

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL

NÍZIA CRISTIANA TORRES RAMOS

**O TRABALHO DO (A) ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE:
Uma reflexão sobre os NASFs e o trabalho profissional**

JUIZ DE FORA

2019

NÍZIA CRISTIANA TORRES RAMOS

**O TRABALHO DO (A) ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE:
Uma reflexão sobre os NASFs e o trabalho profissional**

Trabalho de conclusão de curso apresentado a Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Política Social, Serviço Social e Processo de Supervisão de Estágio

Orientador: Prof.^a Dr.^a Viviane Souza Pereira

JUIZ DE FORA

2019





Nízia Cristiana Torres Ramos

O Trabalho do (a) Assistente Social na Saúde:
Uma Reflexão sobre os NASFs e o trabalho profissional

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de Serviço Social/Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito para obtenção do título de especialização em Política Social, Serviço Social e Processo de Supervisão de Estágio (segunda turma).

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado em 05/12/2019, por banca composta pelas seguintes docentes:


Avaliadora: Professora Dr.^a Ana Maria Ferreira


Orientadora: Professora Dr.^a Viviane Souza Pereira

Nota obtida: 100

Juiz de Fora
Dezembro de 2019

AGRADECIMENTOS

À Deus por me sustentar até aqui.

Aos meus pais e irmãos pela dedicação e paciência.

À Vinícius, meu marido e Bruno, Giovani, Otávio e Alice, meus filhos, vocês são meu maior sonho, meu céu e meu chão.

À minha amiga e excelente profissional Crislaine do Nascimento Flauzino pela paciência,

presença e amor incondicional.

À minha orientadora Professora Doutora Viviane pela parceria, compreensão, desafios e aprendizagem.

“É preciso compreender o presente não apenas como presente de limitações, mas como presente de possibilidades.”

(Paulo Freire, 1981)

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo apresentar o debate sobre a atuação do (a) assistente social em equipes multidisciplinares, fazendo interlocução com as redes de atendimento socioassistenciais. O estudo sintetiza informações sobre a evolução da política de saúde no Brasil e a inserção e trajetória do assistente social na saúde. Aponta, também, perspectivas de atuação deste profissional nas Estratégias de Saúde da Família – ESF após a implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF, enquanto intenciona estimular a interlocução entre os diversos profissionais e setores na perspectiva de atendimentos compartilhados dos usuários. Elencamos as possibilidades de atuação no território, em agendas e saberes compartilhados, das possibilidades de intervenção e resolução de demandas através de discussões e ações interdisciplinares. Por fim, traz a reflexão sobre o trabalho profissional do assistente social, mesmo atuando em equipe, na perspectiva de defesa de sua autonomia, seu projeto Ético-político e defesa da Reforma Sanitária.

Palavras-chave: Assistente Social, Saúde, NASF, Trabalho profissional.

ABSTRACT

This work aims to present the debate about the performance of the social worker in multidisciplinary teams, making dialogue with the social assistance networks. The study synthesizes information about the evolution of health policy in Brazil and the insertion and trajectory of the social worker in health. It also points out perspectives of this professional's action in Family Health Strategies - ESF after the implementation of Family Health Support Center – NASF, while intending to stimulate dialogue between the various professionals and sectors in the perspective of shared care of users. We list the possibilities of acting in the territory, in shared agendas and knowledge, the possibilities of intervention and resolution of demands through discussions and interdisciplinary actions. Finally, it brings the reflection of the professional work of the social worker, even acting as a team, in the perspective of defending his autonomy, his Ethical-political project and defense of Health Reform.

Keywords: Social Worker, Health, NASF, Professional Work.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – Classificação de Demandas Espontâneas da Atenção Básica.....	34
FIGURA 2 – Fluxograma de Atendimento às Demandas Espontâneas	36
FIGURA 3 – Síntese de atividades do NASF	42

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Organização do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ).....	37
TABELA 2 – Modalidades de NASF	41

LISTA DE SIGLAS

AB – Atenção Básica

ABEPSS – Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social

ANS – Agência Nacional de Saúde

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

BM – Banco Mundial

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPS i – Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil

CAPs – Caixa de Aposentadoria e Pensão

CFESS – Conselho Federal do Serviço Social

CIB – Comissão Intergetores Bipartite

CIT – Comissão Intergestores Tripartite

CLT – Consolidação das Leis Trabalhistas

CRAS – Centro de Referência de Assistência Social

CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social

CRESS – Conselho Regional do Serviço Social

CSN – Companhia Siderúrgica Nacional

DAB – Departamento de Atenção Básica

EBSERH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

ENESSO – Executiva Nacional dos Estudantes de Serviço Social

ESF – Estratégia Saúde da Família

FUNRURAL – Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural

HUs – Hospitais Universitários

IAPs – Institutos de Aposentadoria e Pensões

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

LOPS – Lei Orgânica da Previdência Social

MS – Ministério da Saúde

NASF – AB – Núcleo Ampliado de Saúde da Família na Atenção Básica

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPAS – Organização Pan Americana da Saúde

OSs – Organizações Sociais

OSCIP – Organização da Sociedade Civil de Interesse Público

PAC – Programa de Aceleração do Crescimento

PMAQ – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade
PNAB – Política Nacional da Atenção Básica
PNCT – Programa Nacional de Combate ao Tabagismo
PSE – Programa Saúde na Escola
PSF – Programa Saúde da Família
RAS – Rede de Atenção à Saúde
RJU – Regime Jurídico Único
SAMU – Serviço de Atendimento Móvel às Urgências
SAS – Secretaria de Atenção à Saúde
SCNES – Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica
SIM – Sistema de Informação de Mortalidade
SINASC – Sistema de Informação de Nascidos Vivos
SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 A TRAJETÓRIA DA POLÍTICA DE SAÚDE	18
2.1 CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA	18
2.2 A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)	31
2.3 A IMPLANTAÇÃO DO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF)	38
3 A INSERÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE	45
4 TRABALHO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL NO NASF	50
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	56
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	58
ANEXOS	62

1 INTRODUÇÃO

Este estudo tem como tema o trabalho do (a) assistente social na saúde: uma reflexão sobre os Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)s e o trabalho profissional. Está apresentado na forma de Trabalho de Conclusão de Curso, requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Política Social, Serviço Social e Processo de Supervisão de Estágio.

As vivências e experiências ao exercer o trabalho de assistente social do NASF na cidade de Conselheiro Lafaiete/MG, propiciaram questionamentos pertinentes ao trabalho profissional, sua inserção, suas ações, suas reflexões e possibilidades de intervenções junto aos usuários e aos membros das equipes Saúde da Família e os outros profissionais que compõe as equipes NASF no sentido de questionar o agir, na expectativa de escuta e ações qualificadas aos usuários, o crescimento e fortalecimento profissional e nossa busca constante em fortalecer as bases sociais.

A partir do tema escolhido faremos uma breve reconstrução histórica do Serviço Social e da Política de Saúde no Brasil ao longo dos anos, a inserção do (a) assistente social na saúde, a composição das equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), e posterior incorporação do NASF na composição destas equipes interdisciplinares, que tem em sua estruturação o profissional do Serviço Social. E a partir daí, apresentaremos como se dá o trabalho do assistente social do NASF, sua interlocução com as equipes interdisciplinares, suas ações, sua atuação de forma conjunta e atuação de forma privativa, como ocorrem o trabalho em redes sócio assistenciais, quais os desafios propostos na atuação cotidiana do NASF, observando os preceitos do Código de Ética do Serviço Social¹ e nosso Projeto Ético Político².

¹ Código de Ética do Serviço Social – O Código de Ética Profissional representa a dimensão ética da profissão, tendo caráter normativo e jurídico. Ele delinea parâmetros para o exercício profissional, define direitos e deveres dos assistentes sociais, buscando a legitimação social da profissão e a garantia da qualidade dos serviços prestados. Ele expressa a renovação e o amadurecimento teórico-político do Serviço Social e evidencia em seus princípios fundamentais, o compromisso ético-político assumido pela categoria. O código atual vigente foi aprovado em 1993 e instituído pela Resolução 273/93 do Conselho Federal do Serviço Social (CFESS).

² Projeto Ético Político do Serviço Social – O projeto ético e político do Serviço Social, que orienta o exercício e a formação profissional, resultou de um processo histórico de construção coletiva, sob a direção das entidades nacionais da categoria (CFESS/CRESS, ABEPSS e ENESSO). De acordo com NETTO (1999), tem em seu núcleo o reconhecimento da liberdade como valor ético central – a liberdade concebida historicamente, como possibilidade de escolher entre alternativas concretas; daí um compromisso com a autonomia, a emancipação e a plena expansão dos indivíduos sociais. Consequentemente, o projeto profissional vincula-se a um projeto societário que propõe a construção de uma nova ordem social, sem dominação e/ou exploração de classe, etnia e gênero.

O reconhecimento do Serviço Social ao longo dos anos e por fim, seu reconhecimento enquanto profissão através da Lei de Regulamentação da Profissão 8.662/1993 traz a perspectiva de profissão inscrita na divisão sociotécnica do trabalho, com profissional dotado de relativa autonomia na condução de suas ações, legitimado pela formação acadêmica de nível universitário e pelos aparatos que regulam o exercício profissional. Esta relativa autonomia é determinada pela tensão das lutas hegemônicas presentes em nossa sociedade, mas sobretudo pelo tipo de trabalho que desenvolvem os assistentes sociais e pelo lugar que ocupamos na divisão sócio técnica do trabalho. Assim, avanços e retrocessos destas disputas entre grupos sociais e interesses de classes, circunscrevem a direção política da atuação profissional do assistente social, hoje majoritariamente comprometida com os segmentos da classe trabalhadora.

Diante do exposto acima, torna-se necessário entender o assistente social, como profissional inserido nesta ótica capitalista na divisão do trabalho, que intervém nas múltiplas expressões da questão social³ presentes na sociedade e indissociável dos dilemas vividos pelo conjunto da classe trabalhadora que também sofre perdas de suas conquistas históricas. Por conseguinte, o assistente social insere-se no contexto das lutas profissionais pela efetivação das políticas públicas como a saúde.

A construção da política de saúde no Brasil é permeada de lutas significativas no âmbito do trabalho, da organização, da profissionalização e no atendimento humanizado e de qualidade aos usuários. A sua organização, possui consonância com os princípios da intersetorialidade, integralidade, descentralização, universalização, participação social e redefinição dos papéis institucionais das unidades políticas (União, Estado, municípios, territórios) na prestação dos serviços de saúde e efetivo financiamento do Estado. O disposto atende à proposta de Reforma Sanitária de universalização e garantia das políticas e dos direitos sociais, assegurados na Constituição Federal de 1988, e que culminaram no Sistema Único de Saúde (SUS).

A atenção básica em saúde (AB), é reconhecida a partir da criação do Programa Saúde da Família (PSF) e posteriormente passa por ampliação para o modelo Estratégia Saúde da Família, promovendo a ampliação de atendimento nos postos de saúde com equipes multidisciplinares para atuar na prevenção e promoção da saúde dos usuários.

³ Questão Social – Definido por Yamamoto (2009) como o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade.

Nesse sentido, o assistente social deverá intervir nas mais diversas expressões da questão social no âmbito da saúde. O profissional também é impactado em seu trabalho por essa nova configuração: na formação profissional, nas condições de trabalho, nas influências teóricas, na ampliação da demanda e nas relações com os demais profissionais e movimentos sociais. Os assistentes sociais são profissionais universitários com grande número em atuação em saúde, sendo a quarta categoria em nível superior das equipes multidisciplinares, sendo as demais categorias constituídas primeiramente por médicos e na sequência por enfermeiros e dentistas, constituindo mais uma fonte de demanda empregatícia para o Serviço Social.

No ano de 2008 com o objetivo de apoiar a inserção da Estratégia Saúde da Família (ESF) na rede de serviços, ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Básica, aumentando a resolutividade da mesma e reforçando os processos de territorialização e regionalização em saúde, o Ministério da Saúde mediante a Portaria GM nº 154 de 24/01/08, cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), sendo republicada em 04 de março do mesmo ano.

As equipes do NASF são compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento para atuarem no apoio e parceria com os profissionais das equipes de ESF, com foco nas práticas em saúde nos territórios.

As variadas composições de equipes e atuações interdisciplinares propiciam ao assistente social múltiplas interfaces de atuação, outros aspectos e perspectivas sobre suas reflexões e mais ainda, a atuação de forma estratégica e articulada com os princípios que regulamentam a profissão, com táticas que possibilitem avançar no fortalecimento das bases sociais, buscando trabalhar para contribuir para a autonomia e clareza dos sujeitos em relação aos seus direitos.

Ao analisar o trabalho do assistente social no NASF, pode-se compreender que o mesmo desenvolve-se por meio de ações estrategicamente e taticamente planejadas, voltadas a determinado objetivo profissional, mas também por ações focais, dispersas, isoladas de si, que podem não conduzir a um fim proposto.

Sob esta perspectiva constrói-se, a reflexão da atuação do assistente social acerca das ações propostas a objetivos profissionais no NASF destacamos a necessidade de qualificar ações que mobilizem e impulsionem novas maneiras de realizar a prática, em especial o Serviço Social na área da saúde, tendo como referência a saúde como direito universal e com controle social⁴ e o Projeto Ético-Político do Serviço Social brasileiro.

⁴Controle Social – Esses mecanismos foram propostos num contexto de mobilização da sociedade civil,

Diante disso, torna-se necessário avançar no debate de realizar no exercício profissional ações qualificadas, amplamente fundamentadas em nossos princípios éticos, defendendo intransigentemente os direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo, inclusive zelando por nossa própria autonomia.

No capítulo “A TRAJETÓRIA DA POLÍTICA DE SAÚDE” é apresentado a história da construção da política de saúde no Brasil no subtítulo “CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA” dialogando com Bravo (2009), Castro (2018), Pereira (2013), entre outros autores e autoras. No tópico seguinte, é realizado apontamentos de aspectos relevantes mencionados no subtítulo: “ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA” em que promove um breve histórico do surgimento desta política de saúde nos territórios, referenciado pela Política Nacional de Atenção Básica (2006) e (2017), discutimos com Figueiredo (2014) e Lobato (2014).

No subtítulo posterior, “A IMPLANTAÇÃO DO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF)” descreve como esta política emergiu como estratégia de trabalho em equipes multidisciplinares, utilizando como referencial bibliográfico a Política Nacional de Atenção Básica 2006 e 2017, Cadernos da Atenção Básica nº 21, 27 e 39. No Terceiro subtítulo “A INSERÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE” é realizada uma contextualização histórica da inserção dos profissionais do Serviço Social na Política de Saúde utilizando como referência bibliográfica artigo de Bravo e Menezes (2014), Bravo e Matos (2009), Gonçalves e Kernkamp (2013), entre outros.

Já no próximo capítulo o “TRABALHO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL NO NASF” que trata da questão do reconhecimento da importância de atuação do Serviço Social, pautadas e amparadas pelo Código de Ética e pelo Projeto Ético-Político profissional, em busca da emancipação dos indivíduos. Para retratar estas singularidades e possibilidades, dialogamos com Castro (2018), Iamamoto (2014), Freire (2012), Menezes (2014), entre outros autores e autoras.

