



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA – UEPB
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS – CCSA
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL

RAQUEL CRISTINA DA SILVA

A ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NO ÂMBITO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE
NO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA – NASF

CAMPINA GRANDE – PB

2016

RAQUEL CRISTINA DA SILVA

**A ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NO ÂMBITO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE
NO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA – NASF**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharela em Serviço Social.

Orientadora: Prof. Ms. Débora Suelle de Miranda Lima

CAMPINA GRANDE – PB

2016

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

S586a Silva, Raquel Cristina da
A atuação do serviço social no âmbito da educação em saúde no Núcleo de Apoio à Saúde Da Família - NASF [manuscrito] / Raquel Cristina da Silva. - 2016.
39 p.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, 2016.

"Orientação: Ma. Débora Suelle de Miranda Lima, Departamento de Serviço Social".

1. Núcleo de apoio à saúde da família – NASF. 2. Serviço social. 3. Educação em saúde. I. Título.

21. ed. CDD 362.1

RAQUEL CRISTINA DA SILVA

**A ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NO ÂMBITO DA EDUCAÇÃO EM
SAÚDE NO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA – NASF**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao curso de Serviço
Social da Universidade Estadual da
Paraíba como requisito parcial para a
obtenção do título de Bacharela em
Serviço Social.

Aprovado em: 03/06/2016.

BANCA EXAMINADORA

Débora Suelle de Miranda Lima

Prof. Ms. Débora Suelle de Miranda Lima
Orientadora/UEPB

Liélia Barbosa Oliveira

Prof. Ms. Liélia Barbosa Oliveira
Examinadora/UEPB

Ana Luiza Severino Bezerra

Assistente Social Ana Luiza Severino Bezerra
Examinadora

**CAMPINA GRANDE – PB
2016**

AGRADECIMENTOS

A Deus, o meu Senhor e Soberano, pelo dom da vida, pelo ar que respiro e por permitir que eu esteja vivenciando esta experiência.

A minha amada mãe, a Santíssima Virgem Maria, que sempre intercedeu por mim e atendeu as minhas súplicas.

A minha orientadora, Débora Suelle de Miranda Lima, pela paciência, compreensão e por ter se empenhado juntamente comigo, para que conseguíssemos concluir este trabalho dentro de tão pouco tempo.

A minha supervisora de campo, Ana Luiza Bezerra, pela sua dedicação, paciência, apoio e incentivo.

A professora Liélia Barbosa Oliveira, por ter aceitado o convite para fazer parte da Banca Examinadora, agradeço sua disposição.

A meu pai, José Rinaldo da Silva (in memoriam), que, infelizmente, não teve a oportunidade de presenciar a concretização deste sonho, mas que torce, esteja onde estiver, para que eu alcance e tenha sucesso nesta nova jornada. Obrigada por tudo! Saudades eternas!

A minha mãe, Auda Maria da Conceição, por me auxiliar nesta caminhada, apoiando-me, na medida do possível, dentro de suas condições financeiras, bem como fornecendo-me à assistência necessária para que eu pudesse realizar esse sonho.

Aos meus irmãos e irmãs, que sempre estiveram ao meu lado dando apoio e incentivo.

A minha tia, Audecy Maria da Conceição, pelo carinho, preocupação e incentivo.

SUMÁRIO

RESUMO	
1. INTRODUÇÃO	6
2. A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL E AS PRINCIPAIS MODIFICAÇÕES NA DÉCADA DE 1980	7
3. O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA E O NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA	15
4. EDUCAÇÃO EM SAÚDE	21
5. O SERVIÇO SOCIAL NO NASF E A EDUCAÇÃO EM SAÚDE	23
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	33
7. REFERÊNCIAS	34

A ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NO ÂMBITO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO NÚCLEO DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA – NASF

RAQUEL CRISTINA DA SILVA

RESUMO

O presente artigo resulta de reflexões advindas do processo de formação acadêmica em Serviço Social, particularmente da experiência de estágio supervisionado realizada no Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF Pedra do Touro de Queimadas-PB, no período de abril de 2014 à junho de 2015, tendo como objetivo refletir sobre a atuação do serviço social no âmbito da educação em saúde no NASF. Para tanto, foi necessário realizar uma breve trajetória da saúde pública no Brasil com destaque para a década de 1980, sinalizando o surgimento do NASF e abordando a atuação do Serviço Social no núcleo, destacando a proposta da Educação em Saúde como uma estratégia de intervenção educativa que amplia os conhecimentos dos sujeitos sociais assistidos nos serviços públicos de saúde. A metodologia utilizada foi à realização de pesquisa bibliográfica e documental, abordando as contribuições teóricas de Bravo (2006), Bravo e Matos (2007), Colomé e Oliveira (2008) dentre outros autores que realizam suas abordagens acerca da temática. Percebeu-se o estudo como relevante, à medida que seus resultados apontaram para a necessidade de adoção da estratégia de educação em saúde, por parte dos profissionais das equipes de Saúde da Família e NASF, principalmente dos assistentes sociais, permitindo que, reflexões advindas das contribuições dos modelos de educação em saúde sejam realizadas, com intuito de aperfeiçoar os resultados obtidos no sentido de promoção da saúde.

Palavras chave: Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF, Serviço Social, Educação em Saúde.

THE PERFORMANCE OF SOCIAL SERVICE UNDER THE HEALTH EDUCATION IN SUPPORT CENTER FOR HEALTH FAMILY – NASF

ABSTRACT

This article is the result of reflections coming from the academic training process in social work, particularly of the internship experience supervised held at the Support Center for Family Health - NASF Pedra do Touro of Queimadas-PB in the period April 2014 to June 2015, and aims to reflect on the role of social services in the context of health education in NASF, therefore it was necessary to conduct a brief trajectory of public health in Brazil, signaling the emergence of NASF and addressing the role of Social Work at the core, highlighting the proposal of Health Education as an educational intervention strategy that broadens the knowledges of social subjects assisted in public health services. The methodology used was the realization of bibliographic and documentary research, addressing the theoretical contributions of Bravo (2006), Bravo and Matos (2007), Colomé and Oliveira (2008) among other authors that perform their contributions on the theme. Perceives the study as relevant, as their results point to the need for adoption of health education strategy, by professionals of Health teams of Family and NASF, especially social workers, allowing reflections, arising from the contributions of health education models are carried out, in order to improve the results obtained in order to promote health.

Key words: Support Center for Family Health - NASF, Social Services, Health Education.

1. INTRODUÇÃO

O campo da saúde pública no Brasil foi marcado, na segunda metade do século XX, pela mobilização em torno da Reforma Sanitária e a consolidação de um novo conceito de saúde, reorientando a assistência com foco na Atenção Primária em Saúde e em alguns de seus princípios, a exemplo da integralidade.

Dentro desse modelo, a Estratégia de Saúde da Família surge como orientadora desse nível de atenção, assumindo suas diretrizes como porta de entrada dos serviços de saúde, coordenação do cuidado, continuidade e vínculo no cuidado e participação social. Para fortalecer essas propostas, surgem os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF's), a fim de aumentar o escopo das ações das Equipes de Saúde da Família por meio do trabalho de equipe multidisciplinar e de novas estratégias de gestão do trabalho em saúde.

Para garantir o desenvolvimento deste novo modelo de atenção, a Educação Permanente em Saúde tem sido prioridade na Estratégia de Saúde da Família, sempre com apoio dos NASF's.

A Educação Permanente em Saúde é um desafio necessário dadas as exigências, cada vez mais complexas, que se fazem no trabalho em saúde, para além da demanda por transmissão ou atualização de conhecimentos, mas para a consolidação de práticas voltadas à resolutividade dos problemas de saúde das populações locais (CECCIM, 2005). Neste sentido, os NASF's se apresentam como potencialidades para a efetivação de práticas de Educação Permanente em Saúde, tendo em vista seus objetivos e compromissos com a troca de saberes e apoio para mudanças nos processos das equipes de Saúde da Família.

As ações desenvolvidas pelo NASF visam imprimir mais qualidade ao serviço prestado e não apenas suprir a demanda assistencial no seu aspecto meramente numérico. Seu principal desafio é a mudança de uma cultura organizacional no SUS, que historicamente vem priorizando a quantidade em detrimento da qualidade, o referenciamento em detrimento da resolubilidade na Atenção Básica e a avaliação de impacto e de indicadores de saúde por meio de ações meramente quantitativas, em detrimento das qualitativas (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010).

O serviço social no NASF deve ser desenvolvido de forma interdisciplinar e integrada com as demais equipes para prestar apoio no trato da questão social nas suas mais variadas expressões cotidianas na área da saúde. O assistente social é um profissional que trabalha permanentemente na relação entre estrutura, conjuntura e cotidiano, contribuindo com as

equipes na apreensão e na ação em face do dia-a-dia, no qual as determinações conjunturais se expressam e a prática se realiza (BRASIL, 2010).

Considerando esta questão como relevante, realizamos o presente estudo bibliográfico e documental que objetiva refletir sobre a atuação do serviço social no âmbito da educação em saúde no NASF. O interesse pela temática decorre da experiência de estágio supervisionado em Serviço Social realizado no Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF Pedra do Touro do município de Queimadas/PB, no período de abril de 2014 à junho de 2015.

Quanto à estruturação, este trabalho encontra-se dividido em quatro tópicos. No primeiro, retratamos a política de saúde no Brasil com destaque para a década de 1980; No segundo tópico, apresentamos o Programa Saúde da Família – PSF e posteriormente a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF e sua proposta de atuação junto as Equipes de Saúde da Família; No terceiro ponto, apresentamos a proposta da Educação em Saúde e no quarto e último tópico, tecemos algumas reflexões acerca da atuação do Serviço Social no NASF, bem como na educação em saúde.

Ao final, traçamos nossas considerações e, posteriormente, apresentamos as referências bibliográficas que nos serviram de apoio para o desenvolvimento deste trabalho.

Pretendemos, através deste artigo, contribuir com o debate acerca da atuação do serviço social no âmbito da educação em saúde no NASF, bem como contribuir para as reflexões acerca da proposta da Educação em Saúde, enquanto uma ferramenta essencial para a Promoção da Saúde.

2- A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL E AS PRINCIPAIS MODIFICAÇÕES NA DÉCADA DE 1980

No Brasil, no início do século XX, tratando-se da saúde pública, as campanhas sanitárias assumiram especial importância na economia agroexportadora, pelo controle dos portos e das estradas de ferro. As campanhas contra a varíola, com a lei de vacinação obrigatória em 1904, contra a febre amarela e a peste bubônica, marcaram as primeiras décadas do século, demandando medidas de saúde como respostas momentâneas a estes agudos problemas (SOUSA; BATISTA, 2012).

