



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
Escola de Serviço Social

ADRIANA DE OLIVEIRA IGNÁCIO

**A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NO NÚCLEO DE APOIO A SAÚDE DA
FAMÍLIA**

Sob o olhar e experiências de uma estagiária

Rio de Janeiro
2021

ADRIANA DE OLIVEIRA IGNÁCIO

**A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NO NÚCLEO DE APOIO A SAÚDE DA
FAMÍLIA**

Sob o olhar e experiências de uma estagiária

**Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado como requisito para
obtenção de diploma de Bacharel em
Serviço Social pela Universidade
Federal do Rio de Janeiro.
Orientadora: Professora Ana Izabel
Moura de Carvalho Moreira**

**Rio de Janeiro
2021**

ADRIANA DE OLIVEIRA IGNÁCIO

**A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NO NÚCLEO DE APOIO A SAÚDE DA
FAMÍLIA:**

Sob o olhar e experiências de uma estagiária

**Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado como requisito para
obtenção de diploma de Bacharel em
Serviço Social pela Universidade
Federal do Rio de Janeiro.
Orientadora: Professora Ana Izabel
Moura de Carvalho Moreira**

Aprovada em: 22/07/2021

BANCA EXAMINADORA

Professora Dr^a Ana Izabel Moura de Carvalho – Orientadora

Professora Dr^a Elaine Martins Moreira

Professora Dr^a Liana Amaro Augusto de Carvalho

DEDICATÓRIA

Primeiramente dedico este trabalho a mim mesmo, que ainda desmotivada, sem grandes perspectivas com o curso e a carreira, pensei em desistir, contudo a única capaz de dar continuidade a esse último capítulo da minha trajetória na Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Segundamente para as pessoas mais importantes da minha vida, onde sempre me apoiaram e deram suporte para continuar, acreditando no meu potencial, meus pais Fátima e Rui.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, que por muitas vezes, mesmo não merecendo, sempre teve misericórdia de mim. Pela minha vida, família, amigos, nossa saúde e todos os livramentos que passei para chegar até aqui.

A mim mesma, porque se eu não escrevesse quem mais iria, afinal?

Pela minha família. Minha mãe Fátima, meu pai Rui, minha irmã Viviane e meu filho quatro patas, Duke.

A minha orientadora Ana Izabel, pela paciência.

Pelos que de alguma maneira me ajudaram animando e/ou incentivando, sendo dentro ou fora da universidade, dizendo o quanto eu podia e era capaz.

Ao meu local de estágio que, me proporcionou a melhor vivência do que é ser um Assistente Social para aqueles que de fato mais necessitam. Meu supervisor e a equipe NASF mais legal, unida e parceira que eu poderia ter conhecido.

E por fim pelos que de algum modo tentaram me desanimar também, afinal se não fossem as quedas não haveria motivos para levantar.

“Não confunda derrotas com fracasso nem vitórias com sucesso. Na vida de um campeão sempre haverá algumas derrotas, assim como na vida de um perdedor sempre haverá vitórias. A diferença é que, enquanto os campeões crescem nas derrotas, os perdedores se acomodam nas vitórias.”

Roberto Shinyashiki

RESUMO

IGNÁCIO, Adriana de Oliveira. **A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NO NÚCLEO DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA: Sob o olhar e experiências de uma estagiária.** Rio de Janeiro, 2021. Monografia (Graduação em Serviço Social) – Escola de Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021.

Esta monografia de graduação é um esforço de síntese teórico-empírica construída a partir da experiência de estágio supervisionado em Serviço Social. Objetiva analisar a “A atuação do assistente social no Núcleo de Apoio a Saúde da Família: Sob o olhar e experiências de uma estagiária”, realçando elementos relevantes, identificados a partir de observação participante do cotidiano do trabalho do assistente social no campo da saúde pública. A presente análise respalda-se no referencial crítico dialético – como estruturante da formação profissional em Serviço Social, entendendo as múltiplas expressões da questão social como produto das relações contraditórias (classes antagônicas) produzidas, historicamente, nos marcos do modo capitalista de produção. O estudo situa as bases sócio-históricas da questão social e Serviço Social no Brasil, da Reforma da Saúde até o SUS e a inserção do Serviço Social no Núcleo de Apoio a Saúde da Família. A experiência de estágio, ao ser valorizada nesta monografia, permite tecer considerações sobre os limites e potencialidades da atuação profissional na equipe NASF, articulando às diretrizes, princípios e valores do Código de Ética dos assistentes sociais brasileiros de 1993 e à Política Nacional de Atenção Básica na saúde pública.

Palavras-chave: Serviço Social, Clínica da Família, Política Nacional de Atenção Básica, Código de Ética.

ABSTRACT

IGNÁCIO, Adriana de Oliveira. **THE SOCIAL WORKER'S PERFORMANCE IN THE FAMILY HEALTH SUPPORT CENTER**: Under the eyes and experiences of an intern. Rio de Janeiro, 2021. Monograph (Graduation in Social Work) - School of Social Work, Federal University of Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021.

This graduation monograph is a theoretical-empirical synthesis effort built from the supervised internship experience in Social Work. It aims to analyze the “The role of the social worker in the Support Center for Family Health: Under the eyes and experiences of an intern”, highlighting relevant elements, identifying from the observation of the daily work of the social worker in the field of public health. The present analysis is supported by the dialectical critical reference - as a structuring of the professional formation in Social Work, understanding the multiple expressions of the social question as a product of the contradictory relations (antagonistic classes) produced, historically, within the framework of the capitalist mode of production. The study places socio-historical bases of the social issue and Social Work in Brazil, from Health Reform to SUS and the insertion of Social Work in the Family Health Support Center. The internship experience, when valued in this monograph, allows to make considerations about the limits and potential of professional performance in the NASF team, articulating the guidelines, principles and values of the Code of Ethics of the Brazilian social workers of 1993 and the National Policy of Primary Care in public health.

Keywords: Social Service, Family Clinic, National Policy of Basic Attention, Code of Ethics.

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

II PND - II Plano Nacional de Desenvolvimento

AB – Atenção Básica

ABRASCO - Associação brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Alames - Associação Latino-americana de Medicina Social

APS – Atenção Primária da Saúde

BPC – Benefício de Prestação Continuada

CAPSAD - Centro de Atenção Psicossocial de álcool e drogas

CBCISS - Centro Brasileiro de Cooperação Internacional em Serviços Sociais

CCI – Centro de Convivência de Idosos

CNS – Conferência Nacional de Saúde

CEAS – Centro de Estudos em Ação Social

Cebes - Centro Brasileiro de Estudos da Saúde

Cefess - Conselho Federal de Serviço Social

CF – Clínica da Família

DMP - Departamentos de Medicina Preventiva

ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

ESF – Estratégia de Saúde da Família

eSF – equipe de Saúde da Família

GAS – Grupo de Ação Social

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

IPUB - Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro

LOAS – Lei Orgânica da Assistência Social

LOS – Lei Orgânica da Saúde

NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família

Opas - Organização Pan-Americana da Saúde

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

SF – Saúde da Família

SUS – Sistema Único de Saúde

Ignácio, Adriana de Oliveira.

A Atuação do Assistente Social no Núcleo de Apoio a Saúde da Família: Sob o Olhar e Experiências de uma Estagiária.

Adriana de Oliveira Ignácio. Rio de Janeiro, 2021.

62 fls.

Orientadora: Ana Izabel Moura de Carvalho Moreira.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação). Universidade Federal do Rio de Janeiro. Escola de Serviço Social. 2021.

1. Serviço Social. 2. Clínica da Família. 3. Política Nacional de Atenção Básica. 4. Código de Ética.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
1. BREVE PERCURSO SOBRE A NOÇÃO QUESTÃO SOCIAL EM SEUS VÍNCULOS COM O SERVIÇO SOCIAL BRASILEIRO	14
2. APRESENTANDO O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) E CONHECENDO O NÚCLEO DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF)	27
2.1 O Sistema Único de Saúde (SUS)	27
2.2 Conhecendo o Núcleo de Apoio a Saúde da Família e o Serviço Social como parte da equipe	34
2.3 Princípios e Diretrizes do NASF	42
3. ESTÁGIO SUPERVISIONADO NO CAMPO DA SAÚDE PÚBLICA: SOB O OLHAR E EXPERIÊNCIAS DE UMA ESTAGIÁRIA	46
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	53
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	58

INTRODUÇÃO

Esta monografia de graduação, apresentada à Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial à obtenção do título de bacharel em Serviço Social, expressa o meu esforço de síntese teórico-reflexiva, construído ao longo da graduação, por meio das disciplinas cursadas e, sobretudo, da experiência vivenciada no estágio curricular supervisionado obrigatório.

A partir da experiência como estagiária durante dois anos (de 2016.1 a 2018.1) na Clínica da Família Joãozinho Trinta, resolvi dissertar sobre a atuação do assistente social na Clínica, pois muito contribuiu para minha formação profissional, já que tal tema despertou meu interesse e curiosidade.

Com esta monografia, objetivamos salientar as demandas, atribuições, limites, desafios e possibilidades dentro da Atenção Básica do SUS - nosso Sistema de Saúde Pública – postos ao Serviço Social e, em especial àqueles dirigidos a inserção do assistente social no campo onde realizamos o estágio supervisionado. O estudo trará impasses da atuação junto ao caos e precariedade de um sistema sucateado, por muitas vezes falho, que possui poucos recursos e mostra também que apesar dos poucos recursos, nossos profissionais tentam com as ferramentas que lhes restam, um atendimento digno e de qualidade à população que dela necessita.

Os procedimentos metodológicos para elaboração desta monografia que me permitiram analisar a atuação do assistente social na Clínica da Família, foram: pesquisa bibliográfica baseada em autores como: Marilda Yamamoto, Sarah Escorel, Raul de Carvalho, Manuel Henrique Castro, José Paulo Netto (questão social no Brasil, Estado, sociedade civil, capitalismo, prática profissional), em seus vínculos com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB); breve pesquisa sobre a documentação “específica” do assistente social no espaço sócio-ocupacional; além do Código de Ética (1993) e as Diretrizes curriculares da Formação Profissional (1996).

As situações e vivências ao longo da realização do estágio supervisionado, ganharam relevo nas discussões empreendidas nas supervisões de campo e nas supervisões acadêmicas nas aulas de Orientação e Treinamento Profissional. A síntese teórico-empírica que nos foi possível realizar, através do meu “olhar crítico”

aos fatos e procedimentos metodológicos permitiu a elaboração desta monografia. Este estudo apresenta-se assim estruturado: Introdução ao tema, preocupações, motivações e interesses e os caminhos a serem percorridos ao longo do estudo; no primeiro capítulo – Breve percurso sobre a noção questão social em seus vínculos com o Serviço Social brasileiro – realizamos um breve percurso sócio histórico da questão social, bem como a conjuntura ao longo das décadas, objetivando compreender o surgimento do Serviço Social no Brasil, articulado à trajetória das políticas sociais, especialmente, a política de saúde; o segundo capítulo – Apresentando o Sistema Único de Saúde (SUS) e conhecendo o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) – destacamos traços expressivos sobre a construção do SUS, como a Reforma Sanitária e as características (princípios e diretrizes) do NASF e a atuação do Serviço Social como parte do conjunto de profissionais que o integram; o terceiro capítulo – Estágio Supervisionado no campo da saúde pública: sob o olhar e experiências de uma estagiária – traz uma sistematização da experiência no campo de estágio, dialogando com as atribuições profissionais, com princípios do Código de ética profissional de 1993 e com a Política Nacional de Atenção Básica. Ao final, seguem as considerações finais e as referências bibliográficas utilizadas para elaboração desta monografia.

1. BREVE PERCURSO SOBRE A NOÇÃO QUESTÃO SOCIAL EM SEUS VINCULOS COM O SERVIÇO SOCIAL BRASILEIRO

Durante o primeiro capítulo, veremos a história de forma compacta e explicada sobre o serviço social no Brasil. Podemos observar algumas questões sobre trabalho e sociedade levantada durante o caminho percorrido para a garantia de direitos e deveres dos trabalhadores, assim como a consolidação do Serviço Social no país.

Segundo Netto (2012), a expressão “questão social¹” não tem uma origem remota, e seu emprego data de menos de 200 anos, mais precisamente da terceira década do século XIX sendo propagados até a metade daquele século por críticos da sociedade e filantropos dos mais variados aspectos ideológicos, desde o jovem comunista Friedrich Engels ao já maduro conservador Alexis de Tocqueville.

A expressão “questão social” surgiu na Europa ocidental enquanto estava na era da indústria que se iniciou na Inglaterra no século XVIII em seu último quartel. A expressão, nova até então, da conta do fenômeno do pauperismo², já que a pobreza estava em constante crescimento em conjunto com o aumento da capacidade social de produzir riquezas, em sua relação capital/trabalho. Uma forma de poder lidar com o diferente e o indesejado, entendendo assim a diferença daqueles que produzem a renda e aqueles que a recebem.

O divisor de águas, também aqui, é a revolução de 1848. De um lado, os eventos de 1848, fechando o ciclo progressista da ação de classe da burguesia, impedem, desde então, aos intelectuais a ela vinculado (enquanto seus representantes ideológicos) a compreensão dos nexos entre economia e sociedade— donde a interdição da compreensão da relação entre desenvolvimento capitalista e pauperização. Posta em primeiro lugar, com caráter de urgência, a manutenção e a defesa da ordem burguesa, a “questão social” perde paulatinamente sua estrutura histórica

¹ Segundo Netto: “(...) se nas formas de sociedade precedentes a sociedade burguesa, a pobreza estava ligada a um quadro geral de escassez (...) agora ela se mostrava conectada a um quadro geral tendente a reduzir com força a situação de escassez. Numa palavra, a pobreza acentuada e generalizada no primeiro terço do século XIX – o pauperismo – aparecia como nova precisamente porque ela se reproduzia pelas mesmas condições que propiciavam os supostos, no plano imediato, da sua redução e, no limite, da supressão. (...) Lamentavelmente para a ordem burguesa que se consolidava, os pauperizados não se conformaram com a sua situação: da primeira década até a metade do século XIX, seu protesto tomou as mais diversas formas, da violência luddista a constituição das trade unions, configurando uma ameaça real as instituições sociais existentes. Foi a partir da perspectiva efetiva de uma aversão da ordem burguesa que o pauperismo designou-se como “questão social”.” (NETTO, 2001, p.43).

² “O pauperismo constitui o asilo dos inválidos do exército ativo de trabalhadores e o peso morto do exército industrial de reserva. Sua produção está incluída na produção da superprodução relativa, sua necessidade na necessidade dela, e ambos constituem uma condição de existência da produção capitalista e do desenvolvimento da riqueza. Ele pertence aos *faux frais* da produção capitalista que, no entanto, o capital sabe transferir para os ombros da classe trabalhadora e da pequena classe média” (MARX, 1985:209, Livro I).

determinada e é crescentemente naturalizada, tanto no âmbito do pensamento conservador laico quanto no do confessional (que, aliás, tardou até mesmo a reconhecê-la como pertinente) (NETTO, JOSÉ PAULO, 2012, p. 204).