Por fim, este trabalho procura realizar o debate da importância do trabalho profissional do assistente social atuando na saúde, especificamente no NASF. Assim como, espera-se trazer à tona a subjetividade do fazer profissional diário como forma de contribuir no projeto ético político da categoria.

do processo Constituinte e promulgação da Constituição de 1988, que introduziu avanços que buscaram corrigir as históricas injustiças sociais acumuladas secularmente, mas incapazes de universalizar direitos tendo em vista a longa tradição de privatizar a coisa pública pelas classes dominantes. (BRAVO, 2009, p.395).

2 A TRAJETÓRIA DA POLÍTICA DE SAÚDE

2.1 CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA

A trajetória da Política de Saúde no Brasil acompanha a trajetória de construção das políticas de proteção social, juntamente com a previdência e assistência social, que sofreram influências políticas, econômicas e sociais neste processo.

De acordo com Pereira (2013), no final do século XIX e início do século XX inexistia uma política sanitária no país; as cidades em especial os grandes centros estavam à mercê das epidemias. A população era vítima de varíola, malária, febre amarela e a peste negra. Situações que traziam consequências para vários setores, como o comércio exterior, sendo esta uma das grandes preocupações da oligarquia cafeeira e do governo.

Em 1909 é quando ocorre a institucionalização e reconhecimento da profissão de médico no Brasil. Neste período o médico sanitário, Dr. Oswaldo Cruz foi nomeado para desenvolver ações de erradicação da epidemia de febre amarela no Rio de Janeiro. Para isso, foi contratado um exército de 1.500 trabalhadores para combater o mosquito vetor da doença. Entretanto, a dificuldade nas comunicações, a falta de esclarecimento junto à população e as arbitrariedades cometidas pelos “guardas” provocaram insegurança e revolta na população, culminando na Revolta da Vacina⁵. (PEREIRA, 2013)

A forma adotada ficou conhecida como campanhista, com modelo e visão militar, sendo utilizados a força, autoridade e repressão como instrumentos contra a população, que sem entender a proposta manifestava resistência, pois as residências eram invadidas, colchões e roupas eram queimadas e muitas vezes, até a própria casa. A saúde já aparece como reivindicação no nascente movimento operário. (PEREIRA, 2013)

A saúde emerge como “questão social” no Brasil no início do século XX, no bojo da economia capitalista exportadora cafeeira, refletindo o avanço da divisão do trabalho, ou seja, a emergência do trabalho assalariado. (BRAVO, 2009, p. 90)

⁵ Revolta da Vacina: denominação da revolta da população contra a ação ordenada pelo governo de vacinação em massa em todo território brasileiro. A ação foi respalda pela Lei Federal nº 1.261/1904 que instituiu a vacinação obrigatória. A população indignada com o método e alarmada pela falta de informação foi às ruas exigindo a paralisação da vacina. As ruas transformaram-se em um cenário de guerra, com enfrentamento da população com as forças policiais. (PEREIRA, 2013)

Na década de 1920 a saúde pública adquire novos moldes, agora através das ações de Carlos Chagas, que inovou no modelo das campanhas, propagandas e educação sanitária, com ampliação dos atendimentos. (BRAVO, 2009). A economia também é marcada por mudanças, ocorrendo o deslocamento da dinâmica da agricultura baseada na produção de café pela introdução do processo de industrialização. Neste período, questões relacionadas a higiene e saúde do trabalhador, foram abordadas podendo ser caracterizadas nas primeiras medidas embrionárias do esquema previdenciário brasileiro, resultando na criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), reconhecidas através da Lei Elói Chaves em 1923. As CAPs eram financiadas pela União, pelas empresas empregadoras e pelos empregados. Apenas grandes estabelecimentos tinham condições de mantê-las, devido sua estrutura de organização. (BRAVO, 2009)

Durante a década de 1930, o Estado inicia a construção de um polo industrial nacional, em especial aqueles de produção de bens intermediários como a Companhia Siderúrgica Nacional (CSN), a Companhia Vale do Rio Doce, Fábrica Nacional de Motores, Hidrelétrica do Vale São Francisco, estradas, ferrovias.

De acordo com Pereira (2013), os imigrantes europeus buscavam no Brasil a fuga dos regimes fascistas e nazistas, atendendo aos requisitos desta nova política econômica que necessitou de mão de obra dos trabalhadores urbanos. Porém, vivenciavam péssimas condições de vida e trabalho como os demais trabalhadores brasileiros.

Diante à realidade apresentada, as ações do governo eram limitadas, com uma política de saúde de caráter nacional, organizada em dois subsectores: o de saúde pública e o de medicina previdenciária.

As alterações ocorridas na sociedade brasileira a partir da década de 1930 têm como indicadores mais visíveis o processo de industrialização, a redefinição do papel do Estado, o surgimento das políticas sociais, além de outras respostas às reivindicações dos trabalhadores. (BRAVO, 2009, p. 90)

Assim sendo, as ações governamentais apresentavam-se escassas na perspectiva de melhorias nas condições de trabalho desses trabalhadores. De acordo com Pereira (2013), durante o governo Getúlio Vargas (1930 a 1945), o país passou por uma estruturação do papel do Estado. Durante este período, o país perpassou por três tipos governos: Provisório; Constitucional e Estado Novo sob a égide da centralidade no poder, discurso nacionalista, conhecido como populista e marcado principalmente pelo período ditatorial. Entretanto, é neste período que o Estado assume responsabilidades em garantir algumas proteções sociais aos

trabalhadores, a partir das mobilizações da classe trabalhadora.

Diante do que foi exposto, podemos destacar como as principais alternativas adotadas para a saúde pública, a ênfase nas campanhas sanitárias; a interiorização das ações para as áreas de endemias rurais; a criação de serviços de combate às endemias; a coordenação dos serviços estaduais de saúde pelo Departamento Nacional de Saúde, em que os estados eram reconhecidos com um poder fragilizado na perspectiva política e econômica; a reorganização do Departamento Nacional de Saúde em 1941 que incorporou vários serviços de combate às endemias e assumiu o controle da formação de técnicos em saúde pública. (BRAVO, 2009)

No que corresponde as mobilizações da classe trabalhadora, obteve-se como resultado a Lei nº 2.162 de 01 de Maio de 1940, que decreta o salário mínimo, o fortalecimento das políticas sociais e a criação do Instituto de Aposentadoria e Pensão (IAPs) que substituíram as CAPs, com ampliação das categorias de assalariados urbanos a serem atendidos, como forma de drenar as mobilizações, e não propriamente de uma cobertura mais ampla. (PEREIRA, 2013)

Segundo Pereira (2013), na década de 1940, o desenvolvimento industrial, a formação da classe operária e graves problemas sociais, tornou-se necessário a definição de ações para uma política de saúde. Isto posto, é implantado o Ministério da Educação e Saúde.

A política de saúde formulada neste período era de caráter nacional, organizada em dois subsetores: o de saúde pública e medicina previdenciária. O subsetor de saúde pública será predominantemente até meados de 60 e se centralizará na criação de condições sanitárias mínimas para as populações urbanas, e, restritamente, para as do campo. O subsetor de medicina previdenciária só virá sobrepujar o de saúde pública a partir de 1966. (BRAVO, 2009, p. 91)

No decorrer da década de 1940, somente tinham acesso benefícios previdenciários e aos serviços de saúde, àqueles trabalhadores inseridos no trabalho formal e que sua categoria profissional tivesse associado a algum IAP. “Os IAPs garantiam para estes trabalhadores um plano de assistência médica; até este momento eram atendidos pelas Santas Casas em razão dos baixos salários não conseguiam pagar.” (PEREIRA, 2013, p. 103). Este plano permitia a busca por atendimento na área da saúde diretamente nos hospitais. Entretanto, o sistema era diferenciado, no que corresponde a quantidade e a qualidade de serviços prestados, que permaneciam interligados a categoria profissional.

Fleury e Ourverney (2008) fazem uma análise dos tipos ideais de proteção social em três categorias: o assistencial; o seguro social e a seguridade social. O modelo implantado neste período coincide com as características definidas como modelo de seguro social que está

voltado para grupos de trabalhadores do mercado formal, já politicamente organizados, de estrutura contributiva, meritocrático, corporativista, privilegiado, fragmentado, que muito influenciaram no sistema de saúde construído e sendo gradualmente implantado.

O Seguro Social tem como característica destinar-se à cobertura da população assalariada com a qual se estabelece uma relação jurídica do tipo contratual: os benefícios são, em regra, proporcionais à contribuição efetuada, não guardando relação imediata com as necessidades do beneficiário. A participação tende a ser compulsória e, embora restrita a uma parcela da população, é uma relação de direito social estabelecida com base em um contrato. Trata-se, neste caso, da cidadania regulada⁶pela condição de exercício de uma ocupação oficialmente reconhecida, o que lhe garante a assinatura da carteira de trabalho. (FLEURY e OURVERNEY, 2008, p. 12)

Este modelo contributivo ganhou forma e corpo na política de saúde posteriormente, em ações voltadas a investimentos em estruturas privadas e acesso restrito a quem estivesse inserido no mercado de trabalho e contribuindo.

Após a queda do governo de Getúlio Vargas em 1945, foi promulgada outra Constituição Federal em 1946, que ampliava as estruturas da Política de Saúde, mais centralizadas, entretanto com espaços para realização nas campanhas e ações sanitárias.

A situação da Saúde da população de 1945 a 1964 (com algumas variações identificadas principalmente nos anos 50, 56 e 63, em que os gastos com saúde pública foram mais favoráveis, havendo melhoria das condições sanitárias), não conseguiu eliminar o quadro de doenças infecciosas e parasitárias e as elevadas taxas de morbidade e mortalidade infantil, como também a mortalidade geral. (BRAVO, 2009, p. 92)

De acordo com Bravo (2009), esta estrutura de atendimento hospitalar de natureza privada, com fins lucrativos, já estava montada a partir dos anos 1950 e começava a direcionar a formação de empresas médicas. Esta oligarquia médica capitalista estava mais organizada e pressionava pelo financiamento através do Estado da produção privada, claramente em defesa

⁶ Cidadania Regulada - “Por cidadania regulada entendo o conceito de cidadania cujas raízes encontram-se, não em um código de valores políticos, mas em um sistema de estratificação ocupacional, e que, ademais, tal sistema de estratificação ocupacional é definido por norma legal. Em outras palavras, são cidadãos todos aqueles membros da comunidade que se encontram localizados em qualquer uma das ocupações reconhecidas e definidas em lei. A extensão da cidadania se faz, pois, via regulamentação de novas profissões e/ou ocupações, em primeiro lugar, e mediante ampliação do escopo dos direitos associados a estas profissões, antes que por extensão dos valores inerentes ao conceito de membro da comunidade. A cidadania está embutida na profissão e os direitos do cidadão restringem-se aos direitos do lugar que ocupa no processo produtivo, tal como reconhecido por lei” (Santos apud Fleury e OURVERNEY, 2008, p. 13).

do modelo privatista. Porém, apesar das pressões promovidas, a assistência médica previdenciária, até 1964, era fornecida basicamente pelos serviços próprios dos Institutos.

Ainda no governo Getúlio Vargas, vinha se discutindo a necessidade da unificação dos IAPs. Esse processo de discussão, resistência e construção de uma proposta levou à aprovação em 1960, da Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), nº 3.807. A mesma, estabelece a unificação de todos os IAPs existentes em regime geral da previdência social, destinada a atender os trabalhadores sob o regime da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), ou seja, aqueles inseridos formalmente no mercado de trabalho. No entanto, a LOPS ainda mantinham excluídos os trabalhadores rurais.

Embora o Brasil durante este período tenha vivenciado com liberdades relativas, tentativas de golpes, um movimento sindical atrelado ao governo, entre outras formas de controle, podemos considerar que o país passou por um período desenvolvimentista que pode ser identificado como o mais democrático da República Brasileira até o golpe de 1964.

No que corresponde aos trabalhadores rurais, com a promulgação de uma nova legislação, Lei 61.554 de 17 de outubro de 1967, Artigo 158 que instituía o Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (FUNRURAL), puderam ser contemplados em meio (1/2) salário mínimo ao se aposentar.

A unificação da Previdência Social, com a junção dos IAPs se deu atendendo a duas características fundamentais: o crescente papel interventivo do Estado na sociedade e o alijamento dos trabalhadores do jogo político, com sua exclusão na gestão da previdência, ficando-lhes reservado o papel de financiadores. (BRAVO, 2009, p. 93)

Em pleno regime militar, os trabalhadores se manifestaram contrários a esta unificação que resultou na criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), temendo pela redução dos benefícios existentes em algumas categorias e sendo apenas permitido o papel de financiador do sistema. Dessa maneira, o INPS não consolidou ao longo da história uma estrutura para atendimento de seus usuários e passou a comprar os serviços privados na área de saúde, ampliando ainda mais o número de segurados sendo necessário a ampliação do atendimento hospitalar. (PEREIRA, 2013). As tensões e repressões existentes eram suavizadas pela ampliação da cobertura dos serviços como forma de legitimar o poder do regime. A consequência dessa ação se deu em uma política de saúde ampliada e burocratizada. A máquina estatal modernizou-se para que o poder de controle também aumentasse.

A política nacional de saúde enfrentou permanente tensão entre a ampliação

dos serviços, a disponibilidade de recursos financeiros, os interesses advindos das conexões burocráticas entre o setor estatal e empresarial médico e a emergência do movimento sanitário. (BRAVO, 2009, p. 95)

Pode ser observado, que o sistema acima citado, proporcionou vantagens ao setor privado como:

- Ampliação da inclusão de trabalhadores urbanos em 1973;
- Destaque da medicina curativa, individual, assistencialista e especializada, articulada com o capital estrangeiro via indústria farmacêutica e de equipamento hospitalar;
- Investimento nos monopólios internacionais de produção de medicamentos e equipamentos;
- Organização da prática da medicina visando à lucratividade do setor da saúde entre outras vantagens.

Assim sendo, a saúde é tratada como um “nicho do mercado, logo como um serviço que deve ser comprado pelos seus usuários” (MATOS, 2014, p. 27). O que torna a área em que a população mais manifestou insatisfação, mesmo com os mecanismos de repressão, reivindicava-se a ampliação de investimentos à política de saúde. Neste contexto, emerge o movimento sanitário, paralelo à luta contra o regime da ditadura militar, potencializada nos espaços universitário, sindical e movimentos populares urbanos.

Nos anos 1970, temos o início do Movimento Sanitarista que traz novos conceitos de “que saúde não se compra como um produto, mas pode ser criada mudando hábitos, tecnologias, alienações, incongruências sociais e ambientais.” (BERLINGUER in CASTRO, 2018, p. 75)

De acordo com Castro (2018), o ponto comum ao movimento sanitário era a defesa da ruptura do modelo assistencial hegemônico e as divergências estavam em torno do entendimento de democratização e sobre a inserção no processo social.