Nas décadas de 1920 e 1930 houve uma ampliação da saúde no país, devido o avanço do modelo econômico agroexportador que passava a exigir ações emergenciais do Estado, para que fossem propiciados mecanismos para o pleno desenvolvimento do capital. Desse

modo, as ações passaram a se centrar nas campanhas sanitárias, devido à urgência de sanear os espaços urbanos, assim como o desenvolvimento de ações voltadas para os trabalhadores mais ativos no processo de reprodução do capital (SILVA, 2012). Nesse período, houve o início da previdência social no Brasil, por meio das Caixas de Aposentadorias e Pensões – CAPs, após aprovação da Lei Elói Chaves em 1923, os trabalhadores vinculados a essas caixas passaram a ter acesso à assistência médica.

Algumas iniciativas foram empregadas no período de 1930 a 1940, como a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões – IAPs em 1933, durante o governo de Getúlio Vargas em substituição as CAPs com o objetivo de ampliar o número de categorias vinculadas ao Instituto. Os IAPs funcionavam administrativamente como as CAPs e o dinheiro que vinha do financiamento dos empregados e empregadores era investido no financiamento da industrialização (PAIM, 2009). Os IAPs possuíam ainda um caráter discriminatório oferecendo benefícios de acordo com a capacidade de contribuição e organização de cada categoria profissional.

Dessa forma, a saúde chega à década de 1940 dividida entre as ações preventivas e curativas, tendo o Estado como maior cliente do setor privado de saúde (MIRANDA, 2008).

Quanto ao período entre os anos de 1930-1964, Bravo (2006) destaca que, apesar de apresentar alguns avanços, o atendimento à classe trabalhadora ainda era muito restrito, dado que o acesso aos serviços de saúde só eram destinados àqueles trabalhadores que estivessem vinculados a previdência. A política de saúde formulada nesse período era de caráter nacional, organizada em dois subsetores: o de saúde pública e o de medicina previdenciária que só virá sobrepujar o de saúde pública a partir de 1966.

Com o Golpe Militar de 1964, surge uma nova forma de organização do Estado com rebatimento direto no sistema sanitário brasileiro que passaria a enfatizar a assistência médica e o crescimento do setor privado. A primeira ação significativa nesse sentido ocorreu em 1966, com a unificação dos IAPS e a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Nos anos de 1970, houve a inclusão dos trabalhadores rurais, empregadas domésticas e autônomos no INPS, aumentando à procura por serviços de saúde e, conseqüentemente, os gastos com esse setor (MIRANDA, 2008).

Apesar de todas as mudanças supracitadas, boa parte da população não tinha acesso à saúde, até então entendida como ausência de doenças, de igual modo o Estado não apresentava propostas para o setor, capazes de solucionar as problemáticas existentes. As modificações mais significativas começaram a ocorrer na década de 1980.

A década de 1980 foi marcada pela mobilização política em torno da necessidade de reformas no referido setor, buscando reverter o privilegiamento do setor privado na assistência à saúde, predominante no período anterior. As condições de vida da população tornavam-se cada vez mais críticas, surgindo à necessidade de políticas sociais que viessem amenizar essa situação. A partir de então, a política de saúde passa a contar com a participação de novos sujeitos sociais na discussão das condições de vida da população brasileira e das propostas governamentais apresentadas para o setor, contribuindo para um amplo debate que permeou a sociedade civil. Nessa década, a saúde passa a assumir uma dimensão política, estando estreitamente vinculada à democracia. Dentre esses novos sujeitos sociais estavam: os profissionais da saúde, o movimento sanitário, os partidos políticos de oposição e os movimentos sociais urbanos (BRAVO, 2006).

Nesse contexto vão se estruturando os movimentos em defesa de uma política de saúde mais abrangente e disponível para todos. Um desses movimentos é o Movimento de Reforma Sanitária, tendo o Centro Brasileiro de Estudo de Saúde (CEBES) como veículo de difusão e ampliação do debate em torno da saúde. De acordo com Bravo (2007) este movimento se iniciou na década de 1970, sendo fruto da união de movimentos populares, como os movimentos estudantis, de profissionais da saúde e pesquisadores que propuseram um novo modelo de atenção para o setor, defendendo a democratização no setor da saúde pública.

Silva (2013) ressalta que, o Movimento Sanitário pode ser considerado o mentor do processo de reformulação da área da saúde, pois era um grupo restrito composto de intelectuais, médicos e lideranças políticas opositoras. Algumas das principais propostas e reivindicações defendidas pelo Movimento Sanitário e pelos demais atores envolvidos com essa temática foram:

Universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde. (BRAVO, 2006, p.96).

Considerando o exposto, Mendes (1995) conceitua o Movimento da Reforma Sanitária como:

Um processo modernizador e democratizante de transformação nos âmbitos político-jurídico, político-institucional e político-operativo, para dar conta da saúde dos cidadãos, entendida como um direito universal e suportada por um Sistema Único de Saúde, constituído sob regulação do Estado que objetive a eficiência, eficácia e equidade e que se construa permanentemente através do incremento de sua base social, da ampliação da consciência sanitária dos cidadãos, da implantação de um outro paradigma assistencial, do desenvolvimento de uma nova ética profissional e da criação de mecanismos de gestão e controle populares sobre o sistema (MENDES,1995, p.42).

Diante da luta travada pelo Movimento de Reforma Sanitária em prol de melhores condições de vida e de saúde, mudanças significativas começam a acontecer ainda nos anos 1980, quando foi criado o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE), que na realidade nunca saiu do papel, seguido, logo após, pelo plano do Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP) em 1982, a partir do qual foi implementada a política de Ações Integradas de Saúde (AIS), em 1983, estas se constituíam em um convênio assinado entre o Ministério da Saúde, Ministério da Previdência e Assistência Social e as Secretarias Estaduais de Saúde, sendo uma estratégia de extrema importância para o processo de descentralização da saúde.

Mas, de acordo com Silva (2013), os resultados obtidos pelas AIS foram insuficientes, no entanto, as propostas de descentralização e unificação dos sistemas ganharam cada vez mais adeptos.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em Março de 1986, em Brasília – Distrito Federal - representou um marco na história da saúde pública brasileira, uma oportunidade em que diversos atores políticos puderam apresentar suas reflexões sobre a mudança que se fazia necessária, sendo a primeira conferência aberta à sociedade, através da participação dos profissionais da saúde e representantes da sociedade civil. De acordo com Bravo (2006) o referido evento:

Com o tema “Democracia e Saúde”, reuniu cerca de quatro mil e quinhentas pessoas, dentre os quais mil delegados, para discutir os rumos da saúde no país, a partir dos seguintes eixos temáticos: I – A saúde como direito inerente à personalidade e à cidadania; II -, Reformulação do Sistema Nacional de Saúde; III - Financiamento Setorial. (BRAVO, 2006, p.96).

O relatório final da referida conferência serviu de base para a proposta de reestruturação do sistema de saúde, não somente com a criação do Sistema Único de Saúde – SUS, como também a reforma sanitária, quando afirma que “a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte,

emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde” (BRASIL, 1986).

Outra tentativa de descentralização ocorreu com o SUDS (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde), programa implantado em 1987, obtendo melhores resultados que as AIS e reafirmando o princípio da participação, através das comissões interinstitucionais, e com a recomendação de criação de conselhos de saúde nos estados e municípios (BRASIL, 2006).

O SUDS tinha como principais diretrizes: universalização e equidade no acesso; integralidade dos cuidados assistenciais; regionalização e integração dos serviços de saúde; descentralização das ações; implementação dos distritos sanitários; instituições colegiadas gestoras; e desenvolvimento de uma política de recursos humanos. Objetivava democratizar o acesso aos serviços de saúde, acabar com as categorias diversificadas de cidadãos e organizar a rede sob padrões técnicos apropriados (LUCIETTO, 2011 apud NORONHA & LEVCOVITZ, 1994).

Em 1988 foi promulgada a Constituição Federal, chamada constituição cidadã, que contemplava os princípios e diretrizes elaboradas pelo CEBES. Estava criado assim o Sistema Único de Saúde, embora, conforme destacam Sousa e Batista (2012), a primeira proposta do SUS tenha sido apresentada pelo CEBES no I Simpósio de Política Nacional de Saúde da Câmara dos Deputados no ano de 1979.

Segundo Bravo (2006), o processo constituinte e a promulgação da Constituição de 1988 representou, no plano jurídico, a promessa de afirmação e extensão dos direitos sociais no Brasil, frente à grave crise e às demandas de enfrentamento dos enormes índices de desigualdade social, esta seria uma tentativa de amenizar os históricos processos de injustiças sociais ocorridos há séculos. Com relação à saúde, a referida constituição vem atender as grandes reivindicações feitas pelo movimento sanitário, em seu artigo 196 institui que:

A saúde é direito de todos e dever do estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 2015, p.61).

O artigo 198 define o SUS do seguinte modo:

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I. Descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II. Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas,

sem prejuízo dos serviços assistenciais; III. Participação da comunidade. (BRASIL, 2015, p.61).

Paim (2009) descreve o Sistema Único de Saúde como:

Um conjunto de ações e serviços públicos de saúde, compondo uma rede regionalizada e hierarquizada, organizada a partir das diretrizes da descentralização, integralidade e participação da comunidade. Sendo assim, uma forma de organizar as ações e os serviços de saúde no Brasil, de acordo com princípios, diretrizes e dispositivos estabelecidos pela Constituição da República e pelas leis subseqüentes. (PAIM, 2009, p. 51).

Baseado nos preceitos constitucionais, este sistema apresenta como princípios doutrinários a **Universalidade**: garantia de atenção à saúde por parte do sistema, a todo e qualquer cidadão; a **Equidade**: assegura ações e serviços de todos os níveis de acordo com a complexidade que cada caso requeira, mais o cidadão onde morar, sem privilégios e sem barreiras; e a **Integralidade**: reconhecimento na prática dos serviços de que cada pessoa é um todo indivisível e integrante de uma comunidade; e como princípios organizativos a **Regionalização e Hierarquização**: os serviços devem ser organizados em níveis de complexidade tecnológica crescentes numa área geográfica delimitada e com a definição da população a ser atendida; a **Descentralização**: redistribuição das responsabilidades quanto às ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo e a **Participação Popular**: a população, através de suas entidades representativas, participará do processo de formulação das políticas de saúde e do controle da sua execução, em todos os níveis, desde o federal até o local (BRASIL, 1990).

