

FACULDADE LEÃO SAMPAIO
CURSO DE BACHARELADO EM SERVIÇO SOCIAL

REGINA MORAIS DA SILVA ARAÚJO

**OS DESAFIOS E AS POTENCIALIDADES PARA A ATUAÇÃO DO
ASSISTENTE SOCIAL NO NASF 07 DE JUAZEIRO DO NORTE - CE**

JUAZEIRO DO NORTE/CE

2012

REGINA MORAIS DA SILVA ARAÚJO

OS DESAFIOS E AS POTENCIALIDADES PARA A ATUAÇÃO DO
ASSISTENTE SOCIAL NO NASF 07 DE JUAZEIRO DO NORTE - CE

Monografia apresentada a Faculdade Leão Sampaio como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social, sob a orientação da Professora Msc. Naedja Pereira Barroso.

JUAZEIRO DO NORTE/CE

2012

REGINA MORAIS DA SILVA ARAÚJO

**OS DESAFIOS E AS POTENCIALIDADES PARA A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE
SOCIAL NO NASF 07 DE JUAZEIRO DO NORTE - CE**

Monografia apresentada a Faculdade Leão Sampaio como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social, sob a orientação da Professora Ms. Naedja Pereira Barroso.

Aprovada _____/_____/_____

BANCA EXAMINADORA:

Prof.^a. Msc. Naedja Pereira Barroso

Orientadora

Prof.^a. Esp. Pautilia Ferraz Araruna

1ª Examinadora

Prof.^a. Msc. Rose - Ane Lucena Lima

2ª Examinadora

Aos meus pais...

Pai e Mãe, mesmo sem tê-los aqui perto de mim, sei que estejam onde estiverem aí, em outro plano juntamente com os nossos guias mentores espirituais vocês, estão vibrando de orgulho e felicidade por mais essa vitória, quero dizer que vocês são os merecedores desse sucesso, pois sem vocês eu não existiria.

Agradeço todo dia a Deus por ter permitido que eu tivesse pais tão maravilhosos mesmo que por pouco tempo, valeu, tenho orgulho de nessa vida ter sido filha de vocês, pessoas humildes, semi-analfabetas, comerciantes, mas sérios, honestos, sinceros e dignos, que pelo pouco tempo que passamos juntos me ensinaram os valores que tenho e que passo aos meus filhos. Que Deus na sua infinita sabedoria os abençoe por essa caridade de dar-me a vida, e ter me transformado no que hoje sou.

Quero que saibam que eu não teria escolhido pais melhores, por isso que quem nos dar e tira é Deus, porque talvez errássemos muito nas escolhas.

Amo vocês. Essa vitória é nossa.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por ter me guiado até aqui, para vivenciar esse maravilhoso momento da minha vida, e por me dar forças para continuar e chegar até aqui.

Com coragem e sabedoria e ajuda de muitos amigos conseguir terminar essa monografia, que para mim foi um grande desafio e concluir mais uma graduação.

A minha família, meu esposo Araujo e meus filhos Lucas e Luysa pela paciência que tiveram comigo durante esses quatro anos de ausências todas as noites, quando deixamos de participar de eventos familiares em função da faculdade.

Mas quero dizer que terminar é melhor que começar, pois é a prova do seu saber, é onde você prova pra si mesmo que você se superou. E garanto-lhes que verei os dois se superando, estarei lá extasiada de felicidade por vocês.

É uma promessa.

As minhas cunhadas todas elas, pelo apoio e compreensão que me dedicaram durante essa jornada educacional.

E como não podia deixar de ser quero aqui deixar meus sinceros agradecimentos as minhas duas turmas, pois Deus me ajudou que ao longo desse tempo conquistei amizades preciosas, as turmas 102.1 e 302.7 a qual colo grau.

A Helida, Cintia, Ivone, Alexandra, pelo apoio, e muitas vezes por longas horas pedindo ajuda para concluir meus trabalhos durante essa caminhada, e nunca me deixaram na mão. Obrigada, sabem que precisando estou aqui.

E as demais que também são de vital importância; Fran, Ivan, Milton, Gutierrez, Fatinha, Luciana, Jaqueline, Janaina (colega de estagio), Thaís, Hellen, Roberta, Veronica, Arenilda, Rosangela, Jociane, Genilson, Geraína, Fernando, enfim a todos que durante esses quatro anos estão comigo. Muito obrigado, a todos.

Agradeço também pelo apoio e dedicação de todos os meus professores que foram; Sheila, Pautilia, Patricia, Maridiana, Cristovão, Ivanildo, Adjalmo,

Fabiana, Elisangela, Michelle, Jamerson, Giselle, entre outros. Muito obrigado pelos métodos e paciência em me ter dedicado ao longo desses anos.

Aprendi que com vocês o saber deve ser compartilhado, entre tantos outros conselhos e saberes.

Em especial aos que considero dois grandes mestres; Naedja minha professora e supervisora acadêmica, e Pericles meu orientador de estágio, obrigada por tudo, por me fazer enxergar em vocês, como se deve atuar, com ética, profissionalidade, e compromisso com a profissão, meus sinceros agradecimentos, saibam que seguirei a risca tudo que aprendi. A Naedja muito obrigado por ter me escolhido para chegarmos até aqui.

A banca que aceitou participar desse momento tão importante da minha vida, enfim a todos que contribuíram com essa vitória, obrigado á todos, só quero dizer que EU CONSEGUI!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!.

***Os homens semeiam na terra o que colherão na vida
espiritual: os frutos da sua coragem ou da sua fraqueza.***

(Allan Kardec)

RESUMO

A referida pesquisa tem como objetivo principal analisar os desafios e as potencialidades para a atuação do assistente social no NASF 07 de Juazeiro do Norte – CE, bem como, identificar quais os entraves que se apresentam à atuação do assistente social; verificar as potencialidades desenvolvidas pela atuação profissional e compreender a atuação destes junto à equipe interdisciplinar neste espaço sócio ocupacional. O interesse em desenvolver a pesquisa surgiu a partir do Estágio Supervisionado I e II, no qual foi possível observar os limites e potencialidades do Assistente Social inserido no NASF, onde o mesmo busca compreender os diversos problemas que norteiam a vida dos usuários, e que acabam por atingir a situação da saúde. O presente trabalho foi aplicado apenas a um profissional, devido ser este o único assistente social trabalhando na instituição supracitada, isso devido ser a única com cargo efetivo, por meio de concurso, ainda ser este um ano de transição política o qual propicia a rotatividade de profissionais. Teve como método de abordagem o qualitativo-quantitativo, e instrumento de coleta de dados um questionário estruturado com 12 perguntas. Contudo, pode-se perceber que muitos são os entraves relacionados à labuta profissional, a exemplo os equipamentos disponíveis para a sua atuação, como, por exemplo, a falta de salas e transportes para realizar suas tarefas. Todavia, seu trabalho não está limitado apenas ao burocrático, mesmo com os entraves, estas ainda conseguem desenvolver algumas de suas atividades, mesmo de forma fragilizada.

Palavras-chaves: NASF; Atuação profissional do Assistente Social; Equipe interdisciplinar.

ABSTRACT

Such research aims to analyze the main challenges and the potential for acts social worker in the NASF 07 Juazeiro EC, as well as identify which obstacles that present themselves acts your Social Worker; verify the potential developed by acts professional and understand the works these the next team this interdisciplinary space as the occupational heat. The interest in developing research emerged From the Eastgio Supervised I and II, which was possvel observe the limits and potential of Social inserted in NASF, where it seeks to understand the various problems that guide the lives of usu rivers, which eventually reach the situation's the sa with. The This study was applied only to a professional, because this benico assistant working on establishing social the above, be it due to nica with effective position for means of competition, yet this is a year of transition politica which promotes the turnover professionals. Had as m Whole approach of the qualitative-quantitative, and data collection instrument data a question river structured with 12 questions. However, it can be seen that many s A barriers related professional toil, like the equipment available during RESPONSIBLE for their acts him, as, for example, the lack of rooms and transport to do their jobs. However, his work will no est limited only to burocr diagnosis, even with obstacles, they still can develop some of their activities, even so fragile.

Keywords: NASF; acts Professional Social Worker; interdisciplinary team.

LISTA DE SIGLAS

ACS - Agente Comunitário de Saúde
AIH - Autorização de Internação Hospitalar
CAP's - Caixa de Aposentadorias e Pensões
CFESS – Conselho Federal de Serviço Social
CLT - Consolidação das Leis Trabalhistas
CNS - Conferência Nacional de Saúde
CNS - Conselho Nacional de Saúde
ESF - Equipes de Saúde da Família
FAE - Fator de Apoio ao Estado
FAM - Fator de Apoio ao Município
FEM - Fator de Estímulo à Municipalização
FHC - Fernando Henrique Cardoso
IAP's - Institutos de Aposentadoria e Pensão
INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS - Instituto Nacional de Previdência Social
LOS - Lei Orgânica da Saúde
MS – Ministério da Saúde
NASF - Núcleo de Apoio a Saúde da Família
NOAS - Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOB - Norma Operacional Básica
NOB - Normas Operacionais Básicas
PAB - Piso de Atenção Básica
PACS - Programa Agente Comunitário de Saúde
PSF - Programas de Saúde da Família
SAI - Sistema de Informação Ambulatorial
SAMDU - Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência
SESAU – Secretaria de Saúde
SIH - Sistema de Informação Hospitalar
SUS - Sistema Único de Saúde
TCC - Trabalho de Conclusão de Curso
TCLE - Termo de Consentimento e Livre Esclarecimento

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	12
CAPÍTULO I: ANTECEDENTES HISTÓRICOS DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL.....	14
1.1. A Política de Saúde de 1920 até a Promulgação da Constituição Federal de 1988.....	14
1.2. A Política de Saúde nos anos de 1990 e os Governos Neoliberais.....	21
1.3. O Surgimento do NASF no Brasil.....	26
CAPÍTULO II: A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE E SUA INSERÇÃO NO NASF.....	30
2.1. O Serviço Social e a Política de Saúde.....	30
2.2. A Atuação do Assistente Social no NASF de Juazeiro do Norte – CE.....	36
2.3. O Trabalho do Serviço Social Junto a Equipe Interdisciplinar.....	38
CAPÍTULO III: ANÁLISE DOS DADOS QUANTO A ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NO NASF 07 DE JUAZEIRO DO NORTE-CE.....	41
3.1. Considerações Metodológicas.....	41
3.2. Demonstrativo e Análise dos Dados da Pesquisa.....	42
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	49
REFERÊNCIAS.....	52
APÊNDICES.....	54

INTRODUÇÃO

O percurso sócio histórico da Política da Saúde no Brasil foi permeado por grandes avanços e desafios, elucidando assim, o momento de consolidação da mesma que aponta para mudança de paradigma nos determinantes da saúde. O marco maior, em âmbito nacional, contempla o momento histórico em que foi incorporado à Constituição Federal de 1988 o acesso à saúde como direito de todos e dever do Estado, proporcionando assim, a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) como sendo resultado concreto de processos de lutas sociais significativas no cenário da história nacional.

É nesta perspectiva que o Assistente Social se insere dentro do programa NASF, buscando enfrentar os diversos problemas que norteiam a vida dos usuários que acabam atingindo a situação da saúde, bem como a busca pela autonomia e pelo conhecimento dos direitos universais e igualitários a saúde.

A presente pesquisa teve como objetivo principal analisar os desafios e as potencialidades para a atuação do Serviço Social no NASF 07 de Juazeiro do Norte-CE. E como objetivos específicos: identificar quais os entraves que se apresentam à atuação do assistente social no NASF 07 de Juazeiro do Norte – CE; verificar as potencialidades desenvolvidas pela atuação do assistente social no NASF 07; compreender a atuação do assistente social junto à equipe interdisciplinar neste espaço sócio ocupacional.

O interesse em desenvolver a pesquisa surgiu a partir do Estágio Supervisionado I e II, no qual foi possível observar os limites e potencialidades do Assistente Social inserido no NASF, onde o mesmo busca compreender os diversos problemas que norteiam a vida dos usuários, e que acabam por atingir a situação da saúde.