O movimento sanitário tinha como propostas: universalização do acesso, saúde como direito social e dever do Estado, reestruturação do setor através de um sistema unificado de saúde, descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, financiamento e democratização do poder local, através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde. (CASTRO, 2018, p. 72)

O processo de abertura política foi lento e gradual. Cresce o movimento pela ampliação da política de saúde, culminando no I Simpósio sobre Política de Saúde em 1979 que além de apontar pela democratização da sociedade, apresentou neste espaço, de forma bastante

consensual, pública e extensa, a proposta do Sistema Único de Saúde (SUS), propostas do movimento sanitário.

É possível observar que o marco teórico construído pelo projeto de reforma sanitária dos anos 1970 parte de um campo político e de análise da política da saúde que compreende a integralidade do indivíduo e analisa esse enquanto sujeito social, inserido em um contexto que determina o processo saúde-doença. (CASTRO, 2018, p. 88)

A consolidação deste movimento bem como a visibilidade das demandas identificadas apareceram na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, depois do fim da ditadura militar, com intensa participação social e popular, nela discutiu e deliberou pelo princípio da saúde como direito universal de todos os cidadãos brasileiros e a responsabilidade do Estado em criar as condições para sua operacionalização. Esta Conferência foi o marco mais importante na direção da politização da saúde, uma das primeiras metas a serem implantadas objetivando aprofundar o nível de consciência sanitária, garantir o apoio político necessário à implementação das mudanças e atingir a visibilidade para inserção das demandas na agenda governamental. (BRAVO, 2009)

Pode ainda ser considerado como marco político e conceitual para a transformação do formato da saúde no Brasil, do reconhecimento da saúde como direito fundamental do ser humano e da ampliação do conceito de saúde como resultado das condições de alimentação, moradia, trabalho, educação, lazer, esporte, renda e acesso aos serviços de saúde com qualidade.

Em 1988 temos a aprovação da Constituição Federal, considerada Constituição Cidadã, com participação dos movimentos sociais pré-constituição e aprovação em muitos dos textos de projetos de iniciativa popular. Expressou significativos avanços para a política de saúde, de forma direta ou indireta, em seus artigos 196 a 200, avançando na possibilidade de autonomia dos Estados e Municípios, a descentralização e municipalização, rompendo com a forma centralizada e tradicional da ditadura militar e a valorização da cidadania e participação popular como instrumento de controle social. (PEREIRA, 2013)

A regulamentação destes artigos ocorreu através da Lei Orgânica da Saúde (LOS) – Lei nº 8.080/1990 que dispõe sobre a condição para a promoção, proteção e recuperação da saúde, assim como regulamenta os objetivos e atribuições, os princípios e diretrizes, bem como a organização, direção e gestão, a competência e a responsabilidade de cada ente federado – federal, estadual e municipal, a participação da iniciativa privada – recursos humanos, financiamento e gestão financeira e planejamento e orçamento. A Lei 8.142/1990 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre a

transferência de recursos financeiros intergovernamentais, bem como a instituição dos Conselhos e Conferências de Saúde.

O SUS foi a superação da compreensão da saúde atrelada a contribuição previdenciária para a ampliação do conceito de direito de cidadania para todos os brasileiros de forma indiscriminada. Outro ponto importante é que a política de saúde passa a compor a seguridade social juntamente com as políticas de previdência social e assistência social, ampliando aqui o conceito de proteção social, bem como a responsabilidade do Estado.

A reforma sanitária brasileira, além de um projeto político-social, é também a trajetória de constituição e reformulação de um campo de saber, uma estratégia política e um processo de transformação institucional, que contribuiu para a garantia constitucional do direito universal à saúde e da construção institucional do SUS. (CASTRO, 2018, p. 84)

Pode-se destacar como os principais aspectos aprovados da nova Constituição:

O direito universal à saúde e o dever do Estado, acabando com discriminações existentes entre segurado/não-segurado, rural/urbano; As ações e serviços de saúde passaram a ser considerados de relevância pública, cabendo ao poder público sua regulamentação, fiscalização e controle; Constituição do Sistema Único de Saúde, integrando todos os serviços públicos em uma rede hierarquizada, regionalizada, descentralizada e de atendimento integral, com participação da comunidade; A participação do setor privado no sistema de saúde deverá ser complementar, preferencialmente com as entidades filantrópicas, sendo vedada a destinação de recursos públicos para subvenção às instituições com fins lucrativos. Os contratos com entidades privadas prestadoras de serviços far-se-ão mediante contrato de direito público, garantindo ao Estado o poder de intervir nas entidades que não estiverem seguindo os termos contratuais; Proibição da comercialização de sangue e seus derivados. (TEIXEIRA apud BRAVO, 2009, p. 97)

Os serviços de saúde, como consultas, internações, exames, cirurgias, etc., são destinados a todos os cidadãos brasileiros de forma gratuita e financiados pelo Estado por meio de recursos arrecadados de impostos e contribuições sociais – também pagas pela população – do governo federal, estadual e municipal.

O texto constitucional, com relação à Saúde, após vários acordos políticos e pressão popular, atende em grande parte às reivindicações do movimento sanitário, prejudica os interesses empresariais do setor hospitalar e não altera a situação da indústria farmacêutica. (BRAVO, 2009, p. 97)

Vale destacar o artigo 7º da Lei Orgânica de Saúde que traz os princípios norteadores do SUS:

As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

- I – Universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II – integralidade de assistência, entendida como 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;
- III – preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV – igualdade da assistência à saúde sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V – direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI – divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VII – utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII – participação da comunidade;
- IX – descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo: ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde.
- X – integração em nível executivo das ações em saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- XI – conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- XII – capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência e
- XIII – organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos. (BRASIL, 1990, p. 25)

De acordo com Matos (2014) o SUS está descrito em conformidade com o movimento sanitário indicando uma concepção ampliada de saúde e para uma rede de serviços pública, estatal e com acesso universal. Porém o que é constatado nos anos 1990, é a consolidação do projeto de saúde atrelado ao mercado e verificamos o redirecionamento do papel do Estado, influenciado pelo projeto neoliberal⁷ em uma política de ajuste fiscal.

As contrarreformas, implementadas a partir da segunda metade da década de

⁷ O projeto neoliberal tem sua origem nas formulações de Hayek, que datam dos anos 1940, mas que emergem com força planetária após a década de 1970, quando ocorre a crise do modelo de acumulação fordista-keynesiano e, conseqüentemente, dos modelos de bem-estar social. O projeto neoliberal surge como alternativa à reanimação do capitalismo, no qual os precursores na sua adoção foram os EUA e a Inglaterra, e na América Latina, o Chile (Anderson, 1996). A partir dos anos 1990 passa a ser adotado por diferentes governos brasileiros, expressando uma inserção tardia e subalterna do Brasil no contexto da política de ajuste, quando experiências mundiais já demonstravam a incapacidade desta proposta. De acordo com Anderson (1996), o projeto neoliberal conquistou apenas um enorme êxito ideológico, pois, ao contrário do que prometia, não conseguiu reanimar a política econômica e como saldo agravou as diferenças sociais, gerando desemprego e desmantelamento do Estado. (MATOS, 2014, p. 33)

1990, em consonância com as orientações do Banco Mundial (BM), estão ancoradas na necessidade de limitação das funções do Estado. Este deve desresponsabilizar-se da execução direta das políticas sociais. Suas funções devem ser de coordenar e financiar as políticas públicas e não mais executá-las. (BRAVO e MENEZES, 2014, p. 75)

Ocorre implementação dos programas de qualidade na saúde e o Departamento Nacional de Auditoria do Ministério da Saúde se coloca como órgão de propagação e organização desse modelo gerencial nos diferentes níveis governamentais do SUS. (CASTRO, 2018)

A lógica perversa do capital e política neoliberal é instaurada na saúde do Brasil na década de 1990 através de ações como contratos flexibilizados e temporários nos serviços públicos e a perda de proteção social, ganhando espaço as políticas de eficiência, custos e capitalização. (CASTRO, 2018)

De acordo com Bravo e Menezes (2014) com a ofensiva do neoliberalismo temos um cenário de desarticulação dos movimentos sociais, expressa pela perda do poder das mobilizações sociais e impacto na desarticulação dos mecanismos de controle social, principalmente os conselhos representativos, articulando apenas pautas pontuais e particularizadas.

Na saúde ocorre uma ofensiva do capital privado com a implementação de políticas regionalizadas de atendimentos aos usuários em parcerias público-privada de exames e internações de média e alta complexidade, onde os usuários são atendidos e o SUS paga ao capital privado pela utilização dos equipamentos que estes já possuem e investem pela lógica capital de obtenção de lucro.

Cada vez mais o sistema público e gratuito é deixado de lado em investimentos significativos em sistemas de média e alta complexidade, deixando-se de lado as propostas da Reforma Sanitária de promoção e prevenção da saúde e investe-se prioritariamente no tratamento das doenças. A campanha do movimento privatista e terceirização dos setores ganha corpo e a falta de investimentos, sucateamento, grandes filas passam a compor as crescentes críticas ao SUS, que ainda em implantação já sofre boicotes dos gestores em detrimento de investimentos ao setor privado.

É nesse sentido que a privatização torna-se elemento central no projeto neoliberal, devendo os setores estratégicos geridos pelo Estado serem repassados à iniciativa privada e desregulados. De acordo com essa lógica, a combinação entre privatização, desregulação e competição elimina entraves burocráticos, aumenta eficiência e a produtividade, melhora a qualidade e reduz custos. (CASTRO, 2018, p. 37)

De acordo com Castro (2018) a política de saúde no período FHC sofre grandes cortes de investimentos e custeio, a universalização do acesso à saúde é atacada e as políticas passaram a ser alvo de contenções de gastos, pois foram consideradas como causa da elevação do déficit público.

Os alto custos dos serviços de saúde eram proporcionados pelo modelo de atenção centrado no hospital e voltado para as inovações tecnológicas, equipamentos, maquinarias e alto grau de medicalização, que gerava baixa resolutividade e elevados custos. (CASTRO, 2018, p. 39)

Na área dos trabalhadores da saúde houve flexibilização dos contratos e relações de trabalho, aumento das terceirizações, redução dos salários, ataque aos direitos trabalhistas e às organizações sindicais, perda da estabilidade, precarização das condições de trabalho, desvios de função e gestões que não incentivam os espaços de participação coletiva. (CASTRO, 2018). “Os recursos humanos do SUS foram afetados diretamente com a ausência de concurso público e aumento de servidores celetistas ou com contrato precarizado.” (CASTRO, 2018, p. 40)

Em 1998 as Organizações Sociais (OSs) caracterizadas como “parceiras do Estado”, foram aprovadas no Congresso Nacional pela Lei 9.637 de 15 de maio de 1998, entidades públicas não estatais que gerem atividades públicas utilizando-se de financiamento público em uma lógica mercadológica. Por meio de contrato de gestão ou termos de parceria, foram transferidos serviços e unidades, bens móveis e imóveis, recursos humanos e financeiros, certa independência para gerenciar, contratar, executar, prestar serviços públicos, sem os mecanismos de controle social, “abrindo a disputa para as empresas privadas gerenciarem os serviços sociais públicos, pela lógica da eficácia e menos custo.” (CASTRO, 2018, p. 55)

É também neste período em que José Serra esteve à frente do Ministério da Saúde retorna com as campanhas de saúde – ideia superada do sanitarismo campanhista, o desrespeito às instâncias de controle social, a regulamentação dos planos privados de saúde e a criação das agências – de Saúde Suplementar (ANS) e a de Vigilância Sanitária (ANVISA) sem concurso público para preenchimento das vagas, com poder decisório e orçamento próprio. (MATOS, 2014)

Para Castro (2018) o governo Lula (2003-2006) inicia com proposta de administração pública que buscou atingir baixos níveis de pobreza e desigualdade social. Para a saúde estabelece-se a descentralização do SUS, a horizontalidade da estrutura do Ministério da Saúde (MS), a sustentação dos hospitais universitários, efetivação de política de

humanização do atendimento e fortalecimento do Controle Social através dos Conselhos de Saúde. Quatro políticas foram prioritárias no primeiro mandato: a Estratégia Saúde da Família (ESF), o Brasil Sorridente, Serviço de Atendimento Móvel às Urgências (SAMU) e a Farmácia Popular.

Como destaca Castro (2018), os investimentos na ESF marcaram como ponto central os dois mandatos do governo Lula com saldo positivo em relação a ampliação dos atendimentos e acesso da população à atenção primária, porém fragilizada as formas e critérios para contratação da força de trabalho, sem concurso público e no modelo gerencial de mercado com ponto biométrico e metas de produção.

Este processo também retomou a família como sujeito fundamental, trazido pelos ideários neoliberais, enquanto responsável pelas condições objetivas e subjetivas de sua vida, ocorrendo simultaneamente a uma retração da responsabilidade do Estado sob a proteção social dos sujeitos. (CASTRO, 2018)

Outra questão é a ênfase nas indústrias de equipamentos de saúde que contribuíram significativamente no processo de acumulação do capital, colocando em segundo plano os investimentos na atenção primária e em serviços básicos.

Em 2009, após investidas no Congresso Nacional, contrários às orientações do Conselho Nacional de Saúde (CNS), é aprovada a proposta do modelo das fundações estatais de direito privado e cooperativas de trabalhadores da saúde. O CNS denunciava a forma de gestão suscetível às práticas clientelistas para ocupação dos cargos de gestão, à partidarização e ao acesso de trabalhadores sem qualificação técnica necessária. (CASTRO, 2018)

Seguindo as orientações do Banco Mundial que indicou a necessidade de fortalecer a infraestrutura por meio de maior participação privada, de financiamento da moeda local e de realização de reformas, no final de 2010, como última ação do segundo mandato do Governo Lula, foi criada a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), empresa pública com personalidade jurídica de direito privado vinculada ao Ministério da Educação, com a missão de reestruturar os Hospitais Universitários (HU). (MATOS, 2014)

Os HUs constituem o maior complexo hospitalar do país, sendo 47 hospitais distribuídos em 33 universidades federais no país. Este modelo da EBSERH reatualiza os aspectos das Fundações Públicas de Direito Privado, com destaque apontados por Matos (2014):

- Intenção mercantil ao atender os usuários de planos privados de saúde, sem esclarecer como ocorrerá esta restituição ao SUS, constituindo numa porta dupla de entrada;

- Ignoram o controle social, uma vez que a EBSERH, OSs, Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), foram rejeitadas na 14ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2012;
- Desconsidera o princípio democrático da autonomia universitária, ao centralizar a gestão em Brasília, ignorando os espaços deliberativos das universidades;
- Continua o discurso de crítica a contratação pelo Regime Jurídico Único (RJU) incentivando a contratação pelo Regime da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT).

“É importante destacar que desde os primeiros meses do governo Dilma ficou visível a insatisfação de diversos grupos sociais ligados aos setores subalternos.” (BRAVO e MENEZES, 2014, p. 76) Neste sentido vale ressaltar as manifestações que ocorreram pelo país:

- Dos estudantes e trabalhadores em várias cidades do país contra a elevação da passagem dos ônibus;
- Mobilizações organizadas pelos fóruns populares que debatem a situação da saúde e da educação pública contra o processo de privatização;
- A reação dos trabalhadores contra as empresas multinacionais da construção civil nas obras do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC), um dos maiores programas de transferência de verbas públicas para as mãos do grande capital, como: Camargo Correa, Odebrecht, Mendes Júnior, Queiroz Galvão entre outras.

