



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

MARIA CLARA DE OLIVEIRA FIGUEIREDO

**Serviço Social e Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF): uma análise acerca
do trabalho do assistente social**

Campina Grande-PB

2011

MARIA CLARA DE OLIVEIRA FIGUEIREDO

Serviço Social e Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF): uma análise acerca do trabalho dos assistentes sociais

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

Orientador(a): Prof. Doutora Moema Amélia Serpa
Lopes de Souza

Campina Grande-PB

2011

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Setorial Luiza Erundina – Serviço Social – UEPB

F475s Figueiredo, Maria Clara de Oliveira.
Serviço Social e Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) [manuscrito]: uma análise acerca do trabalho do assistente social / Maria Clara de Oliveira Figueiredo. – 2011.

29 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, 2011.

“Orientação: Profa. Ma. Moema Amélia Serpa Lopes de Souza, Departamento de Serviço Social”.

1. Assistente Social. 2. Serviço Social. 3. Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). I. Título.

21. ed. CDD 361.3

MARIA CLARA DE OLIVEIRA FIGUEIREDO

Serviço Social e Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF): uma análise acerca do trabalho do assistente social

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social, pelo Curso de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba.

Aprovado em: 14/12/2011

Nota: 10,0 (Dez)

BANCA EXAMINADORA

Moema Amélia Serpa

Profª Dr: Moema Amélia Serpa Lopes de Souza
Orientadora
(DSS/UEPB)

Maria do Socorro Pontes de Souza
Profª Ms. Maria do Socorro Pontes de Souza
Examinadora
(DSS/UEPB)

Sandra Amélia Sampaio Silveira

Profª Ms. Sandra Amélia Sampaio Silveira
Examinadora
(DSS/UEPB)

SUMÁRIO

RESUMO.....	4
1 INTRODUÇÃO.....	5
2 TENDÊNCIAS ATUAIS DA POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA E AS DEMANDAS PARA O SERVIÇO SOCIAL.....	6
2.1 A política de saúde no Brasil pós 1990: as implicações da contrarreforma.....	7
2.2 O trabalho do Serviço Social na saúde no contexto da contrarreforma.....	11
3 NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF) E O SERVIÇO SOCIAL.....	14
3.1 Os NASF: entre proposta e desafios.....	15
3.2 Serviço Social nos NASF.....	18
4 O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NOS NASF DE JOÃO PESSOA/PB.....	19
4.1 Os NASF de João Pessoa/PB e o Serviço Social: o processo de implementação, as particularidades do serviço e a inserção do Serviço Social.....	20
4.2 Organização do processo de trabalho das assistentes sociais nos NASF de João Pessoa/PB.....	21
5 CONCLUSÃO.....	25
REFERÊNCIAS.....	26

RESUMO

Este artigo é fruto da pesquisa intitulada “Saúde da Família e Serviço Social: uma análise da inserção da profissão na estratégia” desenvolvida como atividade de iniciação científica PIBIC/PROPESQ/UEPB realizada através do Núcleo de Pesquisas e Práticas Sociais (NUPEPS) da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). Nesse sentido, o artigo em foco tem como objetivo analisar a organização do processo de trabalho dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs) de João Pessoa/PB apreendendo quais são as condições de trabalho sob as quais atuam os assistentes sociais. Para a coleta dos dados foram utilizadas pesquisa documental e entrevistas com roteiro semi-estruturado envolvendo os profissionais de Serviço Social. A partir do estudo pudemos detectar que os profissionais de Serviço Social, assim como os demais profissionais atuam com a designação de “apoiadores”. Além disso, identificamos desafios cotidianos, que traduzem uma fragmentação e precarização do trabalho realizado, tais como: sobrecarga de equipes sob sua responsabilidade e condições de trabalho que nem sempre atendem as necessidades de sua atuação. Esses desafios expressam as dificuldades estruturais que atingem as políticas de seguridade social, especificamente a saúde, e impõe, no caso desta, obstáculos para um desempenho profissional que avance no comprometimento com o Movimento de Reforma Sanitária e com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

Palavras-chave: Trabalho. Serviço Social. NASF

ABSTRACT

This article derives from a survey entitled "Family Health and Social Work: an analysis of entry into the profession in the strategy" developed as an activity of scientific initiation PIBIC / PROPESQ / UEPB performed by the Center for Research and Social Practices (NUPEPS) State University Paraíba (UEPB). In this sense, the article at issue is to analyze the organization of the work of social workers in the Support Center for Family Health (NASFs) Joao Pessoa / PB seizing what are the working conditions under which these professionals work. For data collection were used archival research and interviews with semi-structured involving staff of Social Services. From the study we could detect that professional social work as well as other professionals working with the designation of "supporters", but no way to support the policy parameter matrix. In addition, we identified everyday challenges, which reflect a fragmentation and precariousness of work, such as overhead teams under their responsibility and working conditions that do not always meet the needs of their actions. These challenges express the structural problems that affect social security policies, specifically health, and requires, in this case, obstacles to job performance to step up commitment to the Health Reform Movement and the principles of the Unified Health System (SUS).

Key-words: Labor. Social Service. NASF

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho constitui-se como um recorte de pesquisa de iniciação científica¹ intitulada: “Saúde da Família e Serviço Social: uma análise da inserção da profissão na estratégia”, cujo objetivo principal foi analisar a inserção do Serviço Social no Saúde da Família (SF) dos municípios de Campina Grande/PB e João Pessoa/PB, e de modo específico: discutir sua atuação; verificar se sua inserção está em conformidade com os princípios do Movimento da Reforma Sanitária e do Projeto Ético Político do Serviço Social (PEPSS); avaliar a contribuição desses profissionais para as equipes, sob a ótica da vigilância da saúde; e identificar os desafios e potencialidades existentes no cotidiano desses profissionais.

O enfoque adotado neste artigo privilegia o trabalho dos assistentes sociais nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) do município de João Pessoa/PB. Essa escolha provém do reconhecimento de que os NASF se constituem como uma das expressões mais recentes de que política de saúde tem possibilitado a ampliação do espaço sócio ocupacional do assistente social.

O assistente social é um dos profissionais que compõe as equipes dos NASF e essa forma recente de inserção do Serviço Social na Saúde da Família (SF)² deve impulsionar reflexões por parte da categoria, dos docentes e discentes.

Nessa perspectiva, o presente estudo trás sua relevância na medida em que nos lançamos com a proposta de contribuir com o debate acerca da atuação do Serviço Social nos NASF. Nesse sentido, demarcamos como objetivo analisar a organização do processo de trabalho dos NASF de João Pessoa/PB e apreendendo quais são as condições de trabalho sob as quais atuamos assistentes sociais.

A pesquisa que serviu de base para as nossas análises classifica-se como um estudo de caso, que busca aprofundar o conhecimento em torno de uma dada questão, situá-la em sua totalidade, articulando-a às várias dimensões que a cercam, numa perspectiva crítica (MARCONI e LAKATOS, 1996).

O método de abordagem da realidade foi o crítico-dialético, que permite apreender o fenômeno estudado numa relação permanente entre o particular e o geral,

¹ O estudo envolveu dois grupos de sujeitos: assistentes sociais - onze que atuam nas equipes básicas de SF de Campina Grande/PB e dezoito que atuam nos NASFs, sendo nove de Campina Grande/PB e nove de João Pessoa/PB – e gestores da saúde - quatro de Campina Grande/PB e três de João Pessoa/PB.