Apesar da definição do SUS na Constituição de 1988, sua regulamentação só veio em 19 de setembro de 1990, através da Lei 8.080, que *dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento do SUS*. Essa lei foi aprovada com alguns vetos do presidente em exercício Fernando Collor de Mello, por conseguinte, no mesmo ano, foi sancionada outra lei orgânica da saúde, a Lei Orgânica 8142/90, que *dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS)*, complementar a primeira, visto às lacunas que se apresentou depois desses vetos. De acordo com essa lei, aprovada em dezembro de 1990, as Conferências e os Conselhos de saúde são as instâncias de participação de todos os setores envolvidos com a saúde no Brasil (GOMES, 2011).

A década de 1990 é marcada pela implantação do projeto neoliberal difundido por Fernando Collor de Mello e que avança ainda mais no governo de Fernando Henrique

Cardoso. Projeto que está voltado para os interesses do grande capital, colidindo com os interesses do projeto de reforma sanitária (SILVA, 2010).

É importante explicitar, que esta conjuntura é marcada por dois projetos distintos: o projeto de reforma sanitária, construído na década de 1980 e inscrito na Constituição Federal de 1988, e o projeto de saúde articulada ao mercado ou privatista, para o atendimento aos cidadãos que podem pagar, com caráter focalista, hegemônico na segunda metade da década de 1990 (BRAVO, 2006).

Collor iniciou seu mandato em 1990, com uma perspectiva de governo que ia de encontro às propostas de ampliação da participação nas decisões da área da saúde e a definição, através dos conselhos de saúde, do destino dado aos recursos financeiros para essa área.

O veto demonstra uma posição claramente contra-hegemônica ao processo de democracia participativa, que havia sido construído nos últimos anos da ditadura e primeiros da Nova República, especialmente na questão da saúde. Estava consoante, portanto, com os rumos da política internacional, na esteira da globalização econômica, em que os movimentos populares, fortemente impregnados por ideologias de transformação perdiam rapidamente sua voz (SILVA, 2013 apud BRASIL, 2006, p.112).

Durante o governo de Fernando Henrique Cardoso – 1998 a 2002 – houve um grande incentivo ao voluntariado e a regulamentação do terceiro setor. A política de saúde, fruto da luta do Movimento Sanitarista foi totalmente desconstruída, uma vez que a saúde voltou a ser vinculada ao mercado, desrespeitando completamente o texto Constitucional de 1988. Assistimos a uma focalização cada vez maior das políticas do governo, que se tornam cada dia mais paliativas, mínimas, seletivas e excludentes, onde a sociedade civil é “convidada” de forma extremamente sutil a assumir responsabilidades exclusivas do Estado.

Assim, evidencia-se o denominado pluralismo de bem-estar ou “welfaremix” (Estado misto), onde todas as esferas da sociedade devem assumir em nome da “solidariedade”, responsabilidades concernentes ao Estado, retomando-se assim a antigas formas de filantropia social (MOURA, 2009).

A chegada ao governo do presidente Luís Inácio Lula da Silva (2003-2010), gera uma expectativa de uma reação contra o então consagrado ideário neoliberal e de conseqüente reversão do quadro de severas conduções antidemocráticas na política de saúde. Porém, o que impera é o desmonte do SUS conquistado democraticamente tanto no que se refere ao modelo de gestão democrático previsto, quanto à própria percepção de saúde como um direito socialmente conquistado (FIGUEIREDO, 2013).

O governo Lula apresenta traços inovadores e de continuidade em relação à política instaurada na década de 1990. Entre os traços inovadores estão: a defesa da concepção de Reforma Sanitária esquecida na década de 1990; a escolha de profissionais adequados com os ideais do Projeto de Reforma Sanitária; as alterações na estrutura organizativa do Ministério da Saúde com a criação das Secretarias de Gestão Estratégica e Participativa – em defesa do controle social – e de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde; a convocação e realização da 12ª Conferência Nacional de Saúde e a escolha de representante da Central Única dos Trabalhadores – CUT para assumir a secretaria executiva do Conselho Nacional de Saúde – CNS (FIGUEIREDO, 2013 *apud* BRAVO, 2004).

Em relação aos traços de continuidade destacam-se: a ênfase na focalização, através da Estratégia Saúde da Família – ESF com a implantação de Unidades Básicas de Saúde – UBSFs nas comunidades mais carentes; a precarização e terceirização dos recursos humanos e o desfinanciamento com a proposta de desvinculação da Contribuição Provisória Sobre Movimentação Financeira – CPMF da receita do setor saúde (MIRANDA, 2008).

Dilma Vana Rousseff, eleita presidente da República em 31 de Outubro de 2010, priorizou em seu mandato, para o setor saúde um diagnóstico geral no que tange ao setor, defendendo a consolidação do SUS, a qualidade dos serviços, a atenção básica e a garantia do acesso universalizado. Contudo, manteve as parcerias com o setor privado da área da saúde dando ênfase a ampliação da terceirização, gerando assim, a precarização do setor. Em seu programa de governo buscou priorizar os cuidados referentes à prevenção, tratamentos, reabilitação e cuidados a mulheres acometidas pelos cânceres de mama e colo uterino. Outras demandas em seu mandato foram à implantação das Unidades de Pronto Atendimento – UPA 24 horas em todo o Brasil e o Programa Aqui Tem Farmácia Popular em todo o país (SILVA, 2012).

Além disso, recentemente criou o Programa Mais Médicos, que coloca à disposição dos municípios médicos estrangeiros pagos com recursos do Governo Federal e a inclusão no calendário oficial das vacinas contra HPV, para todas as meninas de 9 a 13 anos.

Diante do exposto, podemos ressaltar que a história da política de saúde no Brasil dos anos 1980 até os dias atuais teve avanços e retrocessos, tencionados de um lado pelo projeto de Reforma Sanitária e por outro pelo projeto privatista. Como parte desses avanços verificava-se a busca da implantação da Atenção Primária à Saúde - APS.

Feitas estas considerações passaremos a análise da criação do Programa Saúde da Família – PSF em 1994, atualmente chamado de Estratégia Saúde da Família – ESF, bem

como a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF, mediante a portaria GM nº 154, de 24 de Janeiro de 2008, ambos criados pelo Ministério da Saúde.

3- O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA E O NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA

A Atenção Primária à Saúde - APS é definida como o primeiro contato na rede assistencial dentro do sistema de saúde, caracterizando-se, principalmente, pela continuidade e integralidade da atenção, além da coordenação da assistência dentro do sistema, da atenção centrada na família, da orientação e participação comunitária e da competência cultural dos profissionais (STARFIELD, 2004).

No Brasil, a APS incorpora os princípios da Reforma Sanitária, levando o Sistema Único de Saúde – SUS a adotar a designação Atenção Básica – AB para enfatizar a reorientação do modelo assistencial, a partir de um sistema universal e integrado de atenção à saúde (MATTA E MOROSINI, 2009). A Política Nacional de Atenção Básica, aprovada em 2011, estabelece novas diretrizes para este nível de atenção a definindo como:

[...] Um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações (BRASIL, 2011).

A concepção da AB desenvolveu-se a partir dos princípios do SUS, como pode ser visto na portaria que a instituiu:

A Atenção Básica orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral (BRASIL, 2011).

Como estratégia de reorganização da Atenção Básica no Brasil é criado em 1994, no âmbito federal, o Programa Saúde da Família – PSF, cuja expressão foi modificada em 2006 para Estratégia Saúde da Família – ESF. Experiências estaduais e regionais inspiraram o desenho do programa, especialmente o Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS, em 1991, que tinha como objetivo contribuir para o enfrentamento dos alarmantes indicadores

de morbimortalidade infantil e materna da região Nordeste. Era uma nova categoria de trabalhadores, formada pela e para a própria comunidade, atuando e fazendo parte da saúde prestada nas localidades. A equipe deste programa era composta por um (a) enfermeiro (a) instrutor que supervisionava até 30 (trinta) agentes comunitários em sua maioria mulheres, que tinha como função promover o vínculo, o elo, mediar e aproximar a comunidade e serviço local de saúde (FRAGA, 2011).

A criação do PSF em 1994 tem como primeiro documento oficial o intitulado “Programa Saúde da Família: dentro de casa” e a criação de procedimentos vinculados ao PSF e ao PACS na tabela SIA/SUS. Sua implantação teve como objetivo geral melhorar o estado de saúde da população, mediante a construção de um modelo assistencial de atenção baseado na promoção, proteção, diagnóstico precoce, tratamento e recuperação da saúde em conformidade com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS, dirigidos aos indivíduos, à família e à comunidade. Trata-se de reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional (MEDEIROS, 2012).

O PSF se apresenta como uma estratégia de reorganização da atenção básica, em conformidade com os princípios da universalidade e equidade da atenção, assim como, da integralidade das ações propagadas pelo o SUS, atuando em território definido, caracterizado por áreas, sendo responsável pelo cadastramento e acompanhamento da população (BRASIL, 1997).

Nesse sentido, de acordo com o entendimento de Monnerat, Senna e Souza (2006, p. 106):

O modelo de atenção proposto pelo PSF se assenta sobre uma visão ampliada do processo saúde-doença, que pretende ultrapassar as condições marcadas por um viés biologizante e curativo, passando a ter na família e no meio do qual ela vive o centro da atenção a saúde. Ao mesmo tempo, o programa assume uma visão ativa da intervenção em saúde, uma vez que não aguardam a demanda que chega a unidade de saúde, o processo típico do modelo tradicional.

Como estratégia que tem como perspectiva a descentralização das ações com enfoque na família e na comunidade, a ESF tem como ideia inovadora deslocar a atenção centrada na figura do médico para ser preocupação de toda a equipe de saúde, nesse sentido, a atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando as equipes de saúde da família uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenção que vão além de práticas curativas (MEDEIROS, 2012).

A equipe de saúde de um PSF trabalha com um território e um número de famílias definidos, sendo recomendados entre 600 a 1.000 famílias, que ficam sob a responsabilidade de cada equipe, o corpo profissional é formado por, no mínimo, um médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e doze agentes comunitários de saúde – ACS por equipe de saúde da família. Pode-se acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal. De acordo com as necessidades locais podem ser incorporados as equipes outros profissionais (BRASIL, 2012a).