O trabalho livre é aquele que, generalizando em circunstâncias históricas, a separação entre homens e meios de produção se dá em grande medida fora dos limites da formação econômico social. Em Iamamoto (1988), no Brasil, a “questão social”, diz respeito diretamente a generalização desse trabalho livre numa sociedade em que a escravidão³ marca intensamente seu passado recente.

Com isso, o decréscimo relativo de capital variável aparece inversamente como crescimento absoluto da população trabalhadora, mais rápido que os meios de ocupação. Assim, o processo de acumulação produz uma população relativamente supérflua e subsidiária às [suas] necessidades. (...) Cresce, pois uma superpopulação relativa para esse padrão de desenvolvimento: não são os “inúteis para o mundo”, a que se refere Castel, mas os supérfluos para o capital, acirrando a concorrência entre os trabalhadores – a oferta e a procura – com evidente interferência na regulação dos salários. (...) parcela da população trabalhadora cresce sempre mais rapidamente do que a necessidade de seu emprego para os fins de valorização do capital [...] Gera, assim uma acumulação da miséria relativa à acumulação do capital, encontrando-se aí a raiz da produção/reprodução da questão social na sociedade capitalista (IAMAMOTO, 2001 p.14-15).

É de concordância entre autores que as “expressões da questão social” constituem o principal objeto de trabalho do assistente social, sendo a questão social apreendida como o “conjunto das expressões das desigualdades” (IAMAMOTO, 2008).

Em Iamamoto e Carvalho (1988) o surgimento do Serviço Social enquanto conjunto de atividades legitimamente reconhecidas dentro da divisão social do trabalho deverá percorrer um itinerário de mais de duas décadas, a partir da inserção das indústrias no Brasil, iniciando-se na segunda metade da década de 1920, moderadamente, acelerando-se no início da década seguinte, com a mobilização da Igreja.

Surgirá então como departamento especializado da Ação Social.

[...] conjunto das desigualdades sociais engendradas na sociedade capitalista madura, impensáveis sem a intermediação do Estado. Tem sua gênese no caráter coletivo da produção contraposto a apropriação privada da própria atividade humana- o trabalho-, das condições necessárias à sua realização, assim como de seus frutos. É indissociável da emergência do

³ Nesta monografia não trataremos o Brasil em seu período escravocrata (meados do século XVI a XIX – compreende-se a escravidão de indígenas já residentes em terras brasileiras e negros vindos da África) por ser uma bibliografia extensa e requerer mais atenção. Como sugestão para maiores estudos, sugerimos livros como: “O trato dos viventes – Formação do Brasil no Atlântico Sul” (2000), de Luiz Felipe de Alencastro e “História concisa no Brasil” (2001), de Boris Fausto.

trabalhador livre”, que depende da venda de sua força de trabalho com meio de satisfação de suas necessidades vitais. A questão social expressa, portanto, disparidades econômicas, políticas e culturais das classes sociais, mediatizadas por relações de gênero, características étnico-raciais e formações regionais, colocando em causa as relações entre amplos segmentos da sociedade civil e o poder estatal. (IAMAMOTO, 2011:16, 17).

No início dos anos 1930, um processo de industrialização mais vigoroso que o de outros países latino-americanos encontrava na estrutura antiquada do Estado brasileiro um freio para seu desenvolvimento mais rápido, até que após a eleição insatisfatória do presidente Júlio Prestes, uma junta militar tomou a presidência e a transferiu a Getúlio Vargas.

A Revolução de 1930 inaugurou um período de intervenção social da Igreja nunca visto anteriormente. A partir da queda da República Velha, a Igreja busca uma reaproximação com o Estado, na tentativa de recristianizar a sociedade e colocar em prática as diretrizes das encíclicas papais *Rerum Novarum*⁴ e *Quadragesimo Anno*⁵. Em vantagem, Vargas vê na Igreja uma aliada estimável a ser atraída em função da sua influência e autoridade, visando então o fortalecimento de seu governo e seus ideais.

Para a Igreja, os resultados foram visíveis: ela alcançou conquistas significativas, como a disposição de tornar facultativo o ensino religioso nas escolas públicas. Só esse fato teve para a hierarquia um sabor de vitória, já que implicou a recuperação de um poderoso veículo de influência religiosa. A Constituição aprovada em 1934, com claros aportes de católicos, favorecia amplamente à Igreja. (CASTRO, 2000. p. 58).

Trazendo à memória que o Brasil viveu por muitos anos com um regime escravocrata e, a partir de seu declínio, iniciaram-se pensamentos para um novo tipo de regime de exploração. Visando a questão do lucro, tornou-se indispensável o trabalho assalariado, já que este mesmo permitia o desenvolvimento do capital nas antigas colônias.

A “questão social”, seu aparecimento, diz respeito diretamente à generalização do trabalho livre numa sociedade em que a escravidão marca profundamente seu passado recente. Trabalho livre que se generaliza em circunstâncias históricas nas quais a separação entre homens e meios de produção se dá em grande medida fora dos limites da formação econômico-social brasileira. Sem que se tenha realizado em seu interior a acumulação (primitiva) que lhe dá origem, característica que marcará profundamente seus desdobramentos. (IAMAMOTO; CARVALHO, 2005 p.125)

⁴ Encíclica papal escrita por Leão XIII em 15 de maio de 1891. A encíclica trata de questões levantadas durante a revolução industrial e as sociedades democráticas no final do século XIX. Discutia as relações entre o governo, os negócios, o trabalho e a Igreja.

⁵ Encíclica escrita pelo Papa Pio XI, em 15 de maio de 1931. Sobre a restauração e aperfeiçoamento da ordem social, em conformidade com a Lei Evangélica, no 40º aniversário da encíclica de Leão XIII, *Rerum Novarum*.

Assumindo uma liderança de luta cujas bandeiras principais eram a eliminação do poder oligárquico e a criação das bases para o erguimento de um claro poder burguês industrial (Castro, 1989), Vargas estimulou esse desenvolvimento industrial, impulsionando a substituições de importações e estabelecendo uma política protecionista que beneficiou a indústria nacional.

Sendo assim, o trabalhador passa a ser responsável por si mesmo, desde que não havia mais senhores e escravos. O trabalhador necessitava vender sua força de trabalho para que pudesse a partir de então sobreviver em sociedade, como uma pessoa produtiva.

A manutenção e reprodução, por meio do salário, estão a cargo do próprio operário e se sua família. Este tem diante de si, como *proprietário*, não um senhor em particular, mas uma classe de capitalistas, à qual vende sua força de trabalho. Sua sobrevivência se vincula ao mercado de trabalho dominado pelo capital e, apesar de caráter aparentemente individual dessa vinculação, é aqui que aparece ainda mais claramente seu conteúdo social. Como vendedor livre de sua força de trabalho – a certo estágio de desenvolvimento da produção capitalista – sucumbe inexoravelmente à exploração desmedida do capital. (IAMAMOTO; CARVALHO, 2005 p.125)

A exploração do trabalhador, a venda da mão de obra barata e os abusos começam a chegar a burguesia por meio das defensivas dos trabalhadores, trazendo então uma grande ameaça aos valores cristãos e morais que estavam então dentro da sociedade. A partir daí tornou-se necessário um controle social de toda a exploração das forças de trabalho, o que ocorre também em outras partes do mundo, mas há particularidades históricas de cada território.

Foi por conta dos movimentos sociais que partia do proletário que suas causas começaram a ser mais vistas, já que estavam a plena luz do dia, em frente a sociedade, exigindo por condições melhores de trabalho. Com todo esse “incômodo”, a sociedade precisou olhar para os trabalhadores e decidirem sobre o que se faria a respeito.

As Leis Sociais, que representam a parte mais importante dessa regulamentação, se colocam na ordem do dia a partir do momento em que as terríveis condições de existência do proletariado ficam definitivamente retratadas para a sociedade brasileira por meio dos grandes movimentos sociais desencadeados para a conquista de uma cidadania social. Em torno da “questão social” são obrigadas a posicionar-se as diversas classes e frações de classes dominantes, subordinadas ou aliadas, o Estado e a Igreja. (IAMAMOTO; CARVALHO, 2005 p.125)

Para tanto, nesse momento, surge um *novo* agente profissional, imbuído de preceitos da Igreja Católica, a qual atuava como uma instituição que contribui nos

primórdios para o desenvolvimento da profissão, tendo como principal finalidade, naquele momento, organizar a caridade.

Para tal execução, fez-se necessária a implementação das políticas diretamente direcionadas a classe social do proletariado, tornando-se nesse processo, indispensável a presença de profissionais capacitados tanto na formulação como na implementação dessas políticas. Profissionais que pudessem entender e executar as implementações políticas, trazendo uma síntese disso ao proletariado.

As Leis Sociais surgem em conjunturas históricas determinadas, que, a partir do aprofundamento do capitalismo na formação econômico-social, marcam o deslocamento da “questão social” de um segundo plano da história social para, progressivamente, colocá-la no centro das contradições que atravessam a sociedade. Ao mesmo tempo, a “questão social” deixa de ser apenas tradição entre abençoados e desabençoados pela fortuna, pobres e ricos, ou entre dominantes e dominados, para constituir-se, essencialmente, na contradição antagônica entre burguesia e proletariado, independente do pleno amadurecimento das condições necessárias à sua superação. (IAMAMOTO; CARVALHO, 2005 p.125)

Então, estreitamente ligado à Igreja Católica e aos seus ideais e ensinamentos, o Serviço Social tem o seu surgimento. A Igreja passava por momentos turbulentos e, junto à burguesia, não conseguia dar conta e suprimir as manifestações da classe trabalhadora, esses passaram a reivindicar direitos como: melhores condições de trabalho e justiça social. Para então manter a “harmonia social” e a paz, a classe burguesa, para manter seus interesses na exploração da força de trabalho do proletariado, soma forças juntamente ao Estado para então conter a classe operaria.

Para a Igreja daquela época, a recomendação feita aos ricos tinha um sentido humanizador: que os pobres não fossem tratados como escravos, nem que lhes superexplorassem, e que o seu salário fosse oportuna e adequadamente pago. Aos ricos se tinha de inculcar os deveres de justiça e caridade; aos pobres havia que lhes dar consolo para aceitarem sua condição de despossuídos. Se cada uma das classes atendesse a estas recomendações, seria possível não só a amizade, mas também um “verdadeiro amor fraterno”. (CASTRO, 2000. p. 58).

Como diz Iamamoto e Carvalho:

A implantação do Serviço Social se dá no decorrer desse processo histórico. Não se baseará, no entanto, em medidas coercivas emanadas do Estado. Surge da iniciativa particular de grupos e frações e classe, que se manifestam, principalmente, por intermédio da Igreja Católica. Possui em seu início uma base social bem delimitada e fontes de recrutamento e formação de agentes sociais informados por uma ideologia igualmente determinada. (IAMAMOTO; CARVALHO, 2005 p.125)

Desde que a sociedade brasileira se deparou com as expressões da “questão social” há também a necessidade de contê-las. As atividades de caridade ganham um novo aspecto e caráter organizativo, e contando com famílias da sociedade burguesa paulista e carioca, ela ganha apoio do Estado realizando obras sociais cada vez mais abrangentes.

Como podemos observar na Carta Encíclica do Papa Leão XXIII:

Portanto, a salvação desejada deve ser principalmente o fruto duma grande efusão de caridade, queremos dizer, daquela caridade que compendia em si todo o Evangelho, e que, sempre pronta a sacrificar-se pelo próximo, é o antídoto mais seguro contra o orgulho e o egoísmo do século. (LEÃO XIII, 1891).

De acordo com Castro (2000) a Igreja inaugurou no Brasil, no início dos anos 20 o Centro Dom Vital, um núcleo em que serviu para partir todas as estratégias de ação da Igreja. E, então, em 1922 surgiu a Confederação Católica que foi usada de instrumento para o revigoração eclesial. Ambas “falharam” em suas missões até chamarem a atenção do bispo da diocese de Olinda, que teceu duras críticas e incitou ambas a cumprirem com seus deveres sociais.

Por conta da magnitude alcançada pelos movimentos sociais dos trabalhadores nas épocas de 1917 e 1920, Castro (2000) afirma que não há dúvidas de que a Igreja Católica se sentiu estimulada socialmente por elas. As instituições assistenciais Associação das Senhoras Brasileiras e a Liga das Senhoras Católicas surgiram no Brasil, em 1920 no Rio de Janeiro e em 1923 em São Paulo, respectivamente. Já a partir de 1932 houve o surgimento da Ação Universitária Católica, do Instituto de Estudos Superiores, da Associação de Bibliotecas Católicas, de círculos operários, da Confederação Nacional de Operários, da Liga Eleitoral Católica, da Ação Católica e a Fundação Leão XIII criada em 1947.

A importância dessas instituições e obras, e de sua centralização, a partir da cúpula da hierarquia, não pode ser subestimada na análise da gênese do Serviço Social no Brasil. Se sua ação concreta é limitada, se seu conteúdo é assistencial e paternalista, será a partir de seu lento desenvolvimento que se criarão as bases materiais e organizacionais, e principalmente humanas, que a partir da década seguinte permitirão a expansão da Ação Social e o surgimento das primeiras escolas de Serviço Social (IAMAMOTO e CARVALHO, 2008, p. 167).

Com a finalidade de trazer a proposta de uma boa formação a seus componentes, outras associações e grupos começaram a surgir com ideias e cursos elaborados e semanas de estudos. O CEAS – Centro de Estudos em Ação Social – foi criado em São Paulo, durante um curso intensivo que foi projetado e realizado

por um grupo de mulheres religiosas de Santo Agostinho, mulheres essas que tinham uma preocupação com a “questão social”.

Destinado a forjar uma superior militância católica a ordens de uma ampla mobilização direcionada a recuperação, pela Igreja, da sua influência e de suas regalias, o CEAS foi considerado como “entrada” da profissionalização do Serviço Social no Brasil (Castro, 1989).

[...] o trabalho de organização e preparação dos leigos se apoia numa base social feminina de origem burguesa, respaldada por Assistentes Sociais belgas que ofereceram a sua experiência para possibilitar a fundação da primeira escola católica de Serviço Social (Castro, 1989, p. 98).

A criação do CEAS tinha como objetivo:

Promover a formação dos seus membros através do estudo da doutrina social da Igreja e fundamentar a sua ação nesta base doutrinária e o conhecimento profundo dos problemas sociais, para tornar mais definida em face dos problemas por resolver, favorecendo a coordenação de esforços dispersos nas diferentes atividades e obras de caráter social. (Cerqueira, pag. 173).

Em 1932, o CEAS envia para a Bélgica duas de suas fundadoras, para que essas estudem a organização e o ensino do Serviço Social. Inspirada pela Ação Católica⁶ e pela Ação Social, mais tarde, mais precisamente no dia 15 de fevereiro de 1936, era então criado no Brasil a primeira (do país) Escola de Serviço Social de São Paulo.

De acordo com Castro (2000), foi por volta de 1933, que as atividades dos CEAS se tornaram um pouco mais intensa, participando da Liga Eleitoral Católica, realizando a Primeira Semana de Ação Católica e a formação da Juventude Feminina Católica.