² No caso dos municípios analisados na pesquisa que serviu de base para nossos estudos temos que: em Campina Grande/PB os assistentes sociais estão inseridos tanto nas equipes básicas como nos NASF e em João Pessoa/PB estão apenas nos NASF.

considerando aspectos históricos, econômicos, sociais, políticos, ideológicos e culturais que permearam o objeto de estudo.

A apresentação dos dados resultou da apropriação de fontes primárias e secundárias. O aporte da fonte primária tem como dados as informações concedidas pelos (as) assistentes sociais, através de entrevista semi-estruturada³, ao qual aliamos o uso de fontes secundárias, como documentos oficiais, informações de jornais locais, trabalhos acadêmicos, entre outros. Para a análise dos dados, empregamos a técnica de análise de conteúdo, que permitiu identificar os sentidos e significações explícitas e implícitas na fala dos sujeitos.

Ressaltamos, ainda, que se tratando de um estudo que envolve seres humanos, seguimos as exigências contidas na Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº196/1996.

Em linhas gerais, esse artigo apresentará aspectos capazes de dimensionar minimamente a prática do Serviço Social nos NASF e subsidiar estudos posteriores traçando contribuições para o aprofundamento da temática do Serviço Social no campo da saúde nos serviços públicos.

A discussão aqui apresentada está subdividida em três momentos: no primeiro momento traçaremos alguns aspectos que demarcam o direcionamento da política de saúde no Brasil no momento atual e as demandas postas para o Serviço Social; no segundo momento, apresentaremos a proposta de funcionamento do NASF e a atuação do Serviço Social neste espaço; e por fim, analisaremos a realidade profissional dos assistentes sociais no NASF em João Pessoa destacando as condições de trabalho.

1 A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL PÓS 1990: AS IMPLICAÇÕES DA CONTRARREFORMA

Na saúde imperam, como nas demais políticas sociais, as tendências neoliberais que se configuram como uma “ameaça real”(NETTO, 1999 p. 19) aos avanços constitucionais conquistados nesse campo, sobretudo no contexto de redemocratização do país. Essa tendência trás à tona algumas contradições, tendo em vista o sentido

³ Foram entrevistadas 9 (nove) assistentes sociais.

democrático que a saúde ganha a partir do Movimento de Reforma Sanitária (MRS)⁴ até a institucionalização do SUS, contrastando, com a direção da ordem neoliberal que impõe limites a toda a lógica do SUS.

Sem dúvidas, o SUS foi aprovado e reconhecido em nível nacional como um dos principais ganhos da sociedade brasileira, ao assumir dimensões políticas ligadas à democracia.

Tais ganhos expressam-se nos seus princípios e diretrizes a citar: universalização; igualdade no acesso; descentralização com comando em cada esfera de governo; integralidade das ações; e participação da sociedade na construção da política.

Sem dúvidas, a partir desses eixos estruturantes a política de saúde adquire grandes avanços em relação ao modo como vinha se desenvolvendo no Brasil, até então com dimensões restritas do ponto de vista democrático e dotados de forte cunho burocrático e centralizador.

Porém, embora tais progressos sejam sinalizados, não se pode desconsiderar as reais imposições da ordem do capital, as quais são reafirmadas paulatinamente a medida que os governos, sucedidos após o governo Collor, aplicaram as chamadas reformas neoliberais⁵ nesse setor.

Assim, a saúde que passa, a partir da Constituição de 1988, a ser considerada como um direito social devendo o Estado se responsabilizar pela sua defesa, é atingida pelo neoliberalismo a partir dos anos 1990. Esse impõe que a lógica do mercado ultrapasse os limites da economia e adentre no setor saúde concebendo-a como mercadoria.

De acordo com Correia (2007), se de um lado nos anos 1980, como fruto do Movimento de Reforma Sanitária, houve um profundo debate na área da saúde que culminou com avanços constitucionais e com as Leis Orgânicas da Saúde (LOS) – 8080/90 e 8142/90, por outro, nos anos 1990 a concretização dos princípios do SUS ganham obstáculos estruturais e conjunturais, tendo o seu caráter universal e público negados.

⁴ Esse movimento que emergiu a partir dos anos 1970 articulou trabalhadores da saúde, usuários e movimentos sociais em torno da proposta de romper com o modelo de saúde até então vigente, o médico-assistencial. Em nível mundial esse modelo já vinha sendo questionado desde os anos de 1920 em virtude de seu caráter seletivo e ineficiente.

⁵ São oriundas do projeto do grande capital que, de acordo com Mota (1995), “tem como vetores privilegiados a defesa do processo de privatização e constituição do cidadão consumidor”.

Na verdade, o que se constituiu foi um processo de contrarreforma, como diz Behring (2003), que impregnaram o Estado⁶ de um ideário mais retraído no que tange ao seu papel de executar políticas sociais. Para a saúde essa contrarreforma se expressa

por meio das proposições de restrição do financiamento público; da dicotomia entre ações curativas e preventivas, rompendo com a concepção de integralidade por meio da criação de dois subsistemas. O subsistema de entrada e controle, ou seja, de atendimento básico, de responsabilidade do Estado (uma vez que esse atendimento não é de interesse do setor privado) e o subsistema de referência ambulatorial e especializada, formado por unidades de maior complexidade que seriam transformadas em Organizações Sociais (CFESS, 2009, P. 12)

Estimula-se através dessas requisições a construção de um SUS seletivo, focalizado e pobre e, por outro lado, a criação de uma rede privada de atendimento à saúde orientada para o consumo. O que verificamos, é que os interesses em racionalizar os gastos e erguer o mercado como a principal oferta dos serviços de saúde tornam-se prioritários, em detrimento das reais necessidades de saúde e da concepção de integralidade, uma vez que há uma fragmentação dos serviços preventivos e curativos.

Vale salientar que no governo de Fernando Henrique Cardoso – FHC, essa realidade começa a ganhar contornos e a condução privatista responsabiliza-se por modelar as práticas sanitárias conforme as regras do mercado e os interesses do capital.

Fica evidente, frente aos avanços já sinalizados na saúde e a entrada das propostas neoliberais, que se mostram contrárias a tais avanços, que a implantação e implementação do SUS não ocorre de maneira consensual, sendo palco de um embate acirrado entre os dois projetos antagônicos: o Projeto de Reforma Sanitária e o Projeto Privatista.

O Projeto de Reforma Sanitária tem como base o Estado democrático, responsável pelas políticas sociais e, conseqüentemente, pela saúde (CFESS, 2009). Destacam-se como fundamentos dessa proposta a democratização do acesso; a universalização das ações; a melhoria da qualidade dos serviços com a adoção de um novo modelo assistencial pautado na integralidade e equidade das ações; a democratização das informações e transparência no uso de recursos e ações do governo; a descentralização com controle social democrático e a interdisciplinaridade nas ações. Tem como premissa básica a defesa da “saúde como direito de todos e dever do Estado” (BRAVO, 1999; BRAVO; MATOS, 2001).

⁶ De acordo com Behring (2003), esse processo usualmente denominado de “reforma” do Estado, constitui-se na verdade em uma contrarreforma, tendo em vista que possui um conteúdo conservador e regressivo em relação aos direitos conquistados na Constituição de 1988.

Já o Projeto Privatista defende como principais diretrizes para a política de saúde:

caráter focalizado para atender às populações vulneráveis através do pacote básico para a saúde, ampliação da privatização, estímulo ao seguro privado, descentralização dos serviços em nível local, eliminação da vinculação de fonte com relação ao financiamento” (BRAVO, 2007, p.13).