O Ministério da Saúde aponta como objetivo geral do PSF:

Contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do SUS, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população (Brasil, 1997, p.10).

Desenvolvendo ações de promoção, prevenção, diagnóstico precoce, tratamento e reabilitação, o referido programa aponta como objetivos específicos:

Prestar, na unidade de saúde e no domicílio, assistência integral, contínua, com resolubilidade e boa qualidade às necessidades de saúde da população adscrita; Intervir sobre os fatores de risco aos quais a população está exposta; Eleger a família e o seu espaço social como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde; Humanizar as práticas de saúde através do estabelecimento de um vínculo entre os profissionais de saúde e a população; Contribuir para a democratização do conhecimento do processo saúde/doença, da organização dos serviços e da produção social da saúde; Fazer com que a saúde seja reconhecida como um direito de cidadania e, portanto, expressão da qualidade de vida. (BRASIL, 1997, p.10).

Para Magalhães (2011), o PSF adquiriu uma visibilidade importante devido ao fato de ter assumido uma responsabilidade fundamental no modelo de saúde brasileiro, qual seja, a de reorganizá-lo. Assim, funcionando como porta de entrada, tem tentado resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. O acesso à saúde atingiu vários avanços desde a instituição do SUS, sendo a expansão da Atenção Primária através da ESF uma de suas estratégias mais felizes, mesmo com as inúmeras limitações que se percebe na prática de diversos municípios.

Na análise da autora supracitada, transformar a Saúde da Família de um programa a uma estratégia dentro de uma política nacional já foi um grande avanço na busca da superação

das dificuldades. No entanto, para continuar avançando torna-se necessário além de ampliar a inserção da ESF para manter a ampliação da cobertura, melhorar a articulação, comunicação e capacidade de coordenação do cuidado pela ESF nos diversos pontos de atenção do sistema de saúde.

Com a necessidade de gerenciar e atender as diversas demandas na saúde e suas particularidades surge à necessidade de ampliação das ESF's, agregando profissionais de distintas áreas. Assim, no ano de 2008, com o objetivo de prestar apoio às equipes da Estratégia Saúde da Família, o Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF, mediante a portaria GM nº 154, de 24 de Janeiro de 2008, visando, de acordo com o MS:

Ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica (BRASIL, 2008).

O NASF deve ser constituído por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas do conhecimento, para atuarem em parceria com os profissionais das Equipes de Saúde da Família, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das ESF no qual o NASF está cadastrado.

De acordo com a Portaria 154/2008 os profissionais que poderão compor o NASF, dentre as seguintes ocupações do Código Brasileiro de Ocupações – CBO são: Psicólogo, Assistente Social, Farmacêutico, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Médico Ginecologista, Profissional de Educação Física, Médico Homeopata, Nutricionista, Médico Acupunturista, Médico Pediatra, Médico Psiquiatra e Terapeuta Ocupacional, para compor os NASF 1, ficando previsto a inserção de no mínimo 5 (cinco) profissionais de nível superior dentre as ocupações citadas, responsáveis por no mínimo 8 (oito) e no máximo 20 (vinte) equipes de saúde da família e para o NASF 2 a inserção de no mínimo 3 (três) profissionais de nível superior, dentre eles, Assistente Social, Profissional de Educação Física, Farmacêutico, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Nutricionista, Psicólogo e Terapeuta Ocupacional, vinculado a um mínimo de 3 (três) e no máximo 7 (sete) equipes. (BRASIL, 2008).

O Ministério da Saúde lançou a Portaria nº 2. 488 de 21 de outubro de 2011 com a instituição de nova edição da Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, ESF e o PACS, modificando no que diz respeito ao NASF, o número de ESF vinculadas às equipes NASF, incluindo novos

profissionais que poderão compor as equipes. Com esta portaria fica previsto que o NASF 1 deverá ser composto por no mínimo 5 profissionais de nível superior, realizando suas atividades vinculado à, no mínimo, 8 (oito) e no máximo 15 (quinze) ESF. O NASF 2 deve ser composto por no mínimo três profissionais de nível superior e deve desenvolver ações vinculado a, no mínimo 3(três) e no máximo 7 (sete) ESF, os NASF 3 tornam-se automaticamente NASF 2.

Ainda de acordo com a portaria supracitada, poderão compor os NASF 1 e 2 as seguintes ocupações do Código Brasileiro de Ocupações - CBO:

Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional/Professor de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista/Obstetra; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; Terapeuta Ocupacional; Médico Geriatra; Médico Internista (clínica médica), Médico do Trabalho, Médico Veterinário, profissional com formação em arte e educação (arte educador) e profissional de saúde sanitária, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas (BRASIL, 2011).

Com a publicação da Portaria 3.124, de 28 de dezembro de 2012, o Ministério da Saúde redefine os parâmetros de vinculação dos NASF's modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas e cria uma terceira modalidade de conformação de equipe: o NASF 3, abrindo a possibilidade de qualquer município do Brasil fazer a implantação de equipes NASF, desde que tenha ao menos uma equipe de saúde da família. As modalidades de NASF para as populações específicas hoje estão assim definidas:

Cada NASF 1 deverá estar vinculado a no mínimo 5 (cinco) e a no máximo 9 (nove) Equipes Saúde da Família e/ou equipes de Atenção Básica para populações específicas; Cada NASF 2 deverá estar vinculado a no mínimo 3 (três) e a no máximo, 4 (quatro) Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas; Cada NASF 3 deverá estar vinculado a no mínimo 1 (uma) e a no máximo 2 (duas) Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas (BRASIL, 2012).

Do ponto de vista de sua atuação, o NASF tem como base algumas diretrizes relativas à Atenção Primária à saúde – APS, tais como: integralidade; território; educação popular em saúde; interdisciplinaridade; participação social; intersetorialidade; educação permanente em saúde; humanização e promoção da saúde, estando seu processo de trabalho dividido em nove áreas estratégicas: saúde da criança/do adolescente e do jovem; saúde mental; reabilitação/saúde integral da pessoa idosa; alimentação e nutrição; serviço social; saúde da

mulher; assistência farmacêutica; atividade física/ práticas corporais; práticas integrativas e complementares. (BRASIL, 2010).

De acordo com o Ministério da Saúde, a integralidade pode ser considerada a principal diretriz a ser praticada pelos NASF podendo ser compreendida em três sentidos:

(a) a abordagem integral do indivíduo levando em consideração seu contexto social, familiar e cultural e com garantia de cuidado longitudinal; (b) as práticas de saúde organizadas a partir da integração das ações de promoção, prevenção, reabilitação e cura; além de (c) a organização do sistema de saúde de forma a garantir o acesso às redes de atenção, conforme as necessidades de sua população (BRASIL, 2010, p. 16).

Conforme está explícito na portaria que os regulamenta, o NASF não se constitui em porta de entrada do sistema, e deve atuar de forma integrada à rede de serviços de saúde, a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes Saúde da Família.

Espera-se que o trabalho desenvolvido entre ESF e NASF esteja organizado sob o eixo do trabalho coletivo e da gestão participativa do processo de trabalho, no qual o fortalecimento dos atributos e do papel da ESF seja o foco das ações e não a transferência de responsabilidade. (MARTINIANO, SAMPAIO E SILVEIRA, 2014). Nesse sentido,

A responsabilização compartilhada entre as equipes SF e a equipe do NASF na comunidade prevê a revisão da prática do encaminhamento com base nos processos de referência e contrarreferência, ampliando-a para um processo de acompanhamento longitudinal de responsabilidade da equipe de Atenção Básica/Saúde da Família, atuando no fortalecimento de seus atributos e no papel de coordenação do cuidado no SUS (BRASIL, 2008).

A atuação dos profissionais do NASF jamais deve se dar como um serviço especializado, uma vez que seu processo de trabalho deve apoiar as equipes da ESF em temas e populações específicas através do apoio matricial, dentro de seu território de abrangência (ANDRADE *et al*, 2012).

O apoio matricial será formado por um conjunto de profissionais que não têm, necessariamente, relação direta e cotidiana com o usuário, mas cujas tarefas serão de prestar apoio às equipes de referência (equipes de SF). Assim, se a equipe de referência é composta por um conjunto de profissionais considerados essenciais na condução de problemas de saúde dos clientes, eles deverão acionar uma rede assistencial necessária a cada caso. Em geral é em tal “rede” que estarão equipes ou serviços voltados para o apoio matricial (no caso, os NASF), de forma a assegurar, de modo dinâmico e interativo, a retaguarda especializada nas equipes de referência (BRASIL, 2010).

O NASF tem como fundamento ideológico a integralidade do cuidado aos usuários, com uma visão ampliada da clínica, ou seja, a saúde depende de fatores além dos biológicos, cuja atuação dos profissionais de saúde deve levar em conta e intervir. Nesse sentido, as ações dos profissionais da ESF em conjunto com os do NASF, necessariamente desenvolverão discussão de casos, atendimento conjunto ou não, interconsulta, construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais e da coletividade, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da saúde, discussão do processo de trabalho das equipes e etc. (ANDRADE *et al*, 2012).

Em conjunto com as Equipes de Saúde da Família, os profissionais do NASF organizam seu processo de trabalho tendo como foco o território delimitado de sua responsabilidade, priorizando ações circunscritas em três eixos preconizados pelo Ministério da Saúde, são eles:

- (a) Atendimento compartilhado, para uma intervenção interdisciplinar, com troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas, gerando experiência para ambos os profissionais envolvidos. Com ênfase em estudo e discussão de casos e situações, realização de projeto terapêutico singular, orientações, espaços de reuniões, bem como consultas e intervenções conjuntas, apoio por telefone, e-mail etc.
- (b) Intervenções específicas do profissional do Nasf com os usuários e/ou famílias, com discussão e negociação a priori com os profissionais da equipe de SF responsáveis pelo caso, de forma que o atendimento individualizado pelo Nasf se dê apenas em situações extremamente necessárias.
- (c) Ações comuns nos territórios de sua responsabilidade desenvolvidas de forma articulada com as equipes de SF. Como o desenvolvimento do projeto de saúde no território, planejamentos, apoio aos grupos, trabalhos educativos, de inclusão social, enfrentamento da violência, ações junto aos equipamentos públicos, como escolas, creches, igrejas, pastorais etc. (BRASIL, 2010, p. 20).

