

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE - UFRN
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS - CCSA
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL - DESSO

SABRINA FREIRE PEREIRA

A INSERÇÃO DOS (AS) ASSISTENTES SOCIAIS NAS UNIDADES BÁSICAS DE
SAÚDE: **Análise do Programa Saúde da Família em Parnamirim/RN**

NATAL/RN

2012

SABRINA FREIRE PEREIRA

A INSERÇÃO DOS (AS) ASSISTENTES SOCIAIS NAS UNIDADES BÁSICAS DE
SAÚDE: **Análise do Programa Saúde da Família em Parnamirim/RN**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Serviço Social, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como exigência parcial para obtenção do título de bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Profa. Mr. Claudia Gabriele da Silva

NATAL/RN

2012

Catálogo da Publicação na Fonte.

UFRN / Biblioteca Setorial do CCSA

Pereira, Sabrina Freire.

A inserção dos (as) assistentes sociais nas unidades básicas de saúde: análise do Programa Saúde da Família em Parnamirim/RN/ Sabrina Freire Pereira. - Natal, RN, 2012.

57f.

Orientadora: Prof.^a M. Sc. Claudia Gabriele da Silva.

Monografia (Graduação em Serviço social) - Universidade Federal do

Rio Grande do Norte. Centro de Ciências Sociais Aplicadas. Departamento de Serviço social.

1. Serviço social - Monografia. 2. Assistentes sociais – Programa Saúde da Família - Monografia. 3. Saúde pública – Monografia. I. Silva, Claudia Gabriele da. II. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. III. Título.

RN/BS/CCSA

CDU 364.2:61

SABRINA FREIRE PEREIRA

A INSERÇÃO DOS (AS) ASSISTENTES SOCIAIS NAS UNIDADES BÁSICAS DE
SAÚDE: **Análise do Programa Saúde da Família em Parnamirim/RN**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Serviço Social, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como exigência parcial para obtenção do título de bacharel em Serviço Social.

Aprovada em: ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Profa. Mr. Claudia Gabriele da Silva (Orientadora)
Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Profa. Mr. Jussara Keilla Batista do Nascimento Almeida
Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Profa. Mr. Monica Maria Calixto de Farias Alves
Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Aos meus pais e a minha irmã que estiveram presentes na minha luta para concretizar o sonho de se formar numa Universidade Federal.

AGRADECIMENTOS

A realização desse trabalho passou por um processo longo que apresentou imensas dificuldades e foi necessária a ajuda e compreensão de algumas pessoas queridas.

Agradeço, primeiramente, aos meus pais por toda paciência em ajuda-me a lidar com o meu estresse e minha ansiedade. Sempre preocupados com a minha saúde me guiando a continuar nessa caminhada até o fim.

A minha querida irmã que me deu forças nos momentos mais difíceis da minha vida e acompanhou a jornada para a construção de trabalho para que eu pudesse concluir o curso a tempo.

Aos meus parentes próximos que acreditaram em mim e ajudaram com simples palavras de conforto nas horas mais difíceis.

As minhas companheiras de luta, presentes na turma. Juntas caminharam para essa conquista, ajudando-as umas as outras, com simples conselhos e um pensamento positivo de que tudo iria ficar bem e a garantia do sucesso tão esperado.

Não deixar de agradecer a todos os professores do curso, com todo profissionalismo, ministraram as disciplinas com total empenho e paciência.

Agradeço a todos (as)!

Ainda bem que sempre existe outro dia. E outros sonhos. E outros risos. E outras pessoas. E outras coisas.

Clarice Lispector

RESUMO

Este trabalho de conclusão de curso de graduação aborda a inserção dos (as) assistentes sociais nas unidades básicas de saúde onde há presença do programa saúde da família (PSF) com recorte da realidade do município de Parnamirim/RN. Tem como escopo analisar como esta ocorrendo à inserção desses profissionais nas unidades básicas de saúde, recortando a realidade no centro de saúde Suzete Cavalcante localizado no bairro de Nova Parnamirim/RN. Para compreender a realidade das profissionais utilizou-se como metodologia, uma pesquisa qualitativa, via análise documental e observação participante na própria unidade básica de saúde. Além disso, foi necessária a revisão bibliográfica à luz de autores que discutem temáticas que envolvem este trabalho. A pesquisa foi desenvolvida com base na análise crítica da realidade vivenciada na unidade básica de saúde do bairro de Nova Parnamirim, no período de julho/2010 a julho/2012. Apresentada de forma breve a trajetória histórica da saúde brasileira para entender a necessidade da inserção do(a) assistente social nas equipes de saúde da família no Brasil. O resultado alcançado foi o quanto à necessidade do(a) assistente social nas unidades básicas de saúde trabalhando em prol aos usuários e a comunidade. Neste contexto, o profissional de Serviço Social deve em seu trabalho cotidiano interpretar e compreender a realidade social, facilitando a inserção do cidadão nas políticas públicas, a inserção aos direitos humanos, e nas ações e programas da assistência social, etc.