Assim, o Estado assume a tarefa de garantir um mínimo aos que não podem pagar e à iniciativa privada cabe o acesso daqueles que podem consumir conforme as regras do mercado.

Ao adentrarmos nos anos 2000, reativam-se as esperanças de que se reverta esse quadro de severas conduções anti-democráticas na política de saúde. 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. Para a saúde vislumbrava-se sua afirmação enquanto direito, a partir da promessa de consolidação/cumprimento dos princípios e diretrizes do SUS.

Porém, inovações e continuidades são apontadas por Bravo (2004) no governo Lula e que demonstram que as contradições permanecem, embora camufladas por uma roupagem mais democrática em alguns momentos e, em outros, mais evidentes.

Como inovações, Bravo (2004 e 2006) cita, por exemplo: a defesa da concepção de Reforma Sanitária esquecida nos anos noventa; a escolha de profissionais adequados para compor o quadro administrativo 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).

Com relação aos aspectos que refletem a continuidade da política dos anos noventa, a autora faz referência: a focalização, apresentando como exemplo a centralidade na ESF, que não foi revertido em estratégia de reorganização. Nesse sentido, a avaliação realizada por Paim (2005) acerca da Atenção Básica nesse governo, demonstra que houve um compromisso do governo com a ampliação e o fortalecimento da ESF através do aumento do financiamento e aumento das equipes.

Porém, devemos compreender que o ponto central do governo para as políticas que caminham no sentido das orientações econômicas está, não no aumento dos gastos sociais com saúde nem na ampliação de equipes, mas sim na proposta de focalização.

Desse modo, permanece a lógica das políticas focais em detrimento do direito e da Seguridade Social universalizada (SOARES, 2004).

O governo Lula, também herda dos anos noventa a ênfase na precarização, no desfinanciamento⁷ e na terceirização dos recursos humanos⁸, fatores que mostram que a contrarreforma na saúde, assim como nas demais políticas, ainda vem sendo estruturada e ampliada.

Nessa perspectiva, a mais cabal expressão da afirmação dessa contrarreforma no governo em foco, trata-se da regulamentação das Fundações Estatais de Direito Privado para a gestão das instituições públicas de saúde, mediante o projeto de lei 92/2007. Os formuladores desse projeto justificam a criação dessas fundações afirmando:

Setores em que cumpre ao Estado atuar de forma corrente com a livre iniciativa, exercendo atividades que, embora consideradas de relevância para o interesse público, não lhes sejam exclusivas, necessitando para isso, de maior autonomia e flexibilidade de gestão que favoreçam a eficácia e a eficiência da ação governamental (MPOG, 2007, p. 10)

Tende-se claramente, à implementação da privatização no nível de gestão da saúde, num processo claro em que o Estado passa a dividir obrigações com o mercado, afim de abrir-lhe espaço para a realização do capital e do lucro.

Essa tendência à privatização da política de saúde alastra-se e chega aos estados e municípios brasileiros⁹ com discurso é de melhorar a eficácia, eficiência e, conseqüente, qualidade dos serviços ofertados.

Registra-se, nessa perspectiva a presença da proposta desenvolvimentista na política de saúde que de acordo com Soares (2010) demarca a saúde não como um direito, mas também como um importante setor de investimento público/privado que, juntamente com a ampliação da precarização do sistema público, garante a expansão do mercado.

Embora os movimentos sociais do campo da saúde venham reagindo a essa proposição, sobretudo na 13ª Conferencia Nacional de Saúde, a proposta foi aprovada o

⁷ A respeito do desfinanciamento Mendes e Marques (2007, p. 18) afirmam que “o esforço em realizar um superávit primário superior ao acertado com o FMI implicou em constantes tentativas (vitoriosas ou não) de reduzir a disponibilidade de recursos para o orçamento da saúde pública”.

⁸ A respeito da terceirização dos trabalhadores da saúde Menezes e Bravo (2011) relatam que algumas propostas têm sido defendidas e foram objeto de discussão na 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde: como a implantação do Plano de Carreira, Cargos e Salário (PCCS) para o SUS; Educação Permanente; proteção social do trabalhador e regulação pública das especialidades a partir das necessidades de saúde da população e do SUS; desprecarização do trabalho; implementação da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos (NOB/RH-SUS), aprovada como Política Nacional, por meio da Resolução nº 330, em 2004. O relatório da conferência, entretanto, não foi divulgado e as ações necessárias para a viabilização da política não foram efetivadas.

⁹ Recentemente parlamentares de João Pessoa/PB aprovaram projetos de lei que objetivam transferir a administração do serviço público de saúde do município para as organizações sociais.

que revela-nos a ação do governo no sentido de banalizar os mecanismos de participação social na saúde (conferências e conselhos).

Sem dúvidas, as continuidades e os retrocessos parecem ter exercido uma pressão maior nas práticas em saúde nesse contexto. As supostas inovações acabam por perderem-se no nível do discurso, uma vez que a prática demonstra claramente que os interesses giram em torno da política macroeconômica de cunho anti-democrático.

Decerto que, os desafios de consolidar os princípios da Reforma Sanitária permanecem no atual contexto, uma vez que ataques constantes são efetuados contra a universalização, a integralidade a intersectorialidade, ao controle social e participação popular. Cada vez mais, caminha-se para a defesa do desmonte do SUS, da precarização do trabalho, da seletividade, do desfinanciamento e da focalização da política de saúde. Em resumo, a disputa entre o Projeto Privatista e o Projeto de Reforma Sanitária continua tensionando a esfera da saúde pública. Esse cenário tem rebatimentos intensos para o trabalho na saúde, inclusive para o Assistente social.

2.1 O trabalho do Serviço Social na saúde no contexto da contrarreforma

O assistente social, como os demais trabalhadores da saúde, vem sofrendo as implicações dessa dinâmica do capital, inclusive em suas competências, atribuições e condições de trabalho. Nesse contexto, o trabalho em saúde não tem com valor primordial atender as necessidades sociais, é deturpado pela lógica mercantilista, que o torna um valioso investimento econômico.

Como diz Belisário (2007), o trabalho nesse contexto é precário, resultando na ausência de meios para realização de atividades primordiais, na precariedade do ambiente de trabalho e da organização do mesmo. O exemplo disso são as longas jornadas de trabalho, a polivalência, as novas demandas e a excessiva avaliação quantitativa dos dados (BELISÁRIO, 2007; RECEPUTI, 2011). Tudo isso compromete a qualidade dos serviços ofertados e a resolutividade das ações. O intuito maior é de expulsar os usuários do sistema público, vistos dentro da lógica como “consumidores”, para adquirirem os serviços de saúde no mercado.

Isso traduz os desafios da construção de práticas profissionais que atuam no sentido de afirmar o direito à saúde. Os limites estão impregnando o cotidiano de intensos

obstáculos que condicionam os trabalhadores às regras do sistema que vão na contramão da defesa dos direitos sociais.

A rigor, o emprego dentro dessa lógica de precarização adquire status de precariedade, sobretudo quando consideramos o trabalho terceirizado. Prevalece uma tênue linha que separa o emprego do desemprego, por meio da existência de contratos temporários e da instabilidade dos mesmos. O que ocorre é uma desconstrução dos direitos conquistados pela classe trabalhadora que foram garantidos constitucionalmente.