A Escola de Serviço Social de São Paulo foi criada em 1936, tendo como inspiração as ações e demandas da Ação Católica e Ação Social. Uma novidade que foi denominada por Castro (2000, p. 105) como uma nova etapa prática da assistência social, em que se a Igreja se funde com a escola, que traz uma demanda de qualificação acadêmica que seja também religiosa e técnica.

Se as escolas de Serviço Social – em particular, a paulista – nasceram sob decisiva inspiração católica, no interior do movimento pelo qual a Igreja promovia a sua reinserção social, é indiscutível que as seletas gerações que se educavam nas aulas recebiam uma missão quase expressa da encíclica, uma vez que grande parte da tarefa realizada pelas obras sociais da Igreja estava justamente orientada para a “melhoria dos costumes”. Só assim se tornam inteligíveis as incontáveis funções das assistentes sociais

⁶ A Ação Católica teve como missão a propagação dos ideários da Igreja Católica sobre os anseios de uma nova reforma societária.

junto à família operária, em face do matrimônio, [...] tratava-se de uma atividade para reformar e melhorar os costumes. (CASTRO, 2000. p. 58).

Ainda em 1936, realiza-se também o primeiro Curso Intensivo de Formação Social para Moças, o curso foi ministrado por Mlle Adèle Loneaux, professora da Escola de Serviço Social de Bruxelas, assim como um curso prático de Serviço Social com caráter de aumento do conhecimento, tendo em vista a participação das duas primeiras Assistentes Sociais paulistas recém-formadas na Bélgica.

Acontece pela primeira vez, na capital federal, a I Semana de Ação Social, patrocinada pelo GAS, considerada como princípio da criação do Instituto de Educação Familiar e Social, teve participação de Darcy Vargas primeira-dama da República. A dinâmica constitutiva da cidade do Rio de Janeiro, por seu desenvolvimento econômico, importância política e diversidade de serviços, faz com que haja uma maior participação das instituições públicas nas ações assistenciais.

Sobre respaldo do Grupo de Ação Social – GAS –, Instituto de Educação Familiar e Social, composto por uma Escola de Serviço Social e uma de Educação Familiar surgiu num período relativamente curto em 1937 no estado do Rio de Janeiro. Por iniciativa do Juizado de Menores a Escola Técnica de Serviço Social no ano de 1938 e em 1940 foi incorporada à Escola de Enfermagem Ana Nery o curso de preparação ao Serviço Social.

Na capital brasileira, a primeira escola católica de Serviço Social resulta de um processo semelhante ao ocorrido em São Paulo, já que emergiu igualmente no bojo de um movimento articulado de vários grupos onde atuavam leigos sob reconhecida influência da hierarquia. (CASTRO, 2000. p. 108).

Ainda sobre a primeira escola de Serviço Social no Rio de Janeiro, o processo constitutivo do Serviço Social desenvolveu-se segundo diversas variantes, provavelmente devido a capital de o país estar centralizada muitas repartições públicas sob cuja demanda se profissionalizou o Serviço Social. (Castro, 1989).

As experiências nos estados de São Paulo e do Rio de Janeiro foram de fator determinante para o desenvolvimento do Serviço Social no Brasil, essas experiências foram de fator determinante na influência do surgimento de escolas do Serviço Social em todo o território nacional.

“...a origem da profissão está indissoluvelmente ligada à ação da Igreja e à sua estratégia de adequação às mudanças econômicas e políticas que alteravam a face do país naquele período.” (CASTRO, 2000, p. 109). O Serviço Social é uma

profissão que surge para então encontrar e dar respostas à “questão social” e ao movimento operário popular.

Portanto, o Serviço Social, com um posicionamento moralizador em face das expressões da “questão social”, captando o homem de maneira abstrata e genérica, configurou-se como uma das estratégias concretas de disciplinamento e controle da força de trabalho, no processo de expansão do capitalismo monopolista. Essa concepção conservadora, não jogando luz sobre a estrutura societária, contribui para obscurecer para os Assistentes Sociais, durante um amplo lapso de tempo, os determinantes da “questão social” e caracterizou uma cultura profissional acrítica, sem um horizonte utópico que os impulsionasse para o questionamento e às ações consequentes em prol da construção de novos e diferentes rumos em face das diretrizes sociais postas e assumidas pela profissão (FORTI, 2013, p. 99).

O Serviço Social brasileiro, que até então possuía a formação europeia (1930-1945), começa a partir de 1940, a sofrer com influências do Serviço Social dos Estados Unidos. Influências essas fruto de um processo mais amplo que envolvia aspectos políticos, econômicos e culturais. Iniciando uma série de investidas comerciais na América Latina, os Estados Unidos da América foram assim firmando acordos, entre eles do intercâmbio do Serviço Social estadunidense com o latino-americano.

Essa experiência acarretou em uma alteração na prática profissional, a abordagem psicossocial tinha como objetivo trabalhar o indivíduo através de técnicas de Serviço Social de caso⁷, Serviço Social de grupo⁸ e Serviço Social de comunidade⁹, além disto, a teoria do serviço social tinha sua construção baseadas em três passos, segundo Mary Richmond¹⁰ o estudo social¹¹, o diagnóstico social¹² e o tratamento social. Além disso, o conteúdo técnico e metodológico, a influência americana se deu através de ideias funcionalistas que se juntam com o neotomismo¹³ presente na profissão.

⁷ Ajustar o indivíduo ao meio através do trabalho individual.

⁸ Ajustar o indivíduo ao meio trabalhando em grupo, ajustando-o ao grupo.

⁹ Ajustar os indivíduos ao meio melhorando seu funcionamento social através de específicas experiências de grupos e a se defrontar mais eficientemente com seus problemas pessoais, do seu grupo e da sua comunidade.

¹⁰ Mary Ellen Richmond (1861-1928) O seu pensamento social de Mary influenciou sobremaneira a profissão de assistente social do mundo inteiro, cuja doutrina enfoca duas principais noções. “Diagnóstico Social” e “Caso Social”, que profetizavam o estudo dos casos não só a partir da observação como das razões que estariam por detrás, de modo a caminhar-se na compreensão plena de cada caso. Isto é, defendia que o êxito do trabalho ou a solução do problema estaria antes de mais na compreensão da situação. (Pereira, Maria de Lourdes dos Santos. Os Percussores e Pioneiros do Serviço Social, 2011, p.17)

¹¹ Faz-se necessário para conhecer o problema do indivíduo.

¹² Faz-se necessário para explicar o problema do indivíduo.

¹³ Movimento de retorno à filosofia tomista da Idade Média, resgatada à luz de tendências intelectuais modernas e retomada a partir de 1879, por influência de uma encíclica do papa Leão XIII;

No período de 1940 a meados de 1960 houve no Brasil um crescimento considerável da economia. Nos países latino-americanos surge a ideia do desenvolvimentismo como possibilidade de superação do subdesenvolvimento presente nos países da região. Contudo, no Brasil os efeitos esperados não foram alcançados. A indústria brasileira precisava de agro exportação e capital estrangeiro, o que gerou baixos salários e dependência dos países centrais.

Em 1945, o governo de Juscelino Kubitschek implementou o ideário de desenvolvimentismo no pós II Guerra Mundial. Esse plano desenvolvimentista no Brasil não obteve bons resultados e o desejo do desenvolvimento econômico com justiça social não se oficializou. Ao contrário, o que tivemos foi a forte presença de capital estrangeiro no país, entendida como necessária para o desenvolvimento nacional, porém, o que se pode observar, em verdade, é a construção de uma indústria no Brasil e não uma indústria do Brasil. O surgimento de uma economia urbano-industrial trouxe à tona a necessidade de entidades assistenciais para atender às demandas postas e controlar as lutas sociais.

A profissão de serviço social, ao passar a defender e a se comprometer com os interesses da classe trabalhadora, passar a buscar fundamentação teórica para além das doutrinas católicas, a fim de compreender a realidade contraditória, passou, então, a produzir novos conhecimentos e a questionar-se, surgindo, nesse contexto, o denominado o Movimento de Reconceituação¹⁴. As inquietações com aquela forma tradicional de atuar, mediante as expressões da “questão social” levavam os profissionais a testarem sua eficácia mediante a realidade social brasileira, assim como os fundamentos teóricos e metodológicos que fundamentavam sua prática. (IAMAMOTO e CARVALHO, 2011).

Segundo os autores Iamamoto e Carvalho (2011), o Serviço Social atua como prevenção dos problemas sociais, não apenas curativa, em que há uma ação educativa entre a família trabalhadora, o que então difere da caridade tradicional (vista como aquela que é apenas uma produtora de pobreza).

Aqui no Brasil, as influências da Reconceituação tiveram características diferentes do restante dos países latino-americanos, a participação concreta dos

neoescolástica [O principal representante deste movimento na contemporaneidade é o filósofo francês Jacques Maritain 1882-1973].

¹⁴ Expressão do processo de renovação do Serviço Social do Brasil. Sendo organizados os encontros de: Araxá (MG) em 1967, Teresópolis (RJ) em 1970, Sumaré (SP) em 1978, Alto da Boa Vista (RJ) em 1984 e Rio de Janeiro (RJ) em 1989, pelo Centro Brasileiro de Cooperação e Intercâmbio Internacional de Serviço Social- CBCIISS.

brasileiros no movimento foi minada, pois em 1964, após um golpe militar começava o Regime Militar no Brasil.

Dentro deste cenário da ditadura, a censura e a violação de direitos é o aspecto que traz mais tristeza e comoção. Com o golpe de 1964 instaurado o Estado é erguido com a função de reprodução do grande capital, sendo assim ocorre então o início de um Estado “antinacional e antidemocrático”, que deve enfrentar com repressão e políticas sociais compensatórias a partir desse momento a “questão social”.

O âmbito do Serviço Social também se vê também com certas alterações, encarando novas demandas, como a então exigência da atuação profissional com a realização da mesma dentro de normas técnicas e científicas. A profissão possui essa nova demanda, além de ter que entender e dar conta da burocracia estatal e dos investimentos privados.

O Serviço Social começa a quebrar com o que praticava até o momento e passa a apresentar polêmicas, heterogeneidade nas propostas interventivas, busca por uma elaboração teórica mais consistente e apresenta sua laicização¹⁵.

A partir do que chamamos de “pós – 64” há um processo de renovação dentro do Serviço Social brasileiro que é colocado em curso, processo esse que se estende até meados da década de 1980. São três direções e/ou projetos profissionais que são apresentados, sendo elas: a perspectiva modernizadora, reatualização do conservadorismo (ou fenomenológica) e a intenção de ruptura.

A Perspectiva Modernizadora, que propõe um rompimento com o Serviço Social Tradicional, no sentido de se moldar as necessidades do novo modelo de Estado desenvolvimentista e modernizador. *“Nesta perspectiva ainda não se pensava em uma ruptura com a subordinação ao Estado e do poder vigente, o capitalismo, havendo apenas uma maior racionalização ou tecnificação da prática profissional”* (NETTO, 2006).

Esta constitui a primeira expressão do processo de renovação do Serviço Social no Brasil. Emergente desde o encontro de Porto Alegre, ela encontra a sua formulação afirmada nos resultados do primeiro Seminário de Teorização do Serviço Social, promovido pelo CBCISS – Araxá, e se desdobra nos trabalhos do segundo

¹⁵ Laicismo ou laicidade é um princípio político que rejeita a influência da Igreja na esfera pública do Estado, considerando que os assuntos religiosos devem pertencer somente à esfera privada do indivíduo.

evento daquela serie, também promovido pelo CBCISS – em Teresópolis (Netto, 1994, p. 164).

Ela tende adequar o Serviço Social conservador as exigências do momento histórico vivido pelo Brasil. Alinhando novas bases técnicas e científicas sem romper com as bases do surgimento da profissão.

O retorno aos fundamentos da gênese da profissão do Serviço Social, ou seja, retroceder sobre aquilo que já foi alcançado e então voltando e trazendo novamente aquelas características que eram baseadas nos preceitos da Igreja Católica (antes derrubadas) era a proposta dada na Reatualização do Conservadorismo.

Ainda que, de certa forma modificada e adaptada, a chamada Intenção de Ruptura é baseada na teoria Marxista. Nela há, porém, uma proposta de um distanciamento menor com os usuários da sociedade e um alcance de um pensamento crítico em relação a esta sociedade.

No âmbito profissional, essa última vertente somente ganhou proporções centrais nos debates na década de 1980, ganhando então um tom de polêmica e de confronto com o conservadorismo do Serviço Social, que era antes chamado de Serviço Social Tradicional. É nesse mesmo momento histórico que o Serviço Social expande-se profissionalmente com a construção de um novo projeto profissional, ocorrendo a ruptura teórica e política com o lastro conservador de suas origens.

[...] apresentam a autoimagem da profissão, elegem valores que a legitimam socialmente, delimitam e priorizam seus objetivos e funções, formulam requisitos [...] para seu exercício, prescrevem normas para o comportamento dos profissionais e estabelecem balizas de sua relação com os usuários dos seus serviços, com outras profissões e com as organizações e instituições, públicas e privadas. (NETTO, 1999, p.88).

De acordo com Silva, Silva e Junior (2016) o Serviço Social tem quase oitenta anos de profissão no Brasil e desses oitenta passou os últimos trinta anos por amadurecimentos, crescimento e evolução de posicionamento crítico e político quanto a sociedade capitalista em que está regido.

Há desafios constantes e complexos para os profissionais do Serviço Social, os assistentes sociais, já que há a necessidade da criação de estratégias e intervenção que materializem a construção profissional histórica de emancipação da classe trabalhadora, esses deságios são trazidos pelas transformações produzidas pelo capital, para a manutenção da hegemonia da profissão.

Tivemos nesse capítulo uma breve noção sobre a “questão social” e seu vínculo com o Serviço Social brasileiro, além de poder viajar através da história da profissão de uma maneira resumida. É de grande importância entender sobre as raízes da profissão, como ela surgiu, de onde veio e quais foram os caminhos trilhados até chegarmos no ponto atual, sendo assim, esse capítulo é de grande relevância para todo o trabalho.

A partir de então, sabendo resumidamente sobre o que aconteceu, podemos avançar mais na história e trazer reflexões sobre um campo fecundo de atuação profissional do assistente social no âmbito da saúde pública: o Sistema Único de Saúde (SUS) e trazendo também o NASF (Núcleo de Apoio a Saúde da Família).

2. APRESENTANDO O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) E CONHECENDO O NÚCLEO DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF)

Neste capítulo conheceremos antes de qualquer coisa um pouco mais da trajetória de como surgiu o SUS, para assim adentrarmos no Núcleo de Apoio a Saúde da Família e como o Serviço Social inseriu-se nela. Além dos princípios e diretrizes do NASF que norteiam os Assistentes Sociais na área da saúde, mais necessariamente na Saúde da Família, suas leis e Código de Ética para respaldo nas suas demandas do dia a dia.

O SUS surgiu após um grande caos dentro da saúde brasileira, vindas desde antes dos anos 20 e se estendendo por décadas, trouxe consigo após muitas lutas e protestos por parte da população e da sociedade médica, a esperança de saúde de qualidade e acessível para toda a população.