A pesquisa é relevante para os alunos do curso de Serviço Social, pois trará um conhecimento mais amplo acerca da institucionalização do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) no Brasil e na cidade de Juazeiro do Norte-CE, bem como a atuação do assistente social neste espaço.

Para melhor compreensão de como se deu a construção da monografia, este trabalho dividiu-se em 03 (três) capítulos. No primeiro capítulo traçamos a historicidade da Política da Saúde no Brasil nos períodos de 1920 a 1988,

mostrando como se deu a efetivação e a problemática no Brasil. Estendemos ainda a discussão aos anos de 1990 no período dos governos neoliberais, e o surgimento e efetivação do NASF. No segundo capítulo buscamos compreender a atuação do assistente social no âmbito da saúde desde os primórdios da profissão até a atualidade, dando ênfase a atuação deste profissional no NASF, bem como o trabalho interdisciplinar realizado neste espaço.

No terceiro capítulo referenciamos o traçado metodológico que foi utilizado para a realização deste trabalho contemplando ainda a análise dos dados da pesquisa que foi realizada com o profissional de Serviço Social do equipamento social aqui analisado. É importante ressaltarmos que a pesquisa é de caráter bibliográfica, descritiva, de campo com uma abordagem qualitativa-quantitativa.

Todavia para a realização deste trabalho utilizamos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), onde todas as exigências das diretrizes e normas da pesquisa em seres humanos apresentados na Resolução de nº. 196/96, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) foram levadas em consideração.

CAPITULO I: ANTECEDENTES HISTÓRICOS DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

1.1. A Política de Saúde de 1920 até a Promulgação da Constituição Federal de 1988

A trajetória da Política de Saúde no Brasil vem articulada às determinações sócio históricas. A partir do início do século XX e início do século XXI, a economia brasileira começa a ganhar espaço, e com acumulação capitalista do comercio exterior dar-se inicio o processo de industrialização. Processo esse que foi acompanhado de uma urbanização crescente, na qual a utilização de mão-de-obra dos imigrantes foi um fato bastante recorrente nas indústrias. (BRAVO, 2008)

Nos início do século XX, as questões referentes à saúde aparecem como reivindicações, e com isso ocorre o surgimento do movimento operário no país. Com a chegada da industrialização, tem-se o agravamento da questão social, e a formação da classe trabalhadora, o que explicita a divisão entre capital e trabalho, através das condições de trabalho aos quais estes se submetiam, pois não havia nenhuma garantia trabalhista, como férias, décimo terceiro e jornada de trabalho regulamentada, etc. Em função das péssimas condições de trabalho, os operários passaram a se organizar e lutar pela conquista de seus direitos e por proteção social mais ampla e efetiva, com fins assistenciais e cooperativos.

Em 24 de Janeiro de 1923, foi institucionalizada a Lei nº. 4.682, conhecida como Lei Eloy Chaves, que marcou o início do sistema da Previdência Social no Brasil, conforme explicita a autora Bravo;

Nesse período, também foram colocadas as questões de higiene e saúde do trabalhador, sendo tomadas algumas medidas que se construíram no embrião do esquema previdenciário brasileiro, sendo a mais importante à criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP's) em 1923, conhecida com Lei Elói Chaves. (2008, p.90)

As CAP's eram financiadas através da contribuição da empresa empregadora e dos trabalhadores da empresa, isso se dá;

Mediante o desconto mensal de 3% do salário dos funcionários e 1% da renda bruta anual das empresas, ficava assegurado aos ferroviários o direito de aposentadoria por tempo de serviço, medicamentos (...). (FILHO; 2006, p.33).

Outros direitos eram efetivados como: o tratamento médico, auxílio funeral e pensão para os familiares do segurado em caso de óbito, sendo que havia uma delimitação no acesso a esses serviços, pois só era destinado ao setor ferroviário, ou seja, para as empresas de estradas de ferro. “No entanto, as caixas apresentavam serviço irregular, oferecendo pouca cobertura aos doentes mais graves” (Ib; p.33), ou seja, os operários, que apresentassem um estado de saúde mais delicado sofriam algumas dificuldades para ter a assistência necessitada, principalmente os operários com tuberculose pois, “(...) o tratamento era longo e exigia que o doente ficasse internado em sanatórios localizado nas regiões montanhosas, obrigando-o a ficar longe do trabalho e da família” (Ib; p.33) podendo afetar ainda mais o estado de saúde do doente.

Nessa década, ocorre o surgimento das Políticas Sociais, além de outras respostas às reivindicações dos trabalhadores. A política de saúde formulada nesse período era de caráter nacional, organizada em dois subsetores: o de saúde pública que predominou até meados de 1960 e o de medicina previdenciária que só iria se configurar saúde pública a partir de 1966. (BRAVO, 2008)

A medicina previdenciária foi criada com os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP's) no ano de 1933. Nestes institutos os trabalhadores eram organizados por categoria profissional (marítimos, comerciários, bancários) e não por empresa.

Getúlio Vargas esteve à frente de uma ampla coalizão de forças em 1930 fato este que caracterizou como um estado de compromisso, e que impulsionou profundas mudanças no Estado e na sociedade brasileira. Estas objetivavam promover a expansão do sistema econômico estabelecendo-se, paralelamente, uma nova legislação que ordenasse a efetivação dessas mudanças. A partir daí foram criados o “Ministério do Trabalho”, da “Indústria e Comércio”, e o “Ministério da Educação e Saúde”, ambas de arbitramento trabalhista. (POLIGNANO, 2010)

Em 1934, com a nova constituição, o Estado e o setor industrial através dele, instituiu uma política social de massas que na constituição se configura sobre a ordem econômica e social. A implantação do estado novo representava o acordo

entre a grande propriedade agrária e a burguesia industrial historicamente frágil. Coube ao Estado Novo acentuar e dirigir o processo de expansão do capitalismo no campo, de maneira a impedir que nele ocorressem alterações radicais na estrutura da grande propriedade agrária.

Em 1937 é promulgada nova constituição que reforça o centralismo e a autoridade presidencial (ditadura). Nessa mesma década de 1930, algumas conquistas trabalhistas foram consolidadas com a Constituição de 1934, que segundo Filho;

[...] incorporou algumas garantias ao operariado, tais como a assistência médica, a licença remunerada a gestante trabalhadora e a jornada de trabalho de oito horas. Nos anos seguintes, outros benefícios, como o salário mínimo, foram incluídos na legislação trabalhista, culminando com o estabelecimento em 1943 da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT). (2006, p.34)

O trabalhismo oficial e as suas práticas foram reforçados a partir de 1940 com a imposição de um sindicato único e pela exigência do pagamento de uma contribuição sindical. Em 1949 foi criado o Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência (SAMDU) mantido por todos os institutos e as caixas ainda remanescentes.

Na década de 1950 a situação de saúde da população, no que diz respeito ao atendimento hospitalar era de natureza privada, com fins lucrativos. A formação das empresas médicas estava ligada aos interesses capitalistas, o setor era no momento a mais organizada e pressionava o financiamento através do Estado, da produção privada, defendendo claramente a privatização. Entretanto, apesar das pressões a assistência médica previdenciária até 1964 era fornecida pelos serviços próprios dos institutos.

Em face da questão social no período de 1964 e 1974, o Estado utilizou para sua intervenção o binômio repressão-assistência, sendo a política assistencial ampliada, burocratizada e modernizada pela máquina estatal com a finalidade de aumentar o poder de regulação sobre a sociedade, suavizar as tensões sociais e conseguir legitimidade para o regime, como também servir de mecanismo de acumulação capitalista.

A medicalização da vida social foi imposta, tanto na saúde pública quanto na Previdência Social. O setor saúde precisava assumir as características capitalistas, com a incorporação das modificações tecnológicas ocorridas no exterior. A saúde

pública teve no período um declínio e a medicina previdenciária cresceu, principalmente após a reestruturação do setor, em 1966.

Sobre isto Simões relata que;

A medicina previdenciária teve seu auge no regime militar, durante os anos do denominado milagre econômico, incentivando-se o atendimento à saúde do trabalhador, em face dos recordes de acidentes e doenças do trabalho no período e a regulamentação das normas de higiene e segurança do trabalho. (2008, p.125)

Em 31 de março de 1964 instaura-se o regime político militar que trouxe alterações econômicas e administrativas aos setores públicos, centralizando o poder e utilizando da tecnocracia, mobilizando socialmente alguns setores da sociedade.

Dessa forma, o processo de crescimento econômico desenvolvimentista representou alguns aspectos importantes para a saúde pública da época. Apesar deste contexto de tensão, ocorre uma ampliação da previdência social com a modernização da saúde através da unificação dos IAP's, criando o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS).

Com o fim do regime político militar brasileiro houve uma eclosão dos movimentos reivindicatórios nas universidades e outros setores da sociedade que lutavam pela extinção do sistema político vigente, abrindo margens de um processo social e constitucional que para a saúde iria culminar na reforma sanitária e no período de redemocratização da saúde pública. (BRAVO, 2008)

Nesse período, há um enriquecimento de produção científica de intelectuais, pesquisadores e professores que propunham em suas publicações alternativas a construção de uma política de saúde fundamentada em uma perspectiva democrática. E é no cerne desses acontecimentos que surge o movimento sanitário que se apropria dos estudos e pesquisas já desenvolvidos para denunciar os rebatimentos do modelo econômico na saúde da população em defesa da reforma sanitária, caracterizando-se como um processo político de conquistas sociais em favor da construção de uma nova política de saúde e de um novo sistema nacional de saúde.

Segundo Bravo;

A reforma sanitária tem como uma de suas estratégias o sistema único de saúde (SUS) e foi fruto de lutas e mobilizações dos profissionais de saúde articulados ao movimento popular. Sua preocupação central é assegurar que o Estado atue em função da sociedade, pautando-se na concepção de Estado democrático e de direito, responsável pelas políticas sociais e, por conseguinte, pela saúde. (2000, p. 78)

Desse modo, ressalta-se que o cenário político nessa conjuntura é marcado por mobilizações que exigiam a eleição direta para governadores e presidentes da república, iniciando-se o período chamado de transição democrática, gestado em meio à crise econômica, mas que trouxe mudanças à política de saúde na primeira década de 1980.

A crise brasileira que já havia se instaurado no Brasil desde a década passada agravou-se nitidamente na década de 1980 após a falência do modelo econômico regido no período ditatorial. Nesse momento, a sociedade que havia permanecido por muitos anos calada, posicionou-se reivindicando seus direitos, inclusive pelo voto presidencial direto. O autor Couto ressalta que;

Em 1982, o país viveu um forte movimento de massas, que concentrou uma multidão nas principais cidades, em defesa de eleições diretas para presidente: era o movimento Diretas Já. (2008, p.135)

As propostas debatidas foram: a universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através de estratégias do sistema unificado, a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento de efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão, os conselhos de saúde. Um fato marcante e fundamental ocorreu na preparação e realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em Março de 1986, em Brasília.

É importante salientar que neste período houve um evento que implicaria na construção de um novo sistema para política de saúde nesse contexto, trata-se da VIII Conferência Nacional de Saúde, que ocorreu em 1986 na então capital do nosso país. A VIII Conferência Nacional de Saúde se configurou como o espaço político responsável por uma nova orientação para as políticas públicas. Na ocasião instalou-se um fórum democrático com a participação de representantes de usuários, movimentos sociais, organizações não governamentais partidos políticos e trabalhadores do setor. Criou-se ainda uma orientação de caráter consensual que mais tarde originou o SUS.