Assim, inscrito em todo esse processo, o profissional de Serviço Social vêm atuando na saúde em seus diversos segmentos. O seu desafio central é a defesa por uma política de saúde universal, uma vez que a lógica que impera é a de seleção socioeconômica dos usuários para atender às propostas de seletividade e focalização. O trabalho dos profissionais de saúde está entre os desígnios do sistema e os direitos do usuário, elementos que nem sempre caminham juntos.

De um modo geral, a política de saúde esta inscrita no modelo de desenvolvimento que possui característica que

Efetivamente reproduzem a desigualdade social brasileira com seus níveis de concentração de renda termina por engendrar (...) um aumento substancial nas demandas do SUS e muitas destas chegam ao Serviço Social com o peso da urgência, configurando-se para os assistentes sociais um cenário de trabalho com alto grau de superexploração (SOARES, 2010, p. 350-351).

Assim, são apontados desafios para o assistente social, bem como para os demais profissionais de saúde, que buscam fortalecer e avançar em relação à integralidade, à intersetorialidade, à promoção da saúde e ao controle social.

Nesse sentido, podemos verificar que a própria noção de integralidade defendida pelos SUS, aponta para a necessidade de se incorporar saberes que possam ir além do saber biomédico e ter um alcance maior, embora, diante da atual conjuntura, as práticas permaneçam imbricadas nessa lógica. Porém, o profissional de Serviço Social, mediante seu aparato crítico-teórico pode trazer grandes contribuições uma vez que lida com variadas questões que podem surgir no cotidiano dos serviços de saúde, sobretudo àquelas relacionadas à defesa dos direitos dos cidadãos¹⁰.

Com relação as suas contribuições do profissional à intersetorialidade, Costa (2000)

¹⁰ As contribuições do assistente social estão previstas nos Parâmetros para a Atuação do Serviço Social na Saúde (CFESS, 2009) que apontam dimensões para a atuação do assistente social, as quais são complementares e indissociáveis: assistencial; em equipe; socioeducativa; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional.

afirma que o assistente social vem sendo o profissional de saúde que mais tem assumido o desafio de caminhar na direção desta diretriz. Nesse sentido,

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 sociais e as demais políticas sociais e/ou setoriais (COSTA, 2000, p.62-63).

Porém, a referida autora, pontua nos estudos em 2010, que o processo de construção da intersectorialidade não é, e não pode ser, tarefa de uma profissão e que as ações dos assistentes sociais nesse campo, devem está somadas à luta pela efetivação dos direitos humanos e de cidadania.

No que tange ao desafio do assistente social de contribuir para a promoção da saúde faz-se necessário destacar que esta é assumida como uma estratégia que contribui para a construção de ações que respondam às necessidades em saúde, ou seja, é vista “como um modo de pensar e de operar articulado às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro” (BRASIL, 2006).

Supõe-se, portando a interseção entre o princípio da promoção à saúde com a diretriz da intersectorialidade, onde as políticas públicas estejam favoráveis à saúde. Entretanto, este fato está condicionado por toda uma lógica que está longe de ser revertida pelo Serviço Social. Assim, o assistente social que é habilitado a lidar com as diversas políticas reserva contribuições importantes nesse sentido, porém a conjugação do seu trabalho com a prática dos demais profissionais, bem como o funcionamento da rede de serviços, são condições essenciais para fortalecer estratégia de promoção à saúde.

Por fim, a contribuição do assistente social para o controle social na saúde. Essa atribuição deve ser rigidamente confrontada com dois fatores: as condições de trabalho para a realização desta atividade, bem como o não interesse da gestão pública em fomentar os espaços democráticos.

Vale salientar que não podemos cessar as nossas discussões na afirmação ou não do compromisso ético-político desses profissionais, mas reconhecê-lo segundo estratégias concretas e condições de objetivá-las (BARROCO, 2004).

Tais condições objetivas vem sendo retiradas pela consolidação do Projeto Privatista na saúde. Em meio a constante tensão ideológica e a persistente afirmação do projeto privatista, os rebatimentos para o trabalho do assistente social são precisos. Sendo um profissional capacitado para mediatizar o direito à saúde e facilitar o acesso da população, se vê limitado em sua atuação que depende de recursos, condições e

meios de trabalho que se mostram escassos no âmbito das políticas e dos serviços sociais públicos.

2 NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF) E SERVIÇO SOCIAL

Os NASF vieram recentemente compor o quadro de ações que integram a ESF, num contexto em que a ênfase na Atenção Primária à Saúde (APS)¹¹ vem se constituindo um elemento crucial de estruturação e, conseqüentemente, de condução da política de saúde em nível nacional e internacional. Nesse sentido, esses núcleos de acordo com o Ministério da Saúde (2009), surgem para contribuir, dentre outros, com a ampliação das ações da APS no Brasil.

Essa organização da rede assistencial do SUS tem como parâmetro a publicação, em 2006, da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), em que concebeu a APS como:

Porta de entrada do SUS e 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. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde (BRASIL, 2006, p.10).

O documento estimula a adoção da ESF pelos municípios em substituição às práticas até então vigentes, por concebê-la como a estratégia para reorganização da APS no país. Preconiza ainda, que essa estratégia deva atuar de acordo com os preceitos do SUS e obedecendo aos princípios gerais da APS (BRASIL, 2006).

Mais recentemente, os NASF vêm compor essa tarefa de reorganizar o SUS por meio da APS, surgindo para apoiar a ESF dentro da rede de serviços. Esses núcleos foram criados em 2008 pelo Ministério da Saúde¹², assumindo o objetivo de ampliar elementos tais como: a abrangência, a resolutividade, a territorialização e a regionalização, assim como as ações da APS. (BRASIL, 2009).

¹¹ Starfield (2004, p. 28) define a APS como sendo: aquele nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros.

¹² Através da Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008.

3.1 Os NASF: entre proposta e desafios

O Ministério da Saúde criou o NASF, mediante a portaria GM nº 154, de 24 de Janeiro de 2008, com o objetivo de apoiar a inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços, de ampliar a abrangência e o alvo das ações da APS, como também aumentar a resolutividade dela, reforçando os processos de territorialização e regionalização em saúde (BRASIL, 2009).

Esse objetivo deve, portanto, ser alcançado ao passo em que as equipes NASF lancem mão dos princípios e diretrizes previstos para nortear esses núcleos, tais como: ação interdisciplinar e intersetorial; educação permanente em saúde dos profissionais e da população; desenvolvimento da noção de território; integralidade, participação social, educação popular, promoção da saúde e humanização (BRASIL, 2009). Entrementes, esses princípios e diretrizes se mostram constantemente limitados diante do sucateamento/precarização, desfinanciamento e despolitização da saúde que, como vimos, fazem parte do processo de contrarreforma na saúde.

Com relação ao processo de trabalho das equipes NASF, é importante assinalarmos que existem dois tipos de NASF: o NASF 1 formado por no mínimo cinco profissionais¹³ e que deve se vincular a um mínimo de oito e máximo de vinte equipes de SF e, o NASF 2 que deverá ter no mínimo três profissionais¹⁴ e está vinculado a um mínimo de três equipes (BRASIL, 2009).

A implantação dos NASF, permitem a ESF, de acordo com a proposta oficial do Ministério da Saúde, ter suas possibilidades de alcance e resolutividade aumentadas. Entretanto, devemos levar em consideração alguns fatores que podem indicar uma visão um pouco mais além do que ilustra a proposta de criação desses núcleos.