Contudo, é de conhecimento popular que os conflitos que foram e ainda são travados dentro da saúde pública, como diz Paiva e Teixeira (2014):

No entanto, após a aprovação do SUS e da Lei Orgânica da Saúde (1990), profundas mudanças econômicas, políticas e na esfera pública viriam a ocorrer. Em meio à crise econômica do governo Sarney e dos que o sucederam, desfez-se o otimismo de uma rápida e radical transformação do sistema de saúde, então expresso em nossa carta constitucional. Às dificuldades em colocar em prática ações transformadoras que entravam em choque com interesses econômicos de grupos altamente organizados somava-se a complexidade do desafio representado pela implementação de um sistema único de saúde em um país com grandes disparidades regionais.

Sendo assim, se faz necessário apresentar o que é e qual a história do SUS para que então possa se fazer entender o que representa essa conquista para a sociedade brasileira e, então, entender o que pode ser melhorado dentro dessa realidade. Além de poder então ser explicado o que seria o NASF e entender mais profundamente sua história.

2.1 Apresentando o Sistema Único de Saúde (SUS)

Para melhor entendimento do surgimento da Atenção Primária à Saúde – APS e postumamente à implementação dos NASFs, percorreremos a história do processo de criação do Sistema Único de Saúde – o SUS, em um breve resumo desde o movimento que o originou – o Movimento da Reforma Sanitária, até os dias atuais.

De acordo com Paim (2009), na época em que Brasil ainda era colônia, a saúde dependia e se espelhava na capital tendo ligações com o exército português. Já os problemas de higiene eram por conta das autoridades locais, que estavam responsáveis pela limpeza das ruas, fiscalizações de alimentos, dentre outras atividades. Atendimentos médicos eram solicitados apenas mediante cartas ao rei.

A primeira Santa Casa surgiu em 1543, quando Brás Cubas fundou, em Santos, a Irmandade da Misericórdia e o Hospital de Todos os Santos. Depois, foram criadas as santas casas de Olinda, Bahia, Rio de Janeiro, Belém e São Paulo. Assim, a assistência aos pobres ficava por conta da caridade cristã, que abrigava indigentes, viajantes e doentes. Já os militares eram recolhidos e cuidados pelas famílias ricas. Posteriormente, eram atendidos por cirurgiões-militares em hospitais das irmandades das santas casas, cabendo ao governo da Colônia o pagamento de uma taxa anual. (PAIM, 2009, p. 26).

A Proclamação da República trouxe então a responsabilidade da saúde para os estados, sendo assim foi criada a Diretoria Geral de Saúde Pública em 1897 para atuar então aonde não chegava à ação dos governos dos estados (tais como vigilância sanitária dos portos) (Paim, 2009).

A saúde no Brasil sempre foi muito limitada antes da criação do SUS, uma vez que não possuíamos um sistema de saúde, a relação descentralizada fazia com que os estados apenas interferissem na saúde quando “*indivíduo ou a iniciativa privada não fosse capaz de responder*” (Paim, 2009, p. 28). Sendo assim a saúde continuava de forma precária no Brasil, com epidemias (como febre amarela, varíola e peste) dificultando as exportações agrícolas e afetando diretamente a economia.

A realização de campanhas sanitárias e a reforma dos órgãos federais marcaram a saúde pública brasileira naquela época. Aliás, desde a década de 1910, ocorreu um movimento pela mudança na organização sanitária, liderado por médicos e contando com a presença de autoridades políticas e intelectuais. A importância desse movimento foi reconhecida com a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) e de uma estrutura permanente de serviços de saúde pública em áreas rurais. (PAIM, 2009, p. 28)

A partir de então foram criados códigos sanitários e instituições de pesquisas voltadas para a área da saúde. Passando então a haver uma preocupação maior com a saúde no Brasil, de forma com que houvesse olhares diferentes para ela apesar de ainda não haver um Ministério da Saúde e o assunto ser tratado como questão social e caso de polícia.

“*O sistema público de saúde nasceu por três vias: saúde pública, medicina previdenciária e medicina do trabalho.*” (PAIM, 2009, p. 29). A reforma que tínhamos até então não contemplava a saúde do trabalhador, que foi somente desenvolvida

em 1930 com a criação do Ministério do Trabalho, que a partir de então se deu início aos direitos dos trabalhadores.

O Ministério da Saúde foi criado em 1953 e com ele o Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp). Mas a saúde continuou dividida nesse período, de maneira que a saúde do trabalhador ainda não estava inserida nos interesses (voltados para vacinação e tratamento das epidemias atuais). Sendo assim, a saúde do trabalhador ainda estava em cargo do Ministério do Trabalho.

O movimento da Reforma Sanitária¹⁶ tem seu início no contexto da luta contra o regime ditatorial, no início da década de 1970, mas com origens em 1960, com a primeira fase do regime militar iniciado com o golpe de 1964 no governo do marechal Castelo Branco (1964 - 1967).

Segundo Sarah Escorel (2008), transformou-se como a abordagem vigente dos problemas de saúde e então o pensamento e a base teórica e ideológica de um médico – social foi constituído. Isso se deu enquanto o período mais massivo e repressivo do autoritarismo assolava o Brasil, no final da década de 1960 e início da década de 1970.

A abordagem histórica estrutural dos problemas de saúde foi realizada nos Departamentos de Medicina Preventiva – DMP, criados por lei em todas as faculdades de medicina na Reforma Universitária de 1968¹⁷. Nesses locais, iniciou-se o que podemos chamar de bases universitárias do movimento sanitário, movimento esse que propunha ampla transformação do sistema de saúde.

No começo década de 1960 deu-se início a esse processo, marcado quando o modelo preventivista de atenção à saúde foi difundido nos Estados Unidos, ele visava então alterar a prática médica sem a necessidade de alteração da forma

¹⁶ A expressão foi usada para se referir ao conjunto de ideias que se tinha em relação às mudanças e transformações necessárias na área da saúde. Essas mudanças não abarcavam apenas o sistema, mas todo o setor saúde, em busca da melhoria das condições de vida da população. (Escorel, Sarah. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar a reforma sanitária.)

¹⁷ Resultado do regime militar, a Reforma Universitária teve dois princípios norteadores: o controle político das universidades públicas brasileiras e a formação de mão de obra para economia. As transformações na organização das universidades do Brasil, com a Lei 5540, de 28 de novembro de 1968, possibilitou o aumento das matrículas em instituições de ensino superior, principalmente em estabelecimentos de iniciativa privada, permitiu o prolongamento da interferência dos ideais “revolucionários” na educação superior. A Reforma ao declarar a autonomia econômica e didático-científica das universidades públicas, estabelece a escolha dos Reitores ao Presidente da República; cria a unificação das unidades acadêmicas; surge a figura do Departamento; a anulação dos movimentos estudantis; maior interação ensino-pesquisa, a criação da monitoria, o aumento de programas de extensão, atividades desportivas, culturais e cívicas, que viabilizassem a “ocupação” do corpo discente. (A Reforma Universitária de 1968 e as transformações nas instituições de ensino superior, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, pág.1).

liberal de organização da atenção à saúde. No Brasil, o discurso preventivista foi incorporado com mudanças importantes, dado o papel desempenhado pelo Estado brasileiro na assistência médica. (Escorel, 2008).

Ainda ao longo da década de 1960, a construção desse pensamento sobre saúde recebeu estímulos também da Organização Pan-Americana da Saúde¹⁸ – a Opas, que divulgou o uso das ciências sociais na análise dos problemas de saúde.

Em sua maior parte vinculados aos DMPs para que houvesse uma formação mais completa com campos de práticas na formação de internos e residentes de medicina, estavam os programas de medicina comunitária. Eles tinham um objetivo de propiciar uma visão extramuros, extra-hospitalar e mais integral para os estudantes.

Os programas experimentais de práticas de saúde desenvolvidas pelos DMPs estavam legitimados pelo discurso internacional e, possivelmente, mesmo para o governo, poderiam ser alternativas viáveis para atender a crescente pressão por assistência à saúde.

Posteriormente, as experiências alternativas viriam a produzir mudanças no campo da saúde pública, estabelecendo modelos diferenciados de atenção à saúde, bases de projetos de transformação do sistema de saúde implementados na década seguinte. (Escorel, S. 2008, pág. 331).

O ideário preventivista era muito questionado em alguns Departamentos de Medicina Preventiva do estado de São Paulo, era questionado se o ideário preventivista era inadequado e/ou insuficiente para poder ser inserido na análise e transformação da realidade sanitária do país. Essa nova abordagem considerava o caráter político da área da saúde e a determinação social do processo saúde-doença, criticava teoria de sistemas por compartilhar da visão positivista da sociedade composta por setores.

A década de 60, marcada pela ditadura militar, tinha um grande impasse na saúde durante a ditadura: a duplicidade que surgiu entre a medicina previdenciária e a saúde pública. A saúde então era dividida entre duas áreas que iam em direções

¹⁸ Organismo internacional de saúde pública com um século de experiência, dedicado a melhorar as condições de saúde dos países das Américas. (...) exerce um papel fundamental na melhoria de políticas e serviços públicos de saúde, por meio da transferência de tecnologia e da difusão do conhecimento acumulado por meio de experiências produzidas nos Países-Membros, um trabalho de cooperação internacional promovido por técnicos e cientistas vinculados à OPAS/OMS, especializados em epidemiologia, saúde e ambiente, recursos humanos, comunicação, serviços, controle de zoonoses, medicamentos e promoção da saúde. (naoesunidas.org).

opostas, uma destinadas a ações individuais enquanto estava voltada para a área urbana e a outra voltada a população mais pobre e as áreas rurais.

Em sentido contrário, as políticas do período deram continuidade à diretriz dos governos anteriores de expansão da cobertura da assistência médica previdenciária estatal às camadas mais desfavorecidas. Com esse propósito, foram instituídas várias medidas, como a incorporação dos acidentes de trabalho às ações previdenciárias, em 1967; a extensão da proteção previdenciária aos trabalhadores rurais, com a criação do Programa de Assistência ao Trabalhador Rural (Prorural), em 1971; a ampliação da cobertura previdenciária às empregadas domésticas, em 1972, e aos trabalhadores autônomos, no ano seguinte. (Paim; Teixeira. 2014, p. 18).

Já voltada apenas para os homens:

Art. 4º A aposentadoria por velhice corresponderá a uma prestação mensal equivalente a 50% (cinquenta por cento) do salário-mínimo de maior valor no País, e será devida ao trabalhador rural que tiver completado 65 (sessenta e cinco) anos de idade. Parágrafo único. Não será devida a aposentadoria a mais de um componente da unidade familiar, cabendo apenas o benefício ao respectivo chefe ou arrimo. (BRASIL/PRORURAL, 1971)

Em 1972, em Cuenca - Equador, representantes de 11 países (que anos depois fundaram a Associação Latino-americana de Medicina Social¹⁹- Alames) destacaram a necessidade de metodologias e marcos teóricos que relacionassem os processos de saúde com a estrutura social.

(...) a teoria social da medicina adotou como conceitos básicos a determinação social da doença, a historicidade do conceito saúde-doença, o processo de trabalho, a medicina como prática social, o poder médico e a medicalização. Como conceitos estratégicos, a abordagem médico-social adotaria a prática política e consciência sanitária como parte da consciência social, visando a uma transformação social. (Escorel, S. 2008, pág. 333).

O Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ) foi, antes de obter esse nome, o primeiro curso de medicina social do Rio de Janeiro. Esse curso foi apoiado técnica e financeiramente na época de 1973 pela Opas e a Fundação Kellogg.

Ainda segundo Escorel (2008), buscando um relacionamento entre a produção do conhecimento e a prática política, as bases universitárias juntaram o campo das políticas públicas como arena privilegiada de atuação, sendo assim o movimento sanitário começou a constituir-se como tal.

¹⁹ Associação Latino-americana de Medicina Social, constituída em 1984 no III Seminário de Medicina Social (em Ouro Preto) se define como um movimento social, acadêmico e político com uma perspectiva de desenvolvimento da saúde pública e da medicina social orientada para a resolução dos determinantes sócio-históricos do processo de saúde-doença. (Escorel, S. 2008, pág. 332).

Em 1974, no Brasil, quando se iniciou a tentativa de recuperar as mediações necessárias para legitimar a ditadura com o governo do general Geisel (1974-1979), Geisel criou o II Plano Nacional de Desenvolvimento – II PND, onde finalmente reconheceu que a política social tinha objetivos próprios e que o desenvolvimento social deveria ocorrer de forma paralela e progressiva ao desenvolvimento econômico.

(...) suas prioridades no campo social eram a educação, com reforço na área da pós-graduação, e a saúde, em particular assistência médica da previdência social (...) além da intenção de promover a abertura política, o envio ao Congresso de mensagens criando na esfera econômica o Conselho de Desenvolvimento Econômico – a semelhança do qual alguns meses mais tarde, seria criado o Conselho de Desenvolvimento Social – CDS e na esfera social, o Ministério da Previdência e Assistência Social – MPAS. (Escorel, S. 2008, pág. 336).

O II PND instituiu:

Dois grandes campos institucionais – o do Ministério da Saúde, de caráter eminentemente normativo, com ação executiva voltada para as medidas e os atendimentos de interesse coletivo, inclusive vigilância sanitária, e o do Ministério da Previdência e Assistência Social, com atuação voltada principalmente para o atendimento médico assistencial individualizado (Brasil, II PND: 75).

Pela lei nº 6.439 foi criado o INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social) em 1977, sua extinção foi em 1993 pela lei nº 8.689. Durante o tempo em que esteve vigente, foi encarregado de prestação de serviços médicos, “... *para um sistema de saúde desenhado para garantir o acesso universal aos serviços e ações de saúde, com base no princípio da seguridade social*”. (FGV)

Em 1975 e 1977 foram realizadas a 5ª e a 6ª Conferências Nacionais de Saúde, como tema central o Sistema Nacional de Saúde, com o objetivo da elaboração de uma política nacional de saúde para ser submetida ao CNS, usada para legitimar a divisão legalizada da atenção à saúde no país.

A mudança ocorrida na conjuntura do governo Geisel foi caracterizada por uma mudança na arena política de saúde. Isso ocorreu graças a uma série de núcleos que traziam propostas transformadoras que pouco a pouco culminou por tomar forma como movimento sanitário.

A grave crise mundial marcou bastante a década de 1980, ela trouxe consequências graves que atingiram a economia brasileira de forma avassaladora, como desequilíbrios macroeconômicos, financeiros e de produtividade. A internacionalização dos mercados, sistemas produtivos e a tendência à unificação monetária foram respostas dadas a essa crise, algo como uma tentativa de

abafamento, mas em contrapartida o resultado foi uma perda considerável da autonomia dos Estados nacionais.

O Banco Mundial, a partir desse momento, passou a se orientar pelos princípios da focalização e da seletividade, algo que se contrapõe a teses desenvolvimentistas e de defesa de proteção social universal. A reforma sanitária que foi realizada no Brasil foi apontada como uma política contracorrente dessa então tendência de reforma setorial. Reforma essa que foi realizada no período da redemocratização.