Durante a Conferência foi ratificado o documento Saúde e Democracia, no qual eram apresentados e definidos os princípios que deveriam dar suporte a uma nova política de saúde. Dentre as várias temáticas discutidas na conferência

destaca-se a instituição de um Sistema Único de Saúde, inspirado no modelo Inglês, bem como a relação entre saúde pública e sociedade. (BRAVO, 2000)

A questão saúde ultrapassou a análise setorial, referindo-se á sociedade como um todo, propondo-se não somente o sistema único, mas a reforma sanitária. A Constituição Federal introduziu avanços que buscaram corrigir as histórias de injustiças sociais acumuladas, incapaz de universalizar direitos, tendo em vista a longa tradição de privatizar a coisa pública pelas classes dominantes. No final da referida década, concluiu-se o processo constituinte com a promulgação da 8ª Constituição do Brasil.

A chamada Constituição Cidadã foi um marco fundamental na redefinição das prioridades da política do Estado na área da saúde pública. A Constituição Federal de 1988 define o conceito de saúde, incorporando novas dimensões. Para se ter saúde, é preciso ter acesso a um conjunto de fatores, como alimentação, moradia, etc., inclusive, essa discussão foi ampliada na atualidade, já que o conceito de saúde não significa apenas a ausência de patologias abrangendo diversas questões devendo ser garantida pelo Estado que deve primar pela efetivação dos direitos sociais.

Apesar de o Sistema Único de Saúde (SUS) ter sido definido pela Constituição Federal de 1988, ele somente foi regulamentado em 19 de setembro de 1990 através da Lei 8.080. Esta lei define o modelo operacional do SUS, propondo a sua forma de organização e de funcionamento Primeiramente a saúde passa a ser definida de uma forma mais abrangente, de acordo com a Constituição Federal de 1988:

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais: os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país (BRASIL, 1988, p.198).

O SUS é concebido como o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público. Tem-se assim a década de 1990 como aspectos, a politização da questão saúde, a alteração da norma constitucional e a mudança do arcabouço e das práticas institucionais.

Um dos fatores determinantes do processo de implementação do SUS está na “capacidade de abertura de canais de participação, transparência, descentralização, que possam garantir os princípios almejados”. (CARVALHO, 1997, p. 99). Portanto os princípios doutrinários do SUS são: Universalidade, acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, renda, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais; Equidade, princípio de justiça social que garante a igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie. A rede de serviços deve estar atenta às necessidades reais da população a ser atendida; Integralidade significa considerar a pessoa como um todo, devendo as ações de saúde procurar atender a todas as suas necessidades.

Destes derivam alguns princípios organizativos: Hierarquização, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; referência e contra- referência; Participação Popular, ou seja, a democratização dos processos decisórios consolidado na participação dos usuários dos serviços de saúde no chamado Conselhos de Saúde Municipais de Saúde; Descentralização – Política Administrativa, consolidada com a municipalização das ações de saúde, tornando o município gestor administrativo e financeiro do SUS.

Estes são os fundamentos do SUS, regulamentado na Lei Orgânica da Saúde (LOS) a partir das Leis nº 8.080/90 e a Lei nº 8.142/90. A proposta do SUS requer a municipalização, de um modelo assistencial que contemple a diretriz de integralidade, ou seja, que contemple, além da assistência individual, a Vigilância Sanitária e a Vigilância Epidemiológica (CARVALHO E SANTOS, 1991).

Em 1991, foi criada a Norma Operacional Básica (NOB):

Essa norma criou a AIH (Autorização de Internação Hospitalar); o SIH (Sistema de Informação Hospitalar); FEM (Fator de Estímulo à Municipalização) e em relação ao processo de habilitação alcançaram-se alguns avanços: criação dos conselhos estaduais e municipais. (AMARAL, 2004, p.175).

Ela tratava-se da operacionalização de várias ações que serão executadas no SUS futuramente. Em 1993, é aprovada a NOB 01/93 que definiu;

Os procedimentos e instrumentos operacionais que visavam ampliar e aprimorar as visões de gestão, no sentido de efetivar o comando único do SUS nas três esferas de governo. Foram criadas as comissões intergestores; no processo de gestão os Estados e os municípios poderiam se habilitar na gestão incipiente, Parcial e Semiplena; foram criados o FAE (Fator de Apoio ao Estado), FAM (Fator de Apoio ao Município) e o SIA (Sistema de Informação Ambulatorial). (Ib; p.175).

A efetivação da NOB/93 foi tida como um grande avanço, no que diz respeito ao processo de descentralização, no âmbito da saúde e principalmente na construção do SUS.

Nessa mesma década, mais precisamente no mesmo ano, aconteceu a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Em 1994, foi criado o Programa Saúde da Família (PSF), que era organizado como um Piso de Atenção Básica (PAB) à saúde da comunidade, ou seja, no local que o mesmo estivesse localizado. “A equipe seria composta, minimamente, por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e quatro a seis Agentes Comunitários de Saúde” (AMARAL, p.199).

A partir da implantação do PSF, surgiu juntamente com ele o Programa Agente Comunitário de Saúde (PACS), cada Agente Comunitário de Saúde (ACS) ficaria responsável no acompanhamento de determinada comunidade, sendo delimitado o número de pessoas de acordo com a regulamentação do programa, os mesmos atuam nessas comunidades realizando visitas, fazendo encaminhamentos para o PSF, fazendo cadastros e informando a população sobre algumas medidas de saúde.

1.2. A Política de Saúde nos anos de 1990 e os Governos Neoliberais

Nos anos 90, assiste-se ao redirecionamento do papel do Estado, influenciado pela Política de Ajuste Neoliberal. O Estado deve deixar de ser o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social para se torna o promotor e regulador, transferindo para o setor privado as atividades que antes eram suas.

O modelo médico assistencial privatista está pautado na política de ajuste, que tem como principais tendências à contenção dos gastos com racionalização da oferta e a descentralização com isenção de responsabilidade do poder central. A

tarefa do Estado, nesse projeto, consiste em garantir um mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento dos que têm acesso ao mercado. Suas principais propostas “são caracteres focalizados para atender às populações vulneráveis através do pacote básico para a saúde”, ampliação da privatização, estimam ao seguro privado, descentralização dos serviços ao nível local, eliminação da vinculação de fonte com relação ao financiamento (COSTA, 1997, p.168).

A isenção do Estado das obrigações com as políticas sociais se fortalecem na década de 1990, sendo marcada pela negação dos direitos sociais alcançados por meio de tantas lutas da classe trabalhadora. A negação do Estado na efetivação dos direitos sociais configura-se a principal característica dessa nova reorganização política, o Estado se isenta de seus deveres, passa a investir injetando dinheiro público nas organizações privadas, que cada vez mais explora a classe trabalhadora. Há então o redirecionamento do papel do Estado, influenciado pela política de ajuste Neoliberal.

Ainda nesse contexto neoliberal como coloca Behring (2007, p. 186): “Daí as tendências de desresponsabilização e desfinanciamento da proteção social pelo Estado” vai configurando-se um Estado mínimo para os trabalhadores e um Estado máximo para o capital. Diante desse cenário o corte de gastos com o social agrava-se a “questão social” e consequentemente a mercantilização dos serviços, assim o acesso só será garantido via mercado, para quem está inserido no processo produtivo ou para quem pode comprar nos referindo aqui principalmente à política da saúde, como ilustra ainda tão claramente Behring;

Os anos 1990 até os dias de hoje têm sido de contrarreforma do Estado e de obstaculizarão e/ou redirecionamento das conquistas de 1988, num contexto em que se foram derruídas até mesmo aquelas condições políticas por meio da expansão do desemprego e da violência. (2006, p.189)

Na situação colocada em tela visualizamos as riquezas de nosso país, o patrimônio da população vendido a preços irrisórios com relação aos rendimentos gerados por essas empresas, nos remetendo a impotência da opinião pública com relação ao poder de barganha do capital, tendo ainda o aval do Estado que deveria ser apenas o gestor dos bens e serviços públicos, defendendo os interesses do povo brasileiro e não leiloando as nossas riquezas.

Nesse mesmo período tem-se o projeto de Reforma Sanitária e o projeto de saúde articulado ao mercado ou privatista. (BRAVO, 2008) O projeto de Reforma Sanitária tem como uma de suas estratégias o SUS, que foi fruto de lutas e mobilizações dos profissionais de saúde, articulados ao movimento popular. Sua preocupação central é assegurar que o Estado atue em função da sociedade, pautando-se na concepção de Estado democrático e de direito, responsável pelas políticas sociais e pela saúde.

Quanto ao projeto de saúde articulado ao mercado ou privatista, esta pautada na política de ajuste, que tem como princípios tendências a contenção dos gastos com racionalização da oferta e a descentralização com isenção de responsabilidade do poder central.

A tarefa, do Estado nesse projeto, consiste em garantir um mínimo aos que não podem pagar ficando para o setor privado o atendimento dos têm acesso ao mercado.

Na contemporaneidade a análise que se faz é de que no governo de Lula a política macroeconômica do antigo governo foi mantida e as políticas sociais estão fragmentadas subordinadas à lógica econômica. Havia uma expectativa em relação à saúde, de que no governo de Lula fortalecesse o projeto de reforma sanitária, Entretanto, tem-se mantido a politização entre os dois projetos o de reforma sanitária e o projeto de saúde articulada ao mercado privatista.

Têm alguns aspectos de inovações e outras de continuidade na política de saúde que tem relação com os dois projetos. No aspecto de inovações teve as escolha de profissionais comprometidos com a luta pela reforma sanitária para ocupar e segundo escalão do Ministério, as alterações na estrutura organizativa de Ministério de Saúde, sendo criadas quatro secretarias e extintas três.

Em 2003, foi realizado em Brasília a XII Conferência Nacional de Saúde, cujo tema era: Saúde: Um direito de todos e dever do Estado: A saúde que temos e o SUS que queremos. “A XII Conferência Nacional de Saúde (CNS) teve como objetivo definir orientações para o plano plurianual de saúde do governo e as principais diretrizes a serem incorporadas ao sistema de saúde” (BRAVO; 2008 p.103) Foi criada ainda a Secretaria de gestão participativa, que tem como função fortalecer o controle social, organizar as conferências de saúde e estabelecer a comunicação do ministério da saúde com outros níveis de governo e com a sociedade.

No aspecto de continuidade, ressalta-se na precarização, na terceirização dos recursos humanos, no desfinanciamento e a falta de vontade política para viabilizar a concepção de seguridade social. Como exemplo de focalidade pode ser destacado a centralidade do PSF, sem alterá-lo para que se transforme em estratégia de reorganização da atenção básica em vez de ser programa de extensão de cobertura para as populações carentes. E sim na perspectiva de prover atenção básica para toda população de acordo com os princípios da universalidade.

O Artigo 196 da Constituição Federal de 1988 define a saúde como:

[...] direito de todos e dever do estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988,p.198)

Garantir a efetivação dos direitos sociais na cena contemporânea configura um desafio imenso, essa dificuldade se dá pela forma de organização capitalista, onde o poder de consumo está em primeiro plano e está fora desse universo significa ainda não ter acesso aos serviços de atenção à saúde, por outro lado o Estado nega suas obrigações ou oferece os serviços totalmente ineficientes para atendimento da demanda existente.

Com esse contexto percebemos que o serviço de saúde privado ganha força, marginalizando quem não tem poder de compra. Há assim uma enorme distancia entre a proposta do movimento sanitário e a prática social do sistema público de saúde vigente. O SUS foi se consolidando como espaço destinado aos que não têm acesso aos subsistemas privados, como parte de um sistema segmentado.

Em 1990 Fernando Collor de Mello assume a presidência, com um discurso modernizador deixando a saúde, atrelada ao movimento da reforma sanitária, porém este apenas ficou na teoria, pois na prática o que se efetivou foi à reestruturação do Estado pelo processo neoliberalista. Para Macedo e Oliveira as funções que esse sistema dita são;

O estado deve manter-se distante das atividades propriamente econômicas, que estariam reservadas às iniciativas de particulares. Seu papel é criar condições gerais mais favoráveis à ação das empresas, afim de que elas possam fixar as regras do jogo e perseguir o imperativo da eficiência e da competitividade. Para tanto, os neoliberais defendem a privatização total e completa da economia: nos transportes aéreos, saúde, hospitais, educação,

bancos seguros, cultura, distribuição de água, eletricidade e gás, serviços administrativos etc. (1999, p.169)

Sob esta ótica as políticas sociais foram-se fragilizando, pois a função do Estado passa agora por reestruturação tornando-se um Estado mínimo, principalmente no provimento das políticas sociais.

