

A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NOS NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF)

Lucia Magaly de Sousa Braga Costa¹

Anelise Maria Costa Vasconcelos Alves²

RESUMO

O presente artigo está fundamentado sobre a proposta de analisar a importância da inserção do assistente social nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Apontando as principais legislações que condiciona esta inserção profissional nas equipes básicas de Estratégia Saúde da Família (ESF). Por se constituir como um campo de trabalho do profissional na política de saúde, identificando o que proporciona essa atuação no processo de trabalho dos assistentes sociais diante da ação interdisciplinar. Visto que o surgimento profissional está condicionado a intervenção nas questões sociais e se estabelece no fazer profissional sobre o modelo pautado em procedimentos especializados e compartilhados no desenvolvimento das práticas de promoção e do cuidado nos serviços de saúde.

Palavras-chave: Assistente Social. Estratégia Saúde da Família. Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Prática Profissional. Serviço Social.

ABSTRACT

This article is based on the proposal to analyze the importance of the insertion of the social worker in the Family Health Support Centers (NASF). Pointing out the main legislation that conditions this professional insertion in the basic teams of the Family Health Strategy (FHS). Because it constitutes a professional field of work in health policy, identifying what provides this performance in the work process of social workers in the face of interdisciplinary action. Since the professional appearance is conditioned to intervention in social issues and is established in the professional practice on the model based on specialized and shared procedures in the development of promotion and care practices in health services.

Keywords: Social Worker. Family Health Strategy. Interdisciplinarity. Family Health Support Centers. Social service.

¹ Estudante do Curso de Especialização em Saúde da Família pela Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira e Universidade Aberta do Brasil, polo de Maracanaú.

• Prof^a. Dra. Anelise Maria Costa Vasconcelos Alves.

1 INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF), desde 1994 vem delineando-se como um dos pilares da saúde pública no Brasil, contribuindo para a assistência à saúde voltada para a família e a comunidade, por parte de uma equipe básica interdisciplinar, na qual o assistente social está inserido a partir da Atenção Básica. (BRASIL, 1994)

As ESF apresentam-se em conformidade com os princípios preconizados no Sistema Único de Saúde (SUS), levando a saúde para mais perto das famílias e com isso, proporcionando a melhoria da qualidade de vida da população. Assim, com a inserção da ESF na rede de serviços em saúde, foram criados e implantados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), mediante a Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, reformulada em 04 de março do mesmo ano.

“As ações de serviço social deverão se situar como espaço de promoção da cidadania e de produção de estratégias que fomentem e fortaleçam redes de suporte social, propiciando maior integração entre serviços sociais e outros equipamentos públicos e os serviços de saúde nos territórios adscritos, contribuindo para o desenvolvimento de ações intersetoriais que visem ao fortalecimento da cidadania” (BRASIL, 2010, p. 88).

Nesse sentido, faz-se necessário abordar o Serviço Social no NASF junto ao processo de construção deste campo de atuação na política de saúde, chamado a ser um viabilizador desta política, no entanto, não devemos esquecer que essa inserção se trata de mais um campo da luta pela garantia dos direitos sociais.

É importante a compreensão do papel do assistente social na intervenção das diversas expressões da questão social no âmbito da saúde. Esta intervenção deve ocorrer de forma a articular a realidade concreta com a realidade subjetiva, realizando assim uma intervenção crítica e reflexiva.

Para realizar esta abordagem, é necessário explanar sobre os principais pontos do resgate histórico acerca da política de saúde no Brasil e os modelos de atenção à saúde, tomando como referência a análise da política de atenção básica brasileira e as diretrizes do NASF como ferramentas para a inserção do serviço social na esfera da saúde que tem o seu surgimento, no Brasil, datado a partir da década de 30, quando o

Estado reconhece a emergência da questão social e suas manifestações, e começa a atuar frente às demandas, por meio das políticas sociais.

Bravo e Matos (2002) destacam a inserção do Serviço Social, na saúde brasileira, no período de seu surgimento, de modo menos abrangente, uma vez que não havia uma grande concentração de profissionais nessa política. Esses autores pontuam que a mudança desse panorama, ocorreu a partir da década de 40, com a expansão do Serviço Social, após o término da Segunda Guerra Mundial, transformando a saúde no setor que mais demandou assistentes sociais.