Tornam-se cada vez mais usuais expressões como mercado, privatização e relação custo-benefício incluídas na política de saúde, cada vez mais pontuais e emergenciais. A contrarreforma do Estado é posta como fundamental para garantir a acumulação do capital e reprodução da ordem sociopolítica.

Em 2016, em meio ao impeachment da presidenta Dilma, temos o reforço da conjuntura do projeto neoliberal e aprofundam as investidas contra os trabalhadores em ações de retirada de direitos trabalhistas, congelamento dos repasses a Saúde, Educação e Assistência Social por 20 anos.

Por fim, em 2018 a eleição do presidente Jair Bolsonaro que representa todo o ideário reacionário, neoliberal, de direita extremista, neofacista que desde o seu primeiro dia de governo deixou bem claro a que veio, desmantelando o controle social, investindo em privatizações e corte de recursos da Saúde, Educação e Assistência Social, colocando em prática as mais perversas ações de especulação e exploração do capital.

2.2 A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)

A política de saúde é constituída e pautada no modelo de territorialização. Esta marca propiciou e desencadeou no Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), a clara intensificação de esforços em programas focais que trazem em seu aspecto estrutural a divisão e subdivisão do espaço em territórios, áreas e micro áreas.

De acordo com Modesto (2017) as categorias espaço e território não são sinônimos, como pode parecer na Política de Saúde. Território é uma unidade do espaço onde se projetou um trabalho, revela relações marcadas pelo poder, é um recorte do espaço. E o espaço é recortado a todo o momento, é a prisão original que se torna mercadoria, quando transformado em força produtiva que produz valor. É no território que o espaço se concretiza, porque no território há disputa de poder.

É preciso considerar as especificidades do território social, das relações sociais dos sujeitos, “um recorte territorial em regiões, sem considerar as territorialidades constituídas por meio da práxis social.” (MODESTO, 2017, p. 43)

A concepção de PSF como atenção à comunidade, deixou de ter as limitações de um programa focal, setorial e expandiu limites e logo se percebeu que um programa não abarcava todos anseios do projeto político, que mudou a forma de ver o cuidado em saúde. Em 2006, o PSF deixou de ser programa e passou a ser uma estratégia permanente na atenção básica em saúde, justamente porque programa possui tempo determinado e estratégia é permanente e contínua. Desse modo passou a ser denominado de Estratégia Saúde da Família – ESF, em um posicionamento claro do Ministério da Saúde sobre a Atenção Básica em Saúde (ABS) e aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), através da Portaria nº 648 de 28 de março de 2006.

Estratégia Saúde da Família é um conjunto de ações de caráter individual ou coletivo, situadas no nível de atenção básica do sistema de saúde, voltadas à: ampliação da cobertura e melhoria da qualidade do atendimento; organização do acesso ao sistema; integralidade do atendimento; conscientização da população sobre as principais enfermidades locais e seus determinantes; incentivo à participação da população no controle do sistema de saúde. (BRASIL, PNAB, 2006)

A Atenção Primária em Saúde (APS), termo que equivale a Atenção Básica (AB),

de acordo com a PNAB (2006), caracteriza-se por conjunto de ações, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, por meio de trabalho em equipe, direcionadas a populações de delimitados territórios considerando a dinamicidade existente em que vivem essas populações e pelas quais assume a responsabilidade sanitária. (FIGUEIREDO, 2014)

A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável. (BRASIL, 2006, p. 10)

Propõe a reorganização das práticas de saúde que leve em conta a necessidade de adequar as ações e serviços à realidade da população em cada unidade territorial, definida em função das características sociais, epidemiológicas e sanitárias. Busca uma prática de saúde que garanta a promoção à saúde, à continuidade do cuidado, a integralidade da atenção, a prevenção e, em especial, a responsabilização pela saúde da população, com ações permanentes de vigilância em saúde.

De acordo com PNAB (2006), definem-se como áreas estratégicas para atuação em todo o território nacional a eliminação da hanseníase, o controle da tuberculose, da hipertensão arterial, da diabetes mellitus, a eliminação da desnutrição infantil, a saúde da criança, da mulher, do idoso, a saúde bucal e a promoção em saúde. Outras áreas serão definidas regionalmente de acordo, com prioridades e pactuações definidas nas Comissões Intergestores Bipartite (CIB) compostas paritariamente por representantes das esferas Estadual e Municipal e Comissão Intergestores Tripartite (CIT) composta paritariamente por representantes das três esferas – nacional, estadual e municipal – onde são definidas diretrizes, estratégias, programas, projetos e alocações do SUS.

Os princípios da atenção básica salientam a questão do cuidado, do vínculo e da continuidade, que não estão presentes explicitamente nos princípios do SUS. O princípio do vínculo e da continuidade refere-se à construção de vínculos entre os profissionais em saúde e a população usuária do SUS, garantindo a permanência no atendimento dos mesmos. Esse princípio tem relação com o da participação social, pois, a construção do vínculo também se dá através do incentivo aos usuários de participarem na melhoria do SUS. Isso acontece, principalmente, por meio das conferências e dos conselhos de saúde, que têm espaço reservado

para a participação dos usuários, “desde a década de 1990, na área da saúde, conta-se com mecanismos fundamentais para a garantia da participação da comunidade que são as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde.” (LOBATO, 2014, p. 150).

As equipes da ESF atuam em territórios delimitados, o que significa que esse território terá características específicas e prioridades, que serão observadas a partir do diagnóstico situacional, o que contribuirá para a realização do planejamento e programação das ações e serviços de saúde também específicos, buscando a qualidade dos mesmos e o atendimento prioritário e direcionado aos problemas e necessidades de cada território. Nesses espaços, as equipes de saúde da família têm o dever de substituir o modelo tradicional de atenção à saúde, focalizar o trabalho em equipe, estabelecer a família como objeto de trabalho, e desenvolver ações de promoção, prevenção e proteção à saúde, conforme preconizado pela PNAB (2006).

De acordo com Figueiredo (2014) a APS, principal porta de entrada do sistema de saúde, inicia suas ações com o ato de acolher, escutar e oferecer resposta resolutiva para a maioria dos problemas de saúde da população, minorando danos e sofrimentos e responsabilizando-se pela efetividade do cuidado, ainda que este seja ofertado em outros pontos de atenção da rede, garantindo sua integralidade. Para que isso ocorra, “é necessário que o trabalho seja realizado em equipe, de forma que os saberes se somem e possam se concretizar em cuidados efetivos dirigidos a populações de territórios definidos, pelos quais essa equipe assume a responsabilidade sanitária”. (FIGUEIREDO, 2014, p. 3)

O papel do profissional que realiza a primeira escuta na classificação de risco diz respeito a organizar o acesso do usuário. Para tanto faz-se necessário:

Avaliar a necessidade de cuidados imediatos. Prestar ou facilitar os primeiros cuidados. Identificar as vulnerabilidades individuais ou coletivas. Classificar o risco para definir as prioridades de cuidado. Organizar a disposição dos pacientes no serviço, de modo a acomodar os que necessitam de observação, ou administração de medicação, ou que estejam esperando remoção para outro serviço, ou que sejam suspeitos de portar doenças infectocontagiosas de transmissão aérea (meningite, por exemplo). Encaminhar o usuário para o cuidado de acordo com sua classificação. (BRASIL, 2012, p. 20)

Para melhor exemplificar, apresentamos a seguir uma tabela com a classificação de

atendimentos às demandas espontâneas na APS:

<p>Situação não aguda</p> <p>Condutas possíveis:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orientação específica e/ou sobre as ofertas da unidade. • Adiantamento de ações previstas em protocolos (ex.: teste de gravidez, imunização). • Agendamento/programação de intervenções. • Contudo, vale salientar que o tempo para o agendamento deve levar em consideração a história, vulnerabilidade e o quadro clínico da queixa.
<p>Situação aguda ou crônica agudizada</p> <p>Condutas possíveis:</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Atendimento imediato (alto risco de vida): necessita de intervenção da equipe no mesmo momento, obrigatoriamente com a presença do médico. Ex.: Parada cardiorrespiratória, dificuldade respiratória grave, convulsão, rebaixamento do nível de consciência, dor severa.
<ul style="list-style-type: none"> • Atendimento prioritário (risco moderado): necessita de intervenção breve da equipe, podendo ser ofertada inicialmente medidas de conforto pela enfermagem até a nova avaliação do profissional mais indicado para o caso. Influencia na ordem de atendimento. Ex.: Crise asmática leve e moderada, febre sem complicação, gestante com dor abdominal, usuários com suspeita de doenças transmissíveis, pessoas com ansiedade significativa, infecções orofaciais disseminadas, hemorragias bucais espontâneas ou decorrentes de trauma, suspeita de violência.
<ul style="list-style-type: none"> • Atendimento no dia (risco baixo ou ausência de risco com vulnerabilidade importante): situação que precisa ser manejada no mesmo dia pela equipe levando em conta a estratificação de risco biológico e a vulnerabilidade psicossocial. O manejo poderá ser feito pelo enfermeiro e/ou médico e/ou odontólogo ou profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) dependendo da situação e dos protocolos locais. Ex.: disúria, tosse sem sinais de risco, dor lombar leve, renovação de medicamento de uso contínuo, conflito familiar, usuário que não conseguirá acessar o serviço em outro momento.

Figura 1 – Classificação de Demandas Espontâneas da Atenção Básica. Fonte: (BRASIL,2012, p. 19)

De acordo com Figueiredo (2014), a Rede de Atenção à Saúde (RAS) é um arranjo organizacional formado pelos serviços e equipamentos de saúde, em determinado território, responsável não apenas pelos serviços, mas desenvolve, também, acerca de como estes estão se relacionando, assegurando dessa forma que a ampliação da cobertura em saúde seja acompanhada de uma ampliação da comunicação entre os serviços, a fim de garantir a integralidade e fluxo de atendimento da atenção.

Os fluxos de atendimento das demandas de saúde nos diversos níveis de atenção são definidos na RAS, com o intuito de obter a integralidade do cuidado em saúde. A principal porta de entrada e de comunicação entre os diversos pontos da RAS é a APS ou AB, constituída de equipe multidisciplinar, responsável pelo atendimento de forma resolutiva da população do território e pela construção de vínculos positivos e intervenções clínicas e sanitárias efetivas. (FIGUEIREDO, 2014)

De acordo com a PNAB, a Unidade Básica de Saúde (UBS) deve estar cadastrada no sistema de Cadastro Nacional e ser construída segundo normas sanitárias e de infraestrutura

definidas pelo Departamento de Atenção Básica (DAB)/Secretaria de Atenção à Saúde (SAS)/Ministério da Saúde (MS) para seu adequado funcionamento, devendo possuir: consultórios médicos e de enfermagem e, caso possuam profissionais de saúde bucal, consultório odontológico; salas de acolhimento, procedimento, vacina, inalação, coleta de material biológico, curativo, observação, administração e gerência, além de áreas de recepção, arquivos, dispensação e armazenagem de medicamentos (BRASIL, 2011).

Diversas maneiras de organização, realidades sócio epidemiológicas, facilidades de acesso, construção de vínculos positivos e responsabilização dos profissionais pela sequência dos cuidados com os usuários foram determinantes para estipular que cada UBS localizada nos grandes centros urbanos e que não adota o modelo de ESF pode acolher no máximo 18 mil habitantes. Já aquelas que usam o modelo ESF recomenda-se no máximo 12 mil habitantes, e em cada equipe responsável no máximo 4 mil pessoas, sendo a média recomendada de 3 mil pessoas ou menos quanto maior o grau de vulnerabilidade.

Dessa forma, cada equipe será constituída, por no mínimo, médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal. (BRASIL, 2011)

A atuação destas equipes não se restringe ao espaço físico da UBS, mas todo o território em que se insere, realizando ações conjuntas na comunidade buscando melhor atingir aos usuários em sua totalidade e incentivando a participação social.

Na Saúde da Família, os profissionais realizam o cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional e ações dirigidas à solução dos problemas de saúde, de maneira pactuada com a comunidade, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias. A atuação desses profissionais não está limitada à ação dentro da Unidade Básica de Saúde (UBS), ela ocorre também nos domicílios e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros). (BRASIL, 2008, p. 6)

Apresentamos a seguir a sugestão de fluxo para possibilidade de intervenção da

equipe no acolhimento às demandas espontâneas.

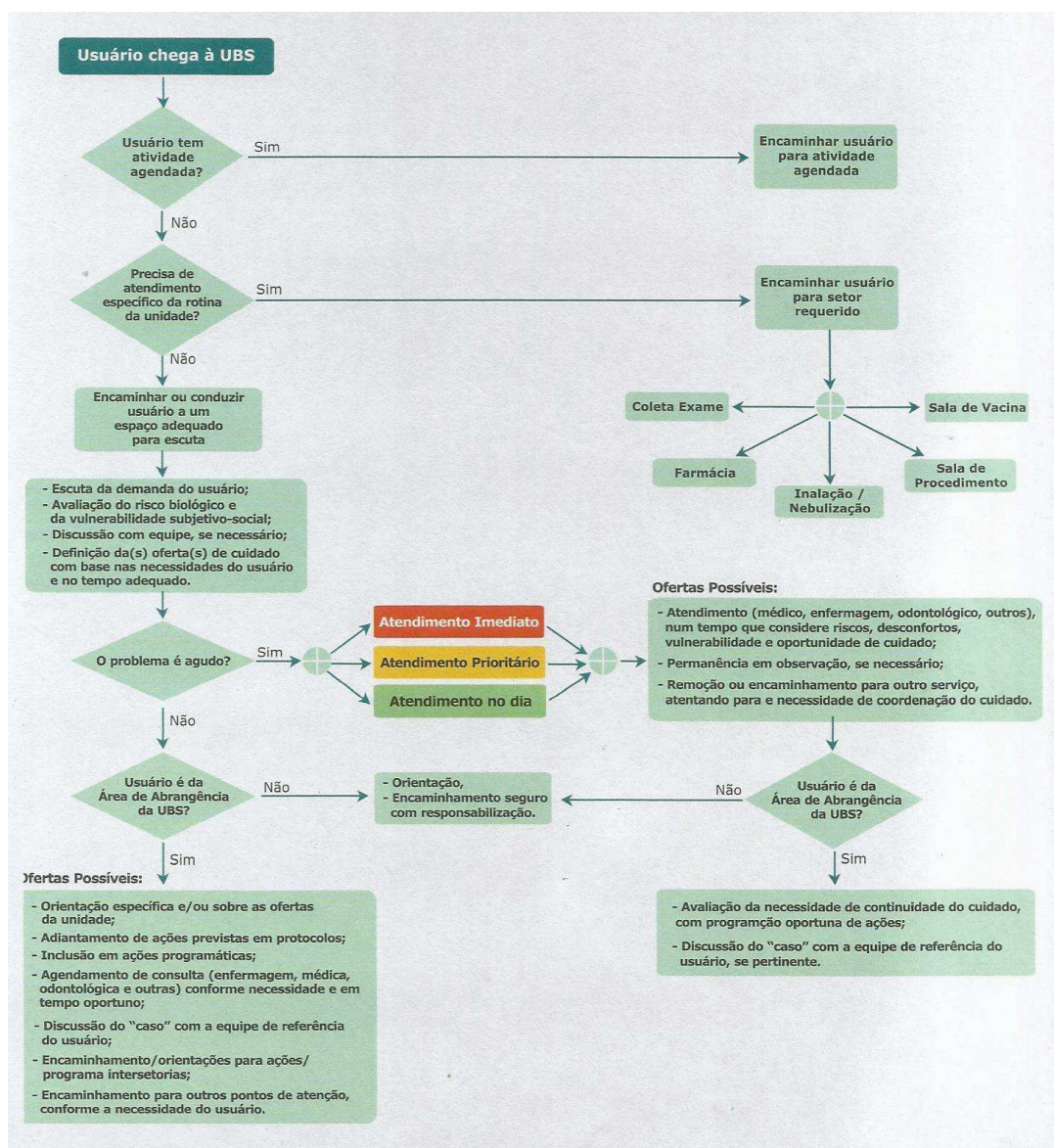


Figura 2 – Fluxograma de Atendimento às Demandas Espontâneas. Fonte: (BRASIL, 2012, p. 23)

O Ministério da Saúde lançou o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011 cujo objetivo é ampliar o acesso e a qualidade do cuidado na Atenção Básica. É organizado em quatro fases que se complementam e que conformam em um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica: Adesão e Contratualização, Desenvolvimento, Avaliação Externa e Recontratualização, descritos na tabela a seguir.