No final do governo Fernando Henrique Cardoso, visando aprimorar o sistema de saúde e sua gestão em todas as esferas governamentais, aprova a portaria nº 95 do ano de 2001 a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS -SUS) 01/2001. Esta amplia as responsabilidades dos municípios na atenção básica, define o processo de regionalização da assistência, atualizando os critérios de habilitação de estados e municípios (BRASL, 2001).

No período de transição da presidência do FHC para Luís Inácio Lula da Silva no ano de 2002, foi elaborada outra portaria de nº 373, que cria a NOAS 2002, contendo os mesmos objetivos da NOAS 2001, porém acrescenta o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e busca de maior equidade.

É neste novo governo que, segundo Bravo (2008) a saúde durante os primeiros anos da presidência, ocorrem avanços e continuidades do projeto neoliberal, tendo relação com os dois projetos de saúde em disputa. Como aspectos inovadores o governo atual retomou a concepção de Reforma Sanitária, colocou profissionais para trabalharem no MS, comprometidos com a luta pela Reforma Sanitária, criou quatro secretarias realizou a 12ª Conferência Nacional de Saúde em Dezembro de 2003, que por sua vez teve como objetivo definir orientações para o plano plurianual de saúde do governo.

De forma geral e a conclusão que se pode chegar do atual governo é que fica a impressão de um governo sem definição clara, rendendo-se aos ditames da política neoliberal e, de forma paliativa, implementando um conjunto de medidas de cunho populista, deixando um cenário apoiado pelos extremos da sociedade brasileira, estes são os únicos a se beneficiarem com a continuação dessa situação, uma minoria privilegiada, classe burguesa, e de outro lado, uma massa de pobres e miseráveis que permanece acreditando em Lula agradecendo, ainda, os serviços paliativos recebidos através das políticas assistencialistas.

Portanto, a conjuntura do Brasil está pautada no lucro e no crescimento econômico que se sobrepõe ao desenvolvimento social, tornando-se um desafio pôr

em prática serviços condizentes com práticas progressistas ligadas ao movimento da reforma sanitária, no entanto os profissionais são requisitados a trabalharem nas políticas que são fragmentadas. Contudo, cabe aos profissionais envolvidos com os ideais da Reforma Sanitária desenvolver um trabalho que perpassasse o caráter burocrático, cuja perspectiva atinja de fato a cidadania.

1.3. O Surgimento do NASF no Brasil

O Programa da Saúde da Família (PSF) inicia-se quando o Ministério da Saúde implanta o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), o qual começou por focar a família como unidade de ação programática de saúde, não considerando mais somente o indivíduo, introduzindo o que se chamou de área de cobertura por família. Lembrando que algumas regiões do país já vinham praticando de forma focalizada e isolada tal ação, o que serviu de modelo para a nacionalização de tal programa. Conforme cita Viana e Dal Poz;

O PACS foi formulado tendo como objetivo central contribuir para a redução da mortalidade infantil e mortalidade materna, principalmente nas regiões Norte e Nordeste, através de extensão de cobertura dos serviços de saúde para as áreas mais pobres e desvalidas. (1998, p.18)

Desta forma, é possível percebermos que pela primeira vez dentro das práticas de saúde há um enfoque diretamente na família e não somente no indivíduo. Outra inovação advinda com PACS foi o fato de trabalhar de forma preventiva, não esperando como acontecia anteriormente ao programa, o indivíduo adoecer para poder ser tratado, agora se percebe que trabalhar a prevenção das doenças é melhor que deixá-las acontecer.

O agente de saúde por conhecer, através das visitas domiciliares, a real necessidade da população do bairro que é de sua competência, torna-se sem dúvida, peça fundamental de colaboração nos trabalhos dos profissionais dos PSF's, com descreve os autores Viana e Dal Poz;

A formulação do PSF foi fruto, inclusive, do sucesso de práticas (anteriores) focalizadas dentro da política universal, e que se constituíram em instrumentos de reorganização e reestruturação do próprio sistema de saúde. O programa evidencia, assim, a necessidade de ações especiais, de atendimento especial, para as populações mais carentes. (1998, p.27)

O PSF contou com a participação na composição da equipe, alguns profissionais de saúde, entre eles, médicos, enfermeiros e sem dúvida os agentes de saúde, pois sem estes as ações deste programa não obtivessem o êxito esperado.

Com as equipes dos PSF atuando, espera-se que haja um menor número de pacientes a procura dos serviços de saúde nas redes hospitalares, já que a função principal do programa é trabalhar a saúde de forma preventiva, deixando os hospitais para os casos de necessidades curativas que não foram capazes de serem resolvidos no PSF, com isso espera-se desafogar os hospitais públicos e repassar a população uma melhor qualidade dos serviços oferecidos pela política de saúde.

Segundo o Ministério da Saúde *apud* Mourão (2008, p. 370),

Foi, sob esta ótica, que o Ministério da Saúde (MS) concebeu em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF) com o objetivo de proceder: à reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao hospital. A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às equipes da família uma compreensão ampliada do processo saúde\doença e da necessidade de intervenções que vão além das práticas curativas. (1998, p.1)

Foi pensando na melhoria do atendimento aos usuários do SUS que em 24 de janeiro de 2008, o Ministério da Saúde criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), com a Portaria nº154, de 24 de Janeiro de 2008, republicada em 04 de Março de 2008. O NASF tem como objetivo ampliar a abrangência e o alvo das ações da atenção básica, bem como sua resolutividade, apoiando a inserção de saúde da família na rede de serviços, garantindo a continuidade e integralidade da atenção básica.

A carga horária semanal de 40 horas, para os profissionais do NASF; excepcionalmente o médico, em substituição a um profissional de 40 horas, podem ser registrados 2 profissionais de 20 horas/semanais cada um. Desta maneira, o NASF não se constitui porta de entrada do sistema para os usuários, mas apoia as Equipes de Saúde da Família (ESF's), que tem como eixos a responsabilização, a gestão compartilhada e apoio a coordenação do cuidado, que se pretende pela saúde.

O NASF é definido pelo gestor municipal, através de critérios de prioridade, a partir das necessidades locais e disponibilidade de profissionais, que devem ser cadastrados em uma única unidade de saúde, localizada preferencialmente dentro do território de atuação das ESF's, às quais estão vinculados; NASF 1 – vinculado a no mínimo 8 ESF e a no máximo 20 ESF; Municípios com menos de 100.000 habitantes dos Estados da Região Norte: 1 NASF: 5 a 20 ESF; NASF 2 – vinculado a no mínimo 3 ESF. Vale salientar que há repasse de recursos para apenas um NASF por município.

De acordo com a Portaria do NASF nº 154;

Art. 1º Criar os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica.

O NASF é composto por uma equipe Interdisciplinar, formada por diversos profissionais ligados a área da saúde, são eles: assistente social, psicólogo, fisioterapeuta, farmacêutico, educador físico, entre outros. O mesmo tem por finalidade, trabalhar em parceria com o PSF, visando dessa maneira um atendimento mais completo e diversificado as famílias atendidas pelas equipes dos PSF's. Ainda de acordo coma Portaria do NASF nº 154,

Art. 2º Estabelecer que os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, atuem em parceria com os profissionais das Equipes Saúde da Família - ESF, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das ESF, atuando diretamente no apoio às equipes e na unidade na qual o NASF está cadastrado

No entanto, por se tratar de um projeto novo, ainda em andamento, faz-se necessário reconhecer as deficiências que o mesmo possui. Como por exemplo, a falta de uma estrutura adequada para abrigar os profissionais e consequentemente um melhor atendimento aos usuários, pois os profissionais do NASF não possuem sequer uma sala específica para atendimento, fazendo uso da sala do médico, dentista ou enfermeira, quando estas se encontram ociosas.

Os instrumentos para uma melhor qualidade no atendimento ainda são insuficientes, pois os profissionais até o momento não possuem os materiais adequados para realizar suas atividades junto aos usuários, o que dificulta o

trabalho dos profissionais. Assim, entre as reclamações constantes dos profissionais da equipe, encontra-se a fisioterapeuta que diz não possuir o mínimo dos instrumentos utilizados por ela no processo de reabilitação dos seus pacientes, sendo obrigada a encontrar outros meios para a realização das suas atividades.

Mas, vale salientar que mesmo com a falta de uma estrutura adequada para atendimento, os profissionais do NASF mesmo assim, realizam seus atendimentos como podem, e sempre atendem os usuários que procuram pelos serviços de saúde disponíveis. O objetivo dos profissionais da equipe é prestar uma melhor qualidade no atendimento à população, mesmo diante dos desafios que lhe são postos diariamente.

Todavia, diante desse quadro, espera-se que haja um aumento no número das equipes e que este projeto seja implantado em todas as regiões do Brasil, que os desafios já mencionados sejam superados, e que a estrutura de apoio à realização desse trabalho seja montada na perspectiva da garantia de uma política de saúde mais eficaz e eficiente, e que de fato beneficie a toda a população brasileira.

CAPITULO II: A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE E SUA INSERÇÃO NO NASF

2.1. O Serviço Social e a Política de Saúde

O surgimento do Serviço Social no Brasil, nas décadas de 1920 a 1930, foi pautado sob uma fundamentação Neotomista advindas da influencia da igreja católica. Nos anos de 1940, a profissão sofre uma forte ascensão do tecnicismo norte-americano, fato este que imprimiu uma base de teoria positivista ao fazer profissional do assistente social, resultando uma função de ajustamento social.

Sendo assim, a prática do Serviço Social na saúde em seu primeiro momento era de forma estritamente restrita. De acordo com Bravo e Matos (2008) nesse período os assistentes sociais realizavam vigilâncias de saúde através de visitas domiciliares no âmbito familiar do operário, verificando a forma de vida e solucionando os problemas de caráter moral, que de forma direta interferia na sua produtividade na indústria, prática esta que deixava claro o caráter da subserviência da profissão em favor do mercado.

Conforme Bravo e Matos (2008), após a segunda guerra mundial os serviços da profissão voltados a saúde se ampliaram, tornando-se a época o maior campo de absolvição profissional, apesar de já existirem escolas de formação profissionais em Serviço Social no qual a grade curricular tinha como disciplinas relacionadas com a saúde.

Entretanto, o curso em si de Serviço Social só foi oficializado no Brasil em 1953, pela Lei nº 1.989, e regulamentado em 1957. O novo conceito de Saúde preconizado neste período, no qual abrangia não só as questões relacionadas á doença, mas também se inseria aos aspectos biopsicossociais, além de requisitar. Maior inserção do profissional da assistência social e outros profissionais a fim de desenvolver um trabalho juntamente com uma equipe multidisciplinar demandaram desses profissionais ações voltadas a práticas educativas com um caráter preventivista, bem como o desenvolvimento de programas para determinados segmentos populacionais. Portanto dessa conjuntura o assistente social tinha que desenvolver:

[...] uma tarefa educativa com intervenção normativa no modo de vida da “clientela”, com relação aos hábitos de higiene e saúde, e atuou nos Programas prioritários estabelecidos pelas normatizações da política da Saúde. (BRAVO e MATOS, 2008, p.199)

A consolidação da política de saúde no país nessa conjuntura passa a ter outra conotação a partir da ampliação dos gastos na área com assistência médica, gasto esse proveniente da previdência social, que por este fato a assistência médica. Mantinha um caráter foca lista, ou seja, somente tinham acesso àqueles usuários que contribuía com a previdência a população excluída desse era atendida pelas santas casas de misericórdia. (BRAVO e MATOS, 2008)

Os mesmos autores afirmam que essa conjuntura gerava uma incoerência entre demanda e o seu caráter excludente e seletivo, que o “assistente social vai atuar nos hospitais colocando-se entre a instituição e a população a fim de viabilizar o acesso dos usuários e benefícios.” (BRAVO & MATOS, 2008, p. 199) Para tanto, o assistente social se utilizava do plantão, da triagem, seleção de benefícios, encaminhamento e orientações previdenciária.