É nesse limiar que conduzo o percurso metodológico desta pesquisa bibliográfica que realizei diante da aproximação com o objeto de estudo proposto. Por meio da pesquisa que fomenta sobre dado assunto, produzindo o conhecimento através das sínteses dos resultados, direcionando o tema debatido de forma ordenada e assim, favorecendo ao entendimento. Nesse sentido, autores do Serviço Social e da Saúde serão abordados com uma maior relevância dentro da pesquisa proposta contribuindo para a compreensão mais completa do tema de interesse.

Assim, considerando a importância da atenção primária através das equipes de ESF pelo o conjunto de ações na saúde, em que há a inserção dos profissionais chamados para compor a equipe NASF, dentre eles, o assistente social, cujo objetivo é tornar essas ações mais resolutivas. Detenho-me a identificar essa forma de atuação profissional na busca por garantia dos direitos sociais e além disso analisar a possibilidade de atuação nesse espaço institucional.

2 MÉTODO

O tipo de estudo abordado é a pesquisa bibliográfica, cuja finalidade está em uma abordagem crítica sobre o tema a ser debatido. Busca-se fundamentar o tema em questão a partir da atuação da equipe interdisciplinar, a importância da atuação do assistente social no NASF.

Usamos a pesquisa bibliográfica como principal base teórica, através de autores que tragam embasamento e fundamentem os temas a serem abordados, por meio artigos e diálogos teóricos com os autores que proporcionem a interação com os objetos e tragam uma abordagem diferenciada e reflexiva atualizando os debates existentes, que os diversos elementos dialogam entre si, numa perspectiva de totalidade, de acordo com Gil (2002, p. 42), “é o tipo de pesquisa que mais aprofunda o conhecimento da realidade, porque explica a razão, o porquê das coisas”.

Para isso, a pesquisa exploratória permite decidir de que maneira pode-se fundamentar o que é pesquisado, permitindo o encontro entre pesquisador e autores, em uma conversa proposital, que se converte em conhecimento. Para Gil (2007, p.41) a pesquisa exploratória, “tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses”.

Produzindo hipóteses a serem analisadas e validadas, que favorece para a reflexão crítica que versem sobre a inserção do serviço social no NASF e sua contribuição nas equipes de estratégia de saúde da família ESF. Para tanto foi analisado os artigos que conduzisse para a temática, delimitando essa abordagem exclusivamente na análise dessa inserção.

Enfatizamos a utilização como instrumentos norteadores das seguintes legislações: a Constituição Federal de 1988, o Código de Ética Profissional (1993), a Lei de Regulamentação da Profissão nº 8.662/93, a Política Nacional de Atenção Básica (2006), Portaria de criação do NASF nº 154/08, o caderno de diretrizes do NASF, assim como obras de autores da saúde e do serviço social.

Contudo, é realizado um breve resgate histórico os modelos de atenção, tomando como referência a análise da Política de Atenção Básica Brasileira (PNAS) e as diretrizes do NASF como ferramentas para a inserção do serviço social na esfera da saúde.

3 REVISÃO DE LITERATURA

O Sistema Único de Saúde (SUS) compõe a política de seguridade social, tendo sido criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela lei nº 8.080/90, que estabelece a saúde como direito de todos e dever do estado é composto por princípios e diretrizes que a partir de sua criação propiciou o acesso universal e igualitário. Dando início a um estágio positivo aos cidadãos brasileiros, por estabelecer direitos fundamentais, entre estes a saúde. Preconizando através do seu artigo 196 que:

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

O SUS em seu caráter universal e igualitário envolve uma dimensão mais abrangente do que os demais modelos apresentados e conhecidos que se desenvolveram na história da política de saúde brasileira, pois trata de um direito de todo cidadão e dever do Estado, assim vemos que: o “SUS em seu arcabouço de leis, normas, resoluções e diretrizes é um marco definitivo na garantia do direito a saúde do cidadão brasileiro, por determinar um caráter universal às ações e aos serviços no país”. (BRASIL, 2006, p.5).

Representa assim, uma grande conquista, pois a saúde passa a ser vinculado como um direito social em que cabe ao Estado, assumir o desenvolvimento das políticas que permitam o acesso aos direitos constitucionais estabelecidos e dentro destas políticas encontra-se a saúde, dando-lhe relevância pública, como afirma Bravo (2009, p. 96):

“As principais propostas debatidas por esses sujeitos coletivos foram a universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde, visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através dos novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde”.