Palavras-chave: Saúde Pública. Assistentes Sociais. Programa Saúde da Família.

ABSTRACT

This conclusion work degree course covers the insertion of (the) social workers in basic health units where there is presence of the Family Health Program (PSF) cut with the reality of the municipality of Parnamirim / RN. Its scope analyze how this place the insertion of these professionals in primary health care, cutting reality at the health center Suzete Cavalcante located in the district of New Parnamirim / RN. To understand the reality of professional methodology was used as a qualitative research via document analysis and participant observation in the very basic health unit. Furthermore, the literature review was necessary in light of authors who discuss topics involving this work. The survey was developed based on critical analysis of the reality experienced in basic health unit in the neighborhood of New Parnamirim in the period July 2010 to July 2012. Presented briefly the historical trajectory of Brazilian health to understand the need for insertion of (a) social worker in family health teams in Brazil. The result was achieved on the need to (a) social worker in basic health units working for users and the community. In this context, the professional social work in their daily work must interpret and understand social reality, facilitating the inclusion of citizens in public policy, the inclusion of human rights, and actions and social welfare programs, etc.

Keywords: Public Health. Social Workers. Family Health Program.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRAMGE – Associação Brasileira de Medicina de Grupo
AIS – Ações Integradas de Saúde
Art. – Artigo
CAPS – Caixas de Aposentadoria e Pensões
CF – Constituição Federal
CFESS – Conselho Federal de Serviço Social
CNS – Conferência Nacional de Saúde
CONASP – Conselho Nacional de Administração Previdenciária
EUA – Estados Unidos da América
IAPS – Instituto de Aposentadorias e Pensões
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
INPS – Instituto Nacional de Previdência Social
JK – Juscelino Kubistchek
LOS – Lei Orgânica da Saúde
MPAS – Ministério da Previdência e Assistência Social
MS – Ministério da Saúde
NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família
OMS – Organização Mundial da Saúde
PACS – Programa de Agentes Comunitários da Saúde
PNS – Política Nacional de Saúde
PPA – Plano de Pronta Ação
PREV-SAÚDE – Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
PSF – Programa Saúde da Família
SAMDU – Assistência Médica e Domiciliar de Urgência
SESP – Serviço Especial de Saúde Pública
SINPAS – Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	A SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL	14
2.1	BREVE TRAJETÓRIA HISTÓRICA DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL	14
3	A INSERÇÃO DOS(AS) ASSISTENTES SOCIAIS NA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL E EM PARNAMIRIM/RN	24
3.1	O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA	24
3.2	A ATUAÇÃO DOS (AS) ASSISTENTES SOCIAIS NA SAÚDE PÚBLICA DO RIO GRANDE DO NORTE: O RECORTE DA REALIDADE DE PARNAMIRIM/RN	36
3.2.1	Programa Saúde da Família (PSF)	37
3.2.2	Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF)	41
3.2.3	Realidade do PSF na unidade básica de saúde do bairro de Nova Parnamirim	47
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS	53
	REFERÊNCIAS	55

1 INTRODUÇÃO

Durante o século XX a saúde brasileira passou por diversos momentos importantes até conquistar um sistema nacional de saúde, com o sistema único de saúde, no final dos anos 1980. No início do século XXI passou por acontecimentos em prol de um sistema universal, descentralizado e de qualidade. Entre outros momentos como a intenção do Estado de desresponsabilizar a sua obrigação e descarregar para as grandes empresas particularizando o sistema e assim ameaçando os direitos humanos e aumentando o capital.