A atuação do assistente social na área da saúde desde seus primórdios ate os anos de 1960 manteve como lócus o âmbito hospitalar e ambulatorios, sendo. Inseridos mais tarde nos anos de 1975 nos centros de saúde. Fato de o profissional desenvolver atividades que viabilizava a importância da atuação do assistente social nesse contexto se dava pelo fato do profissional desenvolver atividades que viabilizava a participação da população nos programas de saúde e nas instituições.

Entretanto, essa atividade ganhou maior visibilidade a partir dos trabalhos desenvolvidos sob a perspectiva do Desenvolvimento de Comunidade (DC), cujo foco da atuação pautava-se no “engajamento do cliente no tratamento”. (BRAVO e MATOS, 2008, p.201)

A modernização dos anos 1960 influenciou a operacionalização da profissão no âmbito das políticas sociais, principalmente na saúde, fato este que pôs fim nas ações e práticas curativas no que diz respeito à assistência medica previdenciária implantada nesses segmentos ações técnicas e burocráticas, cuja ênfase regulava-se na psicologização das relações sociais.

Nos anos de 1960, o Serviço Social sofre um grande choque no interior da profissão, visto que alguns profissionais de posições progressistas passaram a questionar o caráter conservador da profissão, fato este que na conjuntura em

questão, se refletia em uma atuação desfragmentada e que perante a demanda apresentada não conseguia dar respostas concretas. Entretanto, esse questionamento em nada afetou o desenvolvimento dos trabalhos, ações e direção do Serviço Social, que seguiu dando continuidade aos trabalhos desenvolvidos junto às entidades organizativas e o trabalho profissional. (BRAVO e MATOS, 2008).

Embora, o debate ocorrera no interior da profissão, movimentos iguais a este que preconizavam a percepção crítica perante questões como a democratização do Estado e da própria sociedade civil, foram abortados no período da ditadura militar nos anos de 1964, com a neutralização desses movimentos contrários a ordem estabelecida. (Idem)

Nos períodos subsequentes aos anos de 1964 e 1976, a intervenção do Serviço Social na área da saúde em nada se alterou, ocasionando assim uma “uma fratura entre prática profissional realizada pelos assistentes sociais e as possibilidades de prática contidas na realidade objeto da ação profissional”; apesar da distensão política vivenciada nesse período devido ao movimento relacionado à saúde coletiva que ficou conhecido como o Movimento de Reforma Sanitária. (VASCONCELOS, 2008, p.245)

Entretanto, ocorre simultaneamente a esse movimento de saúde, o movimento de renovação da profissão que passa a incluir no debate teórico temas relacionados a direitos sociais, Estado e democracia. Quanto a esse movimento interno da categoria, Bravo e Matos ressaltam que;

O processo de renovação do Serviço Social no Brasil está articulado às questões colocadas pela realidade da época, mas por ter sido um movimento de revisão interna, não foi realizado um nexo direto com outros debates, também relevantes, que buscavam a construção de práticas democráticas, como o movimento pela reforma sanitária. (2008, p.204)

Somente nos anos noventa que o Serviço Social se vincula ao movimento de Reforma Sanitária no Brasil. Contudo, observa-se que mesmo sem apresentar substancialmente alguma mudança na postura profissional em relação à atuação no eixo da saúde nos anos de 1980, houve um grande crescimento da categoria profissional no que diz respeito à postura crítica dos trabalhos em saúde apresentados nos congressos da época como nos congressos brasileiros de assistentes sociais de 1985 e 1989, bem como na apresentação de alguns trabalhos

em outros eventos ligados as entidades organizativas da categoria profissional. (BRAVO e MATOS, 2008)

A década de 1980 foi um marco para profissão no que tange à construção do Projeto Ético-Político, pois representou “o marco da ruptura do Serviço Social com suas perspectivas tradicionais como o neotomismo e o funcionalismo”. (DUARTE, 2010, p.139) De acordo com Manfroi (apud Duarte, 2010), o Projeto Ético-Político do Serviço Social;

[...] delineou-se a partir de um processo de reflexão e amadurecimento profissional, de um processo de avaliação da atuação profissional, bem como na sua inserção nas lutas sociais contemporâneas, lutas estas de ampliação de direitos, de democracia, de participação social e no processo coletivo do trabalho. (2010, p.138)

Esse projeto representa para o Serviço Social a ruptura com as práticas conservadoras e simultaneamente, a consolidação da adesão da categoria profissional em defesa do projeto societário da classe trabalhadora, posicionando-se a favor e em defesa dos ideais dessa classe.

No final dos anos de 1980, ocorre à reforma Constitucional, que aponta novos conceitos, princípios e diretrizes no âmbito da saúde, e que se tornou uma mistura das duas propostas para a área que são: o projeto Reforma Sanitária e o projeto de saúde privatista. Pensar em política de ajuste neoliberal é falar em contrarreforma do Estado, ou seja, no Estado mínimo que é a descentralização com isenção de responsabilidade do poder Estatal, é a redução ou contenção dos gastos com a racionalização da oferta.

Isso significa que o Estado passa a prover o mínimo para aqueles que não podem pagar, entretanto atua sob uma perspectiva focalista para o atendimento a população vulnerabilizada, ficando a cabo do setor privado a oferta de serviço aos cidadãos consumidores. (BRAVO e MATOS, 2008)

Diante dessa conjuntura, identifica-se nos anos de 1990, a presença de dois projetos políticos em disputa na área da saúde, os quais demandam serviços do assistente social de forma completamente distintas, o projeto de Reforma Sanitária e o projeto privatista ou de mercado. Contudo, ambos demandam atuações distintas para o assistente social, pois enquanto que o projeto de reforma sanitária visa a democratização o acesso da população aos serviços de saúde , bem como o atendimento humanizado , entre outras questões, o projeto privatista;

[...] vem requisitando, ao assistente social, entre outras demandas: seleção sócio-econômica dos usuários, atuação psicossocial através de aconselhamento, ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde, assistencialismo através da ideologia do favor e predomínio de práticas individuais. (BRAVO & MATOS, 2008, p.206)

Na atualidade o governo fortalece ambos os projetos, ora fortalece o projeto de Reforma Sanitária e ora mantém o desfinanciamento e a focalização do projeto privatista. Como podemos notar diante desta conjuntura a trajetória do Serviço Social na área da saúde nos anos de 1990, é permeada por desafios, pois a profissão passa por uma forte tensão política em relação aos dois projetos para saúde anteriormente citados, que demandam da profissão atuações distintas, ao mesmo tempo em que o Serviço Social marca a hegemonia da tendência da intenção de ruptura, ou seja, a maturidade intelectual da profissão que se apresenta oposta a ofensiva neoliberal. (BRAVO & MATOS, 2008).

Diante dessa conjuntura complexa e contraditória, o assistente social irá desenvolver atividades que garantam o acesso universal da saúde, atuando na gestão, em conselhos de saúde, na formulação, planejamento, monitoramento e avaliação de políticas. Tais funções são permeadas por um conhecimento crítico da realidade social pautado em um projeto profissional hegemônico.

Os assistentes sociais se inserem, assim, no processo de trabalho em saúde, como agente de interação entre os níveis do Sistema Único de Saúde - SUS com as demais políticas sociais, sendo que o principal objetivo de seu trabalho no setor é assegurar a integralidade e intersetorialidade das ações. O assistente social desenvolve, ainda, atividades de natureza educativa e de incentivo à participação da comunidade para atender as necessidades de co-participação dos usuários no desenvolvimento de ações voltadas para a prevenção, recuperação e controle do processo saúde/doença. (PACHECO, 2012, p.01)

Desta forma, o Serviço Social na saúde a partir do SUS tem novos desafios e espaços ocupacionais em áreas não mais restritas a outras profissões, como: planejamento, ouvidoria, vigilância à saúde, sistema de informação, geoprocessamento, regulação e auditoria, sobre a judicialização da saúde e sobre as fundações públicas de direito privado, fortalecimento do trabalho na atenção básica (ESF), no matriciamento do NASF, bem como na articulação do SUS com as

demais políticas de Seguridade Social e de direitos sociais, potencializando assim as ações intersetoriais. (KRUGER, 2010)

Nessa perspectiva, as novas diretrizes das diversas profissões têm ressaltado a importância “de formar trabalhadores de saúde para o Sistema Único de Saúde com visão generalista e não fragmentada”, visto que os profissionais devem trabalhar dentro da perspectiva da totalidade, percebendo assim o que está para além do processo saúde-doença, os determinantes sociais que estão implícitos na questão, com vistas em criar estratégias para a consolidação do SUS e na efetivação do direito a saúde. (BRAVO & MATOS, 2008, p.213)

Quanto ao trabalho do assistente social dentro dessa perspectiva, o que se busca é a incorporação de novos conhecimentos que venham a contribuir para uma Atuação articulada aos interesses dos usuários, pautados nos princípios preconizados pelo projeto Ético-Político em consonância ao projeto de Reforma Sanitária. Sobre isto a mesma autora explicita que;

O trabalho do Assistente Social na saúde deve ter como eixo central a busca criativa e incessante da incorporação dos conhecimentos e das novas requisições à profissão, articulados aos princípios dos projetos da reforma sanitária e ético-político do Serviço Social. É sempre na referência a estes dois projetos que se poderá ter a compreensão se o profissional está de fato dando respostas qualificadas as necessidades apresentadas pelos usuários. (BRAVO & MATOS, 2008, p.213)

Cabe, portanto ao Serviço Social, na sua atuação junto a uma rede articulada de profissionais que atuam na defesa do Sistema Único de Saúde (SUS), elaborar novas estratégias criativas que efetivem o direito social à saúde. Logo, prática profissional do assistente social encontra-se norteador pelo projeto Ético-Político que rege a profissão, uma vez que estes são desafiados constantemente a se posicionarem em defesa da democratização das políticas públicas.

A função do assistente social na área da saúde tem como premissa básica, trabalhar junto com os pacientes e funcionários da instituição, com objetivo de intervir nas demandas postas pela sociedade, no que diz respeito a fatores sociais, no sentido de efetivar e preservar direitos. Neste sentido as demandas postas para o Serviço Social são cada vez mais crescentes devidos às proporções que tomam as expressões da questão social, tornando-se múltiplas.

2.2. A Atuação do Assistente Social no NASF de Juazeiro do Norte – CE

O NASF do município de Juazeiro do Norte abrange 08 (oito) Programas de Saúde da Família (PSF) e atua em parceria com a Estratégia de Saúde da Família (ESF). O núcleo 03 (três) localiza-se no horto de baixo, que funciona dentro de um PSF. O núcleo 29 se localiza no Bairro do Socorro, que funciona em uma casa, o espaço é muito pequeno tem apenas cinco cômodos, sendo insuficiente para atendimento dos profissionais que lá se encontra, pois não há salas para todos, e o Assistente Social fica a espera de uma desocupar para poder atender o usuário. (SESAU, 2012)

O núcleo 60 funciona à Rua São José, Bairro Centro, também é uma casa que não tem sala para o Assistente Social, onde o mesmo divide com a psicóloga, num espaço muito pequeno e sem ventilador, pois funciona no final da casa e é coberto de telhas Brasilit; o núcleo 40 está localizado na Rua São Francisco, Bairro São Miguel, não é diferente dos demais, funciona também em uma casa. Quanto ao núcleo 30/52, localizado no Bairro Juvêncio Santana, é o único com sede própria, tem um espaço melhor é mais ventilado, porém, não tem a sala do Assistente Social. (ibidem, 2012)

O NASF é de natureza pública, e foi Criado em Juazeiro do Norte em outubro de 2008, composto por 07 equipes divididas por zonas territoriais, cada equipe composta por 06 profissionais de cinco categorias diferentes: Fisioterapeuta (2), Farmacêutico (1), Psicólogo (1), Assistente Social (1) Educador Físico (2). E está vinculada à política social de saúde. (SESAU, 2012)

Os recursos financeiros são feitos através de repasse de recursos federais, segundo o ministério da saúde, com o valor da transferência para o NASF I de R\$ 20.000,00 (vinte mil reais) o equivalente a 32 salários mínimos atuais, e para o NASF II de R\$ 6.000,00 (seis mil reais) que equivale a 9 salários mínimos lembrando que o NASF de Juazeiro do Norte vincula-se ao NASF I , e que esses valores são contabilizados anualmente.