1	Na primeira fase do PMAQ ocorre a adesão ao programa, mediante a contratualização de compromissos e indicadores a serem firmados entre as equipes de Atenção Básica e os gestores municipais, e destes com o Ministério da Saúde, num processo que envolve a participação do controle social. Os municípios receberão inicialmente, no momento da adesão ao PMAQ-AB, 20% do valor integral do Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável por equipe contratualizada.
2	Na segunda fase será desenvolvido um conjunto de ações pelas equipes de Atenção Básica, pelas gestões municipais e estaduais e pelo Ministério da Saúde, com o intuito de promover mudanças da gestão, do cuidado e da gestão do cuidado, a fim de produzir a melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica. Está organizada em quatro dimensões: Auto avaliação; Monitoramento; Educação Permanente; e Apoio Institucional.
3	Na terceira fase ocorre a avaliação externa, quando são averiguadas as condições de acesso e de qualidade da totalidade de municípios e equipes da Atenção Básica, participantes do programa.
4	Finalmente, a quarta fase é constituída por um processo de pactuação das equipes e dos municípios, estabelecendo-se novos padrões e indicadores de qualidade, estimulando a institucionalização de um processo cíclico e sistemático a partir dos resultados alcançados nas fases 2 e 3 do PMAQ.

Tabela 1 – Organização do Programa de Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ).
Fonte: (FIGUEIREDO, 2014, p. 4)

Elencamos a seguir, as atribuições comuns a todos profissionais das equipes de Saúde da Família/Unidades Básicas no atendimento, cadastramento de dado e informações sobre usuários e atendimentos realizados, ações e encaminhamentos pertinentes aos usuários, comunidade e território adscritos.

- Garantir atenção integral e humanizada à população adscrita;
- Realizar tratamento supervisionado, quando necessário;
- Orientar o usuário/família quanto à necessidade de concluir o tratamento;
- Acompanhar os usuários em tratamento;
- Prestar atenção contínua, articulada com os demais níveis de atenção, visando o cuidado longitudinal (ao longo do tempo);
- Realizar o cuidado em saúde da população adscrita, no âmbito da unidade de saúde, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), quando necessário;
- Construir estratégias de atendimento e priorização de populações mais vulneráveis, como exemplo: população de rua, ciganos, quilombolas e outras;
- Realizar visita domiciliar a população adscrita, conforme planejamento

assistencial;

- Realizar busca ativa de novos casos e convocação dos faltosos;
- Notificar casos suspeitos e confirmados, conforme fichas anexas;
- Preencher relatórios/livros/fichas específicos de registro e acompanhamento dos agravos/doenças, de acordo com a rotina da UBS;
- Alimentar e analisar dados dos Sistemas de Informação em Saúde – Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC), Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e outros para planejar, programar e avaliar as ações de vigilância em saúde;
- Desenvolver ações educativas e de mobilização da comunidade relativas ao controle das doenças/agravos em sua área de abrangência;
- Orientar a comunidade quanto ao uso de medidas de proteção individual e familiar para a prevenção de doenças/agravos;
- Mobilizar a comunidade para desenvolver medidas simples de manejo ambiental para o controle de vetores;
- Articular e viabilizar as medidas de controle vetorial e outras ações de proteção coletiva;
- Identificar possíveis problemas e surtos relacionados à qualidade da água, em nível local como a situação das fontes de abastecimento e de armazenamento da água e a variação na incidência de determinadas doenças que podem estar associadas à qualidade da água;
- Identificar a disposição inadequada de resíduos, industriais ou domiciliares, em áreas habitadas; a armazenagem inadequada de produtos químicos tóxicos (inclusive em postos de gasolina) e a variação na incidência de doenças potencialmente relacionadas a intoxicação;
- Identificar a poluição do ar derivada de indústrias, automóveis, queimadas, inclusive nas situações intra-domiciliares (fumaça e poeira) e as variações na incidência de doenças, principalmente as morbidades respiratórias e cardiovasculares, que podem estar associadas à poluição do ar. (BRASIL, 2008, p. 16)

Com a ampliação do escopo no atendimento na atenção primária faz-se necessário a introdução de outros saberes profissionais que estarão atuando em conjunto com as equipes de ESF, nos territórios, agregando mais informações, ações e perspectivas, ampliando a resolutividade clínica das equipes, através da introdução do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) como veremos no próximo tópico.

2.3 A IMPLANTAÇÃO DO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF)

Com a implantação das Unidades Básicas de Saúde, o trabalho dos Agentes Comunitários, ampliação do atendimento através da Estratégia Saúde da Família (ESF) tem-se a necessidade de ampliação da oferta de atendimento profissional multidisciplinar. Daí surge o NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família em 2006, através da Portaria 154 de 24 de janeiro de 2008 do Ministério da Saúde (MS), republicada em 04 de março.

Composto por profissionais de diferentes profissões ou especialidades, que atuam

de maneira integrada e apoiando os profissionais das equipes de Saúde da Família e das equipes de Atenção Básica para populações específicas, partilhando prática e saberes em saúde com as equipes de referência apoiadas, buscando auxiliá-las no manejo ou resolução de problemas, bem como agregando práticas, na atenção básica, que ampliem os atendimentos e ofertas de serviços prestados à população

Esta equipe multidisciplinar tem como possibilidades de composição: assistente social, educador físico, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, profissional com formação em arte e educação (arte educador), nutricionista, psicólogo, terapeuta ocupacional, médico ginecologista/obstetra, médico homeopata, médico pediatra, médico veterinário, médico psiquiatra, médico geriatra, médico clínico, médico do trabalho, médico acupunturista e profissional de saúde sanitaria, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletivo ou graduado diretamente em uma dessas áreas, de acordo com as necessidades e especificidades de cada território. Tal composição deve ser definida pelos próprios gestores municipais e as equipes de AB, mediante critérios de prioridades identificadas a partir das necessidades locais e da disponibilidade de profissionais de cada uma das diferentes ocupações. (BRASIL, 2014)

A organização e o desenvolvimento do processo de trabalho do NASF trazem em sua concepção algumas ferramentas já testadas na realidade brasileira, como é o caso do Apoio Matricial, da Clínica Ampliada, do Projeto Terapêutico Singular (PTS), do Projeto de Saúde no Território (PST) e a Pactuação do Apoio, que consistem em ações interdisciplinares e intersetoriais, educação permanente em saúde dos profissionais e da população, desenvolvimento da noção de território, integralidade, participação social, educação popular, promoção da saúde e humanização, a partir das necessidades, das dificuldades ou limites impostos às áreas de abrangência de determinadas populações e/ou comunidades. Pode-se afirmar, então, que o NASF:

- É uma equipe formada por diferentes profissões e/ou especialidades.
- Constitui-se como apoio especializado na própria Atenção Básica, mas não é ambulatório de especialidades ou serviço hospitalar.
- Recebe a demanda por negociação e discussão compartilhada com as equipes que apoia, e não por meio de encaminhamentos pessoais.
- Deve estar disponível para dar suporte em situações programadas e também imprevistas.
- Possui disponibilidade, no conjunto de atividades que desenvolve, para realização

de atividades com as equipes, bem como para atividades assistenciais diretas aos usuários (com indicações, critérios e fluxos pactuados com as equipes e com a gestão).

- Realiza ações compartilhadas com as ESF, o que não significa, necessariamente, estarem juntas no mesmo espaço/tempo em todas as ações.
- Ajuda as equipes a evitar ou qualificar os encaminhamentos realizados para outros pontos de atenção.
- Ajuda a aumentar a capacidade de cuidado das equipes de Atenção Básica, agrega novas ofertas de cuidado nas UBS e auxilia a articulação com outros pontos de atenção da rede.

As equipes NASF deverão dar apoio matricial às equipes de atenção básica a que estão vinculadas, tanto na educação permanente de abordagem e no manejo de casos, na consolidação de um processo de trabalho que acolha as demandas espontâneas, no cuidado das pessoas, como auxiliando na constituição da rede de atenção à saúde, relacionada àquela unidade, apoiando a articulação com os serviços de referência, por exemplo, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). (BRASIL, 2012, p. 21)

Podemos estabelecer alguns pontos sínteses do trabalho do NASF:

- a) O NASF não constitui porta de entrada do sistema para usuários, mas em apoio às equipes de Saúde da Família;
- b) O número de equipes de Saúde da Família vinculados ao NASF em territórios será definido conforme sua classificação;
- c) As equipes NASF e ESF criarão espaços de discussão para gestão do cuidado: reuniões e atendimentos compartilhados estabelecendo processo de aprendizado coletivo;
- d) O NASF tem como eixos de trabalho a gestão compartilhada, a responsabilização e apoio à coordenação do cuidado, que se projeta para a Saúde da Família. (Brasil, 2010, p.16)

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (2017) estabelece as modalidades de NASF 1, NASF 2 e NASF 3 que podem ser organizados, com financiamento federal, a ser vinculados à ESF ou equipes de Atenção Básica (AB), de acordo com critérios e parâmetros estabelecidos a saber:

Modalidades	Nº de Equipes Vinculadas	Somatória das Cargas Horárias Profissionais*
Nasf 1	5 a 9 eSF*** e/ou eAB**** para populações específicas (eCR**, equipe ribeirinha e fluvial)	Mínimo 200 horas semanais. Cada ocupação deve ter, no mínimo, 20h e, no máximo, 80h de carga horária semanal.
Nasf 2	3 a 4 eSF e/ou eAB para populações específicas (eCR, equipe ribeirinha e fluvial)	Mínimo 120 horas semanais. Cada ocupação deve ter, no mínimo, 20h e, no máximo, 40h de carga horária semanal
Nasf 3	1 a 2 eSF e/ou eAB para populações específicas (eCR, equipe ribeirinha e fluvial)	Mínimo 80 horas semanais. Cada ocupação deve ter, no mínimo, 20h e, no máximo, 40h de carga horária semanal.

Tabela 2: Modalidades de NASF. Fonte: (BRASIL, 2014, p. 16)

Vale ressaltar, que também fica estabelecido que o município não poderá receber recursos em mais de uma modalidade de NASF e que esses critérios estabelecidos, referem-se, também, aos valores dos recursos federais repassados para implantação e custeio a cada modalidade de NASF cadastrado no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), sendo o maior valor à modalidade 1, e valores menores nas outras modalidades, de acordo com a realidade de cada município.

Todos os profissionais da equipe NASF são cadastrado, referenciados à uma equipe ESF ou AB, onde digitará regularmente seus atendimentos, sejam individuais ou em grupo, registrado através do número do cartão do SUS dos usuários.

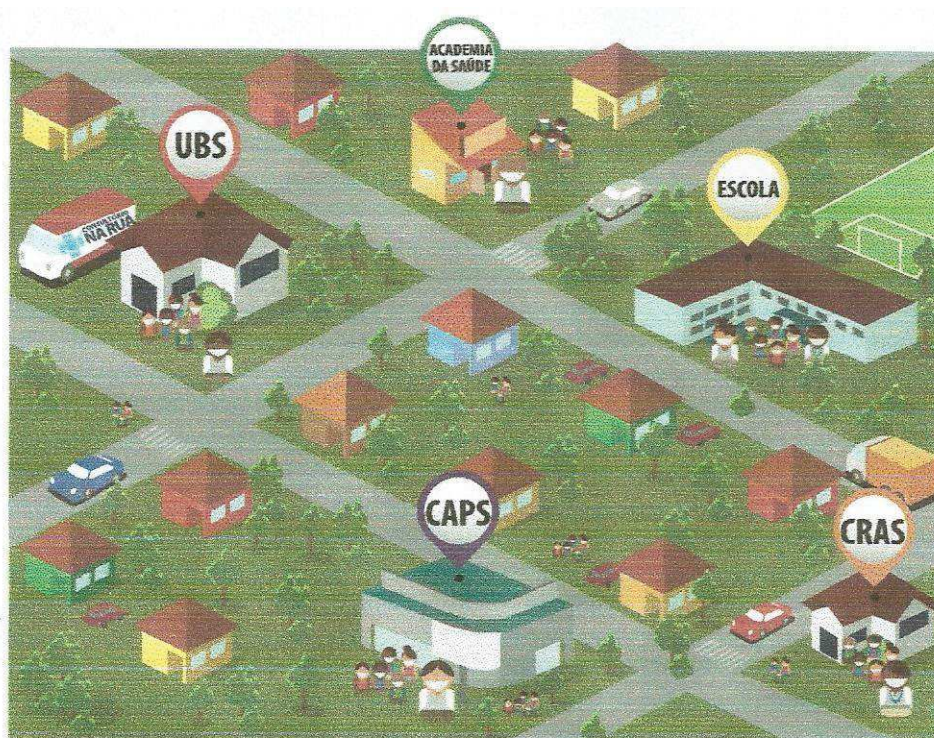
Para atuação no NASF temos atribuições comuns aos diversos membros da equipe:

- Identificar, em conjunto com as equipes de Saúde da Família (SF) e a comunidade, as atividades, ações e práticas a serem adotadas em cada uma das áreas cobertas e o público prioritário;
- Atuar de forma integrada e planejada, nas atividades desenvolvidas pelas equipes SF;
- Acolher os usuários e humanizar a atenção;
- Desenvolver coletivamente, objetivando à intersectorialidade, ações que se integrem a outras políticas sociais, como assistência social, esporte, lazer, cultura, educação, trabalho, lazer, entre outras;
- Promover a gestão integrada e a participação dos usuários nas decisões, por meio de organização com os Conselhos Locais e/ou Municipais de Saúde;
- Elaborar estratégias de comunicação para divulgação e sensibilização das atividades do NASF;
- Avaliar, em conjunto com as equipes de SF e os Conselhos de Saúde, o desenvolvimento e a implementação das ações e a medida de seu impacto sobre a situação de saúde, por meio de indicadores previamente estabelecidos;
- Elaborar e divulgar material educativo e informativo nas áreas de atenção do

NASF;

Elaborar projetos terapêuticos, por meio de discussões periódicas que permitam a apropriação coletiva pelas equipes SF e NASF do acompanhamento dos usuários, realizando ações multiprofissionais e transdisciplinares, desenvolvendo a responsabilidade compartilhada. (BRASIL, 2010, p.23)

Segue abaixo síntese de atividades do NASF:



O Nasf pode construir diálogo com diferentes pontos de atenção, a fim de buscar corresponsabilização na condução do PTS. As relações do usuário com sua família, seu território e os diferentes espaços por onde o usuário circula devem ser considerados para a produção do cuidado.