O Centro Brasileiro de Estudos da Saúde – Cebes (1976) – e a Associação brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – ABRASCO (1979) surgiram para fortalecer o movimento nesta direção. Ambos foram precursores da ideia da Reforma Sanitária brasileira, em que se pode resumir no lema de Saúde e Democracia. O “Movimento Sanitário” foi composto por associados ao Cebes e a ABRASCO, assim como várias outras pessoas que compunham as universidades, movimentos sindicais, dentre outros.

O movimento consolidou-se na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, regulamentado pelas Leis nº 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde - LOS) e a Lei Complementar nº 8.142/90, com finalidade de alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população, tornando obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão. Mais de cinco mil representantes de todos os segmentos da sociedade civil discutiram esse novo modelo de saúde para o Brasil, o que culminou com a criação do Sistema Único de Saúde, pela Assembleia Nacional Constituinte em 1988.

Cabe recordar que, em um contexto de tensões internas crescentes entre reformistas da Saúde e da Previdência, a VIII Conferência Nacional de Saúde se constituiu em uma arena de ampliação do debate e de retomada de uma organicidade maior da luta do movimento sanitário. Por esta razão, podemos tomar seu relatório final como a expressão do pensamento predominante no movimento sanitário na época. Ou melhor, como um reflexo das aspirações desse movimento. (Mattos, 2009, p. 776).

Promulgada a Constituição Federal de 1988, nela ficaram estabelecidos os princípios do SUS: Universalidade no acesso, Integralidade da assistência e Equidade na distribuição dos serviços, esses expressos em seus artigos de 196 a 200.

Para o alcance desses princípios, estabeleceram-se as seguintes diretrizes organizativas do SUS: integração e hierarquização do sistema; descentralização político administrativa com direção única em cada esfera de governo; o controle social mediante organização dos Conselhos de

Saúde entre os usuários e o governo em todos os níveis do sistema. E em cumprimento ao pressuposto constitucional, tanto a organização quanto o financiamento do SUS tornaram-se responsabilidades comuns às três esferas de governo. (Sousa, M.F., 2014).

O SUS vem demonstrando avanços significativos através dos anos desde a sua elaboração e criação pela constituição de 1988. Um desses avanços é o surgimento das Estratégias de Saúde da Família (ESF), que foi criada como estratégia de reorientação do modelo assistencial a partir da Atenção Básica em 1994. Outro avanço é a implementação dos NASFs dentro das ESF.

2.2 Conhecendo o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) e o Serviço Social como parte da Equipe

Como apresentado anteriormente, em linhas gerais, o SUS possui um escopo amplo, caracterizando-se como um sistema público e universal, com particularidades dirigidas às especificidades de um país considerado de porte continental, como é o caso do Brasil. Assim sendo, a seguir apresentamos algumas características do SUS, de maneira a situar o NASF no âmbito da política nacional de saúde pública.

O NASF é um Núcleo Ampliado de Saúde da Família inserido na Política Pública de Saúde, que por sua vez, surge como direito de todos e dever do Estado com acesso universal e igualitário a partir da Constituição Federal de 1988, artigo 196, (Brasil, 1988) passando a compor o tripé da Seguridade Social junto à Previdência Social e Assistência Social. (Pontes, 2019, p. 2).

A Atenção Primária à Saúde (APS), se trata de um conjunto de ações em saúde desempenhadas pela Saúde da Família, sendo assim, possui sua complexidade e tem uma demanda de intervenções amplas em múltiplas facetas da realidade, para que se possa trazer um efeito positivo sobre a saúde e a qualidade de vida da população. Tudo isso pode ser comprovado através de evidências em diversos países do mundo que possuem atenção primária.

A idéia de APS foi utilizada como forma de organização dos sistemas de saúde pela primeira vez no chamado Relatório Dawson, em 1920. Esse documento do governo inglês procurou, de um lado, contrapor-se ao modelo flexneriano americano de cunho curativo, fundado no reducionismo biológico e na atenção individual, e, de outro, constituir-se em uma referência para a organização do modelo de atenção inglês, que começava a preocupar as autoridades daquele país, devido ao elevado custo, à crescente complexidade da atenção médica e à baixa resolutividade. (Fausto; Matta, 2007, p. 44).

Para que a APS possa mostrar uma maior eficácia e resolutiva, recomenda-se a utilização de diversas fontes de saberes, para que as variadas origens possam

contribuir para o estudo final. Os saberes variados e específicos de diversos campos, não somente da saúde, como cultura, assistência social, gestão, esporte, lazer, entre outros, trazem o constante exercício de interdisciplinaridade e de intersetorialidade.

A APS tem como sua principal característica a continuidade e integralidade da ação, assim como também a coordenação da assistência dentro do próprio sistema e da atenção centrada na família, orientação e participação comunitária e da competência cultural dos profissionais. Ela é o primeiro contato na rede assistencial dentro do sistema de saúde. São assim estipulados seus atributos essenciais: o acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde, a continuidade e a integralidade da atenção, e a coordenação da atenção dentro do sistema.

O fortalecimento internacional da organização da APS está relacionado às idéias formuladas pela medicina preventiva, especialmente para pensar a prática médica. Com base em uma abordagem integral, a medicina preventiva propôs que a atenção médica, em sua fase inicial, deveria se fazer mais próxima do ambiente sociocultural dos indivíduos e famílias, o que respaldaria sua intervenção para a prevenção e controle do adoecimento. (Fausto; Matta, 2007, p. 45).

A vertente brasileira da APS, A Estratégia de Saúde da Família (ESF), é caracterizada como a porta de entrada prioritária de um sistema de saúde constitucionalmente fundado no direito à saúde e na equidade do cuidado e, além disso, hierarquizado e regionalizado, como é o caso do SUS. A ESF vem provocando, de fato e de direito, um importante movimento de reorientação do modelo de atenção à saúde em nosso país.

Na política de saúde brasileira, predomina a compreensão da APS como o primeiro nível ou o momento em que se inicia o processo da atenção em um sistema de saúde. Como veremos, mais recentemente, além de primeiro nível de atenção do sistema de saúde, a APS é também compreendida como uma estratégia fundamental para a reorientação do modelo de atenção do SUS. (Fausto; Matta, 2007, p. 48).

Fausto e Matta (2007) ainda citam quatro atributos, que devem ser o centro de organização da APS, definidos por Starfield, que são:

- Primeiro contato - implica acessibilidade e uso do serviço a cada novo problema ou novo episódio de um problema pelo qual as pessoas buscam atenção à saúde.
- Continuidade - pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo, exigindo a delimitação da população às equipes de atenção primária.
- Integralidade - as unidades de atenção primária devem fazer arranjos para que o usuário receba todos os tipos de serviços de acordo com a sua necessidade, sendo alguns ofertados dentro do serviço de APS ou em outros serviços que compõem o sistema de saúde. Isto inclui o

encaminhamento para serviços nos diferentes níveis de atenção, dentro ou fora do sistema de saúde.

- Coordenação - significa garantir alguma forma de continuidade do cuidado que possa ocorrer nos diferentes níveis de atenção, de forma a reconhecer os problemas que necessitam de segmento consecutivo. Significa manter-se responsável por acompanhar o usuário vinculado ao serviço de APS, ainda que ele esteja temporariamente sob os cuidados de um outro serviço. (Fausto; Matta, 2007, p. 48/49).

As ESF se apresentam como uma nova forma de trabalhar a saúde de acordo com os princípios do SUS, levando a saúde mais perto das famílias a fim de melhorar a qualidade de vida da população brasileira e melhor assistência de seus mecanismos gestores.

A Atenção Básica (AB) está entre as agendas prioritárias do Ministério da Saúde, uma vez que é eixo estruturante do Sistema Único de Saúde. É desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas.

A Atenção Básica deve ser o caminho, a porta principal de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde, algo que deve ser praticado não apenas verbalmente ou através do papel, mas com a ação e elaboração de ampla política de enfrentamento aos principais nós críticos que estão no condicionamento da expansão e do desenvolvimento da Atenção Básica no país.

No Brasil, os antecedentes da atenção primária estão localizados no trabalho desenvolvido pelo Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp) desde os anos 40. As atividades do Sesp foram influenciadas pela medicina preventiva, dentro dos moldes clássicos norte-americanos. (Fausto; Matta, 2007, p. 53).

Por isso, é de grande importância que os 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 estejam ativos e sejam sempre utilizados amplamente para o acolhimento das pessoas.

Sendo instaladas perto de onde as pessoas mora, trabalham, estudam e vivem, para que possa haver uma acessibilidade maior, as Unidades Básicas de Saúde têm como papel principal ofertar à população a garantia de acesso a uma atenção à saúde de qualidade. Fazer com que todas as unidades de saúde tenham a infraestrutura ideal e necessária a esse atendimento é um desafio para o Brasil (único país do mundo com mais de 100 milhões de habitantes a adotar um sistema

de saúde público, universal, integral e gratuito), que está enfrentando todos esses problemas com os investimentos do Ministério da Saúde.

Dentro deste contexto temos as Clínicas da Família, que são um marco que representa a reforma da Atenção Básica no município do Rio de Janeiro. O modelo tem como objetivo focar nas ações de prevenção, promoção da saúde e diagnóstico precoce de doenças. Desde a implantação do modelo, a cobertura de Saúde da Família na cidade do Rio passou de 3,5%, em janeiro de 2009, para 56,8% até setembro de 2016²⁰.

As Clínicas da Família possuem uma equipe multidisciplinar com:

- Médicos
- Enfermeiros
- Técnicos de Enfermagem
- Agentes Comunitários de Saúde
- Agentes de Vigilância em Saúde
- Dentistas
- Auxiliar de Saúde Bucal
- Técnicos de Saúde Bucal
- Núcleo de Apoio a Saúde da Família – NASF (porém, o mesmo não está disponível em todas as unidades).

E assim, neste contexto, das Clínicas da Família, foi inaugurada em 21 de março de 2012 a Clínica da Família Joãozinho Trinta, localizada na zona norte do Rio, em Parada de Lucas, conta com seis equipes, atendendo cerca de 19 mil usuários²¹. Leva esse nome em homenagem ao carnavalesco João Clemente Jorge Trinta.

Dentro do escopo de apoiar a inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e ampliar a abrangência, a resolutividade, a territorialização, a regionalização, bem como a ampliação das ações da APS no Brasil, 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.

Tem como principal objetivo apoiar a inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços, além de também ampliar a abrangência, o alcance e a

²⁰ Fonte: Rio.gov.br

²¹ Fonte: <http://smsdc-csf-joaosinhotrinta.blogspot.com/#services>

resolutividade das ações da Atenção Básica, trazendo assim um reforço nos processos de territorialização e regionalização em saúde.

A referida Portaria traz como pressupostos políticas nacionais diversas, tais como: de Atenção Básica; de Promoção da Saúde; de Integração da Pessoa com Deficiência; de Alimentação e Nutrição; de Saúde da Criança e do Adolescente; de Atenção Integral à Saúde da Mulher; de Práticas Integrativas e Complementares; de Assistência Farmacêutica; da Pessoa Idosa; de Saúde Mental; de Humanização em Saúde, além da Política Nacional de Assistência Social (PNAS). (Ministério da Saúde, 2010, p. 10)

Trazido como uma estratégia inovadora, o NASF tem o objetivo de trazer apoio, ampliar e aperfeiçoar toda essa atenção e a gestão da saúde na Atenção Básica e na Saúde da Família. Para a sua integralização é necessário ter conhecimento técnico, responsabilidade por determinado número de equipes de Saúde da Família e o desenvolvimento de habilidades relacionadas ao paradigma da mesma, além também de dever ter o comprometimento com promoção de mudanças na atuação e atitudes dos profissionais da SF e da equipe (NASF).

Essa medida está válida também para as ações intersetoriais e interdisciplinares, promoção, prevenção, reabilitação da saúde e cura, além de humanização de serviços, educação permanente, promoção da integralidade e da organização territorial dos serviços de saúde.

Compartilhando e apoiando práticas em saúde em territórios que estão sob responsabilidade da Atenção Básica, o NASF é composto por uma equipe multiprofissional, ou seja, com profissionais de áreas distintas, mas que juntos compõe a equipe. A equipe e seus profissionais devem ser escolhidos pelos gestores municipais e as equipes de Atenção Básica, a partir de certos critérios pré-estabelecidos com as prioridades dos locais, previamente identificadas através de estudo de campo, assim como de acordo com os profissionais das ocupações disponíveis.

Como diz Pontes (2009):

Considerando a característica desse apoio, a equipe do NASF deve ser formada por diferentes profissionais, de diferentes áreas de conhecimento, sendo eles específicos da saúde ou não. Conseqüentemente, a escolha desses profissionais deve ir de encontro às demandas e singularidade do território que receberá apoio dessa equipe multidisciplinar.

Todo o foco do trabalho dos NASFs deve ser o território, sendo assim toda a organização e os processos estão em volta dos estudos das necessidades do território. Toda a sua estrutura de atendimento deve ser multidisciplinar, com a troca

de saberes e ciências, gerando assim uma convivência interdisciplinar entre todos os profissionais envolvidos.

A área estratégica do Serviço Social constrói-se no espaço do território, onde se encontram a comunidade, as famílias, os indivíduos, bem como seus equipamentos sociais públicos e privados, as representações do poder local e uma infinidade de redes que fazem daquele território um espaço vivo e dinâmico. As práticas do Serviço Social no campo da ESF possibilitam aos profissionais a definição de suas competências, compreendendo-as como parte de conjunto de práticas e saberes mais amplos que se complementam na interlocução e na vivência cotidiana com a população e com as diversas categorias profissionais, para a efetivação de um modelo de atuação promotor de saúde e cidadania. (NUNES, Alane; SANTOS Rosimeire; 2019 p. 5)

A compreensão do processo saúde/doença de uma população tem seu início com o território, já que então é de uso e acontecimento social. Sendo assim, é imprescindível a interação com o território, além de seu estudo e entendimento, para que a prestação de serviços de saúde e a promoção de saúde possa se conectar à população. O território é a referência, pois é onde as pessoas interagem, trabalham, passam sua vida, sendo assim é extrema importância considerá-lo.

O território da Saúde da Família passa a ser um campo privilegiado para o encontro das ações públicas municipais. É de grande importância que se exija dos profissionais da saúde as competências que dizem a dimensões técnicas, humanas, políticas e sociais.

De acordo com o Código de Ética do/a Assistente Social, a capacidade de comunicação passa a ser uma das habilidades mais exigidas dos profissionais de saúde, desde que é imprescindível ter uma escuta qualificada, com um diálogo aberto e de fácil entendimento entre a população e os profissionais de saúde, além também da capacidade de articulação das redes sociais comunitárias, fortalecimento de parcerias entre equipe e comunidade e as outras políticas públicas setoriais; mediação entre usuários e equipe de saúde e entre os próprios membros das equipes, fundamentado no compromisso profissional, na ética, no respeito às diferenças e à cultura local.