Além do conhecimento técnico, a responsabilidade por um determinado número de equipes da ESF e o desenvolvimento de atividades relacionadas ao paradigma da Saúde da Família, o NASF deve estar comprometido, também, com a promoção de mudanças na atitude e na atuação dos profissionais da Saúde da Família e entre sua própria equipe NASF (MEDEIROS, 2012).

Uma das ações específicas do NASF é a Educação em Saúde, que se constitui um instrumento importante para a construção da cidadania tomando os indivíduos como sujeitos históricos e ampliando sua consciência acerca das questões que dizem respeito a sua saúde. Sobre essa questão discorreremos no próximo tópico.

4- EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A educação em saúde surgiu em 1909 nos Estados Unidos da América (EUA), como uma estratégia de prevenção das doenças. Os pressupostos que nortearam essa proposta foram: (1) os problemas de saúde devem ser prevenidos pelo esforço individual e pela adesão a hábitos corretos de vida; (2) os problemas de saúde da população decorrem da falta de informação; (3) a educação deve ser concebida como a transmissão de conteúdos neutros e descontextualizados, com instrumentos puramente médicos. Verificamos assim, que a educação em saúde se fundamentava na perspectiva de responsabilizar os indivíduos pelos seus problemas de saúde, estando sua atenção voltada para a transmissão do conhecimento e a domesticação da população, de modo a seguir as regras impostas pelos trabalhadores da saúde e pelos grupos dominantes. (ALVES; AERTS, 2011).

A educação em saúde no contexto da saúde pública no Brasil tem início no período da agroexportação do café, no qual todas as ações de saúde estavam voltadas para a manutenção e crescimento da economia brasileira e se fazia necessário o controle de enfermidades e o saneamento de espaços de exportação de mercadorias (SOUSA, *et al.* 2010).

A partir da década de 1940, algumas transformações começam a ser verificadas no campo da educação em saúde. Aos sujeitos que até então haviam sido culpabilizados individualmente pelos problemas de saúde que os acometiam e dos quais não se esperavam mais do que a assimilação passiva das prescrições normativas dos profissionais de saúde, uma importância relativa passa a ser observada no sentido de envolvê-los no processo educativo (ALVES, 2005).

Posteriormente, na década de 1950, o Brasil caminhava para a modernização, sua população migrava do campo para a cidade, proporcionando grande crescimento dos centros urbanos, ocorrendo à substituição da agroexportação pelas indústrias de base. O conceito de saúde passou a ser relacionado com o homem como ser produtivo, que precisava ter a sua saúde mantida para garantir a produção nas indústrias. Dessa forma, as ações de educação em saúde se pautavam em interesses da elite, sendo as pessoas objetos de intervenção do Estado e a saúde considerada mais como um dever do que como um direito. (SOUSA *et al.* 2010).

No início da década de 1960, com advento da Medicina Comunitária, havia um apelo à participação da comunidade para a solução dos problemas de saúde nela vivenciados. As práticas de educação em saúde comunitárias partiam, então, do pressuposto de que as comunidades seriam as responsáveis pela resolução de seus problemas de saúde, devendo assim, serem conscientizadas. Durante o regime militar, o campo da educação em saúde permaneceu inexpressivo em virtude da limitação dos espaços institucionais para sua

realização. Em contrapartida, este mesmo regime despertou uma resistência e insatisfação na população que precipitou, ao longo da década de 1970, a organização de movimentos sociais que reuniram intelectuais e populares, dentre eles, o movimento da Educação Popular em Saúde.

Este movimento foi precipitado pela insatisfação de alguns profissionais de saúde com os serviços oficiais, sendo dirigido para as periferias dos grandes centros urbanos e regiões rurais. Tem priorizado a relação educativa com a população, rompendo com a verticalidade da relação profissional-usuário. Valorizam-se as trocas interpessoais, as iniciativas da população e usuários e, pelo diálogo, buscam-se a explicitação e compreensão do saber popular. Esta metodologia contrapõe-se à passividade usual das práticas educativas tradicionais. O usuário é reconhecido como sujeito portador de um saber sobre o processo saúde-doença-cuidado, capaz de estabelecer uma interlocução dialógica com o serviço de saúde e de desenvolver uma análise crítica sobre a realidade e o aperfeiçoamento das estratégias de luta e enfrentamento (ALVES, 2005, p.45).

Até o final da década de 1970 e início dos anos 1980, a educação em saúde era utilizada para eliminar ou diminuir a ignorância da população sobre as causas biológicas das doenças, estando às ações educativas restringidas às questões de higiene e conscientização sanitária, assumindo dessa forma um caráter individualista, autoritário e assistencialista. Constitui-se uma prática social, devendo ser centrada na problematização do cotidiano, na valorização da experiência de indivíduos e grupos sociais e na leitura das diferentes realidades. Vista como prática social, a Educação em Saúde passa a ser repensada como um processo capaz de desenvolver a reflexão e a consciência crítica das pessoas sobre as causas de seus problemas de saúde, priorizando o desencadeamento do diálogo, de modo que se passe a trabalhar com as pessoas e não mais para as pessoas. Como uma prática social, a educação em saúde traz implícita uma visão cultural, que consiste em valores, crenças e visões de mundo, situados em um tempo e espaço delimitado. (ALVES; AERTS, 2011).

As crises econômicas e políticas do início dos anos 1980 no Brasil e a emergência no cenário mundial da proposta de atenção primária à saúde favoreceram o desenvolvimento da assistência comunitária. A Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em Ottawa, Canadá, em 1986, teve como principal produto a Carta de Ottawa, que se tornou, desde então, um termo de referência no desenvolvimento das ideias de promoção da saúde em todo o mundo (SOUSA *et al.* 2010). Na Carta de Ottawa, promover a saúde significa fornecer às populações condições para que estas sejam capazes de melhorar sua saúde e exercer controle sobre a mesma (SOUZA *et al.*, 2005).

A partir de então, foi implantado a ideia de um sistema de saúde fundamentado na atenção integral a todos os brasileiros. Posteriormente, esta ideia foi concretizada com a implementação do Sistema Único de Saúde – SUS. A Educação em Saúde passa a ser vista como uma estratégia de transformação social, como uma das ferramentas para a consolidação dos princípios filosóficos do SUS. O Ministério da Saúde propõe a Estratégia Saúde da Família, a qual atua diretamente com a população e se constitui em espaço privilegiado de consolidação da Educação em Saúde e, assim, das diretrizes do SUS (DIAS *et al*, 2013). Nesse sentido,

Na Estratégia Saúde da Família (ESF), modelo assistencial da atenção básica, a educação permanente constitui-se como um instrumento essencial para a capacitação e qualificação dos profissionais, buscando as lacunas de conhecimentos e atitudes, dando subsídios para que eles possam entender e atender às necessidades de saúde da população, de resolutividade, de organização dos serviços e de transformação da realidade (PAULINO *et al*, 2012, p. 369).

Dessa forma, Alves (2005) complementa que:

Educar para a saúde vai além da assistência curativa, indica dar prioridade a intervenções preventivas e promocionais. Deste modo, o desenvolvimento de ações educativas no âmbito da ESF, seja em espaços convencionais, a exemplo dos grupos operativos e educativos, ou em espaços informais, como a consulta domiciliar, expressa a assimilação do princípio da integralidade pelas equipes de saúde da família. (ALVES, 2005, p. 50).

SOUSA *et al*. (2010) destacam duas correntes no contexto das práticas e concepções de educação em saúde: a fenomenológica e a marxista. A fenomenologia considerando os indivíduos e grupos como foco dos fenômenos. O marxismo enfatizando o papel regulatório do governo. Essas vertentes disputam espaços e lançaram bases para o desenvolvimento de outras propostas no campo da educação em saúde: a pedagógica, a de desenvolvimento pessoal e a radical.

A proposta pedagógica compreende que o comportamento dos indivíduos prevalece sobre os fatores de risco, por isso acredita que a exploração de crenças e valores favoreceria a saúde de indivíduos e grupos. A abordagem de desenvolvimento pessoal assegura que os indivíduos poderão enfrentar situações de saúde de forma mais autônoma. Na abordagem radical a educação em saúde deve ser um instrumento de luta política para a melhoria das condições de vida e de saúde.

Para Colomé e Oliveira (2008) existem duas maneiras de focar a educação em saúde: o modelo tradicional ou preventivo e o modelo radical. O modelo tradicional de educação em saúde baseia-se nos princípios da biomedicina, objetiva a prevenção das doenças

e trabalha com a ideia de que os modos de vida dos indivíduos, como os hábitos considerados insalubres, são as principais causas da falta de saúde. O modelo radical de educação em saúde busca o fortalecimento da consciência crítica das pessoas, a participação destas nas circunstâncias implicadas nas suas condições de vida, transferindo o foco das ações tradicionalmente centradas no indivíduo para um investimento no potencial protagonista dos grupos sociais.

Colomé e Oliveira (2012) complementam que a abordagem tradicional de educação em saúde caracteriza-se, ainda, pela identificação dos profissionais da saúde como legítimos executores ou agentes de ações educativas em saúde. Segundo essa visão, como os profissionais da saúde são aqueles que conhecem as escolhas mais saudáveis, estão autorizados a convencer os indivíduos a adotar um estilo de vida compatível com estas escolhas.

Para Souza *et al* (2005) o modelo tradicional de educação em saúde é problemático, por centrar seu projeto educativo na mudança de comportamento individual e na crença de que saúde resulta de escolhas que o indivíduo faz, não importando os aspectos culturais e sociais que condicionam estas escolhas.

Colomé e Oliveira (2008) afirmam ser o modelo radical de educação em saúde o mais adequado aos pressupostos da promoção da saúde, pois estimula os indivíduos a assumir um maior controle sobre suas vidas por meio de atitudes críticas relacionadas não somente a questões de cunho individual, mas também social.

Alves (2005) se refere a este segundo modelo de práticas de educação em saúde como sendo *modelo dialógico* por ser o diálogo seu instrumento essencial. O usuário dos serviços é reconhecido sujeito portador de um saber que, embora diverso do saber técnico-científico, não é deslegitimado pelos serviços. O objetivo da educação dialógica não é o de informar para saúde, mas de transformar saberes existentes. A prática educativa, nesta perspectiva, visa ao desenvolvimento da autonomia e da responsabilidade dos indivíduos no cuidado com a saúde, porém não mais pela imposição de um saber técnico científico detido pelo profissional de saúde, mas sim pelo desenvolvimento da compreensão da situação de saúde.