O NASF tem como objetivo ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da estratégia de saúde da família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica, bem como promover a saúde e qualidade de vida por meio da estratégia de prevenção de doenças.

Assim, o NASF não se constitui como porta de entrada para o sistema, e deve atuar de forma integrada à rede de serviços de saúde, a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes de Saúde da Família e que atendam a toda comunidade adstrita, não restringindo o acesso apenas às populações já adoecidas ou mais vulneráveis, mas toda a população que também faz uso dos serviços das ESF. (BRASIL, 2008)

A programação oferecida à população são ações para desenvolver atividades físicas e práticas corporais; contribuir para a ampliação e valorização da utilização dos espaços públicos de convivência; promover ações multiprofissionais de reabilitação para reduzir a incapacidade e deficiências, permitindo a inclusão social; atender usuários e familiares em situação de risco psicossocial ou doença mental; criar estratégias para abordar problemas vinculados à violência e ao abuso de álcool; e apoiar as equipes do ESF na abordagem e na atenção aos agravos severos ou persistentes na saúde de crianças e mulheres, entre outras ações.

Particularmente, não existe uma meta específica para os atendimentos do NASF, tendo como objetivo a participação na melhoria dos indicadores de saúde, portanto, é propiciar a melhoria da qualidade de vida da população, a redução dos agravos e dos danos decorrentes das doenças não transmissíveis, que favoreçam a redução do consumo de medicamentos, que favoreçam a formação de redes de suporte social e que possibilitem a participação ativa dos usuários na elaboração de diferentes projetos.

O assistente social inserido no NASF desenvolve suas ações em conjunto com outros profissionais, de forma interdisciplinar e integrado com as demais equipes que compõem tal serviço de saúde, trabalhando sob o enfoque da questão social nas suas mais variadas expressões cotidianas. Trabalha ainda permanentemente na relação entre estruturas, conjunturas e cotidiano, contribuindo assim com as equipes na apreensão e na ação em face do cotidiano, no qual as determinações conjunturais se expressam e a prática se realiza. (SESAU, 2012)

Assim, a atuação do Serviço Social no NASF está em sintonia com os princípios éticos e políticos que norteiam a profissão e com o projeto de Reforma Sanitária. É em tal cenário que o assistente social, em conjunto com as demais categorias profissionais procura conduzir-se no sentido de compreender, intervir, antecipar, planejar, fazer projetos sociais e terapêuticos. Assim, através da atenção domiciliar, atendimento individual, atividades coletivas, reuniões internas, reuniões

com ESF e oficinas, o Assistente Social utiliza de instrumentos técnicos como: relatório social, parecer social e laudo social que são documentos resultantes do processo de estudo social, buscando relatar, analisar e integrar os dados colhidos no processo de avaliação social, tendo como objetivo proporcionar um diagnóstico para subsidiar ações, decisões ou encaminhamento.

A efetivação das ações e atividades realizadas pelos assistentes sociais nos NASF's proporciona um conjunto de objetivos que contemplam um processo de trabalho. Esses trabalhos são variados e ajustados às realidades ao qual estão inseridos.

Em 2012, o NASF de Juazeiro avançou progressivamente em parceria com o Ministério da Educação, onde os profissionais trabalharam em conjunto na perspectiva da qualidade de vida dos alunos das escolas da rede pública, no sentido de combater a obesidade infanto-juvenil da população supracitada. Participaram ativamente a equipe do NASF e os profissionais das escolas, que se enquadraram dentro do referido programa, uma vez que esse programa atingiu um público específico.

2.3. O Trabalho do Serviço Social Junto a Equipe Interdisciplinar

O Serviço Social inserido no NASF trabalha com o usuário e suas relações através de uma atuação que se dar em conjunto com os demais profissionais, das equipes de saúde da família. Ou seja, o trabalho em equipe é necessário e merece ser repensado, pois com a união de um grupo interdisciplinar, onde cada profissional exercendo a sua especificidade, conhecendo e respeitando a profissionalidade de cada um. Sobre este assunto, o autor Ely (2003, p. 114) explica que;

Multidisciplinaridade: o trabalho acontece de forma isolada, geralmente com troca e cooperação mínima entre as disciplinas; [...] interdisciplinaridade: as relações profissionais e de poder tendem à horizontalidade, as estratégias de ação são comuns e estabelece-se uma troca recíproca de conhecimento entre as diferentes disciplinas.

A autora Raichelis (2009, p. 389), explicita ainda que;

Para tanto, o trabalho interdisciplinar e intersetorial se torna fundamental se torna fundamental e estratégico, bem como a ampliação do arco de alianças

em torno de pautas e projetos comuns, tanto no âmbito governamental como na relação com os diferentes sujeitos e organizações da sociedade civil, em especial com os usuários dos serviços públicos e suas organizações coletivas.

Pode-se, portanto afirmar que trabalhar em equipe é necessário não só para o profissional de Serviço Social mais também para os outros profissionais, pois uns precisam dos outros para que haja condição de juntos trabalharem em prol do usuário adquirindo assim conhecimentos que busquem soluções de uma melhoria na condição de vida do usuário, com o propósito de minimizar o quadro social do mesmo e facilitando assim a comunicação entre pacientes, familiares, equipe médica e/ou instituição, desenvolvendo e esclarecendo intervenções em questões relacionadas com a doença, internação e a realidade social vivenciada pelos usuários.

É nesse mesmo cenário que o profissional de Serviço Social tem tido dificuldade de esclarecer e divulgar suas atribuições e competências no trabalho que lhe é colocado nas unidades de saúde, junto a uma equipe que buscam alcançar, objetivos tanto institucionais quanto profissionais e metas para suas realizações na direção em que se pretende chegar. Onde o ideal é que a equipe multidisciplinar conheça o que de fato compete a cada um dos profissionais para que não haja a desvalorização de nenhuma delas, uma vez que, todas têm a sua importância e que não se submetam a precarizações das condições de trabalho e acabem por praticar ações que não são de competências dos mesmos.

Portanto, o assistente social no NASF deve oferecer apoio de forma interdisciplinar e integrada, em sintonia com a equipe, valorizando a sua própria categoria, como também as demais dando importância às ações de cada profissional. A profissão de Serviço Social no Núcleo de Apoio a Saúde da Família, tem uma variedade de objetivos, que devem ser adaptados de acordo com as diferentes realidades de cada localidade, atendendo assim as demandas necessárias, podendo traçar ações não decifrado como de particular do profissional e sim como fruto de toda uma coletividade multiprofissional, mas ligado a uma conexão estratégica do assistente social.

Desse modo, o Serviço Social no âmbito da saúde é convocado ainda para viabilizar com a equipe de saúde, aspectos que amplie e der significado a PNH, permitindo a equipe multidisciplinar, junto com o assistente social analisar

resoluções no que deriva a saúde doença e também as condições que existe para a equipe desenvolver seu trabalho, bem como os modelos de assistência e de gestão, num processo de completar com a participação dos usuários.

Quanto à gestão do NASF, o Ministério da Saúde em suas diretrizes, afirma que;

Consiste num conjunto de ações, dos profissionais das equipes de SF e do próprio NASF e ESF, incluindo a participação da comunidade no processo de organização do trabalho em saúde, de forma intersetorial e interdisciplinar, na perspectiva consolidação da gestão democrática e participativa no SUS. (2009, p. 105)

Portanto, pode-se afirmar que é um assunto bastante amplo, que envolve desde valores, como direitos sociais, até compromisso, diante das práticas advindas da gestão. E que para garantir direitos sociais, pode-se partir também da defesa de uma gestão mais democrática, porém participativa, com habilidade que causem propostas que promova a saúde do cidadão.

Dentro dessa perspectiva, o assistente social trabalha cotidianamente com diversas expressões da questão social, sendo provocado a enfrentar a realidade de forma mais crítica, até mesmo por conta de sua bagagem teórica e metodológica, fazendo com que estabeleça planos que opere de forma interventiva e profissional. Onde a mesma se apropria da categoria da totalidade de Marx que possibilitará um trabalho racional, analisando criticamente a dinâmica social dentro dos espaços de atuação, possibilitando assim ao profissional romper com o imediatismo da prática o que caracteriza uma prática conservadora.

Sob esse enfoque que o profissional de Serviço Social passa a ser um articulador potencializado de mediações, atuando junto ao cotidiano das classes subalternas, aumentando as possibilidades de alcance de atendimento às demandas, garantindo a efetivação dos direitos sociais, principalmente ao acesso a política e aos programas da saúde.

Sendo assim, é possível reconhecer que o assistente social é de suma importância não somente no NASF, mas como também nos serviços de saúde, estando ele fortalecido junto ao projeto profissional na expectativa de contribuir para a concretização da reforma sanitária, na busca de materialização de direitos sociais ligado aos valores da defesa da justiça social, igualdade e democracia, bem como

na defesa das políticas públicas de saúde, com é preconizado o SUS dentro da Constituição Federal.

CAPÍTULO III: ANÁLISE DOS DADOS QUANTO A ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NO NASF 07 DE JUAZEIRO DO NORTE - CE

3.1. Considerações Metodológicas

Segundo Minayo (1995, p.22), “a metodologia inclui as concepções teóricas de abordagem, o conjunto de técnicas que possibilitam a apreensão da realidade e também o potencial criativo do pesquisador”. A arte de investigar a realidade estudada através de técnicas e métodos compõe a metodologia, meio pelo qual são usadas diversas estratégias para efetivação dos objetivos desejados.

A pesquisa caracteriza-se como sendo, descritiva e bibliográfica, pois se trata de um estudo acerca do assunto por intermédio de fontes secundárias como livros, artigos, trabalhos acadêmicos dentre outros; com uma abordagem qualitativa-quantitativa, que segundo Dantas e Cavalcante;

A pesquisa qualitativa tem caráter exploratório, isto é, estimula os entrevistados a pensarem livremente sobre algum tema, objeto ou conceito. Mostra aspectos subjetivos e atingem motivações não explícitas, ou mesmo conscientes, de maneira espontânea. É utilizada quando se busca percepções e entendimento sobre a natureza geral de uma questão, abrindo espaço para a interpretação. A pesquisa quantitativa é mais adequada para apurar opiniões e atitudes explícitas e conscientes dos entrevistados, pois utiliza instrumentos estruturados (questionários). [...] seu objetivo é mensurar e permitir o teste de hipóteses, já que os resultados são concretos e menos passíveis de erros de interpretação. (2006, p. 02)

Trata-se ainda de uma pesquisa de campo, que de acordo com Marconi e Lakatos;

É aquela utilizada com o objetivo de conseguir informações e/ou conhecimentos a cerca de um problema, para o qual se procura uma resposta, ou de uma hipótese, que se queira comprovar, ou, ainda, descobrir novos fenômenos ou as relações entre eles. Consiste na observação de fatos e fenômenos tal como ocorrem espontaneamente, na coleta de dados a eles referentes e no registro de variáveis que se presume relevantes, para analisá-los. (2005, p.188)

A população do estudo é de 100% dos assistentes sociais que atuam no NASF 07, sendo assim a amostragem foi composta por apenas um profissional, tendo em vista o quadro reduzido de profissionais no equipamento social aqui

referenciado, em decorrência do ano eleitoral. A coleta de dados foi realizada no mês de outubro de 2012 e teve como ambiente de estudo o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) de Juazeiro do Norte - CE junto aos assistentes sociais da instituição.