<ul style="list-style-type: none"> Educação permanente; Atendimento individual específico; Atendimento individual compartilhado; Reunião de equipe, discussão de casos, construção de PTS; Atendimento em grupo; Atendimento domiciliar. 	UBS	<ul style="list-style-type: none"> Discussão de casos; Construção compartilhada de PTS; Atendimento compartilhado; Apoio matricial do Caps à AB; Grupos terapêuticos; Oficinas geração de renda. 	Caps
<ul style="list-style-type: none"> Grupos educativos; Práticas corporais; Encontros comunitários; Ações para a promoção de modos de vida saudáveis. 	Academia da Saúde	<ul style="list-style-type: none"> Apoio às ações do PSE; Ações de educação em Saúde. 	ESCOLA
		<ul style="list-style-type: none"> Discussão de casos; Construção compartilhada de PTS; Ações coletivas para produção de cidadania. 	CRAS

Figura 3 – Síntese de atividades do NASF. Fonte: (BRASIL, 2014, p. 23)

Entre as propostas de atuação e trabalho do NASF, está o Projeto Terapêutico Singular (PTS), que é definido como conjunto de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de equipe interdisciplinar, com apoio matricial, se necessário. Estabelece-se metas a curto, médio e longo prazos, quais ações

e por quais profissionais serão executadas. (Brasil, 2010) Está disponibilizado no ANEXO 1, pág. 62 e 63 a Ficha do PTS utilizada no NASF de Conselheiro Lafaiete para conhecimento (frente e verso), onde o profissional responsável pela educação permanente da equipe a preenche com dados do usuário e familiares para ação com metas estabelecidas para cada profissional envolvido do projeto terapêutico individual ou familiar.

Pode ser salientado, neste momento que o processo de trabalho dos profissionais do NASF são desenvolvidos através do apoio matricial, através de discussões e planejamento em espaços coletivos, organizando e estruturando atendimentos compartilhados, intervenções específicas dos profissionais do NASF com usuários e familiares e ações comuns nos territórios de sua responsabilidade.

Além desses conjuntos de itens de responsabilidade relativos ao processo de trabalho dos NASF, existem aspectos operacionais a serem considerados, por exemplo, nas ações por área estratégicas especificadas, que são: Saúde da Criança e Adolescente; Saúde da Mulher; Saúde Mental; Serviço Social; Assistência Farmacêutica; Atividade Física/Práticas Corporais; Práticas Integrativas e Complementares; Reabilitação/Saúde Integral da Pessoa Idosa; Alimentação e Nutrição. (BRASIL, 2010, p. 22)

O NASF tem em suas diretrizes nove áreas estratégias temáticas: Saúde Mental, Reabilitação e a Saúde Integral da Pessoa Idosa, Alimentação e Nutrição, Assistência Farmacêutica, Intersetorialidade, Redes Sociais e Participação Cidadã: o Serviço Social no NASF, Atenção Integral à Saúde da Criança e do Adolescente, Atenção Integral à Saúde da Mulher e As Práticas Integrativas e Complementares no NASF, com detalhes relativos a suas principais ações a serem desenvolvidas. Essas diretrizes e ações não se remetem a atuação específica de uma categoria profissional, mas são definidas de acordo com a necessidade da população e as características da equipe.

Uma das questões que permeiam os processos de trabalho do NASF é a construção de uma agenda compartilhada de trabalho que contemple as diversidades e amplas possibilidades de ações que podem ser realizadas no trabalho integrado. Os elementos constituintes desta agenda podem ser: reuniões de matriciamento com as equipes vinculadas, com periodicidade variável de acordo com a modalidade de NASF, sendo no mínimo mensal, atendimentos individuais – específicos e compartilhados (entre os profissionais do NASF e/ou com profissionais da AB), atendimentos domiciliares – específicos e compartilhados (entre os profissionais do NASF e/ou profissionais da AB), Grupos e atividades coletivas – específicas e compartilhadas, espaço destinado à elaboração de materiais de apoio, rotinas, protocolos e

outras ações de educação permanente reservado na agenda com as equipes vinculadas, reuniões entre os profissionais do NASF periódicas, reuniões dos profissionais do NASF com a rede socioassistencial. (Brasil, 2010)

Dentre as ações estratégicas, está o Programa Nacional de Combate ao Tabagismo (PNCT), que realiza grupos de orientação, acompanhamento, atendimento dos profissionais das equipes ESF e NASF aos usuários que querem parar de fumar. Nesta linha de ações integrativas, temos também o Programa Saúde na Escola, com ações desenvolvidas pelos profissionais ESF e NASF na promoção, prevenção e educação em saúde.

Em Conselheiro Lafaiete, são realizadas reuniões mensais das equipes NASF e ESF para realização discussão de casos, PTS e educação permanente, com alternância de temas e profissionais responsáveis. Também são promovidas intervenções por cada profissional, a cada mês, nos grupos de educação em saúde: memória e motivação, hiperdia (hipertensos e diabéticos), gestantes, PNCT, PSE e atividade física. O modelo de Fichas de Atividade de Educação em Saúde consta no ANEXO 2, na página 64. É assinada por todos participantes da ação, preenchida pelo profissional responsável pela ação executa.

São ainda, realizadas reuniões periódicas entre os profissionais da equipe NASF para discussão de casos, programação de agendas, intervenções conjuntas, compartilhadas ou individuais e educação permanente em temas pertinentes ao desenvolvimento dos processos de trabalho, prevenção e promoção da saúde, educação permanente das equipes – com alternância de profissionais e temas, entre outros. Consta no ANEXO 3, na página 65 Modelo da Lista de Presença das reuniões de equipe NASF e NASF/ESF, onde todos participantes assinam.

Além das reuniões mensais citadas anteriormente, ocorre ainda reuniões com toda rede socioassistencial junto ao Ministério Público para discussão de casos das crianças e adolescentes em situação de acolhimento, atuando na perspectiva de acompanhar toda a família. Também são realizadas na mesma perspectiva, reuniões mensais com atores da rede socioassistencial disponível em conjunto com o Conselho Tutelar para discussão e acompanhamento dos casos de maior situação de violações, vulnerabilidades e riscos sociais com necessidade de intervenções intersetoriais e interdisciplinariedade.

Por fim, ocorrem também reuniões entre Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPS i), NASF e demais setores de atendimentos socioassistenciais, para discussão de casos e atuações conjuntas e compartilhadas, na perspectiva de entendimento da integralidade dos usuários, familiares e comunidade.

3 A INSERÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE

Para entender o que define a atuação do Serviço Social na saúde, cabe refletir que a profissão não se desvincula do contexto histórico da concepção das políticas de proteção social, a saúde, a previdência e a assistência social. O Serviço Social na área da saúde data da década de 1930, quando ocorre mais efetivamente o início da intervenção estatal nesta política. (Bravo, 2009)

De acordo com Gonçalves e Kernkamp (2013) a assistência à saúde não tinha um caráter universal; as demandas eram excludentes e seletivas no espaço de média atenção à saúde. Os “beneficiários”, como eram chamados os usuários do serviço social, não tinham uma política de direito e ficavam a mercê das instituições de filantropias, como a Santa Casa de Misericórdia.

A conjuntura de 30 a 45 caracteriza o surgimento da profissão no Brasil, com influência europeia, e a área da saúde não foi a que concentrou maior quantitativo de profissionais, apesar de algumas Escolas terem surgido motivadas por demandas do setor. A formação profissional também se pautou, desde o seu início, em algumas disciplinas relacionadas à saúde. (BRAVO e MATOS, 2009, p. 198)

A expansão profissional ocorre a partir de 1945 no país, relacionada com o aprofundamento do capitalismo e as mudanças ocorridas no panorama internacional em função do término da segunda guerra mundial. (BRAVO e MATOS, 2009)

Os centros de saúde que foram criados tinham propósito de ações de educação sanitária, na dimensão individual, com o Serviço Social de casos, de acordo com Bravo (2009).

Segundo Gonçalves e Kernkamp (2013), a Organização Mundial de Saúde (OMS) traz um novo conceito em saúde, uma visão do indivíduo como um todo e em 1948 apresenta o conceito biopsicossocial, incorporando a visão de homem aos aspectos biológicos, psicológico e o meio social onde está inserido. Assim, para se trabalhar as demandas da saúde buscando o envolvimento de outros profissionais que até então focava nos profissionais da área biológica, o que requer a perspectiva do trabalho em equipe multidisciplinar.

Um deles foi a ênfase no trabalho em equipe multidisciplinar – solução racionalizada encontrada – que permitiu: suprir a falta de profissionais com a utilização de pessoal auxiliar em diversos níveis; ampliar a abordagem em saúde, introduzindo conteúdos preventivistas e educativos; e criar programas prioritários com segmentos da população, dada a inviabilidade de universalizar a atenção médica e social. (BRAVO e MATOS, 2009, p. 199)

O espaço ocupacional do assistente social estava vinculado às orientações de necessidades de prevenção, com os hábitos e orientações de higiene e saúde, com relação às doenças que no período eram focalizadas nas parasitoses e endemias, como a tuberculose, hanseníase, sarampo, meningite, paralisia infantil, entre outras. (GONÇALVES e KERNKAMP, 2013)

O assistente social vai atuar na saúde, como interlocutor entre a instituição e a população, a fim de viabilizar o acesso aos serviços e benefícios. Conforme descrito por Bravo e Matos (2009), o assistente social irá utilizar as seguintes ações em sua atuação profissional: plantão, triagem ou seleção, encaminhamento, concessão de benefício e orientação previdenciária.

Na década de 1960 o serviço social passa por transformações, questionando os modelos de atuação internacionais. Começou a surgir um debate na profissão, questionando o seu conservadorismo, uma análise crítica do papel do assistente social na sociedade capitalista e as demandas a ele dirigidas. (GONÇALVES e KERNKAMP, 2013)

O pós-1964 exigiu a renovação do Serviço Social, marcado pelo movimento de reconceituação e o questionamento do conservadorismo com influência do modernismo. O Centro Brasileiro de Cooperação e Intercâmbio em Serviços Sociais (CBCISS) foi o principal veículo de elaboração teórica, que difundiu a “perspectiva modernizadora” no sentido de adequar a profissão às exigências postas pelos processos sociopolíticos. (BRAVO e MATOS, 2009)

O Serviço Social na saúde recebe influências da modernização nas políticas sociais, fortalecendo suas ações na prática curativa, principalmente na assistência médica previdenciária – local de maior empregabilidade destes profissionais.

De acordo com Gonçalves e Kernkamp (2013) na década de 1970/1980, a crise da previdência e da saúde são marcadas pelo surgimento do movimento sanitário, que destacam os questionamentos da política de saúde com a reforma sanitária como principal propósito e nasceu das lutas contra a ditadura militar e reflexos das mobilizações de trabalhadores da saúde e movimentos populares.

O tema saúde e democracia estruturou-se nas universidades, no movimento sindical, em experiências regionais de organização de serviços, consolidando-se este movimento na 8ª Conferência Nacional de Saúde realizada em Brasília, em 1986. (BRAVO e MATOS, 2009)

Bravo e Matos (2009) ressaltam que a década de 1980 é fundamental para o entendimento da profissão hoje, enquanto surgimento da maturidade da tendência hegemônica

na academia e nas entidades representativas do Serviço Social – intenção de ruptura e a interlocução real com a tradição marxista.

Porém é perceptível o crescimento e amadurecimento do Serviço Social na fundamentação e consolidação teórica, o avanço nas intervenções se dá em tempos diferentes, pois é mediatizado por várias dimensões.

Note-se que nos serviços de saúde, a inserção dos assistentes sociais no conjunto dos processos de trabalho destinados a produzir serviços para a população é mediatizada pelo reconhecimento social da profissão e por um conjunto de necessidades que se definem e redefinem a partir das condições históricas sob as quais a saúde pública se desenvolveu no Brasil. (COSTA, 2009, p. 310)

Os assistentes sociais são os profissionais universitários com maior número em atuação em saúde, sendo a quarta categoria em nível superior das equipes multidisciplinares, sendo primeiramente a categoria de médicos, e na sequência enfermeiros e dentistas, constituindo uma fonte de demanda empregatícia para o Serviço Social.

Como descrito no capítulo anterior, o projeto político neoliberal avançou na década de 1990, confronta-se com o projeto profissional hegemônico do Serviço Social, que passam a confrontar e disputar espaço na saúde: o projeto privatista e o projeto da reforma sanitária que apresentaram diferentes requisições aos assistentes sociais, que passou a ser reconhecido enquanto categoria da Política de Saúde.

A Resolução 218/97 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), diante das exigências da interdisciplinaridade e de um sistema de saúde que identifica os fatores determinantes e condicionantes da saúde – 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 – reconheceu treze categorias como profissões de saúde, dentre elas o Serviço Social. (VASCONCELOS e BALTAR, 2014, p. 250)

De acordo com Bravo e Matos (2009) o projeto privatista direciona ao trabalho do assistente social, entre outras demandas: seleção socioeconômica dos usuários, ação fiscalizatória dos mesmos, atuação psicossocial através de aconselhamento, assistencialismo pela troca de favores e domínio de práticas individualizadas e pontuais. Já o projeto da reforma sanitária sugere a este profissional trabalhar na busca da democratização do acesso às unidades e serviços de saúde, atendimento humanizado, estratégias de interação da instituição de saúde com a realidade, interdisciplinaridade, ênfase nas abordagens grupais, acesso democrático às informações e estímulo a participação cidadã.

A partir da década de 1990 é que observa-se um adensamento da produção teórica e científica no Serviço Social na Saúde, na busca de produção de conhecimento e estratégias para pensar e intervir nas três dimensões da profissão: a acadêmica, a política e o trabalho profissional nas instituições.

Pode-se afirmar que, na maioria, o debate do Serviço Social na saúde vem acompanhado de uma referência ao projeto da reforma sanitária e ao projeto ético-político profissional, por mais que, muitas das vezes, não explicitamente. (BRAVO e MATOS, 2009, p. 207)

Destacamos aqui a necessidade de avançar sobre o debate do exercício profissional do assistente social na saúde, observando que este não pode ser fragmentado e desarticulado, que 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.” (BRAVO e MATOS, 2009, p. 213)

É importante destacar que ocorre a tentativa de obscurecer a função social da profissão na saúde e o distancia da compreensão trazida pela reforma sanitária da concepção de saúde-doença, em seus aspectos econômicos, culturais e sociais em suas intervenções para o enfrentamento destas questões.