Devemos ponderar que, os desafios assinalados no dia-a-dia das equipes de saúde da família, “vem mostrando um acúmulo de demandas de atenção à saúde da população adscrita, que muitas vezes, poderiam se atendidas por profissionais especialistas” (ALMEIDA, 2009, p. 17). Os NASF foram apontados como saída para o acúmulo de

¹³ Dentre eles: psicólogo, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico ginecologista, profissional de educação física, médico homeopata, nutricionista, médico acupunturista, médico pediatra, médico psiquiatra e terapeuta ocupacional (BRASIL, 2009).

¹⁴ Neste caso compõe os mesmos profissionais previstos para o tipo 1 com exceção dos médicos: ginecologista, homeopata, acupunturista, pediatra e psiquiatra.

demandas nas equipes básicas, contudo, sem passar pela proposta de ampliação das mesmas¹⁵.

Esses núcleos vêm compor em relação à ESF, o arranjo proposto por Campos (1999) para o trabalho em saúde, quando afirma que:

[...] um novo arranjo para os serviços de saúde com base nos conceitos de equipe de referências e de apoio especializado matricial. Parte-se da suposição de que uma reordenação do trabalho em saúde segundo a diretriz do vínculo terapêutico entre equipes e usuários estimularia a produção progressiva de um novo padrão de responsabilidade pela co-produção de saúde [...] (CAMPOS, 1999, p. 395).

Segundo Campos (1999), esse novo arranjo deveria estimular, cotidianamente, a formulação de padrões novos de inter-relação entre equipes e usuários ampliando o compromisso dos profissionais com a produção de saúde e rompendo com os obstáculos organizacionais entre os mesmos.

Essa tarefa de estímulo a esses novos padrões inter-relacionais surge-nos com certo caráter ilusório, na medida em que é difícil vislumbrar que novos arranjos organizacionais dentro da política de saúde, tenham o poder de: ampliar o compromisso de outros profissionais com a saúde, desvinculando-os do objetivos de alcançar metas numéricas, tampouco romper com obstáculos organizacionais que separam equipe de usuários. Essas questões vão muito além de propor mudanças na gestão do trabalho, pois, necessariamente, advém de toda a lógica contrareformista que assola a política de saúde, deturpando-a.

De acordo com Campos e Domitti (2007), indica-se com esse novo arranjo a possibilidade de uma relação horizontal entre os profissionais de referência e os especialistas. Além disso, Almeida (2009) referenciado nos estudos de Campos (1999), afirma que a mescla de saberes de diferentes profissões oriundas desse novo arranjo, contribui para a superação do modelo hegemônico centrado em um único profissional.

Essa contribuição, porém, deve ser confrontada com a idéia de que não será incorporando novos saberes que se reverterá toda a lógica de um modelo curativista, hospitalocêntrico e medicocêntrico, hegemônico historicamente e que vem afirmando a fragmentação dos saberes e os encaminhamentos que, ao invés de corroborarem em uma relação entre os profissionais, resultam na descontinuidade no atendimento.

Desse modo, propõe-se com esses núcleos, dispostos no território de sua responsabilidade, uma forma de complementar o processo de trabalho das equipes de

¹⁵ Teixeira (2007), afirma que a montagem da equipe de SF deve passar por um processo inverso, isto é, pela concepção da totalidade e não do mínimo possível, para conseguir ir além da atenção focal.

referência, no caso as equipes de SF, sob o signo do “apoio”, conceito que nos remete a uma tecnologia de gestão já utilizada na política de saúde no Brasil, chamada “apoio matricial”.

De acordo com Campos e Domitti (2007, p. 399-400)

O apoio matricial em saúde objetiva assegurar retaguarda especializada às equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde. Trata-se de uma metodologia de trabalho complementar àquela prevista em sistemas hierarquizados, a saber: mecanismos de referência e contra-referência, protocolos e centros de regulação. O apoio matricial pretende oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnicopedagógico às equipes de referência.

Nesse sentido, a tentativa é de se romper com lógica de responsabilizar os profissionais apenas por procedimentos (consultas, visitas, atendimentos, exames, etc) passando e integrá-los em uma lógica na qual eles passam a se manterem responsáveis também pelas equipes de referência.

Assim, sendo a equipe de referência – efetivamente a equipe de SF – composta por profissionais considerados essenciais na condução dos problemas de saúde, deverão acionar uma rede de assistência necessária a cada caso. Em geral, é nessa rede que estão os serviços voltados para o apoio matricial, no caso os NASF, os quais devem assegurar de modo dinâmico e interativo a retaguarda especializada às equipes de SF (BRASIL, 2009).

Essa retaguarda revela-se como uma proposta que visa tanto o atendimento clínico, quanto o atendimento técnico-pedagógico com a equipe e para a equipe (BRASIL, 2009).

Porém, devemos registrar que essa lógica proposta para o NASF deverá ser posta em prática cuidadosamente, uma vez que o ideário impresso na saúde atualmente, não se mostra favorável a constituição de práticas que, como vimos, possam ir além do aspecto curativo e voltado apenas para os indivíduos em detrimento da coletividade.

Desse modo, é lançando mão dessas estratégias e tendo como base os objetivos, princípios e diretrizes do NASF que a equipe que o compõe deverá atuar, vale dizer: sob bases multiprofissionais e interdisciplinares, que estão previstas para enriquecer os serviços oferecidos na atenção básica através da conexão entre os diferentes saberes. Segundo Paim (2002), o trabalho em equipe é indicado como se fosse uma panacéia capaz de solucionar, por si mesma, os problemas das práticas de saúde decorrentes da complexidade do processo saúde-doença.

Porém, para que a interdisciplinaridade ocorra de fato e contribua para aumentar a eficácia das intervenções, é essencial que se tenha condições para comunicação entre os

profissionais, como também “montar um sistema que produza um compartilhamento sincrônico e diacrônico de responsabilidades pelos casos e pela ação prática e sistemática conforme cada projeto terapêutico específico” (CAMPOS; DOMITTI, 2007). Essa realidade nem sempre existe e os profissionais da saúde esgotam as suas ações na perspectiva do imediato e sem uma maior conexão entre o seu saber e o dos demais.

Em linhas gerais, o que temos a partir da implementação dos NASF é a tentativa de estabelecer uma nova roupagem à ESF, através da disposição de novos profissionais com saberes específicos que devem atuar tendo em vista objetivos que, a partir da lógica neoliberal, constituem-se como verdadeiros desafios.

3.2 Serviço Social nos NASF

A inserção do Serviço Social no NASF, compondo essa equipe multiprofissional e interdisciplinar, tem suas ações, de acordo o disposto nos anexos da Portaria Nº 154 de Janeiro de 2008, delimitadas segundo essas recomendações:

(...) 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 serviços de saúde nos territórios adscritos, contribuindo para o desenvolvimento das ações intersetoriais que visem ao fortalecimento da cidadania.

Entretanto, esse direcionamento da atuação profissional vem sendo obstacularizado pelas prerrogativas da lógica privatista no contexto atual. O que supomos é que tais limites também perpassem o trabalho nos NASF, ao passo em que não há espaços atingidos em menor ou menor grau, todos os serviços de saúde que compõem o SUS são atingidos indistintamente pela lógica privatista.

Além disso, o Ministério da Saúde (2009) estipula que na relação do assistente social com as equipes que o NASF faz cobertura, cabe a este a socialização das informações e participação em discussões de situações que dizem respeito aos usuários e/ou familiares com os demais profissionais ; promover a “integração entre os membros da equipe” e; a participação na “elaboração conceitual/metodológica para apoiar as práticas educativo-participativas desenvolvidas pela equipe” (BRASIL, 2009, p. 101).