As ações pensadas ao profissional de Serviço Social na equipe NASF conforme as orientações do Ministério da Saúde (2008) são:

- Desenvolver programas e ações de promoção da cidadania e produzir estratégias que fomentem e fortaleçam as redes de suporte social, com vistas a uma maior integração entre os serviços de saúde, sua área de atuação e outros equipamentos sociais;

- Desenvolver programas e ações com vistas à redução das desigualdades sociais e a desinformação acerca dos direitos dos cidadãos, promovendo ações intersetoriais que visem ao fortalecimento da cidadania;
- Desempenhar no exercício do cargo as demais atribuições definidas legalmente como privativas da profissão de assistente social ou conferidas aos profissionais pelo Conselho Federal de Serviço Social – CFESS. O assistente social deverá, sem prejuízo de outras funções;
 - Coordenar os trabalhos de caráter social adstritos às ESF;
 - Estimular e acompanhar o desenvolvimento de trabalhos de caráter comunitário em conjunto com as ESF;
 - Discutir e refletir permanentemente com as ESF a realidade social e as formas de organização social dos territórios, desenvolvendo estratégias de como lidar com suas adversidades e potencialidades; 28
 - Atender as famílias de forma integral, em conjunto com as ESF, estimulando a reflexão sobre o conhecimento dessas famílias, como espaços de desenvolvimento individual e grupal, sua dinâmica e crises potenciais;
 - Identificar no território, junto com as ESF, valores e normas culturais das famílias e da comunidade que possam contribuir para o processo do adoecimento;
 - Discutir e realizar visitas domiciliares com as ESF, desenvolvendo técnicas para qualificar essa ação da saúde;
 - 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 ESF e a comunidade;
 - Identificar, articular e disponibilizar com as ESF uma rede de proteção social;
 - Apoiar e desenvolver técnicas de educação e mobilização em saúde;
 - Desenvolver junto com os profissionais das ESF estratégias para identificar e abordar problemas vinculados à violência, ao abuso de álcool e a outras drogas;
 - Estimular e acompanhar as ações de Controle Social em conjunto com as ESF;

- Capacitar, orientar e organizar, junto com as ESF, o acompanhamento das famílias do Programa Bolsa Família e outros programas federais e estaduais de distribuição de renda; e

- No âmbito do serviço social, identificar as necessidades e realizar as ações necessárias ao acesso à Oxigenoterapia.²²

De acordo com as experiências no local e conversas com o supervisor de campo, pude chegar as seguintes demandas de atendimento que ocorrem na Clínica da Família Joãozinho Trinta:

- Casos de alto grau de vulnerabilidade social (pessoas com baixíssima renda);

- Casos de saúde mental (transtornos mentais e também uso abusivo de álcool e outras drogas);

- Problemas com crianças fora da escola;

- Situações de negligência a crianças e idosos;

- Pessoas com doenças crônicas;

- Reabilitação física;

- Situações de violência doméstica e infantil;

- Casos com atravessamentos da violência armada na rotina da comunidade.

O profissional assistente social trabalha então nesse cenário, sempre em conjunto com uma equipe multidisciplinar, através da troca de ciências e experiências. Essa equipe busca intervir, compreender, antecipar e planejar projetos sociais e terapêuticos, projetos esses que estão além de uma intervenção da saúde, mas sim social e político.

A interdisciplinaridade e a intersetorialidade são de extrema importância nesses cenários, desde que apoiem a prática da integralidade, fazendo com que o profissional assistente social possa ser inserido na área da saúde. Sendo assim, a prática da saúde é expandida e entendida em outros setores, de outras maneiras, tirando então a tradicional visão de uma profissão paramédica, típico do modelo biomédico.

A discussão dos conceitos de interdisciplinaridade dentro da realidade atual do PSF é de fundamental importância para provocar mudanças na formação dos diversos profissionais envolvidos com a estratégia de saúde da família

²² Conjunto de métodos de terapia respiratória, com equipamentos que concentram o oxigênio e enviam as vias respiratórias do usuário através de uma pressão superior encontrada na atmosfera ambiental. (Cpaps.com.br)

desde o início de tudo, na graduação, onde se formam os princípios éticos do exercício profissional. (SANTOS; CUTOLO, 2003, p. 70)

Já os autores Warschauer e Carvalho (2014) definem a intersetorialidade como uma junção e troca entre diferentes setores, para que possa haver a troca de saberes e de experiências para que então possam ser resolvidos grandes e complexos problemas. Os autores dizem também que numa aplicação na saúde, a intersetorialidade está para a resolução da fragmentação do conhecimento e estruturas sociais, para que possa haver efeitos positivos para a saúde da população em geral.

2.3 Diretrizes que norteiam o Assistente Social no NASF

O NASF atua dentro do escopo da Atenção Básica, além de seu Código de Ética Profissional e a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), o assistente social será respaldado pelos fundamentos e diretrizes baseadas na Política Nacional da Atenção Básica, a PNAB, assim como os demais profissionais da área do NASF.

A Atenção Básica pode ser caracterizada pelo conjunto de ações de saúde que visa a proteção da saúde (podendo ser ações no âmbito privado ou coletivo), dentro dessas ações há a prevenção com ações preventivas como redução de danos e prevenções de agravo da saúde, os diagnósticos e tratamentos de doenças, reabilitações (com programas para atenção a essa população) e a manutenção da saúde, que visa promover a autonomia da população com a atenção integral, com programas de atenção de saúde coletiva.

A Atenção Primária à Saúde (APS) representa um complexo conjunto de conhecimentos e procedimentos e demanda uma intervenção ampla em diversos aspectos para que se possa ter efeito positivo sobre a qualidade de vida da população. Na definição já clássica de Bárbara Starfield, APS representa 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 próprio sistema, da atenção centrada na família, da orientação e participação comunitária e da competência cultural dos profissionais. São assim estipulados seus atributos essenciais: o acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde, a continuidade e a integralidade da atenção, e a coordenação da atenção dentro do sistema. (Ministério da Saúde, 2009).

De acordo com o Caderno de Atenção Básica de diretrizes do NASF (Núcleo de Apoio a Saúde da Família) – feito pelo Ministério da Saúde, a Atenção Básica tem como fundamentos e diretrizes:

Integralidade: Assim como a universalidade ao acesso, o cuidado organizado em rede, prioridade das ações preventivas, equidade da oferta e oportunidades em

saúde, a integralidade que faz parte da Atenção Básica também faz parte das diretrizes que moldam o SUS. Uma diretriz que se faz muito importante, pois em seu sentido literal quer dizer “integrar, reunir”, nos dando a ideia e a segurança de que a Atenção Básica busca reunir e integrar as diferentes áreas da saúde em prol da promoção de saúde. Mas apesar dessa diretriz estar também no SUS, sua aplicação na Atenção Básica implica uma modificação profunda dos modelos de atenção e de gestão de processos que estão vigentes até hoje na saúde.

De todas as diretrizes a serem mostradas, pode-se dizer que a integralidade é a principal a ser praticada dentro do âmbito do NASF. Pode ser compreendida em três sentidos: a abordagem do indivíduo deve ser integral, contendo uma visão de seu contexto social, familiar e cultural, tendo então a garantia de cuidado; as práticas de saúde devem partir dos princípios de promoção, prevenção reabilitação e cura; a organização do sistema de saúde deve se dar de forma a garantir o acesso de todos às redes de atenção, de acordo com a necessidade expressa pela população em geral. Mas a integralidade não é a única diretriz da Atenção Básica a orientar as ações a serem desenvolvidas pelo NASF, sendo seguida pelas próximas:

- Território: Como dito anteriormente, o território é um campo necessário para estudo e entendimento da população e seus hábitos de vida, ele é um conjunto que engloba indivíduos e instituições em seus sistemas naturais e artificiais. Deve ser considerado na elaboração de projetos, em suas divisões jurídicas e políticas, com seus aspectos econômicos e históricos;

- Educação popular em saúde: faz parte do entendimento do modo geral em que as pessoas se sentem, agem, pensam, sonham, e se expressam, um modo de cuidado da saúde que os trazem para a consciência de que são sujeitos próprios, de conhecimento e de sentimentos. É um modo menos automatizado e mecânico de cuidar da saúde e de fazer gestão de territórios, trazendo mais conforto e prazer tanto para a população quanto para os profissionais de saúde envolvidos em todo o processo.

- Interdisciplinaridade: Algo também citado anteriormente, que consiste na junção das áreas de saúde em prol de uma promoção qualificada de saúde. Implica na junção de práticas e saberes, trazendo enfim uma complementação que ajuda a prática a ser mais completa e precisa. São disciplinas que implicam condutas, valores, crenças, modos de relacionamento, dentre outras, buscam entre si uma dinâmica entre saberes para a evolução.

- **Participação social:** trazer o sujeito para o seu protagonismo como sujeito de direito e de ocupação na sociedade em que vive, seja por meio do fortalecimento dos espaços sociais, comunitários e locais em geral, sempre tendo foco na participação comunitária.

- **Intersetorialidade:** é a junção dos setores que são responsáveis pela promoção e a regulação de saúde, sendo necessário ser reconhecido pelos profissionais envolvidos, exigindo um trabalho articulado com redes/instituições que estão fora do seu próprio setor. É importante o reconhecimento de uma rede complexa de condicionantes e determinantes sociais da saúde e da qualidade de vida.

- **Educação permanente em saúde:** é um processo necessário que traz a possibilidade de análise crítica dos processos de trabalho em saúde, para assim efetivar a ação educativa. Para que seja feito o trabalho de uma maneira correta, seu processo envolve diversas dimensões organizacionais, técnicas, sociais e humanas. Sendo assim, o saber técnico é um dos aspectos para a transformação de práticas em saúde. A formação dos profissionais de saúde deve ser uma formação mais humanizada, com valores e sentimentos, além de uma visão de aspectos individuais.

- **Humanização:** é a maneira de reinvenção humana, de novos projetos, de novos serviços e políticas. Uma grande aposta de transformação dos setores e as práticas de atenção e de gestão do SUS. Transformações essas que se dão a partir de construções coletivas entre aqueles que estão implicados com a mudança e a produção de saúde, sendo eles gestores, trabalhadores e usuários. Aposta-se então na capacidade criativa e na reinvenção de relação entre pessoas, equipes, serviços e políticas, com atuações afim de potencializar o relacionamento com o outro, além da defesa da vida.

- **Promoção de saúde:** é um conjunto de procedimentos que informam e capacitam indivíduos e organizações, porém, além disso, é uma estratégia de organização da gestão e das práticas em saúde, não sendo então resumida a primeira definição. O modo de viver de cada indivíduo é único e importante para a sociedade, promovendo mudanças e transformações econômicas, políticas e sociais, a promoção de saúde traz esse saber para os trabalhadores da área de saúde, que precisam compreender os modos de vida da população em geral.

Todas essas diretrizes do NASF são muito importantes para uma promoção de saúde ideal para a população, foram criadas com a intenção de organizar e melhorar a questão da saúde pública. Devem ser estudadas e aplicadas por todo profissional implicado na saúde, para que possa haver um trabalho bem feito dentro dos interesses e necessidades da população.

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 cotidiano, no qual as determinações conjunturais se expressam e a prática se realiza. (Ministério da Saúde, 2009).

Como citado anteriormente além das diretrizes do NASF que o direcionam em seu trabalho, o Assistente Social conta também com seu Código de Ética que é responsável por delimitar seu trabalho, mostrando apoio e orientação; a Lei de Regulamentação da Profissão e o LOAS (Lei Orgânica da Assistência Social).

A Lei de Regulamentação da Profissão foi promulgada em 7 de junho de 1993 e conta com uma série de artigos que orientam a profissão em seu trabalho diário, como o trecho do Artigo 4 que diz:

X - Planejamento, organização e administração de Serviços Sociais e de Unidade de Serviço Social;
 XI - realizar estudos socioeconômicos com os usuários para fins de benefícios e serviços sociais junto a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades (BRASIL, 1993).

Sendo assim, a Lei de Regulamentação da Profissão do Assistente Social passa a ter grande importância na prática da profissão, para que os profissionais possam seguir regulamentos e regimentos para um atendimento eficaz à população dentro dos centros de atenção básica de saúde.

“A formação da consciência profissional é fator essencial em qualquer profissão e que um Código de Ética constitui valioso instrumento de apoio e orientação para os Assistentes Sociais” (Código de ética, 1965).

A LOAS (Lei Orgânica da Assistência Social) vêm como meio legislativo de garantir os direitos dos cidadãos e respaldar o trabalho do Assistente Social, trazendo diretrizes que orientam e guiam o trabalho deles para o âmbito da lei.

Art. 1º A assistência social, direito do cidadão e dever do Estado, é Política de Seguridade Social não contributiva, que provê os mínimos sociais, realizada através de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade, para garantir o atendimento às necessidades básicas. (Lei Orgânica da Assistência Social, 1993).

Sendo assim, tanto as diretrizes do NASF, quanto as orientações do Código de Ética do Assistente Social e os Artigos da Lei Orgânica da Assistência Social são essenciais para a profissão. Sem eles, o Assistente Social não teria respaldo da lei e de diretrizes para poder direcionar seu trabalho, além de outros profissionais que trabalham em conjunto com o Serviço Social não teriam o conhecimento necessário para poder trabalhar multidisciplinarmente de forma a promover a saúde para a população.

Portanto, é em tal cenário que o assistente social, em conjunto com as demais categorias profissionais, procura conduzir-se no sentido de compreender, intervir, antecipar e planejar projetos sociais e terapêuticos que vão para além da dimensão biomédica. (Ministério da Saúde, 2009).

Nesse capítulo fomos apresentados ao SUS, a Atenção Básica, ao NASF e às diretrizes que norteiam o trabalho do assistente social dentro do âmbito da saúde. Como dito no capítulo anterior, é necessário que se aprenda sobre as raízes, sobre a história e sobre como tudo aconteceu até chegar ao momento presente, *para que a história não se repita e que se possa aprender para melhorar o atendimento à população.*

Vimos que o assistente social está amparado pela lei e por seus estudos e está apto a agir para melhorar a qualidade de vida da população. Sendo assim, poderemos ver no capítulo a seguir o relato de experiência desta que vos escreve, num esforço de síntese teórico-empírica, ou seja, para “tentar trazer a teoria à realidade”.

3. ESTÁGIO SUPERVISIONADO NO CAMPO DA SAÚDE PÚBLICA: SOB O OLHAR E EXPERIÊNCIAS DE UMA ESTAGIÁRIA

Neste capítulo, trarei um pouco da experiência no cotidiano da Clínica da Família Joãosinho Trinta; destacamos, desde já, que as impressões e análises aqui refletidas foram construídas a partir da “observação participante”, das atividades que realizamos como estagiária, sempre sob a supervisão do assistente social da instituição, que nos acompanhou ao longo de todas as atividades realizadas. Este acompanhou também recebemos nas aulas de Orientação e Treinamento Profissional, na “figura” do supervisor acadêmico.