O instrumento de coleta de dados utilizado foi o questionário estruturado composto por 12 perguntas, estando divididas em dois tópicos: Identificação Profissional e Informações sobre a atuação do Assistente Social junto ao NASF 07 de Juazeiro do Norte – CE. Após o processo da coleta de dados, os resultados foram divulgados a partir do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), onde foram expostos os dados a partir da interpretação das falas dos profissionais, o que irá contribuir para o debate dos estudantes do curso de Serviço Social em torno da temática aqui explicitada.

Foram considerados ainda os aspectos legais da pesquisa, no que tange à pessoa, instituição e justiça de acordo com a Resolução 196/96 da Fundação Nacional de Saúde, mediante a apresentação do Termo de Consentimento e Livre Esclarecimento (TCLE) para que os entrevistados autorizassem sua participação na investigação. Foram atendidas ainda as exigências das diretrizes e normas da pesquisa em seres humanos, apresentados na Resolução de nº. 196/96, do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

3.2. Demonstrativo e Análise dos Dados da Pesquisa

Neste item abordaremos a análise do questionário acerca dos desafios e as potencialidades para a atuação do Assistente Social no NASF 07 de Juazeiro do Norte – CE. Para melhor compreensão, dividimos este tópico em: Identificação Profissional e a Atuação do Assistente Social junto ao NASF 07 de Juazeiro do Norte.

3.2.1 Identificação Profissional

A presente pesquisa teve como objetivo principal analisar os desafios e as potencialidades para a atuação do Serviço Social no NASF 07 de Juazeiro do Norte-CE. Está foi desenvolvida a partir da prática dos Estágios Supervisionados I e II

junto ao Assistente Social que atua no Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) 07 de Juazeiro do Norte. Esta foi realizada no mês de outubro de 2012, com o profissional deste equipamento social referenciado.

Assim iniciamos a análise dos dados a partir da tabela 01, na qual dispõe sobre a identificação profissional:

TABELA 01- IDENTIFICAÇÃO PROFISSIONAL

PERGUNTAS	RESPOSTAS
Idade	27 anos
Período de formação	2 anos e meio
Natureza da instituição que realizou a graduação	Privada
Possui pós-graduação	Direito das famílias
Tipo de pós-graduação	Especialização
Tempo de atuação nesse equipamento social	2 anos
Vínculo institucional	Concurso

FONTE: PRIMÁRIA, 2012

Observa-se na tabela acima que o profissional entrevistado tem 27 anos, realizou graduação em instituição de natureza privada a 2 anos e meio, é pós-graduado em direito das famílias , e tem 2 anos de atuação neste equipamento social , onde o mesmo é concursado. Este atende a legislação aprovada em 26 de agosto de 2010, a qual estipula a duração de trabalho do Assistente Social ser de 30 horas semanais sem redução salarial.

Assim conclui-se que apesar do profissional ser jovem este é comprometido com o projeto ético-político da profissão onde atua com ética e singularidade na luta da defesa intransigente pela efetivação dos direitos dos usuários que demandam seus serviços na instituição. O mesmo é pontual e atuante, tendo vista que atua sozinho na cobertura de uma área que compõe em torno de 05 PSF's, uma vez que

pela abrangência deveria compor uma equipe de assistentes sociais de maior número devido os problemas sociais serem de alta complexidade.

De acordo com o CFESS;

[...] embasado no parecer do Conselho Nacional da Saúde/CNS Nº 218/1997 – e na Resolução CFESS Nº 383/1999 – o Assistente Social é expressamente reconhecido como profissional da saúde quando atua ou desenvolve suas atribuições profissionais nesta área. Segundo parecer jurídico do CFESS, o assistente social poderá acumular dois empregos públicos, sendo que um necessariamente deve ser na área da saúde. Existem, porém, interpretações jurídicas diferenciadas de órgãos públicos (alguns entendem que os dois vínculos devem ser nessa área), o que pode representar um desafio na perspectiva de garantia desse direito ao Assistente Social, demanda essa que deve ser encaminhada junto às entidades trabalhistas/sindicais. (CFESS, 1999)

Conforme exposto no parecer do CFESS, podemos observar que o assistente social é considerado um profissional da área da saúde, neste sentido ele pode ter dois vínculos empregatícios, sendo concursado, e contratado ao mesmo tempo em órgãos públicos distintos, estando este regulamentado dentro do aparato das leis trabalhistas.

3.2.2 Informações sobre a atuação do Assistente Social junto ao NASF 07 de Juazeiro do Norte – CE

Daremos início ao item relacionado à atuação do assistente social do NASF 07 de Juazeiro, destacando ainda os limites e as potencialidades da sua atuação. Para melhor compreensão acerca da identificação do profissional, preconizando o sigilo em relação ao nome real, o denominamos de “ÚNICO”.

Quando perguntado ao profissional como o mesmo poderia definir sua atuação dentro da instituição, este respondeu o seguinte sobre este item:

“A atuação do A.S dentro da saúde além dos preceitos do código de ética são os parâmetros do A.S dentro da política de saúde. Nessa perspectiva o trabalho do A.S no NASF ele tem uma especificidade, no desvelar das questões sociais que estão inseridas no contexto saúde – doença”. (ÚNICO)

Sobre este assunto Bravo e Matos, ressaltam;

O trabalho do Assistente Social na saúde deve ter como eixo central a busca criativa e incessante da incorporação dos conhecimentos e das novas requisições à profissão, articulados aos princípios dos projetos da reforma sanitária e ético-político do Serviço Social. É sempre na referência a estes dois projetos que se poderá ter a compreensão se o profissional está de fato dando respostas qualificadas as necessidades apresentadas pelos usuários. (2008, p.213)

Cabe, portanto ao Serviço Social, na sua atuação junto a uma rede articulada de profissionais que atuam na defesa do SUS, elaborar novas estratégias criativas que efetivem o direito social à saúde. Logo, a prática desse profissional encontra-se norteado pelo projeto Ético- Político que rege a profissão, uma vez que estes são desafiados constantemente a se posicionarem em defesa da democratização das políticas públicas.

Perguntamos ao profissional quais os desafios que se apresentam cotidianamente em sua prática dentro desse espaço sócio ocupacional. Ele respondeu o seguinte:

“O trabalho do A.S no NASF é justamente romper com a perspectiva curativa que o estabelecimento de saúde ainda carrega. O trabalho do PSF tem como principal foco as questões educativas e atuar sobre questões epidemiológicas sobre o âmbito de apoio e educação e promoção em saúde. Mas temos percebido que esse equipamentos tem se colocado muito mais como ambulatório do que mesmo ambiente para essas ações em promoção e prevenção em saúde. Então essa é a maior barreira para o funcionamento do Serviço Social, visto que ainda se tem esse ranço conservador que a saúde atua como curativa e não como prevenção informação e saúde”. (ÚNICO)

Diante da fala do entrevistado, podemos fazer um paralelo com a discussão que as autoras Bravo e Matos relatam sobre a referida temática:

Cabe ao Serviço Social – numa ação necessariamente articulada com outros segmentos que defendem o aprofundamento do Sistema Único de Saúde (SUS) – formular estratégias que busquem reforçar ou criar experiências nos serviços de saúde que efetivem o direito à saúde”. (BRAVO & MATOS, 2008, p.213)

Conforme a citação acima, podemos concluir que o assistente social na área da saúde deve ter na essência das suas ações a busca criativa e a incorporação de novos conhecimentos, que articulados aos princípios do projeto de reforma sanitária

e o projeto ético-político do Serviço Social, possibilitem dar respostas eficientes e eficazes as necessidades dos usuários, tendo como primazia a garantia do direito a saúde.

Foi perguntado ao profissional como ele percebe a potencialidade de suas ações dentro do NASF 07 de Juazeiro do Norte – CE. Sobre isto obtivemos a seguinte resposta:

“As nossas ações tem se voltado principalmente para orientação tanto das equipes das estratégias em promover atividades de ação e saúde como também a equipe se empenha em desenvolver ações em educação e saúde, de promoção e prevenção em estabelecimento educacionais principalmente ao grupo de idoso [...] Então essas ações são expandidas na perspectiva de educação e saúde” (ÚNICO)

Diante do exposto, vimos que a atuação do assistente social não se limita apenas há um caráter meramente burocrático, mas sim, um trabalho educativo junto à população na compreensão de seus problemas levando-se em consideração a singularidade de cada sujeito. De acordo com Costa;

Estas atividades consistem em orientações e abordagens individuais ou coletivas /grupais ao usuário, família e à coletividade, para esclarecer, informar e buscar soluções acerca de problemáticas que envolve a colaboração destes na solução de problemas de saúde individual e coletiva, sobretudo quando se trata de epidemias e endemias [...] podemos acrescentar o desenvolvimento de ações estratégicas de comunicação em saúde com o objetivo de facilitar a comunicação interna entre unidades de rede SUS, setores e profissionais bem como a comunicação entre serviço e usuários/ sociedade com vistas à qualificação e humanização da atenção.(2008, p.316)

Estas ações socioeducativas, ou ainda, educação em saúde consiste em orientações reflexivas e socialização de informações, mas não com um fim em si mesma, mas no intuito de intencionalidade e dimensão de libertação na construção de uma cultura de incentivo a participação dos usuários e da população na busca pelo conhecimento crítico da realidade e assim, fortalecer e potencializar os sujeitos na construção de estratégias coletivas.

Questionamos sobre o trabalho realizado junto à equipe interdisciplinar como uma possível potencialidade as ações desenvolvidas neste espaço e como elas se dão. Foi respondido o seguinte:

“Na verdade este trabalho é interdisciplinar então não tem como só através do Serviço Social absorver todas as demandas que são postas pelas ESF’s e dar de conta delas por si só não adiante sermos messiânicos achar que dentro de uma esfera de 10 estabelecimentos de saúde com mais 4 pontos de apoio , ou seja , numa carga horária de 30 horas semanais você dar de conta de mais de 14 pontos , na verdade 14 ESF. É praticamente impossível você atuar nesse PSF’s por isso temos uma preocupação muito mais de discutimos essas ações no âmbito saúde e aí a equipe interdisciplinar se torna muito mais importante no sentido de estarmos discutimos a luz de outros profissionais para que se possa ter uma ação positiva.” (ÚNICO)

Em relação ao relatado pelo entrevistado podemos situar a concepção de interdisciplinaridade, conforme o Ministério da Saúde:

INTERDISCIPLINARIDADE é o trabalho em que as diversas ações, saberes e práticas se complementam. Disciplinas implicam condutas, valores, crenças, modos de relacionamento que incluem tanto modos de relacionamento humano quanto de modos de relação entre sujeito e conhecimento. O prefixo “inter” indica movimento ou processo instalado tanto “entre” quanto “dentro” das disciplinas. A interdisciplinaridade envolve relações de interação dinâmica entre saberes. “No projeto interdisciplinar não se ensina, nem se aprende: vive-se, exerce-se”. Ela deve ser entendida também como uma atitude de permeabilidade aos diferentes conhecimentos que podem auxiliar o processo de trabalho e a efetividade do cuidado num determinado momento e espaço. (2009, p. 18)

Dessa forma, é perceptível que essa articulação com outras categorias profissionais realça o trabalho junto ao usuário que busca os serviços de saúde pública de qualidade, se configurando como ponto positivo no trabalho desenvolvido nas unidades de saúde, cujos profissionais compartilham dos pressupostos do movimento de reforma sanitária que vislumbram o aprofundamento do SUS.