Em 1993, foi criado o Programa Saúde da Família (PSF), através do Ministério da Saúde, fundamentando a atenção primária, que segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), deve ser composta por um conjunto de ações de caráter individual e

coletivo cujo objetivo central é a promoção e a prevenção da saúde, no entanto, em 1994, passa a ser chamado de Estratégia de Saúde da Família (ESF). (BRASIL, 2017)

Com a necessidade de expansão dos serviços de saúde e ações da atenção primárias foram criados assim os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), por meio da Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, foi criado com o objetivo de ampliar as ações realizadas pela Estratégia Saúde da Família dentro da Atenção Básica. (BRASIL, 2010).

O serviço social traz consigo os desafios de produzir respostas frente às expressões da questão social, que de acordo com Iamamoto (2011) é o conjunto das desigualdades econômicas, políticas e culturais decorrentes da sociedade capitalista. O assistente social atua como um executor das políticas sociais tendo como primazia a garantia dos direitos dos usuários.

Assim, se torna imprescindível o trabalho ser desenvolvido de forma interdisciplinar com as equipes e profissionais de saúde de maneira integrada com o objetivo de que se garanta de direitos e acesso a saúde aos usuários dos serviços que repercutem em todos os níveis da saúde.

A atuação do assistente social deve estar pautada no indivíduo e na comunidade, a interação destes, vem a possibilitar a compreensão dos determinantes do processo saúde/doença pelos assistentes sociais, por poder estabelecer o contato com os sujeitos com a dinâmica do cotidiano social, com isso a intervenção profissional deve interagir entre a realidade subjetiva e concreta, o que possibilita que o assistente social atue de forma crítica e reflexiva.

• RESULTADOS E DISCUSSÕES

A saúde vem imbuída de legislações que atuando em conjunto com a legislação do SUS vem a fundamentar as ações específicas e direcionar o que a Constituição Federal por si só não trouxe em seu texto original, houve a necessidade de agregar a este, as legislações que vieram a desenhar o contexto histórico da política de saúde no

Brasil estabelecimento os arcabouços jurídicos que contribuem a proporcionar uma integração no sistema.

Podemos exemplificá-las através da Lei Orgânica da Saúde nº 8.080 de 1990 que regulamenta o SUS e dispõe das ações para a promoção, proteção e recuperação da saúde. Bem como, a Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990, que trata da participação da comunidade, através dos conselhos e conferências de saúde bem como a gestão do SUS. (BRASIL, 1990)

Com a portaria nº 399 de 2006 estabelece-se o Pacto pela saúde, que é a convenção de gestores, atribuindo aos governos federal, estadual e municipal competências e atribuições específicas relacionadas ao SUS, se apresenta em três partes: Pacto pela vida, Pacto em defesa do SUS e o Pacto de gestão do SUS.

Tendo ainda o Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011 que vem a regulamentar a Lei nº 8.080 abordando o contexto organizacional do SUS, conceituando as redes de saúde, os mapas de saúde, bem como a sua articulação com seus entes federativos. Assim, essa integração entre as legislações, servem para subsidiar e operacionalizar o SUS, concedendo a noção de hierarquização e descentralização, indicando um novo ordenamento ao setor da saúde.

Podemos ressaltar que diante das inúmeras conquistas estão pressupostos os entraves para a consolidação e materialização do SUS, sem deixarmos de relacionar a existência desde então, do viés mercantilista da saúde, pois a partir do início da década de 1990 o país vivencia a implementação do ideário neoliberal, apresentando restrições diante da atuação e mediação do estado e dando ênfase ao modelo privatista de saúde.

“Há que se considerar nessa breve apreciação a situação adversa às propostas de democracia social, decorrentes dos ajustes macroeconômicos da década de 1990, no Brasil. As políticas de redução do Estado, as privatizações e o novo papel desempenhado pelo mercado como provedor das necessidades de saúde foram a pedra de toque para as dificuldades que ora se apresentam. Há que se reconhecer, no entanto, que o SUS vem superando grandes entraves em seu processo de implantação.” (NOGUEIRA: MIOTO, 2006, p. 233).

O caráter neoliberal tem sua característica pautada em ações reduzidas do Estado e prevê uma regulação advinda do mercado, o que resulta em privatizações, cortes aos gastos públicos e em parcerias com a sociedade civil dando-lhe a responsabilidade na redução de custos diante da ação minimalista estatal. O que culmina na escassez dos serviços e na fragilidade do acesso da população ao sistema de saúde.