Na saúde, em que esse embate claramente se expressa, a crítica ao projeto hegemônico da profissão passa pela reatualização do discurso da cisão entre o estudo teórico e a intervenção, pela descrença da possibilidade da existência de políticas públicas e, sobretudo, na suposta necessidade da construção de um saber específico na área, que caminha tanto para a negação da formação original em Serviço Social ou deslança para um trato exclusivo de estudos na perspectiva da divisão clássica da prática médica. (CFESS, 2010, p. 27)

Para atuação crítica e competente do Assistente Social na saúde hoje, Bravo e Matos (2009) apresentam que estes profissionais devem:

- Estar organizados e envolvidos ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS;
- Contribuir no acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde, bem como não descaracterizar a operacionalização do seu trabalho, mantendo-se comprometido com a proposta original da Reforma Sanitária;
- Empenhar-se em construir e/ou efetivar, conjuntamente com os outros trabalhadores da saúde, espaços de participação popular e dos funcionários nas decisões a serem tomadas;

- Participar e elaborar projetos de educação permanente, estar atento a investigações sobre temáticas relacionadas à saúde e buscar assessoria técnica e estruturar o trabalho desenvolvido.

A intervenção orientada por esta perspectiva teórico-política pressupõe: leitura crítica da realidade e capacidade de identificação das condições materiais de vida, identificação das respostas existentes no âmbito do Estado e da sociedade civil, reconhecimento e fortalecimento dos espaços e formas de luta e organização dos trabalhadores em defesa de seus direitos; formulação e construção coletiva, em conjunto com os demais trabalhadores, de estratégias políticas e técnicas para modificação da realidade e formulação de formas de pressão sobre o Estado, com vistas a ampliar os recursos financeiros, materiais, técnicos e humanos necessários para assegurar direitos.

Conforme disposto pela ABEPSS (1996) as competências e atribuições dos assistentes sociais, nessa direção e com base na Lei de Regulamentação da Profissão, requisitam do profissional algumas competências gerais que são fundamentais à compreensão do contexto sócio histórico em que se situa sua intervenção, a saber:

- Apreensão crítica dos processos sociais de produção e reprodução das relações sociais numa perspectiva de totalidade;
- Análise do movimento histórico da sociedade brasileira, apreendendo as particularidades do desenvolvimento do capitalismo no país e as particularidades regionais;
- Compreensão do significado social da profissão e de seu desenvolvimento sócio histórico, nos cenários internacional e nacional, desvelando as possibilidades de ação contidas na realidade;
- Identificação das demandas presentes na sociedade, visando formular respostas profissionais para o enfrentamento da questão social, considerando as novas articulações entre o público e o privado.

Se muitos são os sonhos e ideais a serem postos em prática, maiores ainda são os desafios que permeiam estes objetivos.

4 TRABALHO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL NO NASF

Historicamente o Serviço Social tem sua trajetória de consolidação profissional técnico operacional, principalmente após os anos 1980, fortemente ligado aos movimentos sociais e organizações em defesa dos trabalhadores. Testemunhamos nas últimas décadas um significativo avanço do protagonismo político e profissional do Serviço Social, evidenciado, principalmente, nas lutas dos profissionais pela construção de direitos sociais.

Segundo Freire (1981), quanto mais refletirmos sobre nossa existência, teremos maior possibilidade de atuar sobre ela, e mais humanos seremos. O assistente social é um dos profissionais da práxis da “denúncia e do anúncio”. Da denúncia da situação desumanizante e o de anunciar a estrutura humanizadora. Esse processo de conscientização implica em compromisso histórico de transformação, nosso compromisso histórico contextualizado.

Nesse sentido, o contexto social que vivenciamos e intervimos de pobreza, miséria, desigualdade social e de exclusão social em nosso país, deve ser conhecido, refletido, criticado e denunciado. Mas há necessidade de acontecer o anúncio da esperança, do projeto de mudança, preceito do Código de Ética Profissional, do Projeto Ético-Político e estabelecidos na Lei de Regulamentação Profissional, de contribuirmos para a transformação da realidade social.

Conforme o CFESS (2010), os assistentes sociais na saúde atuam em quatro grandes eixos: atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional, sendo importante destacar que esses eixos não são fragmentados, mas articulados dentro de uma concepção de totalidade.

O Serviço Social busca contribuir para provocar mudanças significativas nas condições e nos modos de vida dos indivíduos com que atua. É um dos maiores desafios para os assistentes sociais na contemporaneidade é o de desenvolver suas capacidades de decifrar a realidade, construindo alternativas de trabalho criativas e eficientes, sendo profissionais propositivos e interventivos. Desta forma,

Outro elemento bastante enfatizado pela política é o trabalho em equipe. Esse é posto como o momento em que serão realizadas trocas solidárias e comprometidas para a produção da saúde e projetos terapêuticos comuns. (CASTRO, 2018, p. 146)

Iamamoto in Duarte (2014) afirma que os processos de trabalho que se inserem os assistentes sociais na saúde não são por ele organizados, ainda que dele participe com

autonomia ética e técnica.

É nesta perspectiva que se observa uma diversificação de inserções de assistentes sociais em postos, vínculos e cargos de trabalho na saúde, bem como na multiplicidade de suas intervenções, sejam pelas ações programáticas em saúde, sejam pelos níveis de atenção e cuidados à saúde, da primária à terciária, passando pelas emergências e tipos de plantões, apesar de inúmeras críticas, devem ser problematizados, sejam localizadas nas instituições públicas, privadas, filantrópicas e mesmo no terceiro setor. (DUARTE, 2014, p. 105)

O profissional do Serviço Social atua, geralmente, vinculado a instituições governamentais e não governamentais, com um público bastante diversificado, de diversos segmentos sociais, não necessariamente público de extrema pobreza.

O trabalho do assistente social é impregnado pela sociabilidade da sociedade do capital, elucidando sua funcionalidade e, simultaneamente, o potencial que dispõe para impulsionar a luta por direitos e a democracia em todos os poros da vida social; potencial esse derivado das contradições presentes nas relações sociais, do peso político dos interesses em jogo e do posicionamento teórico-prático dos sujeitos profissionais ante os projetos societários. (IAMAMOTO, 2014, p. 417)

O(a) Assistente Social, se depara com as demandas da saúde enfrentadas no ambiente, algumas vezes, desafiadoras para o convívio do profissional, pois os usuários – mais comumente chamados de pacientes – encontram-se em vulnerabilidades sociais e econômicas, apresentadas como demanda ao serviço social. Depara também com a fragilidade nos aspectos de saúde, os quais se faz necessário que o profissional conheça o possível da referência específica da área da saúde, como as principais patologias, para compreender o contexto inserido, bem como o que determina a relação saúde x doenças, quais as possibilidades e limites desse processo.

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)

Podem ser salientadas mais possibilidades de intervenção do trabalho do assistente social, enquanto integrador das políticas de seguridade social e agente que busca contribuir para o acesso aos direitos sociais.

O nosso exercício profissional integra e participa de diversos processos de trabalho, sem a existência, portanto, de um único e idêntico processo para todos (as) assistentes sociais. (VELOSO, 2014, p. 118)

Verificamos aqui que o campo de atuação profissional do Serviço Social se amplia e abre diversos espaços e possibilidades. “A luta já não se reduz à simples tarefa de retardar o que virá ou assegurar a sua “chegada”, mas reinventar o mundo.” (FREIRE, 2012, p. 66). Cabe a este profissional, refletir e agir, utilizar sua instrumentalidade, sua formação teórico-acadêmica e experiência técnico-operacional e ser o profissional que vai anunciar e buscar soluções para os enfrentamentos diversos no trabalho profissional.

Mesmo correndo o risco de não problematizar uma série de mediações, considera-se que a vida cotidiana constitui-se em âmbito privilegiado em que se realiza o exercício profissional, estando os (as) assistentes sociais expostos (as) às suas determinações. (VELOSO, 2014, p. 117)

A ação profissional do assistente social na área da saúde, passa necessariamente pela compreensão dos determinantes sociais, econômicos e culturais que interferem no processo saúde-doença e na busca de estratégias político-institucionais para o enfrentamento destas questões. (CFESS, 2010)

Ao analisar a reconfiguração do espaço profissional do assistente social a partir da vigência do paradigma da reforma sanitária brasileira, mostram que a ação cotidiana dos assistentes sociais enquanto membros de equipes multiprofissionais tem um papel fundamental na construção da integralidade em saúde e na garantia da participação social, tal qual elencadas no SUS. Isso se dá em função das habilidades profissionais adquiridas durante a formação, que são capazes de contribuir efetivamente para a concretização dos princípios da universalidade do acesso e equidade em relação ao direito em saúde. (SOUZA e ORTIZ, 2014, p. 217)

É no cotidiano profissional, nos processos de trabalho, que o assistente social tem as múltiplas possibilidades de intervir nas vidas dos sujeitos. Porém, descrevendo sobre o acolhimento, Castro (2018) nos traz a reflexão sobre o mesmo enquanto ferramenta interventiva profissional um pouco mistificada, na medida em que há precarização dos serviços de saúde, dificuldades de acesso dos usuários aos serviços ou ausência/insuficiência dos meios ou recursos humanos e financeiros para o usuário possa ter atendida suas demandas em saúde.

Ao participar do trabalho em equipes na saúde o assistente social, dispõe de ângulos particulares de observação na interpretação das condições de saúde do usuário e uma competência também distinta para o encaminhamento das ações, que o diferencia dos demais

profissionais que atuam na saúde.

O profissional de Serviço Social pode ser um interlocutor entre os usuários e a equipe de saúde com relação aos determinantes sociais, visto que o respeito pela diversidade é um princípio que deve fundamentar tanto a sua formação como o seu trabalho profissional. (CFESS, 2010, p. 49)

As perspectivas de atuação profissional do assistente social se deparam com a realidade de sua atuação profissional, impregnada das relações sociais, utilizando-se de seu arcabouço teórico-metodológico e técnico-operativo, em um campo de múltiplas expressões da questão social e o sucateamento da política de saúde como um todo.

Evidencia-se, portanto, a importância de os (as) profissionais atentarem para a construção e o reforço da autonomia profissional na instituição em que se encontram inseridos (as), como forma de fortalecer a atuação profissional crítica e competente, em que as atribuições profissionais possam ser plena e adequadamente exercidas. (VELOSO, 2014, p. 127)

Entretanto, é necessário estar atentos a essa relativa autonomia profissional, já que o assistente social não dispõe das condições necessárias para estabelecer os meios para regular sua inserção no espaço institucional. Na condição de profissionais assalariados, estão expostos às formas de organização do trabalho das instituições empregadoras. (VELOSO, 2014)

O CFESS (2010) estabelece as principais ações a serem desenvolvidas pelo assistente social na saúde:

- democratizar as informações por meio de orientações (individuais e coletivas) e /ou encaminhamentos quanto aos direitos sociais da população usuária;
- construir o perfil socioeconômico dos usuários, evidenciando as condições determinantes e condicionantes de saúde, com vistas a possibilitar a formulação de estratégias de intervenção por meio da análise da situação socioeconômica (habitacional, trabalhista e previdenciária) e familiar dos usuários, bem como subsidiar a prática dos demais profissionais de saúde;
- enfatizar os determinantes sociais da saúde dos usuários, familiares e acompanhantes por meio das abordagens individual e/ou grupal;
- facilitar e possibilitar o acesso dos usuários aos serviços, bem como a garantia de direitos na esfera da seguridade social por meio da criação de mecanismos e rotinas de ação;
- conhecer a realidade do usuário por meio da realização de visitas domiciliares, quando avaliada a necessidade pelo profissional do Serviço Social, procurando não invadir a privacidade dos mesmos e esclarecendo os seus objetivos profissionais;
- conhecer e mobilizar a rede de serviços, tendo por objetivo viabilizar os direitos sociais por meio de visitas institucionais, quando avaliada a necessidade pelo Serviço Social;
- fortalecer os vínculos familiares, na perspectiva de incentivar o usuário e sua

família a se tornarem sujeitos do processo de promoção, proteção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde;

- organizar, normatizar e sistematizar o cotidiano do trabalho profissional por meio da criação e implementação de protocolos e rotinas de ação;
- formular estratégias de intervenção profissional e subsidiar a equipe de saúde quanto as informações sociais dos usuários por meio do registro no prontuário único, resguardadas as informações sigilosas que devem ser registradas em material de uso exclusivo do Serviço Social;
- elaborar estudos socioeconômicos dos usuários e suas famílias, com vistas a subsidiar na construção de laudos e pareceres sociais a perspectiva de garantia de direitos e de acesso aos serviços sociais e de saúde;
- buscar garantir o direito do usuário ao acesso aos serviços;
- emitir manifestação técnica em matéria de serviço social, em pareceres individuais ou conjuntos, observando o disposto na Resolução CFESS nº 557/2009. (CFESS, 2010, p. 45)

Tendo em vista o disposto acima, o assistente social para atuar nas diferentes políticas sociais e, em específico na saúde, deve afastar-se das abordagens tradicionais funcionalistas e pragmáticas, que reforçam as práticas conservadoras que tratam as situações sociais como problemas pessoais que devem ser resolvidos individualmente. O reconhecimento da questão social como objeto de intervenção profissional (conforme estabelecido nas Diretrizes Curriculares da ABEPSS, 1996), demanda uma atuação profissional em uma perspectiva totalizante, baseada na identificação das determinações sociais, econômicas e culturais das desigualdades sociais.

O assistente social atuando no NASF apresenta importante contribuição na articulação e formulação de estratégias que busquem reforçar e criar experiências nos serviços de saúde, que efetivem o direito à saúde e a consolidação da cidadania. Dessa mesma forma, é uma possibilidade contribuir na participação e formação cidadã dos usuários ao ampliar sua atuação profissional, como por exemplo, na intervenção em grupos.

Envolve as possibilidades de prevenção não só dos agravos das doenças, que os usuários já portam, mas de cobrança e controle social das ações que, extrapolando a saúde, determinam as suas possibilidades, como a infraestrutura – água, esgoto, iluminação, habitação, etc. (VASCONCELOS in LOBATO, 2014, p. 151)

Lobato (2014) afirma que a educação em saúde é um campo de atuação onde os assistentes sociais estão em conexão com a questão social e que a intervenção em grupos propicia aos usuários aprendizado e capacitação para cuidar de sua própria saúde, estimulando e desenvolvendo a sociabilidade ao mesmo tempo em que aprendem a respeitar e ouvir o outro e a si mesmo, encontrando alternativas para os problemas discutidos em conjunto.