O assistente social, em sua formação acadêmica possui competência para o desenvolvimento desse trabalho interdisciplinar atuando como um articulador entre as equipes e fomentando propostas de trabalho que possam ir além do aspecto curativo.

Porém, de acordo com Ribeiro (2005, p. 105):

A ocorrência de experiências interdisciplinares prescinde de alguns elementos que favoreçam sua efetivação como compatibilidade de tempo entre os profissionais; recursos materiais e humanos suficientes; tempo reservado para autocrítica, discussão de intervenções e estudo/elaboraões a nível teórico e reunião de informações sobre os sujeitos envolvidos nos casos.

Ainda, nos termos do Ministério da Saúde (2009), 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.

A utilização dessas “estratégias metodológicas” devem ser pensadas dentro das condições que obstaculizam o trabalho do assistente social. Essas condições objetivas/concretas, vêm dificultando a realização de atividades fundamentais para o desenvolvimento das ações em saúde e resultam, em um trabalho precarizado e fragmentado.

As considerações até aqui efetuadas nos trouxeram um panorama da lógica que predomina como orientação das práticas de saúde. O Serviço Social tem sua prática e potencialidades limitadas e essas análises permitem compreender os determinantes que interferem no exercício da profissão no campo da saúde e compõe os fundamentos das discussões que realizaremos adiante.

4 O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NOS NASF DE JOÃO PESSOA/PB

Abordaremos, nesse item a realidade dos NASF do município de João Pessoa/PB, a partir da realidade de trabalho dos assistentes sociais. As informações coletadas junto aos profissionais nos possibilitou identificar como vem se dando sua atuação neste campo.

Vale destacar que os NASF do município de João Pessoa/PB começaram a ser implementados em 2008 e, atualmente, contam com dezoito equipes de NASF que apóiam a ESF, na proporção de cerca de dez equipes de SF para cada equipe NASF.

Os NASF implantados foram credenciados na modalidade de NASF 1¹⁶ e possuem uma peculiaridade no modo como são distribuídos os profissionais: geralmente estão organizados em dupla ou em trio, porém essa distribuição se adequaria na modalidade de NASF 2 um pouco mais restrita e destinada a cobrir no mínimo 3 equipes. Esse arranjo desenvolvido nos NASF em João Pessoa/PB acaba fugindo daquilo que propõe o Ministério da Saúde, a partir das diretrizes do NASF.

Com relação à inserção do Serviço Social nesses núcleos, o projeto inicial não contava com a presença do assistente social o que desencadeou em uma luta por parte da categoria, juntamente com o CRESS 13ª Região, visando a inserção desses profissionais nos NASF. Nesse sentido, o CRESS apresentou um documento que reforça a importância de se inserir o assistente social no NASF, argumentando as potencialidades da profissão, como: a articulação multiprofissional, a tentativa de romper com a lógica vertical e fragmentada nas unidades de saúde, a busca pela transparência na gestão e ao fomento a qualidade do serviço de saúde (CRESS, 2008). Esse documento representa o posicionamento da categoria em relação à postura do governo municipal de João Pessoa/PB aludindo que:

O presente documento vem – sobretudo, referendar nossa inquietação, indignação e indagação acerca da ausência do assistente social nas equipes dos Nasf que serão criados em João Pessoa/PB, pois, de acordo com o Art. 2º - da portaria Nº 154 (em 24/01/08), ‘ estabelece que os NASF sejam constituídos por equipes compostas por diferentes áreas de conhecimento (...)’. Ainda no Art. 3º referente às possíveis modalidades de criação dos Núcleos (NASF 1 ou NASF 2) sinaliza que o(a) assistente social (segundo as ocupações definidas pelo Código Brasileiro de Ocupações – CBO), pode ser um dos profissionais a compor a equipe de saúde (CRESS, 2008).

Vale destacar que esses profissionais, assim como os demais profissionais, se submeteram a um processo seletivo formal, porém não fizeram concurso público. Foi realizada uma análise de currículo e uma entrevista e, mediante esse processo a gestão municipal indicou os profissionais a serem contratados. Nesse sentido, apontamos para a fragilidade da situação trabalhista expressa pelo seu vínculo como prestador de serviços.

Feita essas considerações devemos atentar ao fato de que as análises acerca da política de saúde no contexto atual, bem como a respeito das propostas dos NASF, nos

¹⁶ Conforme expomos, esses devem contar com no mínimo cinco profissionais e se vincularem a no mínimo oito e no máximo vinte equipes

mostrou que o trabalho do assistente social encontra intensos obstáculos para objetivar suas principais requisições. Iremos a partir das próximas análises identificar essas barreiras no cotidiano desses profissionais nos NASF de João Pessoa/PB. Para tanto, buscaremos discutir a organização do processo de trabalho desses profissionais.

4.1 Organização do processo dos NASF de João Pessoa/PB e a atuação dos assistentes sociais

Para conhecermos como se organiza o processo de trabalho desses profissionais analisaremos alguns pontos que julgamos essenciais, tais como: quantidade de equipes sob responsabilidade do assistente social, carga horária disponível e atividades cotidianas. Assim, ao compreendermos como se organiza o processo de trabalho dos profissionais de Serviço Social nos NASF teremos também um panorama das condições de trabalho sob as quais esses trabalhadores executam suas funções.

Inicialmente é necessário chamarmos atenção para uma peculiaridade que identificamos, a partir dos dados, de que a função central assumida pelo assistente social nesses núcleos no município de João Pessoa/PB é de apoiador, porém o que constamos é que essa designação não nos leva, necessariamente, ao conceito de apoiador matricial, o qual

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

No caso de João Pessoa/PB o apoiador funciona como “uma espécie de gerente da(s) unidade(s)” (OLIVEIRA, 2011, p. 52) tendo o seu saber específico, muitas vezes, posto em segundo plano mediante essa atribuição. Essa questão é ratificada pela afirmação que se segue:

A identificação da gente é como apoio, eu sou apoiadora. Eu acho que as pessoas identificam a gente muito mais como apoiadora e vem todas as demandas pra gente e demandas que eu vejo [...] muito específicas do Serviço Social, mas se tivesse a minha [...] colega educadora física, essa demanda viria pra ela também, por que ela é apoiadora da equipe (Entrevista 22).

Aqui é válido destacar que, um pressuposto fundamental da proposta do NASF, é de que haja a compreensão do que é conhecimento nuclear do especialista e do que é conhecimento comum e compartilhável entre equipe de SF e o referido especialista (BRASIL, 2009). Essa compreensão seria eficaz no sentido de não tornar o olhar do especialista neutralizado pela proposta de compartilhar conhecimentos e vice-versa.

A problemática central que devemos levantar é de que para os profissionais dos NASF, de acordo com o Ministério da Saúde (2009) está previsto o atendimento compartilhado entre os profissionais de saúde e os apoiadores matriciais, possibilitando a troca de saberes e de práticas em ato, gerando experiência para ambos os profissionais envolvidos e não atividades de gerência, como o que vem sendo desenvolvido em João Pessoa/PB.

Assim, no município de João Pessoa/PB o foco privilegiado são as demandas relacionadas ao gerenciamento das equipes, fato que é afirmado pela entrevistada quando diz:

O acompanhamento direto mesmo é se dá mais pela troca com os trabalhadores até porque a questão do NASF [...] já vem um pouco enviesada, ela já [...] vai se acabando em si mesma porque não dá pra dar conta do usuário, é humanamente impossível. A proposta é realmente trabalhar com os trabalhadores, em alguns casos, tentar ver o contato direto com o usuário mais aí também já encaminhando. Então assim, o acompanhamento é não direto com o usuário é mais com os trabalhadores a partir dessa perspectiva de matriciamento (Entrevista 27).

