que se encontrem soluções viáveis na dinâmica de atendimento do Núcleo de Apoio a Saúde da Família(NASF). Esses desafios cotidianos complementam as ações do assistente social e este ainda consegue operacionalizar tudo o que foi relatado com recursos parcos e estrutura mínima possíveis, porém um grande compromisso ético e profissional supera todas as adversidades ainda existentes na profissão.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa analisou o trabalho do profissional assistente social no contexto de equipe multidisciplinar do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), através das experiências, concepções teórico-metodológica e percepções dos profissionais inseridos na Estratégia de Saúde da Família no município de Propriá, estado de Sergipe. Para a consecução, buscamos refletir e analisar como o profissional do serviço social compreende a sua importância nesse contexto dinâmico da equipe e seu envolvimento nas atividades próprias a operacionalização do NASF referido anteriormente.

As análises explicitaram que um tradicionalismo insiste em permear as ações e práticas profissionais do assistente social mesmo frente a um contexto claro de evolução da profissão. Também ficou identificado, que os demais profissionais que compõem a equipe multidisciplinar no NASF junto com o assistente social, não compreendem com exatidão as principais funções do assistente social nesse contexto multidisciplinar. Ainda caracterizam o assistente em contextos de assistencialismo, ajuda caritativa e a preparação para o acesso a benefícios previdenciários, uma falha conceitual e de conhecimentos sobre a formação e a prática profissional do assistente social.

Ainda não ficou claro quais às funções específicas do assistente social quando se insere em equipe multidisciplinar do NASF, mesmo sendo essa categoria, reconhecida por outros trabalhos conjuntos até mesmo na saúde. Essas características negativas não conseguem diminuir a importância do profissional assistente social, em diversos contextos de política pública, que atuam e continuam atuando.

É necessário acrescentar que entrevistados e a pesquisa constataram que a política econômica do país, centrada no modelo neoliberal, repassa para todas as áreas onde a assistência social se insere, grandes dificuldades operacionais e profissionais, visto ser esse modelo gestor, alicerçado em grandes desigualdades e grandes demandas sociais, fato dificultador para a prática do profissional do serviço social em qualquer área da política pública, devido á orçamentos sempre menores que a necessidade operacional.

Muito embora os resultados da prática profissional do assistente social mostrem ótimos resultados de completa inserção desse profissional em diversas áreas, ficou evidente que em contextos de saúde pública onde diversificados profissionais e suas diversas orientações prática necessita que se instrumentalize melhor, tais profissionais para que no enfrentamento das desigualdades sociais ainda resistentes, possam oportunizar melhores atendimentos e ações voltadas a saúde e a melhor qualidade de vida dos usuários.

Fica evidente que muitos problemas e obstáculos fazem parte do cotidiano da prática do assistente social nas equipes multidisciplinares do NASF, na cidade de Propriá, lócus da pesquisa e acredita-se que se assemelha a diversas outras equipes espalhadas pelo Brasil. Também se observou que os profissionais dessas equipes sem especificidade o assistente social consegue no seu cotidiano sua adequação aos contextos desiguais promovendo um atendimento de qualidade e um envolvimento completo para oportunizar a efetivação dos direitos que tratam essa específica área.

Os pressupostos éticos e políticos defendidos pela profissão devem alicerçar as atitudes no cotidiano profissional dos assistentes sociais, porém é somente, com o envolvimento nas atividades diárias de atendimento, conhecendo e buscando informações sobre a realidade dos contextos de vida dos usuários, para melhor estabelecer práticas e procedimentos profissionais que sejam capazes de intervir nas realidades apresentadas, minimizando os impactos das políticas geradoras de desigualdades.

A saúde no cotidiano para a sua efetivação e operacionalização necessita mediar diversificados saberes, estimulando práticas intersetoriais voltadas para uma ação em rede, devidamente articulada e sinérgica nas ações com os usuários para garantir direitos. São identificáveis alguns problemas existentes na articulação dos membros, porém é notório também o esforço dedicado de cada membro em função de um trabalho uniforme e voltado às metas pré-estabelecidas na área.

Expôs-se também que a atuação do assistente social na equipe de atenção básica em saúde é permeada por grandes contradições, visto ser a proposta do Sistema Único de Saúde SUS privatista, enquanto a formação do

assistente volta-se a princípios humanistas que não condizem ou pactuam com as desigualdades verificadas na sua cotidianidade no atendimento aos usuários.

Ficou evidente que os profissionais do serviço social necessitam repensar suas práticas técnico-operativas para melhor situar-se frente aos desafios da atenção básica e do trabalho em equipes multidisciplinares. É fato que não só o profissional do serviço social necessita aperfeiçoar-se, diversos outros profissionais inseridos nesse mesmo contexto de atendimento, necessitam também de melhor adequação e desconstrução de práticas muitas vezes individualizações e desconectas do resultado final.

O conhecimento fragmentado desses diversos profissionais sinaliza que o aspecto formador deve pontuar as ações coletivas, e esses novos princípios exigidos nesses contextos de variadas formas de expressão profissional. Desta forma deve-se buscar um novo modelo referendado em conhecimentos teóricos e práticos, porém socializados de práticas profissionais que atenda as expectativas dos usuários.

Nessa perspectiva espera-se que os novos profissionais do serviço social formados nessas novas exigências contextuais, possam ser capazes de assimilar a capacidade de adequação e mutação, necessárias ao envolvimento destes profissionais nas equipes multidisciplinares da atenção básica no NASF.