Para que o usuário seja sujeito de sua saúde, é preciso que ele seja sujeito do processo de conhecimento, quer dizer, que tenha um papel ativo, o que supõe, primeiramente, a construção de espaços democráticos de reflexão sobre suas vivências e a incorporação da ideia de que o conhecimento comum é parte integrante da realidade. (MENDONÇA, 2014, p. 230)

O assistente social do NASF tem a possibilidade de atuar de forma compartilhada, interdisciplinar e intersetorial, agregando saberes, práticas, capacitação e responsabilidades mútuas, utilizando de referencial técnico-operativo e teórico-metodológico, gerando experiência para todos os profissionais envolvidos, mediante amplas metodologias, tais como estudo e discussão de casos e situações, projetos terapêuticos, orientações e atendimento conjunto, da formação de grupos etc. Todas são tarefas a serem desenvolvidas de forma articulada com as equipes de ESF e o trabalho em rede socioassistencial.

Mesmo tendo nas diretrizes do NASF a interlocução entre os profissionais e toda rede socioassistencial, muitas vezes ocorre a incompreensão sobre as atribuições e competências do assistente social, determinadas e impostas pela precarização dos serviços, aumento significativo das demandas e fragmentação das ações. Essas dificuldades devem servir de estímulo para debates, formação, esclarecimento, estabelecimentos de fluxos e planos de trabalho com os diversos profissionais.

O assistente social pode dispor de um discurso de compromisso ético-político com a população, mas se não realizar uma análise das condições concretas vai reeditar programas e projetos alheios às necessidades dos usuários. É a capacitação permanente que possibilita ao profissional romper com a prática rotineira, acrítica e burocrática, e buscar, a partir da investigação da realidade a que estão submetidos os usuários dos serviços de saúde, a reorganização da sua atuação, tendo em vista as condições de vida dos mesmos e os referenciais teóricos e políticos hegemônicos na profissão, previstos na sua legislação, e no projeto de Reforma Sanitária. (CFESS, 2010, p. 69)

Portanto, é no fazer diário, concreto, contínuo de formação, que a afirmação das atribuições do assistente social ocorre. É necessário o comprometimento primeiro do próprio profissional em defender ações pautadas em um projeto coletivo de profissão, mesmo diante das tensões pertinentes ao modo de produção capitalista e crescente precarização do trabalho. Esse elemento é fundamental tanto para o fortalecimento da política de saúde enquanto constitutiva da totalidade do sujeito, como apresentado pela proposta da Reforma Sanitária, quanto para o reforço e manutenção da legitimidade social da profissão.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A trajetória da Política de Saúde é permeada das contradições postas pela realidade política e econômica dominante no país. Traz em seu escopo a integralidade do sujeito enquanto determinante de sua saúde, mas é contraditório na política de investimentos públicos, priorizando o mercado privatista.

Os assistentes sociais que atuam na saúde, ao trabalhar com a questão social nas suas mais variadas expressões cotidianas têm o desafio de estabelecer múltiplos direcionamentos com possibilidades de enfrentamentos críticos da realidade, para determinar estratégias do agir profissional de forma criativa e inovadora, que se complementam na interlocução com outras categorias profissionais, no cotidiano do trabalho e com os demais sujeitos políticos envolvidos.

A intervenção profissional, nesta perspectiva, aponta para a necessidade de uma sólida base de conhecimentos, que esteja em processo de educação permanente, constante diálogo e interlocução de trabalho na perspectiva de rede de atendimentos intersetoriais e em consonância com o projeto ético-político profissional. Esses aspectos demandam a compreensão e consolidação das dimensões técnico-operativa, teórico-metodológica e ético-política na atuação como assistente social.

São possibilidades conjuntas de amadurecimento e crescimento em busca de um projeto comum: a contribuição para a transformação das bases sociais, como expresso em nosso Código de Ética, rumo a uma nova ordem social, com mais justiça social.

Neste momento, é pertinente citar Paulo Freire “Na verdade, porém, a educação precisa tanto da formação técnica, científica, profissional, quanto do sonho e da utopia”. (FREIRE, 2012, p. 49)

Precisamos ainda, do sonho, da utopia que vem há tempos construindo e constituindo nossa profissão, reunindo forças coletivas da classe trabalhadora para enfim vislumbrar um projeto societário ao qual se articula nosso projeto ético político.

Realmente após tantos anos de reflexão profissional, de amadurecimento, é necessário que tenhamos este entendimento de que queremos contribuir com o conjunto da classe para alcançar a justiça social, de que não fazemos favor ou caridade, somos profissionais inseridos na divisão social do trabalho e parceiros na luta pela conquista e garantia dos direitos, de nossos usuários e dos nossos também.

Não podemos mais pensar o mundo como um campo vasto de nosso próprio crescimento em detrimento da exploração do outro. É preciso entender e compreender que os

direitos do outro precisam ser respeitados, garantidos e expressos de forma a alcançar a todos de forma igualitária, sem distinções, quaisquer que sejam.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABEPSS. Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social. Diretrizes Gerais para o Curso de Serviço Social – Com base no currículo mínimo aprovado em assembleia geral extraordinária em 08 de novembro de 1996. Rio de Janeiro. Disponível em: http://www.abepss.org.br/arquivos/textos/documento_201603311138166377210.pdf. Acesso em: 09/11/2019.

BRASIL. Conselho Nacional dos Secretários de Saúde. Legislação do SUS. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/progestores/leg_sus.pdf. Último acesso em: 05/11/2019.

_____. Lei nº 61.554 de 17 de outubro de 1967, Artigo 158 – Institui o Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (FUNRURAL) e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1950-1969/D61554.htm. Acesso em: 09/11/2019.

_____. Lei nº 8.662/1993. Lei de Regulamentação da Profissão de Assistente Social. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/CEP2011_CFESS.pdf. Último acesso em 19/09/2019.

_____. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica: Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Série A. Normas e Manuais Técnicos Cadernos de Atenção Básica, n. 27. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica: NASF – Ferramentas para gestão e trabalho. Normas e Manuais Técnicos Cadernos de Atenção Básica, n. 39. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436 de 21/09/2017. Política Nacional de Atenção Básica. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em 04/11/2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à Demanda Espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011, n.204.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção

Básica. Altera a Política nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRAVO, Maria Inês Souza. O trabalho do assistente social nas instâncias públicas de controle democrático. In: Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais. Brasília, CFESS/ABEPSS, 2009.

_____. Política de Saúde no Brasil. In: Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. São Paulo: Cortez; Brasília: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009, pág. 88-110.

BRAVO, Maria Inês Souza e MATOS, Maurílio Castro de. Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: Elementos para o Debate. In: Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. MOTA, Ana Elizabete (et al). São Paulo: Cortez; Brasília: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009.

BRAVO, Maria Inês Souza e MENEZES, Juliana Souza Bravo de. Lutas pela Saúde e a Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde: Desafios à Assessoria Realizada pelos Assistentes Sociais. In: Política de Saúde Hoje: Interfaces e Desafios no Trabalho de Assistentes Sociais. Campinas, SP: Papel Social, 2014, pág. 67 a 90.

CAMPOS, Nayara Rúbio. O Surgimento do NASF e a Atuação do Serviço Social. Disponível em: <http://www.cress-mg.org.br/arquivos/simposio/O%20SURGIMENTO%20DO%20NASF%20E%20A%20ATUA%C3%87%C3%83O%20DO%20SERVI%C3%87O%20SOCIAL.pdf>. Acesso em: 09/11/2019.

CASTRO, Marina Monteiro de Castro e. Humanização em Saúde – Intencionalidade política e fundamentação teórica. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2018.

CFESS. Código de Ética do/da Assistente Social. Brasília, 2012. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_CFESS-SITE.pdf. Acesso em: 04/11/2019.

_____. Parâmetros para atuação de assistentes sociais nas políticas de saúde - Trabalho e projeto profissional nas políticas sociais. Brasília, 2010. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf. Acesso em: 04/11/2019.

COSTA, Maria Dalva Horário da. O Trabalho nos Serviços de Saúde e a Inserção dos (as) Assistentes Sociais. In: Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. MOTA, Ana Elizabete (et al). São Paulo: Cortez; Brasília: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009.

DALPIAZ, Ana Kelen e STEDILE, Nilva Lúcia Rech. Estratégia Saúde da Família: Reflexões Sobre Algumas de Suas Premissas. Disponível em: http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2011/CdVjornada/JORNADA_EIXO_2011/IMPASSEES_E_DESAFIOS_DAS_POLITICAS_DA_SEGURIDADE_SOCIAL/ESTRATEGIA_SAÚDE_DA_FAMILIA_REFLEXÃO SOBRE ALGUMAS DE SUAS PREMISSAS.pdf. Acesso em: 04/11/2019.

FIGUEIREDO, Elisabeth Niglio de. A Estratégia Saúde da Família na Atenção Básica do

SUS. In: Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS), 2014. Disponível em: https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade05/unidade05.pdf. Acesso em 05/11/2019.

FLEURY, Sônia e OUVÉNEY, Assis Mafort. In: Política de Saúde: Uma Política Social. In: Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. GIOVANELLA, Lígia (et al.). Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

FREIRE, Paulo. Ação Cultural para a Liberdade. 5ª Ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1981.

FREIRE, Paulo. À Sombra desta Mangueira. 10ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2012.

GONÇALVES, Amanda Boza e KERNKAMP, Clarice da Luz. Processo de Trabalho e Serviço Social. São Paulo: Pearson Education do Brasil, 2013.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. As Dimensões Ético-Políticas e Teórico-Metodológicas no Serviço Social Contemporâneo. In: Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. São Paulo: Cortez, 2009, p. 161-196.

_____. O Trabalho do Assistente Social em Tempo de Capital Fetiche. In: Serviço Social em Tempo de Capital Fetiche – Capital Financeiro, Trabalho e Questão Social. 8ª ed. São Paulo: Cortez, 2014, p. 414-432.

LOBATO, Alzira Tereza Garcia. Envelhecimento e Políticas Sociais: Possibilidades de Trabalho do Assistente Social na Área de Saúde do Idoso. In: Política de Saúde Hoje: Interfaces & Desafios no Trabalho de Assistentes Sociais. DUARTE, Marco José de Oliveira (et al). Campinas, SP: Papel Social, 2014, pág. 135 a 154.

MATOS, Maurílio Castro de. No Rastro dos Acontecimentos: a Política de Saúde no Brasil. In: Política de Saúde Hoje: Interfaces & Desafios no Trabalho de Assistentes Sociais. DUARTE, Marco José de Oliveira (et al). Campinas, SP: Papel Social, 2014, pág. 27 a 46.

MODESTO, Cátia Cristina. A perspectiva territorial identificada na política nacional de Saúde. In: Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, da Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Serviço Social. Juiz de Fora, 2017.

NETTO, José Paulo. A construção do Projeto Ético-Político do Serviço Social. In: Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. São Paulo: Cortez; Brasília: OPA, OMS, Ministério da Saúde, 2009, pág. 141-160.

PEREIRA, Maria Lucimar. Políticas Sociais II. São Paulo: Pearson Education do Brasil, 2013.


VASCONCELOS, Ana Maria de e BALTAR, Juliana Ferreira. Universidade e Saúde: Formação Profissional para o Sistema de Saúde? In: Política de Saúde Hoje: Interfaces & Desafios no Trabalho de Assistentes Sociais. Campinas, SP: Papel Social, 2014, pág. 249 a 268.

VELOSO, Renato. Condições de Trabalho e Dimensão Técnico-Operativa do Serviço Social. In: Política de Saúde Hoje: Interfaces & Desafios no Trabalho de Assistentes Sociais. Campinas, SP: Papel Social, 2014, pág. 115-133.


YAZBEC, Maria Carmelita. Pobreza no Brasil Contemporâneo e formas de seu enfrentamento. Revista Serviço Social e Sociedade nº 110. São Paulo: Cortez, 2012. Pág. 288-322.

ANEXOS

ANEXO 1 –Ficha do Projeto Terapêutico Singular utilizada pela equipe NASF de Conselheiro Lafaiete – Frente:



PREFEITURA MUNICIPAL DE CONSELHEIRO LAFAIETE
Secretaria Municipal de Saúde
Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF



PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR

Nome: _____

Endereço: _____

Telefone: (____) _____ D.N.: ____/____/____ Idade: _____

Profissional de referência: _____ Data de Atendimento: ____/____/____

Queixas/Situação/Problema

História Progressiva (Fatores clínicos, psicossociais relevantes)

Potencialidades e Vulnerabilidades

Potencialidades	Vulnerabilidades

Ecomapa /Genograma

SIGLAS DAS PATOLOGIAS OU CONDIÇÕES MAIS FREQUENTES		
HIPERTENSÃO ARTERIAL	HA	DEFALTO
DIABETE	DA	DEFVIS
HANDEISE	HAN	DEFMENT
TUBERCULOSE	TB	DEFMULT
HIV	HIV	GAR
AIDS	AIDS	IDFRAG
USO DE SUBSTÂNCIAS LÍCITAS OU ILÍCITAS / DROGAS	DRDG	RN
ALCOOLISMO	ALC	RNPT
TRANSTORNO MENTAL	TME	RNEP
CÂNCER	CA	ANE
EXERCÍCIO / ACIDENTE DE TRABALHO	DAT	DST
DESNUTRIÇÃO	DESN	TAB
OBESIDADE	OBES	HCAB
ATRASO NO DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR	ATDMPM	ADB
ASMA	ASM	FL
HIPOTIREOIDISMO	HIPOT	HBN
DEFICIÊNCIA FÍSICA	DEFYS	FAVB

Fonte: SES, MG.

- Feminino
- Masculino
- Paciente Identificado
- Morte
- Alcoolismo
- Aborto
- Adoção
- Casamento
- Separação
- União sem Casamento
- Relação Conflitante
- Relação Distante
- Relação Próxima
- Relação Próxima e Conflitante

Serviço de Saúde
Serviço Social
Educação/Escola
Trabalho
Recreação/Lazer
Amigos
Vizinhos
Religião

Objetivos e Metas

Verso:

Objetivos		Metas		
Usuário				
Equipe				

Intervenção Multiprofissional

Intervenção	Profissional	Datas/Prazos		
		Curto	Médio	Longo

Evolução/Reavaliação

Conselheiro Lafaiete, ____ de _____ de _____.

Assinatura/Carimbo
Profissional de Referência

ANEXO 3 – MODELO DE LISTA DE PRESENÇA DE REUNIÕES utilizado pela equipe NASF de Conselheiro Lafaiete



PREFEITURA MUNICIPAL DE CONSELHEIRO LAFAIETE
Secretaria Municipal de Saúde

REUNIÃO NASF/COORDENAÇÃO

LISTA DE PRESENÇA

DATA: ___/___/___

- 1- _____
- 2- _____
- 3- _____
- 4- _____
- 5- _____
- 6- _____
- 7- _____
- 8- _____
- 9- _____
- 10- _____
- 11- _____
- 12- _____
- 13- _____
- 14- _____
- 15- _____
- 16- _____
- 17- _____
- 18- _____
- 19- _____
- 20- _____
- 21- _____
- 22- _____
- 23- _____
- 24- _____
- 25- _____
- 26- _____
- 27- _____
- 28- _____
- 29- _____
- 30- _____
- 31- _____
- 32- _____
- 33- _____
- 34- _____
- 35- _____
- 36- _____
- 37- _____
- 38- _____
- 39- _____
- 40- _____