Das ações relacionadas a esta função o destaque é apontado para as reuniões de matriciamento e técnica. Sobre as mesmas uma das entrevistadas esclarece que:

Nas reuniões matriciais, a gente usa esse termo pela questão do matriciamento do saber é mais como se fosse uma reunião de estudo [...] e a reunião técnica ela é uma reunião mais pra gente discutir problemas estruturais mesmo ela é mais uma reunião pra gente falar do cotidiano (Entrevista 25).

O que prevê o Ministério da Saúde (2009) é a realização de prática de reuniões

nas quais participam profissionais de referência do caso em questão, de um usuário ou um grupo deles, e o apoiador ou equipe de apoio matricial. A idéia é rever e problematizar o caso contando com aportes e possíveis modificações de abordagem que o apoio pode trazer e, daí em diante, rever um planejamento de ações que pode ou não incluir a participação direta do apoio ou de outros serviços de saúde da rede, de acordo com as necessidades levantadas (BRASIL, 2009, p. 17)

Porém, o que consta na realidade em foco é que essas reuniões, ao invés de se direcionarem para discussões de problemas na comunidade, que busquem alcançar o objetivo do NASF de aumentar a resolutividade das questões que surgem no territórios,

esses profissionais são demandados a discutir problemas estruturais que perpassam as equipes.

Assim, esse papel de gerência envolve questões referentes à organização do trabalho das equipes, grupos de estudos sobre variados temas entre a equipe NASF. Além disso, abrange também problemas estruturais que venham a surgir nas unidades, conforme expõe o depoimento abaixo:

É, tem apoiadores que estão no NASF que se engajam mais com problemas estruturais mesmo da unidade. Então, assim, tem um caráter bem técnico, quando a lâmpada não tava acendendo, as coisas bem estruturais mesmo, a porta quebrava, o alarme tava dando errado, essa coisas. Isso a gente também resolve, fica muito por conta da gente, também de tá dando solução a essas coisa. (Entrevista 25).

Ao ser demandado para atuar nesta perspectiva, o assistente social deixa de lado suas principais potencialidades e suas contribuições passando a executar uma atuação restrita a atividades que se mostram desfocadas da sua capacidade crítica e do sentido político de sua atuação.

Há, portanto, uma diversidade de demandas relacionadas a esse gerenciamento das equipes que denotam, muitas vezes ao assistente social, uma imagem de polivalência, que resolve todo tipo de problema. Esse fato é expresso na fala de uma das entrevistadas que esclarece que

[...] se acontece uma demanda, uma necessidade eu venho bater aqui. Porque o apoiador é aquela figura que apaga muito fogo viu? É uma figura que tá apagando o fogo o tempo todo também, [...] é uma figura que fica muito resolvendo problemas (Entrevista 22).

No que tange às demandas específicas do Serviço Social, estas são atendidas com menor prioridade, uma vez que estas profissionais dão uma ênfase maior, como já expomos, ao seu papel de apoiadores e essas atividades específicas vão além das demandas presentes nas equipes que o NASF faz cobertura. Tais demandas encaixam-se basicamente nos eixos de ação assistencial e socioeducativa: atividades com grupos, visitas domiciliares, encaminhamentos ou intervenções e contatos com instituições da rede, atendimentos individuais e mediação de conflitos.

A respeito da quantidade de equipes por função desempenhada pelos assistentes sociais temos as informações elencadas no quadro abaixo:

QUADRO I – Quantidade de equipes dos assistentes sociais por função executada

Função	Quantidade de equipes	Carga horária
--------	-----------------------	---------------

Apoiador	4	40h
Assistente social	20 a 46	

Fonte: Pesquisa direta

Com relação às assistentes sociais de João Pessoa/PB identificamos que, enquanto apoiadoras elas referenciam, juntamente com outro profissional de especialidade distinta, uma média de quatro equipes. Como assistentes sociais, além dessas quatro equipes, cobrem as demandas de, no mínimo, 20 (vinte) e no máximo 46 (quarenta e seis) equipes¹⁷ dispostas no território onde estão inseridas.

Vale ressaltar que, a distinção que fazemos aqui das atribuições de apoiadores e assistentes sociais, parte das próprias assistentes sociais. Como demonstra uma das entrevistadas ao afirmar “Na minha responsabilidade como apoiadora matricial são quatro, mas pra cobertura [...] como assistente social a gente definiu o território” (Entrevista 26).

Além disso, a carga horária disponível para cobrir todas as equipes é quarenta horas semanais. Porém, as profissionais afirmam que há uma flexibilidade com relação a carga horária que disponibilizam para as atividades que executam para além das equipes que atuam como apoiadoras, no sentido de que o tempo disponibilizado é de acordo com as necessidades e as possibilidades – quando há espaço na agenda de atividades – pois não há uma carga horária fixa para tais equipes, onde basicamente atuam como assistentes sociais.

Mediante esses dados podemos levantar o seguinte questionamento: que qualidade de atendimento esses profissionais podem oferecer aos usuários, à comunidade e às próprias equipes considerando essa expansiva cobertura?

Acreditamos ser impossível para os profissionais de Serviço Social, que já possuem uma carga horária de 40 horas semanais¹⁸ atenderem, a todas as demandas que surgem no seu cotidiano profissional. Existe um número excessivo de equipes para conciliar demanda, nesse sentido, uma das entrevistadas fala dessa inviabilidade ao afirmar:

¹⁷ Vale destacar que nessas equipes não há assistente social, por isso as assistentes sociais do NASF acabam preenchendo a lacuna deixada pela ausência do profissional de Serviço Social nessas equipes.

¹⁸ Vale destacar que a pesquisa ocorreu antes da aprovação da lei 12.317/2010 que assegura uma jornada de 30 horas semanais para os assistentes sociais, sendo vedada a redução de salário.

[...] Porque realmente você colocar um trabalhador só pra ser referência de tanta coisa... Então assim, é mais ou menos aquela coisa você cria a proposta, o projeto, mas não dá condições pra que ele se efetive. Porque, realmente é muito bonito, na prática vai ser uma super equipe, (...) dez e quando o problema vai ser realizado não dá conta (Entrevista 21).

Aqui, já identificamos uma precarização do seu trabalho, ao passo que sob essas condições é razoável supormos que a sobrecarga desses profissionais acaba se esgotando em respostas imediatistas, pouco refletidas e dispersas.

Além disso, as próprias assistentes sociais trazem algumas dificuldades enfrentadas neste espaço com relação às condições de trabalho, tais como: ausência de estrutura para desempenhar atividades específicas do NASF; dificuldades de deslocamento (falta de transportes) e número excessivo de equipes para conciliar demanda específica de matriciamento e de Serviço Social.

Portanto, o contexto de atuação do assistente social nos NASF em João Pessoa/PB propaga um cenário onde obstáculos cotidianos são firmados e limitam a prática do assistente social e as potencialidades que este profissional possui em relação às suas contribuições para a defesa dos direitos dos usuários.

5 CONCLUSÃO

A proposta inicial dos NASF o envolve no objetivo de oferecer uma base de suporte às equipes de SF. Esse suporte se objetiva através de uma equipe multiprofissional a qual deve lançar mão de ferramentas de apoio que os integrariam em uma constante relação entre si, as equipes de SF e a gestão dos municípios. Através desse suporte a ESF estaria sendo amparada e teria as suas ações ampliadas.