A educação permanente é fator preponderante para o aperfeiçoamento das práticas profissionais nesse contexto, multifacetado, pois as necessidades adaptativas são diárias e momentâneas e requerem versatilidade dos envolvidos para melhor conduzir os procedimentos necessários ao atendimento.

Cabe ressaltar que o contexto político e econômico interfere diretamente nos resultados propostos ou mensurados, pois esses contextos determinam orçamentos que necessitam aprovações nem sempre da real necessidade da área.

Somente a cotidianidade das práticas profissionais poderá por em avaliação a sistemática da política de saúde que sabemos que sofre modificações constantes frente às demandas apresentadas. Os critérios de intervenção devem passar por verificações e avaliações constante, para que possa melhor atender as expectativas da população. Não cabe somente ao profissional assistente Social esse

olhar analítico, discursivo e dialógico na busca do aperfeiçoamento, mais compete a todos os envolvidos no trabalho das equipes.

O aperfeiçoamento coletivo na busca por melhores condições de trabalho e melhores intervenções deve ser objeto constante das lutas diárias na dinâmica das equipes, visto ser imperioso algumas mudanças e adaptações mesmo num ambiente com uma amplitude ideológica, deve-se buscar a unicidade das ações e dos resultados frente a demanda crescente por melhores serviços em saúde pública.

Ainda perdurará a necessidade de pesquisas e estudos sobre a temática na realidade posta, visto serem amplas as interpretações e análises ainda por serem feitas. Todavia espera-se para o futuro que outros estudos sejam apresentados e que a temática proposta, apresente melhores conclusões sobre uma realidade já diferenciada e melhor para os profissionais das equipes multifuncionais e multidisciplinares em específico o assistente social.

REFERÊNCIAS

ALVES, V.S. **Um modelo de educação em saúde para o programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial.** Interface- Comunicação, Saúde, Educação. Salvador: Fcv. 2005.

BOSCHETTI, Ivanete et al. (orgs). **Política Social no Capitalismo- tendências contemporâneas.** São Paulo: Cortez, 2008.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Saúde e Serviço Social.** 3 ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2007

BRAVO, Maria Inês Souza. **As políticas brasileiras de seguridade social: saúde. In: Programa de Capacidade Contributiva para Assistentes Sociais.** Brasília: CFESS/ ABEPPSS/ CEAD/ UNB. 2000.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Senado Federal, Centro Gráfico, 1998.

BEHRING, Elaine Rossetti. Política Social: **Fundamentos e História.** 5 ed. São Paulo: Cortez, 2008.

CAVALCANTI, Ludmila Fontenete. **Serviço Social e políticas sociais.** 4 ed. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2013.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Grupo de trabalho Serviço Social na Saúde: Parâmetros para a atuação de Assistentes Sociais na Saúde.** 2009.

CANUTO, Ondina M. Et. All. **A inserção do Serviço Social na Estratégia saúde da família em Sobral/CE.** Saúde, ano V, nº 1. Janeiro/março, 2004.(mimeo).

IAMAMOTO, Marilda V. **O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional.** São Paulo: Cortez, 2002.

MOTA, Ana Elizabete. **Serviço Social e Saúde.** 4 ed. São Paulo. Cortez: Brasília/DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009.

OLIVEIRA, Jaime A. A.; TEIXEIRA FLEURY, Sonia M. (In) **Previdência Social: 60 anos de história da Previdência da Brasil.** Rio de Janeiro: Vozes/ Abrasco, 1986.

RICO, Elizabeth Melo. **Avaliação de Políticas Sociais: uma questão em debate.** 4 ed. São Paulo. Cortez: Instituto de Estudos Especiais, 2006.

SIMÕES, Carlos. **Curso de Direito do Serviço Social.** 3 ed. ver. Atual. São Paulo: Cortez, 2009.

SILVA, Cláudia Neves da. **Igreja Católica Assistência Social e Caridade: aproximações e divergências.** In: Sociologias, Porto Alegre, ano 8 nº 15, jan/jun. 2006.

VIANA, A. L.; DAL POZ. M. R. **A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família.** Physis: ver. Saúde Coletiva, 8(2):11-48, 1998.

APÊNDICE

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Entrevista nº. 01 Data: ___/___/____ Cidade: Propriá/SE

Sexo: Feminino

Cargo: Assistente Social do Núcleo de Apoio a Saúde da Família NASF da cidade de Propriá/SE.

- 1- Qual a sua análise sobre o SUS?
- 2- Quais as características da estratégia saúde da família no município de Propriá?
- 3- Qual sua análise sobre o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) no município de Propriá?
- 4- Como você observa o posicionamento do Serviço Social frente aos grandes desafios impostos na defesa da saúde, enquanto direito social e dever do Estado?
- 5- Quais são as atribuições e competências do Assistente Social na instituição?

- 6- Como se estabelece a relação entre Assistente social e os demais profissionais?

- 7- Quais são as atividades e projetos desenvolvidos pelo Serviço Social no Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF)?
- 8- Quais as principais demandas dos usuários postas ao Serviço Social?
- 9- Como é feito o fluxograma de atendimento aos usuários?
- 10- Como se estabelece a relação entre assistente social e usuários?
- 11- Quais as estratégias de mobilização social e participação democrática nas ações do Núcleo de Apoio a Saúde da Família NASF?