A oportunidade de realização do estágio supervisionado no mesmo campo ao longo de quatro semestres permitiu um “olhar” mais acurado sobre as dificuldades do trabalho profissional do assistente social no campo da saúde pública; permitiu

também reconhecer as potencialidades, assim como os muitos desafios à materialização do atendimento de qualidade aos usuários, tendo como referência as diretrizes da formação profissional em Serviço Social, a direção ético-política do Projeto Profissional e, sobretudo a “insistência” na defesa do acesso aos serviços de saúde pública, a partir da concessão de saúde como direito de cidadania e dever do Estado.

Em contrapartida pude também vivenciar o outro lado, o lado dos usuários, em sua maioria de baixa renda, acompanhando de perto com as visitas domiciliares a pobreza que assola nosso país, tornando-o extremamente desigual socialmente e economicamente e que, na maioria das vezes passam despercebidos.

Ao longo dessa jornada de 2 anos, muitas foram às atividades realizadas, com destaque para: atendimentos individuais, grupos de convivência, visitas domiciliares (no qual era a atividade que mais gostava de exercer), reuniões de equipes e até mesmo um período de greve dos trabalhadores (e como as equipes reagiram a isso).

Nos limites dessa monografia, recortamos algumas situações mais expressivas da vivência no campo para refletirmos a seguir. A primeira situação se refere a um usuário, assistido pela Clínica. Um breve resumo sobre este “caso”: A., um usuário com esquizofrenia, de 37 anos, vivendo em situação de *alta vulnerabilidade social*, fumava cigarro e consumia outras drogas afins de que as vozes em sua cabeça, causada por sua doença, amenizassem. A. residia com a mãe, no qual tinha diabetes, visão comprometida - devido à doença, era acumuladora (o que evidencia indícios de transtorno mental também) e já idosa.

A. possuía uma única renda, o Benefício de Prestação Continuada ²³ (BPC), devido à impedimentos de natureza mental, que o tornava vulnerável de se manter plena e efetivamente na sociedade em condições igualitárias com as demais pessoas. Além de assistido pela eSF e NASF, o usuário possuía um

²³ O Benefício de Prestação Continuada (BPC) da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) é a garantia de um salário mínimo mensal à pessoa com deficiência que comprove não possuir meios de prover a própria manutenção, nem de tê-la provida por sua família. (Fonte: <https://www.gov.br/inss/pt-br/saiba-mais/beneficios-assistenciais/beneficio-assistencial-a-pessoa-com-deficiencia-bpc>)

acompanhamento no Centro de Atenção Psicossocial de álcool e drogas (CAPSAD III) ²⁴ Mirim Makeba ²⁵ desde maio de 2015.

A. foi um paciente muito bem acompanhado e seu caso teve melhora significativa, fazendo com que ele deixasse até de fazer uso de outras drogas para sanar algumas das causas da sua doença. Infelizmente em março de 2017, uma semana após meu retorno a Clínica como estagiária, A. se suicidou. Devido às limitações de morar em uma comunidade impediram, por exemplo, que a polícia fosse até o local e fizesse o atestado de óbito do mesmo, sendo realizado por um médico da própria Clínica da Família no qual foi acompanhado pelo psicólogo do NASF e a agente comunitária da equipe. Após muitas tentativas do presidente da associação de moradores de que a polícia civil fosse retirar o corpo, este só foi retirado de sua residência 24 horas após o ocorrido.

A. já havia sido acompanhado pelo assistente social da CF desde sua atuação ainda como residente em saúde mental no IPUB. Este acompanhamento fez com que A. tivesse acesso a benefícios como o BPC, ao CAPSAD, além da assistência a sua mãe idosa com visitas domiciliares frequentes de sua equipe de Saúde da Família (eSF) e sua agente comunitária, pela sua condição de saúde.

O caso de A. como dito anteriormente foi muito bem assistido, mostrando que sim, a saúde pública sendo bem aplicada e assistida pelo Estado, com os recursos necessários pode e deve ser muito eficiente, afinal:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988).

Outro retrato triste que assola nossa sociedade é violência armada nas favelas, inclusive citada no caso anterior quando se foi necessário o perito da polícia

²⁴ O CAPS AD III é o Ponto de Atenção do Componente da Atenção Especializada da Rede de Atenção Psicossocial destinado a proporcionar a atenção integral e contínua a pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool, crack e outras drogas, com funcionamento nas 24 horas do dia e em todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados. (Ministério da Saúde, PORTARIA Nº 130, DE 26 DE JANEIRO DE 2012)

²⁵ Zenzile Miriam Makeba, também conhecida como Mama África (4 de março de 1932 — 10 de novembro de 2008) foi uma cantora (e a primeira mulher negra a receber o prêmio Grammy Award), compositora, atriz (participou do documentário antiapartheid *Come Back, Africa*), embaixadora da boa vontade da ONU e ativista pelos direitos humanos e contra o *apartheid* sul-africana. (Fonte: http://www.palmares.gov.br/?page_id=12267).

civil para causa do óbito e retirada do corpo de A. no qual não foi possível de imediato e quando finalmente permitida sua entrada foi apenas para a retirada, sendo o laudo feito pelo médico da CF.

Por vezes o território estava em alerta vermelho²⁶, o que nos impedia de fazer visitas domiciliares. Em algumas das demandas que tivemos nos deparamos com homens fortemente armados fazendo rondas pelos becos e vielas da comunidade ou até mesmo por o usuário residir ao lado da boca de fumo²⁷.

O caso de A. é um dos milhares de casos existentes na comunidade de Parada de Lucas e tantas outras do Rio de Janeiro. Trata-se da expressão de uma sociedade profundamente desigual, cuja construção social e histórica se assenta na violência, na arbitrariedade, no racismo em múltiplas formas de discriminação e preconceitos. A. morava completamente sem saneamento básico (água, esgoto), local extremamente vulnerável perto da boca de fumo, sem luz e outras necessidades básicas. Descaso total do governo e desigualdade social gritante.

O que mostra que, por muitas vezes infelizmente os profissionais não tinham o que fazer, estavam de mãos atadas. O que me leva a afirmar que aqui não havia descaso dos profissionais e sim do Estado.

Voltamos nossa atenção agora para a equipe NASF. Ao longo do estágio, percebemos que os profissionais que integravam o NASF, dentre eles o assistente social, tinham “sintonia” com o trabalho que realizavam o que nos leva a pensar que se tratava de uma equipe “muito unida”. Esta união em torno dos princípios e diretrizes da saúde pública (tal como preconizados no escopo do SUS) permitia a discussão ampliada das situações e casos cotidianos atendidos pela equipe, ou seja, sempre discutiam casos trazidos pela eSF, o que contribuía para a prestação de um serviço de qualidade, objetivando atender aos usuários da melhor maneira possível.

Entretanto, mesmo com uma boa equipe discutindo casos e fazendo o necessário para aplicar um bom atendimento a população, a falta de recursos nas unidades (não somente nas CF e sim em todo o SUS) fez com que em 2017

²⁶ Termo usado pelos moradores e traficantes para alertar o grau de perigo que consta na comunidade no momento. Este alerta possuía também o Verde, quando se estava liberado para entrar, o amarelo, quando havia algum tipo de tensão no local, e o vermelho, que era o alerta máximo, que proibia também a entrada dos profissionais da Clínica. (Informações anotadas em diário de campo).

²⁷ Outro termo usado pelos moradores e traficantes dentro da comunidade. (Anotado também em diário de campo, mas popularizado por todo Rio de Janeiro).

houvesse uma crise na saúde pública do Estado do Rio de Janeiro levando os profissionais da atenção primária e da saúde mental a decretarem greve contra o desmonte do sistema. De agosto a outubro, por não haver sinalização contrária a esse processo de desmonte, as diversas categorias iniciaram um processo de greve para pressionar o prefeito Marcelo Crivella e o secretário de Saúde.

Eleito com o slogan de “cuidar das pessoas”, o prefeito Marcelo Crivella demitiu mais de 100 profissionais, fechou leitos e reduziu drasticamente o orçamento da pasta. Depois de noticiado o fechamento de 11 Clínicas entre a região de Jacarepaguá e Barra da Tijuca, iniciou-se o movimento #nenhumserviçodesaúdeamenos²⁸.

O desmonte do SUS não é um assunto novo, porém cada vez mais vem ganhando forças. Na CF havia escassez de recursos de materiais clínicos, papelaria, farmácia, limpeza, e principalmente dos salários dos profissionais tanto da saúde quanto de outras áreas (limpeza, administração...). Apesar de toda turbulência passada na Clínica, ainda assim os profissionais mantinham seu compromisso de prestar um serviço de qualidade dentro do que lhes eram permitidos, revezando entre casos de extrema importância que não podiam ficar sem assistência, e o movimento de greve.

Havia reuniões basicamente todos os dias para tratar dos casos alarmantes e o que poderia ser feito sobre eles durante este período. Pautas sobre a greve e como seria a escala de profissionais, já que os serviços não estavam funcionando em sua integralidade. Sala de espera com conscientização sobre o desmonte do SUS para os usuários além de idas as ruas em ato de manifesto.

Foram alguns meses de lutas até a normalização da situação dos salários, porém outros aspectos não mudaram e continuam decaindo cada dia mais. Em 2018, a Federação Brasileira de Planos de Saúde (Febraplan) apresentou em Brasília, a proposta de um Novo Sistema Nacional de Saúde, que canalizaria mais recursos públicos para a Saúde suplementar, o que tornaria cada vez mais forte o desmonte do SUS, principalmente na área de Estratégia de Saúde da Família.

²⁸ Movimento composto por trabalhadores da saúde e pessoas da sociedade adeptas, em reação as unidades de Clínicas da Família que seriam fechadas pelo agora ex-prefeito da cidade do Rio de Janeiro, Marcelo Crivella.

Em meio a todos os problemas, ainda assim os profissionais seguiam firmes dando o seu melhor. O Serviço Social sempre foi muito presente em todas as demandas, inclusive da greve.

Vivemos em tempos sombrios. O Brasil tem passado por muitas perdas no âmbito dos serviços públicos em geral. Desde sua regulamentação em 1990, o SUS foi responsável por ampliar o acesso à saúde, com casos de sucesso como a Estratégia Saúde da Família, ampliação do Programa Nacional de Imunizações, transplantes de órgãos, programa de HIV/aids, entre muitos outros.

Devo dizer que, numa análise crítica a falta de recursos para os profissionais, incluindo claro, o Serviço Social foi o maior desafio em atuar na área da saúde pública. As transformações no mercado de trabalho têm contribuído para a degradação das condições de trabalho (baixos salários, jornadas extensas e intensas, ausência de cobertura social e trabalhistas, dentre outros direitos) para amplas parcelas da população brasileira. Esta realidade tem impactado no trabalho do assistente social; fragilizando as equipes, enfraquecendo a capacidade de resistência, enfim, precarizando ainda mais o acesso aos serviços públicos no campo da saúde. Olhando particularmente, para o Serviço Social, reconhecemos a luta dessa categoria profissional para preservar direitos sociais, assegurar a prestação de serviço de qualidade, o que pode ser corroborado no Código de Ética de 1993: *“Dispor de condições de trabalho condignas, seja em entidade pública ou privada, de forma a garantir a qualidade do exercício profissional”* (Código de Ética do Assistente Social, Capítulo II – Das relações com as instituições empregadoras e outras, Art 7º - A), e neste âmbito o que observei foi à falta do mesmo.

A equipe NASF, por exemplo, não possuía uma sala fixa, o ambiente “cedido” dentro da instituição era uma sala que funcionava como Centro de Convivência de Idosos – o CCI, e era na verdade cedida e dividida com o CCI. Mesmo a gerente da unidade sendo bem “parceira” o que víamos ali era além da gestão dela, e sim a falta de planejamento no que diz respeito à inserção das equipes dentro das Clínicas da Família, afinal a equipe NASF não é original dos primeiros moldes das Clínicas da Família.

Seguindo por este caminho, o assistente social também se encontrava sem um espaço para realizar seus atendimentos individuais. Era necessário procurar uma sala vaga, pois muitas vezes o CCI estava ocupado (além de dividi-lo entre as atividades dos idosos, era também compartilhado para reuniões de equipes, ou até

mesmo outro atendimento individual de outra categoria) e assim podendo afetar em partes o sigilo profissional, uma vez que era interrompido algumas vezes ao longo do atendimento por outro colega.

Além de todas essas demandas de profissionais, a Clínica contava ainda com residentes multiprofissionais da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – a ENSP, do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro – o IPUB e estagiários das diversas áreas do NASF, o que, mais uma vez, exigia espaço físico.

Em sua totalidade, pude perceber que o Serviço Social era respeitado como categoria profissional e não notei diminuição da profissão em momento algum. Todos os profissionais possuíam autonomia, o que diferenciava é que no NASF todo e qualquer caso deve ser discutido e apontado uma possível solução em equipe, nada era individual. Havia divergências em alguns casos, mas como dito antes, a equipe era bem unida e harmonizada, o que facilitava muito o diálogo e convivência em grupo para as resoluções das demandas. O que poderia complementar a respeito do estagiário de Serviço Social, e uma crítica, é que além da falta de espaço, faltava mais entrosamento do supervisor, diferentemente do que era visto com os residentes.

[...] não se pode pensar a profissão no processo de reprodução das relações sociais independente das organizações institucionais a que vincula, como se a atividade profissional se encerrasse em si mesma e seus efeitos sociais derivassem, exclusivamente, da atuação do profissional.

(IAMAMOTO, 2008, p.79).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta monografia valoriza a minha experiência de estágio supervisionado, realizada ao longo de dois anos no campo da saúde pública. Discorreremos, em linhas gerais, sobre: os principais acontecimentos brasileiros desde a virada do século XIX para o século XX, quando do “aparecimento” da questão social no Brasil e os desdobramentos na vida social, o que exigiu respostas do Estado e da sociedade civil frente às condições de vida e de trabalho de amplas parcelas da população trabalhadora; conjunto dessas iniciativas estatais, empresariais e confessionais, e, apontamos a construção das políticas sociais públicas e a emergência do Serviço Social. No processo de desenvolvimento das políticas sociais, enfatizamos a política de saúde, pois foi nessa área que realizamos o estágio supervisionado, olhando, especialmente, para a atuação profissional do assistente social no âmbito do NASF.

Vimos no primeiro capítulo que a expressão “questão social” (que surgiu no século XVII na Itália) veio para dar conta do fenômeno do pauperismo, além de ser o principal instrumento de trabalho da Assistência Social. Vimos que Yamamoto diz que a “questão social” diz respeito à generalização do trabalho livre dentro de uma sociedade que até então era escravocrata.

O Serviço Social começou a surgir na segunda metade dos anos 20 (época essa de inserção das indústrias no Brasil). Já na década de 30 a Igreja se tornou mais influente politicamente, a partir da queda da República Velha, para poder tentar converter mais fiéis para si. Após a falha do modelo escravocrata, o Brasil teve que mudar seu modo de exploração. Com o governo Vargas houve o estímulo do desenvolvimento industrial e, então, uma melhora na economia, sendo assim tem o cenário em que o trabalhador passa a ser responsável por si e por suas finanças, acabando por ser explorado com mão de obra barata e poucos direitos. Com o passar do tempo surgiram revoltas em que os trabalhadores exigiam seus direitos e, a partir do momento em que tais movimentos começaram a chegar na burguesia, as Leis Sociais começaram a surgir.