Porém, frente a todos os rebatimentos que a política de saúde enfrenta no Brasil e que traduzem um SUS, desvirtuado dos princípios democráticos, essa proposta muitas vezes encontra no cotidiano vários limites que condicionam a atuação dos profissionais de saúde e os impedem de realizar uma prática que efetivamente esteja de acordo com as diretrizes e princípios da Reforma Sanitária, que tornaram o SUS uma realidade.

Nesse sentido, não é diferente o que ocorre com o Serviço Social. Os profissionais assistentes sociais que estão previstos para integrar a equipe NASF encontram no cotidiano os obstáculos para sua atuação.

A realidade que abordamos permite indicar que estes profissionais, limitados por condições de trabalho perversas, tais como: fragilidade na contratação, número excessivo de equipes e/ou demandas, carga horária excessiva e espaço físico inadequado, acabam por ter o seu trabalho muitas vezes comprometido. A direção de sua atuação reveste-se em práticas imediatistas e ações que não fazem parte de suas atribuições, enquanto profissional crítico e habilitado a lidar com variadas questões relacionadas a saúde no seu sentido amplo.

Essa realidade por si só intiga-nos enquanto estudantes, categoria profissional e docentes de Serviço Social a lançar mão cada dia mais de novos conhecimentos a respeito da problemática que envolve o trabalho do Serviço Social na saúde no Brasil, sobretudo nos NASF, tendo em vista a sua recente implementação, afim de contruirmos bases teóricas que possam fomentar ainda mais novas discussões.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, P. **Núcleo de Apoio as equipes de saúde da família (Nasf):** uma breve reflexão. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família - Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, Guanhães – MG, 2009.
- BARROCO. L. A inscrição da ética e dos direitos humanos no projeto ético-político do Serviço Social. **Serviço Social & Sociedade**. São Paulo: Cortez, 2004. n. 79.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos de Atenção Básica ; n. 27)
- BRASIL. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- BRAVO, M.I. Serviço Social e saúde: desafios atuais. In: **Temporalis**. Revista da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social - ABEPSS/Política de Saúde e Serviço Social: Impasses e Desafios (13). São Luís: ABEPSS, Janeiro.- Junho / 2007.
- BRAVO, M.I. Superando Desafios - **Cadernos do Serviço Social do Hospital Universitário** Pedro Ernesto (4). Rio de Janeiro: UERJ /HUPE, 1999.
- BRAVO, M.I.; MATOS, M. C. A Saúde no Brasil: Reforma Sanitária e Ofensiva Neoliberal. In: BRAVO, M. I. S.; PEREIRA, P. A. (Orgs). **Política Social e Democracia**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2001.
- BRAVO, M. I. S. A Política de Saúde no Governo Lula: algumas reflexões. In: **Revista INSCRITA** n.9. Brasília: CFESS, 2004.

- BRAVO, M.I.S.; MENESES, J. S. B. Política de Saúde no Governo Lula: Algumas Reflexões. In: BRAVO, M.I. (Orgs). **Movimentos Sociais, Saúde e Trabalho**. Maria Inês Souza Bravo [et al.]. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 2010.
- BRAVO, M.I.S. Superando Desafios - O Serviço Social na Saúde na década de 90. In: Superando Desafios – **Cadernos do Serviço Social do HUPE (3)**. Rio de Janeiro: UERJ, 1998.
- BRAVO, M.I.S. A Política de Saúde no Brasil. In: MOTA et.al.(Orgs.) **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2006.
- BELISÁRIO, S.A. ASSUNÇÃO, A.A (2005). Precariedade e precarização do trabalho no setor saúde. UFMG, Belo Horizonte. In: BELISÁRIO, S.A. ASSUNÇÃO, A.A (Orgs) **Serie Nescon de Informes Técnicos Nº 1 – Condições de Trabalho e saúde dos trabalhadores da saúde** - Belo Horizonte: Nescon - Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, 2007.
- CAMPOS, G. W. S. Equipe de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. In: **Ciência & Saúde Coletiva**, 4(2):393-403, 1999.
- CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**: Rio de Janeiro, 23(2): 399-407, fev. 2007.
- CFESS. Documento acerca do processo de criação dos NASF em João Pessoa/PB, 2008. CRESS/13ª região – PB, 2008.
- CFESS. **Parâmetros para a atuação de assistentes sociais na saúde**. Grupo de Trabalho Serviço Social na Saúde. Brasília, março/2009.
- CORREIA, M.V.C. A Saúde no Contexto da Crise Contemporânea do Capital: o Banco Mundial e as tendências da contra reforma na política de saúde brasileira. In: Política de Saúde e Serviço Social: impasses e desafios. **Temporalis**, ano VII, n. 13, ABEPSS, São Luiz, 2007.
- COSTA, M D H da. **Serviço Social e Intersetorialidade: a contribuição dos assistentes sociais para a construção da intersetorialidade no cotidiano do Sistema Único de Saúde**. Tese (Doutorado em Serviço Social). UFPE, Recife, 2010.
- COSTA, M. D. H. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos(as) assistentes sociais. Revista **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, Cortez, n. 62, p. 35-72, 2000.
- GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.H.M. de. Atenção Primária à saúde. GIOVANELLA, L *et al.* (orgs). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.
- LAKATOS, E.M.; MARCONI, M. de A. **Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração e interpretação de dados**. 3ª ed. São Paulo: Atlas, 1996.

- MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1996.
- MINAYO, M.C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8 ed. São Paulo: Hucitec, 2004.
- MOTA, A.E. **Cultura da crise e seguridade social**. Um estudo sobre as tendências da previdência e da assistência social brasileira nos anos 80 e 90. São Paulo: Cortez, 1995.
- MPOG. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Gestão. **Projeto Fundação Estatal – Principais Aspectos**. Brasília, 2007, 39 páginas. www.planejamento.gov.br/gestao.
- NETTO, J.P. A construção do Projeto ético Político do contemporâneo. In: **Capacitação em Serviço Social e Política Social**. Módulo 1. Brasília: CEAD/ABEPSS/CFESS, 1999.
- OLIVEIRA, T.F. **A inserção do Assistente Social no Núcleo de Apoio à Saúde da Família: a experiência do município de João Pessoa – PB**. Trabalho monográfico de especialização apresentado ao Departamento de Serviço Social – SER/IH da Universidade de Brasília. Brasília, 2011.
- PAIM, J.S. A investigação em sistemas e serviços de Saúde. In: PAIM, J.S. **Saúde política e reforma sanitária**. Salvador: CEPS/ISC, 2002. p.435-44.
- RIBEIRO, R.S. O trabalho do assistente social e sua inserção no processo de trabalho em saúde: um olhar sobre a atenção primária e a estratégia saúde da família. **Libertas**, Juiz de Fora, v.8, n.1, p. 91 - 109, jan-jun / 2005.
- SOARES, L.T. O debate sobre o gasto social no governo Lula. In: **Governo Lula – Decifrando o enigma**. SOARES, L.T.; SADER, E.; GENTILI, R.; BENJAMIN, C. (Orgs). São Paulo: Viramundo, 2004.
- SOARES, R.C. Contrarreforma na política de saúde e prática profissional do Serviço Social no anos 2000. In: **As ideologias da contrarreforma e o Serviço Social/organização**: Ana Elizabete Mota. – Recife: Ed. Universidade da UFPE, 2010.
- STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.