“A tarefa do Estado, nesse projeto, consiste em garantir um mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento aos que têm acesso ao mercado. Suas principais propostas são: caráter focalizado para atender às populações vulneráveis por meio do pacote básico para a saúde, ampliação da privatização, estímulo ao seguro privado, descentralização dos serviços em nível local e eliminação da vinculação de fonte com relação ao financiamento.” (CFESS, p. 22)

Observa-se que diante da influência neoliberal no que tange às políticas públicas no campo da saúde, existe a instalação de políticas focalizadas, tendo o seu direcionamento pautado nos níveis de pobreza.

O que se tem visto é o SUS voltado para as camadas pauperizadas, pois os que provêm de recursos subsidiam o modelo privatista através dos planos de saúde, devido à precariedade presente na saúde.

O SUS para os pobres reflete uma ideia de que a saúde pública é coisa para pobre. E para quem não tem nada ou muito pouco, parece que qualquer coisa serve. Assim, prevalece a concepção de um sistema de proteção social residual, baseado na assistência dos que não podem resolver seus problemas no mercado. Bastaria, assim, uma medicina simplificada para gente simples. No limite, admite a atenção básica para todos, mas não como direito da cidadania. (PAIM, 2009, p. 73)

Diante do exposto, o que se visualiza é a regressão gradual das políticas sociais, pois seus interesses estão voltados para a lógica mercantilista sobre a ideologia neoliberal, observando-se o antagonismo existente na necessidade da garantia e permanência dos direitos conquistados pela sociedade.

4.1 O PAPEL DO ASSISTENTE SOCIAL NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

É importante salientar o papel realizado pelo assistente social através da integração dos serviços de saúde e a comunidade, estão dispostos nos “Parâmetros

para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde” os eixos de atuação do assistente social no campo da saúde e são: ações socioeducativas, mobilização, participação e controle social e por último o eixo de investigação, planejamento e gestão.

“Entretanto, o projeto da reforma sanitária vem apresentando como demandas que o assistente social trabalhe as seguintes questões: democratização do acesso as unidades e aos serviços de saúde; estratégias de aproximação das unidades de saúde com a realidade; trabalho interdisciplinar; ênfase nas abordagens grupais; acesso democrático às informações e estímulo à participação popular”. (CFESS, 2010, p. 26)

O movimento inserção da categoria profissional no âmbito do NASF, é reforçada pela dinâmica estabelecida ao se implementar o programa de saúde da família, pela própria dinâmica estabelecida, que preconiza a composição mínima da equipe mínima ser formada por diversas categorias profissionais, dentre elas, o assistente social como regi a portaria nº 154/2008 que cria o NASF ao afirmar que:

“... poderão compor os NASF 1 as seguintes ocupações do Código Brasileiro de Ocupações - CBO: Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional da Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; e Terapeuta Ocupacional.” (BRASIL,2008)

Em que o assistente social passa a integrar a equipe conforme as demandas locais, cuja a trajetória histórica da profissão na saúde se deu por meio necessidade de democratização do acesso e universalização dos serviços em saúde, que foram conquistados socialmente, através da participação da comunidade e controle social.

“Um NASF deve ser constituído por uma equipe, na qual profissionais de diferentes áreas de conhecimento atuam em conjunto com os profissionais das equipes de Saúde da Família, compartilhando e apoiando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das equipes de SF.”

Como vem a ressaltar Hoffmann ao afirmar que:

"o reconhecimento de que a saúde é um conceito integral, que abrange os modos de vida, a garantia da qualidade de vida, os direitos sociais, identifica o Serviço Social no campo de atuação do PSF como área de excelência para seu trabalho." (HOFFMANN, 2007, p.115).

Destacando ainda que para a garantia da integralidade está pautada por ações estratégicas que contribuam para a ampliação dos direitos sociais bem como a universalização ao acesso aos serviços de saúde, enfatizando as intervenções para a

defesa dos usuários, na prevenção e promoção a saúde diante dos grupos específicos que se encontram inseridos nas comunidades atendidas.

E busca-se o aprofundamento do debate defendendo “a ampliação das equipes de Saúde da Família de forma a assegurar, institucionalmente, a inserção de diferentes profissionais de saúde, dentre os/as quais o/a assistente social”. (CFESS, 2008, p.01).

Para se garantir a integralidade das suas ações se faz necessário à inserção de outros trabalhadores da saúde, dentre eles, pela própria construção histórica e necessidade sociais explicitadas nesse artigo, destacamos a figura do assistente social.