Sousa *et al* (2010) enfatizam que a promoção da saúde e a educação em saúde encontram-se intimamente vinculadas e promovem a qualidade de vida no cotidiano das pessoas. A *promoção da saúde* articula saberes técnicos e populares e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, superando a conceituação biomédica de saúde e abrangendo objetivos mais amplos. A *educação em saúde* constitui

instrumento para a promoção da qualidade de vida de indivíduos, famílias e comunidades por meio da articulação de saberes técnicos e populares, de recursos institucionais e comunitários, de iniciativas públicas e privadas, superando a conceituação biomédica de assistência à saúde e abrangendo multideterminantes do processo saúde-enfermidade-cuidado.

Para Candeias (1997), educação em saúde pode ser entendida como sendo quaisquer combinações de experiências de aprendizagem delineadas com vistas a facilitar ações voluntárias conducentes à saúde e promoção em saúde como uma combinação de apoios educacionais e ambientais que visam a atingir ações e condições de vida conducentes à saúde.

Nesse sentido, a Educação em Saúde pode ser vista como um universo de processos capazes de desencadear mudanças e ajudar as pessoas que utilizam os serviços de saúde a promoverem sua qualidade de vida, além de transformá-las em sujeitos saudáveis, críticos e autônomos, com potencial para guiar todos os aspectos do seu cotidiano.

No próximo tópico analisaremos a dinâmica de atuação do Serviço Social na saúde e no NASF, atentando para as demandas que chegam aos Assistentes Sociais e de que modo esses profissionais as respondem, bem como, a importância da atuação do serviço social no NASF como estratégia pautada na proposta da Educação em Saúde.

5- O SERVIÇO SOCIAL NO NASF E A EDUCAÇÃO EM SAÚDE

As décadas de 1930 a 1945 foram marcadas pelo início da profissão de Serviço Social no Brasil. Durante todos esses anos, se manifestava um serviço social caridoso, tendo seu aporte teórico inspirado na doutrina social da Igreja Católica e nas suas encíclicas papais, bem como numa forte influência europeia e norte-americana.

A saúde foi a área que mais absorveu o profissional de Serviço Social no Brasil, a partir da década de 1940. Nessa área, a atuação dos Assistentes Sociais se localizou principalmente nos hospitais, sendo o Hospital das Clínicas de São Paulo, com o chamado Serviço Social Médico, o pioneiro na contratação destes profissionais. Em 1948, a área da saúde transformou-se no principal campo de absorção profissional devido à elaboração do “novo” conceito de saúde, trazendo os aspectos biopsicossociais como seus determinantes e também a elaboração de uma política de saúde centrada na assistência médica hospitalar e curativa (BRAVO; MATOS, 2007).

A demanda do governo, na década de 1960, em relação aos profissionais assistentes sociais exigia uma ação no sentido de controle da população de forma a adequá-la e submetê-la a ordem do governo ditatorial numa conjuntura de repressão, aumento da concentração de

renda, de desemprego, inflação, etc. Muitos profissionais se negavam a desenvolver essa prática propondo um debate crítico que abrangeu a categoria na América Latina, denominado de Movimento de Reconceituação do Serviço Social, com objetivo de construir a crítica à profissão, aos seus pressupostos ideológicos, teóricos e metodológicos e a determinadas práticas profissionais (MEDEIROS, 2012).

Esse processo de crítica foi abortado pelo golpe militar de 1964, com a neutralização dos protagonistas sociopolíticos comprometidos com a democratização da sociedade e do Estado (BRAVO; MATOS, 2007).

Com o processo de redefinição do projeto societário do Serviço Social, nos marcos do chamado Movimento de Reconceituação, a ação educativa do Assistente Social começa a assumir um caráter de emancipação das classes subalternas - as estratégias Pedagógicas anteriormente adotadas, de “ajuda” e “participação”, com um teor de benevolência e persuasão, ganha agora um caráter contestador da ordem vigente, cuja intervenção profissional irá pautar-se numa ação educativa de,

[...] construção de estratégias de mobilização, capacitação e organização das classes subalternas [...], visando à recuperação da unidade entre o pensar e o agir, na constituição de um novo homem, base e expressão de novas subjetividades e normas de conduta, isto é, de uma cultura contraposta à cultura dominante (ABREU, 2002, p. 134).

O período de renovação profissional ocorrido entre 1965-1975 se desenvolveu em três direções: a Perspectiva Modernizadora com influência do funcionalismo, a Reatualização do Conservadorismo norteada pela fenomenologia e a Intenção de Ruptura embasada pelo marxismo (NETTO, 2011). A perspectiva modernizadora no campo da saúde influenciou a prática do assistente social, principalmente no âmbito da assistência médica previdenciária, norteando as ações de cunho curativo com ênfase no serviço social de caso, sendo privilegiadas as técnicas de intervenção, a burocratização das atividades, a psicologização das relações sociais e a concessão de benefícios (BRAVO; MATOS, 2007).

Na distensão política, 1974-1979, o Serviço Social na saúde não sofre alteração, apesar do processo organizativo da categoria, do aparecimento de outras direções para a profissão, do aprofundamento teórico dos docentes e do movimento mais geral da sociedade, dando prosseguimento às orientações pertinentes a vertente modernizadora (BRAVO; MATOS, 2007).

A partir do final da década de 1980 e início dos anos de 1990, a renovação do Serviço Social passou a ser direcionada pela vertente da intenção de ruptura, que buscava romper com

o tradicionalismo e suas implicações teórico-metodológicas e prático-profissionais (NETTO, 2011).

Na década de 1990, com a ofensiva neoliberal na saúde, reafirmou-se o projeto privatista em contraposição ao projeto da reforma sanitária, ambos solicitando um posicionamento diferenciado do serviço social: o primeiro, uma ação fiscalizatória assistencialista e individual; o segundo, ações democráticas, humanizadas e interdisciplinares. Tanto o projeto privatista, quanto o projeto de Reforma Sanitária apresentam diferentes requisições para o Serviço Social.

O projeto privatista requisitou, e vem requisitando, ao assistente social, entre outras demandas: seleção socioeconômica dos usuários, atuação psicossocial através de aconselhamento, ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde, assistencialismo através da ideologia do favor e predomínio de práticas individuais. Entretanto, o projeto da reforma sanitária vem apresentando como demandas que o assistente social trabalhe as seguintes questões: busca de democratização do acesso as unidades e aos serviços de saúde, atendimento humanizado, estratégias de interação da instituição de saúde com a realidade, interdisciplinaridade, ênfase nas abordagens grupais, acesso democrático às informações e estímulo a participação cidadã (BRAVO; MATOS, 2007, p.10).

Recentemente foram elaborados pela categoria os Parâmetros de Atuação do Assistente Social na Saúde, objetivando referenciar à prática profissional. De acordo com os “Parâmetros”, as atribuições e competências dos profissionais de Serviço Social, sejam aquelas realizadas na saúde ou em outro espaço sócio ocupacional, são orientadas e norteadas por direitos e deveres constantes no Código de Ética Profissional e na Lei de Regulamentação da Profissão, que devem ser observados e respeitados, tanto pelos profissionais, quanto pelas instituições empregadoras (CFESS, 2010).

Ainda de acordo com os “Parâmetros”, os assistentes sociais na saúde atuam em quatro grandes eixos: atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional.

O trabalho do assistente social, na saúde, representa uma prestação de serviços voltada à emancipação, participação e sistematização no enfrentamento das expressões da questão social. Nesta perspectiva, o Serviço Social tem uma proposta mais avançada no sentido de promover o acesso aos direitos sociais através das políticas públicas existentes, cuja prática esteja pautada no compromisso ético político (CONTI; MAGNA BOSCO, 2015).

Assim, pode-se afirmar que o assistente social se insere, no interior do processo de trabalho em saúde, como agente de interação ou como um elo orgânico entre os diversos níveis do SUS e entre este e as demais políticas sociais setoriais, o que nos leva a concluir que

o seu principal produto parece ser assegurar — pelos caminhos os mais tortuosos — a integralidade das ações. A objetivação do trabalho do assistente social, na área da saúde, também cumpre o papel particular de buscar estabelecer o elo "perdido", quebrado pela burocratização das ações, tanto internamente entre os níveis de prestação de serviços de saúde, quanto, sobretudo, entre as políticas de saúde e as demais políticas sociais e / ou setoriais (COSTA, 2000).

Nesse sentido, o assistente social figura entre as profissões dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF, política governamental inscrita no cenário nacional em 2008 e que atribui à equipe multiprofissional a responsabilidade de exercer ações de educação permanente (BRASIL, 2008).

As diretrizes do NASF que dispõem sobre a atuação do Serviço Social nesse espaço pressupõem que:

A inclusão do serviço social nos Nasf, portanto, está em consonância com os princípios éticos e políticos da profissão e do projeto de reforma sanitária. Esse profissional é fundamental para o que prevê a Portaria nº 154, que regulamenta a criação dos Nasf: As ações de serviço social deverão se situar como espaço de promoção da cidadania e de produção de estratégias que fomentem e fortaleçam redes de suporte social, propiciando maior integração entre serviços sociais e outros equipamentos públicos e os serviços de saúde nos territórios adscritos, contribuindo para o desenvolvimento de ações intersetoriais que visem ao fortalecimento da cidadania (BRASIL, 2010, p.88).

Dentre as nove áreas estratégicas de atenção à saúde no NASF, o Serviço Social destaca-se ao trabalhar com a questão social nas suas mais variadas expressões cotidianas, sendo desenvolvido de forma interdisciplinar e integrada com as demais equipes. Salienta-se que as diretrizes e principais ações a serem desenvolvidas relativas às áreas estratégicas, não se remetem à atuação específica e exclusiva de uma categoria profissional, assim o que irá definir se a ação é de um ou outro profissional é a situação, ou seja, a necessidade da população e as características da equipe (MEDEIROS, 2012).