Foi perguntado ao entrevistado que ele explicitasse algumas de suas ações que se configurasse como uma potencialidade. Obtivemos a seguinte resposta:

“Dentro das ações que são potencializadas e que são desenvolvidas dentro do Serviço Social no NASF acredito que a mais importante são as ações de proteção e prevenção e saúde, visto que essas ações acabam sendo impacto no que diz respeito ao próprio atendimento que são realizados nas próprias ESF’S. Então não adianta esta apenas no PSF vendo todas as semanas essas mesmas demandas, hipertensão, diabetes e que essas pessoas não tem conhecimento de que é um quadro hipertensivo ou como se dá um tratamento de um diabético. Muitas vezes está associado a aspectos culturais do que meramente aspectos fisiológicos, ou seja, do que adianta você tá toda semana se consultando , pegando remédio se você

não muda seus hábitos de vida, se não muda seus hábitos alimentares, não faz exercício. Então essas ações em educação e saúde são primordiais para que esses usuários tenham maior desempenho em qualidade de vida.”
(ÚNICO)

A ação profissional deve ultrapassar o caráter burocrático e emergencial, com vistas em uma direção socioeducativa por meio da reflexão com relação às condições sócio históricas que acomete o usuário, visando a mobilização para a participação nas lutas em defesa da garantia do direito a saúde. É a partir dessa demanda que;

O profissional precisa ter clareza de suas atribuições e competências para estabelecer prioridades de ações e estratégias, a partir de demandas apresentadas pelos usuários, de dados epidemiológicos e da disponibilidade da equipe de saúde para ações conjuntas. (CFESS, 2010, p.43)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo faz parte de uma análise acerca do tema pesquisado intitulado os desafios e as potencialidades no NASF 07 de Juazeiro do Norte-CE. Onde foi desenvolvido com o assistente social que atua no Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) 07 de Juazeiro. Para tanto, fez-se necessário apresentar uma breve e sucinta construção histórica acerca da Política de saúde no Brasil, bem como do surgimento do NASF. Em seguida, apresentamos algumas considerações referentes à inserção da profissão na área da saúde traçando os desafios e as potencialidades dentro deste cerne deste profissional, e ainda sua atuação junto ao equipamento social referenciado em parceria com a equipe interdisciplinar.

Conforme os estudos da pesquisa no NASF 07 de Juazeiro, percebemos que a instituição possui apenas 01 assistente social do sexo masculino, que tem 27 anos é especialista na área de direito das famílias, concursado, e o mesmo cumpre carga horária de 30 horas conforme a lei que regulamenta essa profissão, exercendo a função de técnico na instituição.

Se faz mister salientar que o número reduzido de profissionais da área neste espaço e bastante reduzido , o que nos faz perceber que esse numero não é suficiente, pois o numero de demanda é grande , e desse modo, um só não consegue atender aos inúmeros casos que ali chegam buscando apoio e orientações. Sendo assim seríamos messiânicos em demasia achar que esse profissional sozinho dará conta de tamanha população que clama pelos seus serviços e atendimentos diários. Isso faz com que em muitos casos o mesmo seja incompreendido pelos próprios usuários em certos atendimentos, uma vez que o mesmo tem que cobrir uma área que abrange de 05 a 07 PSF's, por semana.

Salientamos que esse em questão atende de segunda a quarta pela manhã e tarde, sendo que pelas manhãs está em PSFs, distante da cidade, no qual apenas um veículo é disponibilizado para levar toda a equipe que somam no total de cinco pessoas, e a tarde ele está na cidade em outros PSFs. Quando acontece de um bairro ter mais demandas, ele infelizmente deixa de ir aos outros, ficando assim “descoberto” termo usado por eles quando falta qualquer um desses profissionais, aí fica pra dali a 15 dias a visita ou atendimento.

Isso faz com que a população fique indignada, e nota-se que eles não sabem, dá a impressão que os usuários não podem saber que só tem ele pra atender tantos PSFs, é impossível sendo ele único nessa área. Claro que ele conta com o apoio da equipe que ali se encontra, mas os usuários estão em busca do assistente social, e nesse caso só ele pode atender tais demandas sociais. Mesmo com todas as fatalidades postas perante esses atendimentos percebemos que o assistente social citado, apresenta uma pratica madura, segura e ética no seu trabalho diário, mesmo tendo pouco tempo de formação e o mesmo se da ao seu tempo de trabalho.

Diante do estudo verificamos que as questões norteadoras foram contempladas no cotidiano da prática do assistente social, pois as intervenções realizadas pelo profissional na instituição se da prioritariamente a partir do contato direto com os usuários, a partir das visitas domiciliares onde é possível receber a demanda posta para o Serviço Social, e conseqüentemente, desenvolver ações propositivas que deem resolubilidade a problemática apresentada pelo usuário.

Apesar da precariedade dos serviços públicos que se refletem na falta de estrutura física onde já salientamos também que o mesmo em todos os PSFs, que atende não tem sala própria para seu atendimento, o mesmo fica a espera de alguma sala para atender, isso também é uma grande insatisfação por parte dele porque de qualquer forma os usuários ficam expostos a todos. Mesmo assim o que nos surpreende é que esses profissionais prontificam-se a desenvolver um trabalho sério, dinâmico que trazem respostas positivas aos demandantes dos serviços da instituição, e em articulação com a equipe interdisciplinar esse trabalho torna-se mais eficaz e eficiente ao passo que promove um atendimento mais humanizado com vistas em garantir a efetivação do direito a saúde. Porém, isto só é possível através do estabelecimento de uma rotina de trabalho, e do compromisso ético-político com a população, percebendo o sujeito na sua totalidade.

Assim, o assistente social do NASF 07 têm como eixo de trabalho promover a emancipação do sujeito a partir do acesso à rede de saúde pública e demais equipamentos socais, nas conversas educativas sobre prevenção em saúde, e combate as drogas, como também prevenção de doenças.

Desse modo, a saúde não é percebida apenas como fator clinico que implica no ver a pessoa somente pela ótica da doença, mas sim, levam-se em consideração os determinantes sociais tendo em vista que influenciam diretamente no processo

saúde-doença dos usuários, logo, a intencionalidade da intervenção deve produzir mudanças nas condições reais de vida da população que implica na viabilização e concretização de políticas públicas em geral, especialmente a da saúde, no fortalecimento dos sujeitos a partir da participação nos processos decisórios, na efetivação dos direitos sociais e fundamentais, bem como na busca pela melhoria da qualidade de vida dos usuários, como assim está disposto na Constituição Federal de 1988 a partir da institucionalização do SUS.

REFERÊNCIAS

BEHRING, Elaine Rossetti. **Fundamentos de Política Social.**___ in: **Política Social: Fundamentos e História.** São Paulo: Cortez, 2008.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica: Diretrizes do NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família).** Brasília: 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008.** Credencia municípios conforme quantitativo e modalidade definidos, para receber o incentivo financeiro aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família-Nasf. Brasília: 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do Núcleo de Apoio a Saúde da Família NASF –** Brasília: 2009.160 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos de Atenção Básica; n. 27)

BRAVO, Maria Inês Souza. **Desafios Atuais do Controle Social no Sistema Único de Saúde (SUS).** ___ in: Revista Serviço Social e Sociedade, nº 88. São Paulo: Cortez, 2000.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Política de Saúde no Brasil.** ___in: MOTA, Ana Elizabete (org) et al. **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional.** 3ªed. Brasília: Cortez, 2008.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de. **Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: Elementos para o Debate.** ___in: MOTA, Ana Elizabete (org)et al. **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional.** 3ª ed. Brasília: Cortez, 2008.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Parâmetros para Atuação de Assistente Social na Saúde.** Série: Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais. Brasília, 2010.

COUTO, Berenice Rojas. **O Direito Social e a Assistência Social na Sociedade Brasileira: Uma equação possível?** 3ª. ed. São Paulo: Cortez, 2008. Editora Atlas, 6ª Edição, 2005.

ELY, Fabiana Regina. **Serviço Social e Interdisciplinaridade.** _In: Revista KATÁLYSIS v. 6 n. 1 Jan /jun. 2003 Florianópolis SC (págs. 113-117)

MACEDO, J. R.; OLIVEIRA, V. **Uma história em construção.** 1º ed. Rio de Janeiro: editora do Brasil, 1999.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. Editora Atlas, 6ª Edição, 2005.

MINAYO, Cecília de Souza. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 4ª ed. Petrópolis, 1995.

RAICHELIS, Raquel. **O trabalho do assistente social na esfera estatal.** In: **Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais** Brasília CFESS/ABEPSS, 2009. V. 1

SIMÕES, Carlos. **Curso de direito do Serviço Social**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

VASCONCELOS, Ana Maria de. **Serviço Social e Práticas Democráticas na Saúde.** __in: MOTA, Ana Elizabete (org) et al. **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. 3ª ed. Brasília: Cortez, 2008.

VIANA, A. L. Dávila. DAL POZ, M. R. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família: In. **Série Didática, estudos em Saúde Coletiva**, IMS/UERJ, Rio de Janeiro, nº 166, 1998.

Sites Visitados:

FILHO, Cláudio Bertolli. **História da saúde pública no Brasil**. 4ª. ed. Ática, 2006.
<http://www.juazeiro.ce.gov.br/secretarias/sesau/2012>. Acesso em 14 de setembro de 2012.

<http://www.cfess.org.br>. Acesso em 20 de Novembro de 2012.

APÊNDICES

APÊNDICE A**FACULDADE LEÃO SAMPAIO****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

Esta pesquisa institui-se por os desafios e as potencialidades para a atuação do assistente social no NASF 07 de Juazeiro do Norte – CE. Está sendo desenvolvida pela aluna, Regina Moraes da Silva Araújo, sob orientação da professora Naedja Pereira Barroso.

Sua participação na pesquisa é voluntária e, portanto o (a) senhor (a) não é obrigado (a) a fornecer as informações ou colaborar com as atividades solicitadas pelo pesquisador.

As informações aqui solicitadas deverão ser respondidas com total veracidade e de forma voluntária e serão codificadas e apresentadas como Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), e poderão ser apresentados em eventos científicos, mantendo o sigilo profissional e a integridade física e moral do indivíduo.

Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa. Diante do exposto, eu,

declaro que fui devidamente esclarecido (a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento.

APÊNDICE B**QUESTIONÁRIO****1. IDENTIFICAÇÃO PROFISSIONAL****1.1. IDADE**

- () entre 20 e 39 anos
- () entre 39 e 40 anos
- () entre 41 e 50 anos
- () mais de 50 anos

1.2. PERÍODO DE FORMAÇÃO

- () de 06 meses a 3 anos
- () de 3 anos a 6 anos
- () de 6 anos a 9 anos
- () mais de 10 anos

1.3. NATUREZA DA INSTITUIÇÃO QUE REALIZOU A GRADUAÇÃO

- () pública
- () privada

1.4. POSSUE ALGUMA PÓS-GRADUAÇÃO

- () sim
- () não

se sim, em que? _____

1.5. TIPO DE PÓS-GRADUAÇÃO

- () especialização
- () mestrado
- () doutorado
- () pós-doutorado

1.6. TEMPO DE ATUAÇÃO NESSE EQUIPAMENTO SOCIAL

- () entre 2 anos a 4 anos
 () entre 4 anos e 6 anos
 () mais de 6 anos

1.7. VÍNCULO COM A INSTITUIÇÃO

- () contrato
 () concurso
 () prestação de serviço
 () outros _____

2. INFORMAÇÕES SOBRE A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL JUNTO AO NASF 07 DE JUAZEIRO DO NORTE - CE

2.1. COMO O SR (A) PODERIA DEFINIR SUA ATUAÇÃO DENTRO DO NASF 07 DE JUAZEIRO DO NORTE – CE?

2.2. QUAIS OS DESAFIOS QUE SE APRESENTAM COTIDIANAMENTE EM SUA PRÁTICA DENTRO DESSE ESPAÇO SÓCIO OCUPACIONAL? _____

2.3. DIANTE DESSES DESAFIOS COMO O SR (A) PERCEBE A POTENCIALIDADE DE SUAS AÇÕES DENTRO DO NASF 07 DE JUAZEIRO DO NORTE – CE?

2.4. O SR (A) PERCEBE O TRABALHO REALIZADO JUNTO À EQUIPE INTERDISCIPLINAR COMO UMA POSSÍVEL POTENCIALIDADE AS AÇÕES DESENVOLVIDAS NESTE ESPAÇO? DE QUE FORMA?

2.5. EXPLICITE ALGUMA DE SUAS AÇÕES QUE O SR (A) VISUALIZA COMO
UMA POTENCIALIDADE?