No Brasil, a profissão iniciou década de 30, quando o Estado reconhece a emergência da questão social e suas manifestações e começa a atuar frente às demandas, por meio das políticas sociais.

A atuação dessa força de trabalho dos assistentes sociais, ocorreu por meio dessas políticas sociais, que eram reguladas por esse Estado, período em que a profissão passou a ser institucionalizada. IAMAMOTO (2010).

4.2 CARÁTER INTERDISCIPLINAR DO SERVIÇO SOCIAL NAS EQUIPES DO NASF

As equipes do NASF devem ser constituídas por equipes interdisciplinares, com diversos profissionais da saúde, dentre eles, o assistente social que apoiam os serviços de saúde na atenção básica, segundo estabelece a Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 sobre:

“A responsabilização compartilhada entre a equipe do NASF e as equipes de saúde da família prevê a revisão da prática do encaminhamento com base nos processos de referência e contrarreferência, ampliando-a para um processo de compartilhamento de casos e acompanhamento longitudinal de responsabilidade das equipes, atuando no fortalecimento de seus princípios e no papel de coordenação do cuidado nas redes de atenção à saúde” (BRASIL, 2011)

Primeiramente, faz-se necessário pontuar a importância do todo, ou seja, a especificidade, em um trabalho desenvolvido no NASF, que requer vários olhares

profissionais que são equivalentes, pois eles se somam, e tendem para um trabalho focado na horizontalidade, em que os usuários da política de saúde, e o cotidiano onde esses se encontram inseridos, apontam como esses olhares múltiplos que devem ser trabalhados em prol da saúde desses usuários.

Vários pontos precisam ser analisados como o processo de trabalho na saúde da família, o desenvolvimento da atuação interdisciplinar reforçando a concepção diante da importância da atenção básica para o estabelecimento da promoção em saúde preconizada pelo SUS. Requer que cada integrante estabeleça os objetivos que lhes competem através de um plano definido de trabalho para o alcance maior da resolução do problema.

“O assistente social, ao participar de trabalho em equipe na saúde, 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 do médico, do enfermeiro, do nutricionista e dos demais trabalhadores que atuam na saúde.” (CFESS, 2010, p. 46)

Partindo da primazia que há uma permanente troca de saberes profissionais o que contribui para que as intervenções no âmbito da saúde da população, se apresenta de forma positiva por ampliar o potencial da equipe a partir do saber compartilhado. Com isso, se potencializa a resolutividade, diante de uma demanda específica, devendo se partir de uma análise situacional da qual a população está inserida o que confere para além da doença em si, e passa a buscar estratégias que visem os sujeitos em sua coletividade.

Passando a primar por intervenções coordenadas na saúde da população, promovendo articulação dos saberes e das experiências de cada integrante da equipe, assim, através das decisões compartilhadas se alcance a promoção de saúde para referida população focalizando a importância do trabalho em rede.

O olhar através da interdisciplinaridade no âmbito da saúde deve-se ser entendido como uma somatória entre vários de saberes que atuam no desenvolvimento de processos de trabalho que se encontram articulados entre si. Compreendo que as inter-relações adquirem caráter amplo, pois extrapolam o setor da saúde, quando

passamos a considerar para além da doença e seus sintomas e passamos a garantir maior eficácia na atenção à saúde dos usuários com o contexto coletivo.

Em que cada integrante tem seu valor na realização das tarefas/objetivos em que se busca o alcance do bem comum, diante de um contexto de ações complexas e dinâmicas, abolindo as intervenções desarticuladas e fragmentadas.

“O serviço social no Nasf deve ser desenvolvido de forma interdisciplinar e integrada com as demais equipes, para prestar apoio no trato da questão social nas suas mais variadas expressões cotidianas na área da saúde. O assistente social é um profissional que trabalha permanentemente na relação entre estrutura, conjuntura e cotidiano, contribuindo com as equipes na apreensão e na ação em face do cotidiano, no qual as determinações conjunturais se expressam e a prática se realiza.” (BRASIL, 2009, p. 99)

Primando pela integração entre as diversas políticas sociais que desde que articuladas possibilite a identificação destas demandas diante do contexto presente em uma dada população. Contribuindo a partir desta integração na resolutividade e encaminhamentos, capaz de dar respostas necessárias para a prevenção de doenças através de ações mais efetivas.