De acordo com o Caderno de Atenção Básica Nº 27 os objetivos para o Serviço Social no NASF são:

1. Desenvolver ações que garantam a escuta e acolhida dos usuários;
2. Incentivar e contribuir no processo de fortalecimento da autonomia e da organização pessoal do usuário;
3. Apoiar os usuários na construção e ressignificação de seu projeto de vida;
4. Criar espaços grupais que possibilitem a construção de relações humanizadoras e socializadoras por meio de trocas de experiências e construção de rede de apoio;
5. Desenvolver ações integradas com os profissionais da equipe correlacionados com a área de atuação em atenção à saúde e demais políticas públicas;

6. Socializar informações nas equipes e participar de discussão de situações vivenciadas por usuários e/ou familiares com as demais categorias profissionais, valorizando as ações desenvolvidas por eles;
7. Promover a integração dos demais membros da equipe de trabalho;
8. Produzir conhecimento sobre a população atendida na área da saúde, processo de pesquisa e a especificidade do serviço social;
9. Participar da elaboração conceitual/metodológica para apoiar as práticas educativo-participativas desenvolvidas pela equipe de trabalho, com usuários e população atendida;
10. Construir coletivamente e de forma participativa entre a equipe de saúde, segmentos organizados da comunidade, usuários e demais sujeitos sociais populares envolvidos a organização do trabalho comunitário.
11. Incentivar a participação dos usuários nos fóruns de discussão e deliberação, tais como: Conselhos Locais de Saúde, Conselho Distrital de Saúde, Conselhos de Assistência Social, Conselho de Direitos da Criança e do Adolescente, Conselhos do Idoso e demais Conselhos de direitos, Reuniões da Comunidade, e outros (BRASIL, 2010, p.90).

Ainda nos termos do Caderno de Atenção Básica, para o Serviço Social no NASF, são enumeradas algumas estratégias metodológicas, tais como: abordagem grupal, familiar, individual e de rede social; visitas domiciliares; grupos educativos e/ou de convivência; visitas institucionais; estudo social; aperfeiçoamento, formação e produção de conhecimento; intervenção coletiva; planejamento e gestão (BRASIL, 2010).

O assistente social que atua na área da saúde deve promover ações que estejam articuladas com a proposta do SUS, com a criação de estratégias voltadas para a efetivação dos direitos da população, considerando o código de ética profissional, de modo que a prestação de serviço atenda às demandas sociais da contemporaneidade. Entre as ações e atividades de competência do assistente social na saúde destaca-se a atuação em atividades, programas e projetos com foco na educação em saúde (CONTI; MAGNABOSCO, 2015).

Enquanto membros das equipes dos NASF's, os assistentes sociais tem atribuídas uma série de ações profissionais, as quais estão explicitadas na Portaria nº 154/08 (BRASIL, 2010, p.91). Dentre estas estão:

- 1- Coordenar os trabalhos de caráter social adstritos às equipes de SF;
- 2- Estimular e acompanhar o desenvolvimento de trabalhos de caráter comunitário em conjunto com as equipes de SF;
- 3- Discutir e refletir permanentemente com as equipes de SF a realidade social e as formas de organização social dos territórios, desenvolvendo estratégias de como lidar com suas adversidades e potencialidades;
- 4- Atenção às famílias de forma integral, em conjunto com as equipes de SF, estimulando a reflexão sobre o conhecimento dessas famílias, como espaços de desenvolvimento individual e grupal, sua dinâmica e crises potenciais;
- 5- Identificar no território, junto com as equipes de SF, valores e normas culturais das famílias e da comunidade que possam contribuir para o processo de adoecimento;
- 6- Discutir e realizar visitas domiciliares com as equipes de SF, desenvolvendo técnicas para qualificar essa ação de saúde;

- 7- Possibilitar e compartilhar técnicas que identifiquem oportunidades de geração de renda e desenvolvimento sustentável na comunidade ou de estratégias que propiciem o exercício da cidadania em sua plenitude, com as equipes de SF e a comunidade;
- 8- Identificar, articular e disponibilizar, junto às equipes de SF, rede de proteção social;
- 9- Apoiar e desenvolver técnicas de educação e mobilização em saúde;
- 10- Desenvolver junto com os profissionais das equipes de SF estratégias para identificar e abordar problemas vinculados à violência, ao abuso de álcool e a outras drogas.

A Política Nacional de Atenção Básica aponta para o papel fundamental da Educação Permanente na reorientação do modelo assistencial, valorizando a qualificação das práticas de cuidado, gestão e participação popular nesse processo:

Nesse sentido, a educação permanente, além da sua evidente dimensão pedagógica, deve ser encarada também como uma importante "estratégia de gestão", com grande potencial provocador de mudanças no cotidiano dos serviços, em sua micropolítica, bastante próximo dos efeitos concretos das práticas de saúde na vida dos usuários, e como um processo que se dá no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho (BRASIL, 2011).

As Diretrizes orientam o NASF na atuação técnico-pedagógica de maneira integrada com os processos de trabalho das equipes de Saúde da Família, favorecendo os processos de Educação Permanente em Saúde tanto na gestão das equipes quanto na atenção à saúde (STORTI, 2012). Nesse sentido, Ceccim (2005) aponta a educação permanente, como um processo educativo que coloca o cotidiano do trabalho em saúde em análise, possibilitando espaços coletivos para a reflexão e avaliação das ações das unidades, se apoiando na lógica da singularidade dos processos de trabalho e das produções de cuidado, introduzindo mecanismos, espaços e temas que proporcionem a problematização e experimentação das práticas em saúde.

Uma vez operando como apoiadores matriciais, as equipes do NASF podem favorecer, a partir do modelo de educação em saúde, a reorganização da formação profissional das equipes, permitindo no próprio processo de trabalho, a constante problematização da prática profissional e a construção de estratégias coletivas para a qualificação do cuidado e ampliação da capacidade resolutiva da atenção básica para a Promoção da Saúde e não simplesmente controle de endemias e tratamento de doenças (MARTINIANO; SAMPAIO; SILVEIRA, 2014).

A educação em saúde pode ser entendida como um processo que, através da comunicação, visa capacitar as pessoas com conhecimentos e habilidades para que possam fazer escolhas sobre sua saúde, despertando nelas a consciência crítica, reconhecendo os

fatores que influenciam a saúde e encorajando-as a fazer algo para mudar seu status atual, não tendo o papel somente de informar, mas de capacitar para transformar sua saúde (MATIAS *et al*, 2013).

Dessa forma, para que o processo de sensibilização aconteça, faz-se necessária a presença de um educador. Portanto, esta é uma das atribuições do profissional de Serviço Social, visto que a educação em saúde é essencial no trabalho cotidiano do assistente social. Este profissional como educador em saúde deve contribuir para a conscientização individual e coletiva, questionando as responsabilidades e os direitos à saúde, estimulando ações que atendam aos princípios do SUS, principalmente acessibilidade, equidade, universalidade e participação popular. Entendendo, então, que o principal objetivo da educação em saúde é promover a saúde para que indivíduos vivam a vida com qualidade, formar-se-ão indivíduos conscientes capazes de se responsabilizar pela sua própria saúde e intervir no ambiente que gere manutenção da sua saúde (SOUSA *et al*, 2010).

Porém, identificamos alguns desafios que se colocam no cotidiano do assistente social na construção de práticas educativas. Segundo Melo, Santos e Trezza (2005), a denúncia de escassez de recursos didático-pedagógicos, como cartazes e audiovisuais, causando limitação no fazer educativo; Estudo de Fernandes e Backes (2010) mostra que, na visão dos profissionais de saúde da família, os sentimentos e as experiências desfavoráveis em relação à participação da comunidade nas ações educativas geram desmotivação e criam uma barreira interna para a organização da educação em saúde; Na visão de Vasconcelos, Grilo e Soares (2009), a manutenção de um grupo educativo é um grande desafio em seus aspectos de quantidade, como frequência e número de membros, e qualidade, pela efetividade e participação ativa dos usuários.

Além desses desafios podemos citar também, a desvalorização da educação em saúde pela comunidade, que não atribui utilidade aos fazeres educativos; resistência da população às atividades educativas, representando certa antipatia ao “novo” modelo de educação em saúde, que se contrapõe a ideologia biomédica ainda dominante; espaços físicos inadequados para o trabalho educativo com os usuários, etc.

Somam-se a estes desafios, os obstáculos para a atuação dos profissionais no NASF, limitados por condições de trabalho perversas, a exemplo da fragilidade na contratação, o número excessivo de equipes e/ou demandas, sendo um assistente social referência para um número de ESF que muitas vezes extrapola o que está previsto na Portaria 2.488/2011, a carga horária excessiva, a falta de compreensão por parte dos profissionais de saúde e dos próprios

usuários a respeito do trabalho desenvolvido pelo NASF, a falta de profissionais para compor as equipes e constante rotatividade e o espaço físico inadequado que impede a garantia do sigilo profissional.

Esses desafios perpassam não só no cotidiano do assistente social, mas de todos os profissionais integrantes da equipe NASF, além desses, há também os desafios dos assistentes sociais enquanto categoria profissional inserida nesse novo espaço para validar nas práticas cotidianas o seu Projeto ético-político em contexto adverso.

6- CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Saúde da Família passou a representar uma nova concepção de promoção e prevenção à saúde, criando vínculo entre a população e as ESFs. Contudo, para fortalecer essa estratégia e ampliar o foco na atenção à saúde, partindo do entendimento do Conceito Ampliado de Saúde, foi criado pela Portaria n°. 154/2008 o NASF. Este tem como objetivo oferecer suporte às ESFs, trazendo consigo o Assistente Social, profissional capaz de trabalhar com a questão social nas suas mais variadas expressões, atuando na defesa dos direitos sociais e na educação em saúde.

O Serviço Social é uma profissão que trabalha na perspectiva educativa de revolucionar consciências, de proporcionar novas discussões, de trabalhar as relações interpessoais e grupais. Assim, a intervenção do assistente social é uma atividade veiculadora de informações, trabalhando em consciências, com a linguagem que faz parte da relação social, resgatando-se a visão de integralidade e coletividade humana e o real sentido da apreensão e participação do saber e do conhecimento (MARTINELLI, 1998).

O assistente social dispõe de autonomia ética e técnica no exercício de suas funções, sendo resguardado pelo Código de Ética de 1993 e pela lei que regulamenta a profissão também de 1993. No entanto, os profissionais enfrentam dificuldades para realizar o seu trabalho, devido ao encaminhamento das soluções não dependerem exclusivamente da vontade deste profissional, estando o desempenho de suas ações relacionado a um processo de trabalho coletivo.

São inúmeras as barreiras impostas ao fazer educativo no cotidiano profissional do assistente social no NASF, como a carência de recursos de apoio ao processo educativo; as limitações de infraestrutura das unidades e a desvalorização da população, motivada pelo

descrédito em relação à educação em saúde ou pela insatisfação com a metodologia de trabalho empregada.