A Igreja passa a fazer algo pelos trabalhadores, então começam a surgir os trabalhos sociais e de caridade, surgindo então o Serviço Social, para que aqueles que são pobres tenham a doutrina de que aquele é o seu lugar e seja espalhada a “ordem e harmonia” pela sociedade. Após certo tempo vemos também a burguesia

participando de tais projetos de caridades e a Igreja passou a inaugurar alguns centros para ajuda. Surgiu então o CEAS (Centro de Estudos em Ação Social) e assim que se começou a profissionalização do Serviço Social no Brasil.

O Serviço Social se volta aos trabalhadores a partir de 1945 e no Golpe de 64 passa por mudanças em suas normas e técnicas. Na época pós-golpe, passa por grandes e polêmicas renovações com: a perspectiva modernizadora, a reatualização do conservadorismo e a intenção de ruptura. O que gerou muitos conflitos com a base conservadora da profissão. São quase oitenta anos de profissão em que o Serviço Social passou por diversas mudanças a fim de mudar essa base conservadora e poder atender a quem de fato necessita.

No segundo capítulo foi trazida em primeiro momento (no primeiro tópico) a história do SUS contada de maneira resumida, já que se faz importante entender primeiramente a história do SUS para que se possa entender sobre a Atenção Primária à Saúde (APS) e também a implementação dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF).

Temos assim a breve história pela questão da saúde no Brasil desde enquanto ainda era colônia, quando a responsabilidade pela saúde era questão do exército e delegada a autoridades locais. Passamos pela época da Proclamação da República em que a desconfiança e o desinteresse pela saúde eram grandes.

A criação do Ministério da Saúde em 1953 e o Movimento da Reforma Sanitária em 1970, sendo criadas diversas ementas e leis durante esses dois períodos marcados por mudanças. Os DMP (Departamentos de Medicina Preventiva) foram criados em 1968, com a transformação dos movimentos de saúde pelas bases universitárias. Assim como foi criado o INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social) em 1977.

O movimento sanitário passou a se constituir desde que as bases universitárias juntaram os campos das políticas públicas como arena privilegiada de atuação. A 5ª e a 6ª Conferência Nacional de Saúde ocorreu em 1975 e 1977 respectivamente e tiveram como tema a elaboração de uma política nacional de saúde. O período da Reforma Sanitária, que ao ser realizado no Brasil foi apontado como uma política contracorrente da tendência de reforma setorial. Sendo assim, houve o surgimento do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES - 1976) e a Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO – 1979) para poder fortalecer o movimento sanitário. O movimento consolidou então as leis

nº 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde) e a Lei Complementar nº 8.142/90, trazendo o atendimento público a qualquer cidadão. Já os princípios do SUS foram estabelecidos em 1988 por meio da Constituição Federal.

Sendo assim, conhecendo então um pouco da história do SUS e como o mesmo surgiu, chegamos ao segundo tópico do capítulo em que é falado sobre o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) e o serviço social como parte da equipe.

Somos apresentados a Atenção Primária a Saúde (APS) conjunto de ações em saúde desempenhadas pela Saúde da Família, algo com certo grau de complexidade e demandas que necessitam de atenção para que possa ser melhorada a qualidade de vida da população. Toda a descrição da APS e como ela é o primeiro contato da rede assistencial dentro do sistema de saúde, além de sermos apresentados a versão brasileira da APS, a ESF (Estratégia de Saúde da Família) que é a nossa porta de entrada prioritária para nosso sistema de saúde público.

Passamos então pelo que é a ideia da Atenção Básica e qual a sua importância dentro da saúde pública de alcance à população. Além de entender também sobre as Clínicas da Família e suas finalidades e alcance. Nesse momento chegamos ao Nasf e uma breve explicação sobre sua história e importância, trazendo seus focos de estudo e de atuação, assim como as orientações do Ministério da Saúde que devem ser seguidas, foram também especificadas as demandas da Clínica da Família Joãozinho Trinta.

É válido ressaltar que no capítulo que diz respeito ao NASF foi um tanto complicado de dissertar. O NASF é uma área tecnicamente “nova” na saúde pública e a falta de informação e material se fez um pouco prejudicial para esclarecimentos mais profundos.

E por fim do capítulo são citados o Código de Ética do assistente social, a Lei de Regulamentação da Profissão e o LOAS (Lei Orgânica da Assistência Social) como formas de direcionamento da profissão. Regulamentações de grande importância para que o assistente social possa se apoiar de forma legal e científica para a sua atuação.

Minha atuação na Clínica da Família Joãozinho Trinta durante esses 4 semestres me fez conhecer a atuação do assistente social dentro de uma instituição

pública e compreender o que esses profissionais (tanto da ESF quanto do NASF) passam para entregar um atendimento minimamente qualificado a população.

Desde o início da minha inserção como estagiária pude acompanhar meu supervisor em atendimentos individuais tanto na Clínica quanto nas residências, bem como as demandas de cunho coletivo (reuniões de equipe, por exemplo). Apesar de um ótimo profissional, meu supervisor deixava um pouco a desejar quanto a supervisor. Notei em vários momentos que a atenção à equipe de residentes (IPUB e ENSP) era bem mais assistida que eu como estagiária. Acredito que a sobrecarga de atendimentos, mais dois equipes residentes o fizeram perdido como supervisor de sua primeira estagiária, o dispersando de demandas de estágio.

A relação interpessoal das Assistentes Sociais com os demais profissionais da instituição, como já mencionado anteriormente, era boa e caminhava na maioria das vezes lado a lado. As condições de trabalho eram boas na medida do possível.

Apesar de instituição pública os profissionais tinham bastante autonomia e apoio (na maioria das vezes integral) da sua gerência, o que ajudou muito em período de greve, por exemplo. Era possível com esse apoio a inserção da importância da greve para os usuários bem como idas a atos em prol do não desmonte do SUS. Vale ressaltar que todo profissional no NASF apoiava os atos e greves e o não desmonte. Em contrapartida na eSF alguns médicos não se importavam tanto.

O papel do assistente social era bem recente na CF comparado a outros campos profissionais. Na verdade, o Serviço Social ainda é pouco conhecido pela população, que o tem como um “prestador de caridade” na maioria das vezes. O assistente social era procurado por usuários e até mesmo por pessoas da eSF para tratar de assuntos como bolsa família, uma vez que muitos outros direitos lhes são assegurados e, não possuíam o devido conhecimento (como o BPC, por exemplo).

Os profissionais do Serviço Social, em uma visão geral da categoria profissional, lutam cotidianamente pela qualidade dos serviços prestados à população usuária, embora atuem em um campo de contradição diariamente, pois na mesma proporção que lutam, os seus instrumentos de trabalho estão sendo cada vez atingidos e minimizados, e com isso o espaço de trabalho em geral.

Desde o início da graduação quando professores nos dizem que não poderíamos “abraçar o mundo”, tendo uma visão messiânica²⁹ da profissão, que apesar do desejo por justiça social e equidade, até que chegasse a prática de estágio e confrontado de perto a realidade, não tinha noção de como isso seria tão real (que não poderia fazer sempre o que seria considerado certo) e cruel ao mesmo tempo (por ver tantas pessoas necessitadas desassistidas e “jogadas” a mingua pelo Estado).

Como futura assistente social, devo lutar pelos direitos dos cidadãos, mas principalmente daqueles que mais necessitam. E é nessa perspectiva que acredito na luta da profissão, por um país mais igualitário, onde as minorias têm vez e voz. Juntos à população, lutar por nossos direitos e não aceitarmos tudo o que nos é posto, afinal o Serviço Social atua diretamente na intervenção das expressões da questão social, sabemos mais que qualquer outra classe profissional a origem dessa questão social, e através do nosso conhecimento teórico-metodológico e nossa ética profissional, nos dispôr à mudança que queremos e precisamos para um Brasil e um mundo melhor.

²⁹ Segundo Yamamoto: “visão heroica do Serviço Social que reforça unilateralmente a subjetividade dos sujeitos, a sua vontade política sem confrontá-la com as possibilidades e limites da realidade social”. (2000, p.21).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARROS, Vanessa Gallindo. **Por que serviço social? Um estudo com discentes de serviço social da universidade de Brasília.** Brasília: 2010. Disponível em: https://bdm.unb.br/bitstream/10483/1309/1/2010_VanessaGallindoBarros.pdf Acesso em: 15/06/2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Cadernos de atenção básica: diretrizes do NASF.** Núcleo de apoio à saúde da família. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. **Cadernos de atenção básica: ferramentas para gestão e para o trabalho cotidiano.** Núcleo de apoio à saúde da família. V.1. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_____. **Código de ética do/a assistente social.** Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 130 de 26 de janeiro de 2012.** Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 2012 jan 27.

_____. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Constituição da República Federativa do Brasil:** promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.html. Acesso em 10/01/2021.

_____. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Lei nº 8.662, de 7 de Junho de 1993:** Dispõe sobre a Profissão de Assistente Social e dá outras providências. Brasília: Casa Civil, 1993. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br>

BRITO, S.M.R.C.; PAZ, W.D.R. **Atuação do serviço social no processo de sensibilização das gestantes sobre seus direitos na saúde em Francisco Ayres (PI).** Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/13315/1/TCC--Agua%20Branca%20-3.pdf> Acesso em: 10/05/2021

CASTRO, Manuel. **História do Serviço Social na América Latina.** 5. Ed. Revista. São Paulo: Cortez, 2000.

CARVALHO, Raul de; IAMAMOTO, Marilda. **Relações sociais e serviço social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. São Paulo: Cortez, 2005.

CARVALHO, Y.M.; WARSCHAUER, M. **O conceito “Intersectorialidade”: contribuições ao debate a partir do Programa Lazer e Saúde da Prefeitura de Santo André/SP**. São Paulo: 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n1/0104-1290-sausoc-23-01-00191.pdf> Acesso em: 20/03/2021

Carta Encíclica. **Quadragesimo Anno** (Sobre a restauração e aperfeiçoamento da ordem social em conformidade com a Lei Evangélica no XL Aniversário da Encíclica de Leão XXIII: Rerum Novarum). 15 de maio de 1931. PIO XI, Papa.

_____. **Rerum Novarum** (Sobre a condição dos operários). 15 de maio de 1891. LEÃO XXIII, Papa.

CASTRO, Manuel Henrique. **História do serviço social na América Latina**. São Paulo: Cortez, 1993.

ESCOREL, Sarah. **História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

_____. **Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999.

FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues; MATTA, Gustavo Corrêa. **Atenção primária à saúde: histórico e perspectivas**. In: MOROSINI, Márcia Valéria G. C; CORBO, Anamaria D’Andrea (Org.). Modelos de atenção e a saúde da família. Rio de Janeiro: ESPJV/FIOCRUZ, 2007. (Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde, 4). p. 43-67.

FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS. **Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS)**. Disponível em: www.fgv.br. Acesso em: 20/07/2021.

GOVERNO FEDERAL. **Benefício assistencial à pessoa com deficiência (BPC)**. Publicado em 09 de Novembro de 2020. Disponível em: www.gov.br/inss/pt-br/saiba-mais/beneficios-assistenciais/beneficio-assistencial-a-pessoa-com-deficiencia-bpc. Acesso em: 30/03/2021.

JUNIOR, L.C.S.; SILVA, D.T.; SILVA, A.B. **O serviço social no Brasil: das origens à renovação ou o “fim” do “início”**. Disponível em: <http://cress-mg.org.br/hotsites/Upload/Pics/ec/ecd5a070-a4a6-4ba1-8e4a-81b016479890.pdf>

Acesso em: 20/01/2021

IAMAMOTO, Marilda. **Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

Constituição da República Federativa do Brasil, 1988. BRASIL, Lei nº 8.742. **Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS)**. Brasília: DF, 7 de dezembro de 1993.

MAKEBA, Zenzile Miriam. **Fundação Cultural Palmares**. Disponível em: http://www.palmares.gov.br/?page_id=12267 Acesso em: 30/07/2021

MATTOS, Ruben Araujo de. **Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das Práticas de Saúde**. Comunicação Saúde Educação. v.13, supl.1, p.771-80, 2009

NETTO, José Paulo. **Capitalismo e barbárie contemporânea**. Vitória: 2012.

_____. **Cinco notas a propósito da “Questão Social”**. Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social. Brasília: Temporalis, 2001.

_____. **Ditadura e serviço social: uma análise do serviço social no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2001

NUNES, Alane Santos; SANTOS, Rosimeire Ferreira dos. **Atuação do Serviço Social no Processo de Prevenção à gravidez precoce no Município de Flores no Piauí (PI)**. Universidade Federal do Piauí (PI), 2019. Disponível em: <ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/13725/1/TCC-MARCOS%20PARENTE-2.pdf>

Acesso em: 10/03/2021

PAIM, Jairnilson Silva. **O Que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ 2009. Temas em saúde collection. 148 p. Disponível em: SciELO books <http://books.scielo.org>.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. **Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores**. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar. 2014, p.15-35.

PONTES, Camila Camargo Garcia. **O Trabalho do Assistente Social no NASF: Reflexões Sobre o Cotidiano Profissional**. 16º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais. Brasília, 30 de Outubro a 3 de Novembro de 2019.

PEREIRA CASALI, J.; CRUZ DOS REIS, B.; TRILHA, C.; PINTO DE OLIVEIRA, D.; MENDES SOARES, L.; RIGHI FONSECA, L.; COSTA CÔRREA, M.; MIRANDA DO AMARAL, R.; CAMARGO GRUENDEMANN, V. L.; BARROS DE OLIVEIRA, S. **Serviço social no Brasil: das décadas de 30 a atualidade**. Anais do Salão Internacional de Ensino, Pesquisa e Extensão, v. 3, n. 1, 3 fev. 2013.

RIO, Prefeitura do. Secretaria Municipal de Saúde. **Clínicas da Família**. Disponível em: <https://www.rio.rj.gov.br/web/sms/clinicas-da-familia> Acesso em: 30/01/2021

SANTOS, M.A.M.S; CUTOLO, L.R.A. **A interdisciplinaridade e o trabalho em equipe no programa de saúde da família**. Santa Catarina: 2003. Disponível em: <https://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/153.pdf> Acesso em: 20/05/2021

SANTOS, Marta Alves. **Educação em saúde, atenção primária e a relevância da intervenção do serviço social**. Rio de Janeiro: 2016. Disponível em: <https://www.cressrj.org.br/wp-content/uploads/2016/05/041.pdf> Acesso em: 22/12/2020

SILVA, Anália Barbosa da; SILVA, Diego Tabosa da; JUNIOR, Luiz Carlos de Souza. **O Serviço Social no Brasil: Das Origens à Renovação ou o “Fim” do “Início”**. 4º Simpósio Mineiro de Assistentes Sociais. Minas Gerais, 2016. Acesso em: 12/01/2021

VERDI, Da Ros, Cutolo e Souza. **Saúde e Sociedade: a estratégia saúde da família como opção política e modelo de atenção**. Santa Catarina. Disponível em: https://unasus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/33311/mod_resource/content/1/Unidade%205/top4_3.html Acesso em: 14/02/2021