É de suma importância que se assuma a responsabilidade de atuar como intercessores entre os diversos interesses que compõe a promoção à saúde, em que deve estar presente os profissionais que atuam diretamente nos atendimentos, bem como os que são responsáveis pela gestão desses serviços.

Sem desconsiderar os próprios usuários que diante das ações busca-se alcançar a promoção em saúde e portanto, deve-se lutar pela equidade e participação social no controle e fiscalização da gestão das políticas públicas e sociais em geral, assim como no contexto da saúde.

“... tende a contribuir para a construção de um projeto interdisciplinar que fortaleça a educação em saúde e o estreitamento das relações entre profissionais e usuários (as), numa abordagem compartilhada do enfrentamento das questões que perpassam o processo saúde/doença, possibilitando o planejamento das ações de saúde a partir das necessidades expressas pela realidade da população adscrita” (SILVEIRA; SILVA, 2006, p.07).

Assim, devendo-se considerar assim a necessidade de se alcançar a coletividade, considerando o ambiente em que os indivíduos usuários dos serviços estão inseridos sendo primordial a inclusão da população neste processo diante do contexto participativo destas ações.

Portanto, na construção de novos métodos que se alcance a efetivação das ações diante de estratégias em que se busca a melhoria na qualidade de vida da população, a promoção em saúde está diretamente ligada a prevenção das doenças, através da educação em saúde, em que a população se torna ator condicionante das intervenções realizadas.

• **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O NASF surge como apoio as ESF e consigo traz a necessidade de inserção dos mais diversos profissionais com intuito de atuarem nos variados segmentos da saúde contribuindo assim, para a melhoria da qualidade de vida da população atendida.

No entanto, podemos constatar que o SUS se consolidou em um espaço destinado aos que não têm acesso aos subsistemas privados, como parte de um sistema segmentado e focalizado. A proposta prevista Constituição de 1988 em torno de um sistema único e universal não se efetivou de fato diante da lógica desleal do capitalismo.

Assim, o assistente social, profissional capaz de trabalhar com questão social nas suas mais variadas expressões, atua na defesa dos direitos sociais visando qualificar a atenção à saúde e melhorar a sua resolutividade e na efetivação do acesso da população aos serviços saúde.

Em linhas gerais, a atuação profissional nos NASF, merece destaque por estabelecer um olhar crítico para o enfrentamento da realidade, realizando juntamente com toda equipe e com os sujeitos envolvidos.

6 REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. 48. ed. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2015.

_____. Lei Orgânica da Saúde/LOS. Lei 8142. 1990.

_____. Lei nº 8.080, de 19 setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências.

_____. Lei Orgânica Da Assistência Social - lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Brasília, DF: Senado, 1993.

_____. Ministério da Saúde. Coletâneas e normas para o controle social no sistema único de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006 a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 399 de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Diário Oficial da União, 2006.

_____. Portaria GM/MS nº 154/08. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Brasília, DF, 24 de janeiro de 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Cadernos de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília, 2010.

_____. Decreto nº 7508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei 8080, de 19 de setembro de 1990, e dá outras providências.

_____. PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

BRAVO, M. I; MATOS, M. C. de. Reforma Sanitária e projeto ético-político do Serviço Social: elementos para o debate. In: BRAVO, M. I. de S. et al. Saúde e Serviço Social. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 2006.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). Parâmetros para atuação de assistentes sociais na saúde. Brasília. 2010. (Série Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Públicas).

IAMAMOTO, M. V, CARVALHO, R. Relações sociais e serviço social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica. 33. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

IAMAMOTO, M, V. Serviço social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

HOFFMANN, E. O trabalho das assistentes sociais no PSF na região norte do estado do Rio Grande do Sul. 2007. Dissertação (Mestrado em Serviço Social).

Pontifícia Universidade Católica, Porto Alegre/RS.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro; MIOTO, Regina Célia Tamaso. Desafios atuais do Sistema Único de Saúde–SUS e as exigências para os Assistentes Sociais. Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional, v. 1, p. 218-241, 2006.

GIL, A.C. Métodos e técnicas de pesquisa social. 5a Ed. São Paulo: Atlas, 2006.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

PAIM, Jairnilson. O que é o SUS. Scielo- Editora FIOCRUZ, 2009.

SILVEIRA, S.A.S.; SILVA, K. M. P. da. A prática do (a) assistente social no âmbito da educação em saúde no Programa Saúde da Família de Campina Grande/PB. 2006. Relatório de Pesquisa de Iniciação Científica. UEPB, Campina Grande.