Assim, a realidade estudada demonstra que a prática da educação em saúde acontece em meio a vários desafios, mas que, aos poucos, se constrói apesar das diversas dificuldades, como um processo educativo baseado no diálogo entre saber científico e popular, podendo contribuir consideravelmente para a efetivação da proposta do NASF, mostrando que essa prática é um desafio para a atuação do assistente social.

A educação em saúde é apresentada como uma das possibilidades de atuação do assistente social como importante método a ser implementado com vistas à prevenção do surgimento da doença e/ou de suas complicações, nos possibilitando acreditar que o cuidado em saúde deve estar no diálogo e participação entre a equipe de saúde e a população, reunindo os sujeitos em grupo, onde a prioridade não são apenas os conteúdos a serem discutidos, mas a criação de espaços de aprendizagem coletiva.

REFERÊNCIAS

ABREU, Marina Maciel. **Serviço Social e a organização da cultura**: perfis pedagógicos da prática profissional. São Paulo: Cortez, 2002.

ALVES, V. S. **Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família**: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Revista Interface Comunic., Saúde, Educ.*, v.9, n. 16, p. 39-52, set. 2004/ fev. 2005.

ALVES, G. G.; AERTS, D. **As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família**. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 319-325, jan. 2011.

ANDRADE, L. M. B. de. *et al.* **Análise da implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família no interior de Santa Catarina**. *Sau. & Transf. Soc.*, Florianópolis, v.3, n.1, p.18-31, 2012.

BRASIL. M. S. **Saúde da Família**: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, 1997.

_____. M. S. **Portaria nº 154**, de 24 de Janeiro de 2008. Brasília, 2008.

_____. M. S. **Portaria n° 2.488**, de 21 de Outubro de 2011. Brasília, 2011.

_____. M. S. **Portaria n° 3.124**, de 28 de dezembro de 2012. Brasília, 2012.

_____. M. S. Cadernos de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. M. S. Departamento de Atenção Básica. **Equipe de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012 a. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_como_funciona.php?conteudo=esf > Acesso em: 05 de Abril de 2016.

_____. Senado Federal. **Constituição da república federativa do Brasil**: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão n° 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais n° 1/92 a 90/2015. Brasília: Senado Federal, 2015.

_____. Ministério da Saúde. **8ª Conferência Nacional de Saúde**: relatório final. 1986. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio_8.pdf> Acesso em: 01 Março. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **A Construção do SUS**: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/construcao_do_SUS.pdf. Acesso em: 01 março. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **ABC do SUS**: Doutrinas e Princípios. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

BRAVO, M. I. S. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, A.E. *et al.* (orgs). **Serviço Social e Saúde**: formação e trabalho social. São Paulo: Cortez, 2006.

_____. **A Política de Saúde no Governo Lula**: algumas reflexões. In: Revista INSCRITA n.9. Brasília: CFESS, 2004.

_____. **Serviço Social e reforma sanitária**: lutas sociais e praticas profissionais, 2ª. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

_____.; MATOS, M. C. **Projeto ético-político do serviço social e sua relação com a reforma sanitária**: elementos para o debate. In: MOTA, A. E. et al. (Org.). *Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

CANDEIAS, N. M. F. **Conceitos de educação e de promoção em saúde**: mudanças individuais e mudanças organizacionais. Ver. *Saúde Pública*, 31 (2): 209-13, 1997.

CECCIM, R. B. **Educação Permanente em Saúde**: desafio ambicioso e necessário. *Comunic, Saúde, Educ*, v.9, n.16, p. 161-77, set.2004/fev.2005.

COLOMÉ, J. S. OLIVEIRA, D.L.L.C. **A educação em saúde na perspectiva de graduandos de Enfermagem**. Ver. *Gaúcha enferm.*, Porto Alegre (RS) 2008, set;29(3):347-53.

COLOMÉ, J. S. OLIVEIRA, D.L.L.C. **Educação em Saúde**: por quem e para quem? A visão de estudantes de graduação em Enfermagem. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2012, Jan/Mar; 21(1): 177-84.

CONTI, V.; MAGNABOSCO, R. M. C. **A experiência do Assistente Social na Educação em Saúde**: o programa home care da liga de dor da UFTM. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Docência na Educação Superior) Universidade Federal do Triângulo Mineiro – UFTM, Uberaba – MG, 2015. Disponível em: <http://docslide.com.br/documents/artigo-a-experiencia-do-assistente-social-no-contexto-da-educacao-em-saude.html> > Acesso em: 14 de Abril de 2016.

COSTA, M. D. H. da. **O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos(as) assistentes sociais**. In: *Serviço Social e Sociedade*. São Paulo, nº 62 Cortez, 2000.

CFESS. **Parâmetros para atuação dos assistentes sociais na saúde**. Brasília, 2010.

DIAS, O. V. et al. **Trabalhando Educação em Saúde na Estratégia Saúde da Família**: Um relato de experiência. Universidade Estadual de Montes Claros. Minas Gerais, 2013.

FERNANDES, M. C. P.; BACKES, V. M. S. **Educação em saúde**: perspectivas de uma equipe da Estratégia Saúde da Família sob a óptica de Paulo Freire. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 63, n. 4, p. 567-573, jul./ago. 2010.

FIGUEIREDO, M. C. de O. **Os desafios da política de saúde no Brasil nos anos 2000**. VI Jornada Internacional de políticas Públicas: o desenvolvimento da crise capitalista e a atualização das lutas contra a exploração, a dominação e a humilhação. Maranhão, 2013.

FRAGA, O. de S. **Agente Comunitário de Saúde: elo entre a comunidade a equipe da ESF?** Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) – Governador Valadares: UFMG, 2011.

GOMES, G. V. **Breve Apreciação Sobre a Política de Saúde no Brasil no contexto da contrarreforma do Estado.** V Jornada Internacional de Políticas Públicas. Maranhão, 2011.

MAGALHÃES, P. L. **Programa Saúde da Família: uma estratégia em construção.** Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) – Corinto: UFMG, 2011.

MARTINELLI, M. L. **O Serviço Social na transição para o próximo milênio: desafios e perspectivas.** In: Serviço Social & Sociedade, nº 57. São Paulo: Cortez, 1998.

MARTINIANO, C. S.; SAMPAIO, J.; SILVEIRA, S. A. S. **Os desafios no núcleo de apoio à saúde da família para a consolidação da atenção primária à saúde na perspectiva da promoção da saúde.** In.: __.; COSTA, M. D. H. da (Orgs.). Por uma crítica da Promoção de Saúde: contradições e potencialidades no contexto do SUS. São Paulo: Hucitec, 2014.

MATTA, G. C; MOROSINI, M. V. G. **Atenção Primária à Saúde.** Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/ateprisau.html> > Acesso em: 07 de Abril de 2016.

MATIAS, E. O. et al. **Estratégia educativa como tecnologia facilitadora para promoção da saúde do adolescente no âmbito escolar.** Adolesc. Saúde, Rio de Janeiro, v.10, n.2, p. 7-14, abr/jun 2013.

MEDEIROS, L. **O Serviço Social no Nasf: demandas, respostas e desafios profissionais.** Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, 2012.

MENDES, E. V. **As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: Conformação da reforma Sanitária e a Construção da Hegemonia do Projeto Neoliberal.** In: Distrito Sanitário: O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. MENDES, E. V. (org). 3ed. – São Paulo- Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1995.

MELO, G.; SANTOS, R. M. dos; TREZZA, M. C. S. F. **Entendimento e prática de ações educativas de profissionais do Programa Saúde da Família de São Sebastião-AL: detectando dificuldades.** *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 58, n. 3, p. 290-295, maio/jun. 2005.

MIRANDA, D. S. M. de. **Aconselhamento em DST/AIDS à gestantes na Atenção Básica: Uma análise nas UBSFs de Campina Grande – PB.** Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, 2008.

MOURA, J. E. de L. **A atuação do assistente social na Estratégia Saúde da Família na perspectiva da interdisciplinaridade.** Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, 2009.

MONNERAT, G. L.; SENNA, M. C. M.; SOUZA, R. G. **Entre a formulação e a implementação: uma análise do programa saúde da família.** In: BRAVO, M. I. S. et al (org.). *Saúde e Serviço Social*. São Paulo: Cortez, 2006.

NASCIMENTO, D. D. G. do; OLIVEIRA, M. A. de C. **Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família.** *O Mundo da Saúde*, São Paulo: 2010; 34(1): 92-96.

NETTO, J. P. **Ditadura e serviço social: uma análise do serviço social no Brasil pós-64.** 3. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

NORONHA, J. C. de; LEVCOVITZ, E. **AIS-SUDS-SUS: Os Caminhos do Direito à saúde.** In: *Saúde e Sociedade no Brasil: Anos 80*. Rio de Janeiro: ABRASCO-IMS-UERJ, 1994, p.73-111.

PAIM, J. S.. **O que é o SUS?** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

PAULINO, V. C. P. et al. **Ações de educação permanente no contexto da Estratégia Saúde da Família.** *Rev. enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, 2012 jul/set; 20(3): 312-6.

SILVA, B. V. G. da. **Políticas de Saúde no Brasil: elaboração, institucionalização e implantação do Sistema Único de Saúde entre as décadas de 1980 e 1990.** *Aedos* nº 12, vol. 5. Rio Grande do Sul, 2013.

SILVA, C. C. da. **O “olhar” dos (das) assistentes sociais acerca da Estratégia Saúde da Família do município de Campina Grande** – PB. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, 2010.

SILVA, R. B. da. **Discutindo a política de saúde e os direitos reprodutivos: considerações sobre o planejamento familiar**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, 2012.

SOUSA, R. da C.; BATISTA, F. E. B. **Política Pública de Saúde no Brasil: História e Perspectivas do Sistema Único de Saúde – SUS**. Anais do VII Connepi. Palmas, 2012.

SOUZA, A.C. et al. **A educação em saúde com grupos na comunidade: uma estratégia facilitadora da promoção da saúde**. Rev Gaúcha Enferm. 2005 Ago; 26(2): 147-53.

SOUSA, L. B. et al. **Práticas de educação em saúde no Brasil: a atuação da enfermagem**. Rev enferm UERJ, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 55-60, jan/mar 2010.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. 2ª Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

STORTI, M. M. T. **As diretrizes da Educação Permanente em Saúde nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF**. Monografia (Especialização em Saúde Pública) Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, Florianópolis – SC, 2012.

VASCONCELOS, M.; GRILO, M. J. C.; SOARES, S. M. **Práticas pedagógicas em atenção primária à saúde: tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009.