O período que sucede do início do século XX até os anos 1930, marcou com a existência das grandes epidemias da época ocasionando para o aumento da mortalidade. Tempo em que faltava atendimento médico para todos os cidadãos nas redes privadas, acentuando grande parte para os hospitais filantrópicos com intuito de atender os populares que não tinham condições de pagar por uma consulta. Por isso, o Estado tomou providências e tornou a obrigatoriedade das vacinas para todos e aqueles se recusarem tomar eram forçados, ocasionando assim a revolta da vacina. Ainda nesse período o governo criou a lei Eloy Chaves ocasionando para o surgimento das caixas de aposentadoria e pensões (CAPs) e depois criou o instituto de aposentadoria e pensões (IAPs). Por fim, no ano 1929 apresentou a grande crise do sistema capitalista.

O período de 1930 a 1945 do Governo de Getúlio Vargas momento de grandes acontecimentos políticos, econômicos e sociais. Houve acentuação dos institutos de aposentadoria e pensões (IAPs), com a segunda guerra mundial os militares trouxeram e desenvolveram criação do sistema especial de saúde pública (SESP).

O Governo de Juscelino Kubistchek, que foi o período desenvolvimentista na economia brasileira, com um grande aumento das industriais/empresas acarretando em aumento de empregos em massa. O Presidente criou a capital do Brasil, Brasília. E na área da saúde a criação da Associação Brasileira de Medicina de Grupo (ABRAMGE). Com intenção de desmembrar a saúde para outros horizontes.

O momento da Ditadura Militar foi um período turbulento e crucial para o contexto brasileiro. Maior intervenção estatal, na economia e na vida privada da população. Período da Criação da Política Nacional de Saúde (PNS); iniciação do movimento sanitário (reforma sanitária); criação do instituto nacional de previdência social (INPS); criação da Assistência Médica e Domiciliar de Urgência (SAMDU); Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS); Plano de Pronta Ação (PPA); Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SNPAS); Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS);

Instituto Nacional de Previdência Social (INPS); a Reforma Sanitária, em 1970 e acentuado em 1980 e 1990, com função de descentralizar a saúde, criar um sistema nacional de saúde pública e universalizar o serviço.

A Constituição Federal de 1988 deu novos horizontes à política, economia e social. Ocasionalmente a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), um sistema universal, descentralizado, igualitário. Priorizando o acesso a todos os cidadãos brasileiros e passando a responsabilidade para o Estado. Em 1991 cria o programa de agentes comunitários de saúde (PACS), processo transitório a criação do programa saúde da família (PSF) em 1994 O Programa Saúde da Família (PSF) vem sendo implantado em todo o Brasil como uma importante estratégia para a reordenação da atenção à saúde, conforme preconizam os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). O PSF prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde de indivíduos e famílias, de forma integral e continuada. O PSF foi efetivado em 1996 em todo o território brasileiro e somente em 2006 a criação do núcleo de apoio a saúde da família (NASF), um meio para dá suporte ao PSF e o único campo que apresenta assistentes sociais que integram nas unidades básicas de saúde no município de Parnamirim.

A pesquisa foi realizada com base na análise crítica da realidade com base no estágio não obrigatório na unidade básica de saúde (centro de saúde Suzete Cavalcante) em Parnamirim/RN. Com a vivência foi apresentado interesse em discutir a realidade da área da saúde para os(as) profissionais e como se dava a inserção dos(as) assistentes sociais na área e no programa saúde da família (PSF). Obtendo como objetivo: mostrar a realidade da atuação dos(as) assistentes sociais na área da saúde e nos programas governamentais, área de maior inserção dos(as) profissionais na atual realidade. Portanto, a análise crítica da realidade vivenciada de acordo com observações participativa, análise documentais e revisão de literatura, contribuindo para a construção desse trabalho.

No capítulo II, intitulado a saúde pública no Brasil tem por objetivo expor uma breve trajetória histórica da saúde pública no Brasil. Apresentando a história da saúde pública desde início do século XX até o início do século XXI.

No capítulo III, intitulado a inserção dos (as) assistentes sociais na saúde pública no Brasil e em Parnamirim/RN tem por objetivo mostrar o contexto histórico do serviço social na saúde pública brasileira; como se deu a inserção e como sucedeu a atuação dos (as) profissionais na área da saúde no contexto geral. Com a atuação dos (as) assistentes sociais na saúde pública do Rio Grande do Norte com um recorte da realidade de Parnamirim/RN, apresentando o programa governamental, Programa Saúde da Família (PSF) criado em 1994 e os Núcleo de

Apoio a Saúde da Família (NASF) criado em 2006. Apresentando, atualmente a realidade do PSF na unidade básica de saúde do bairro de Nova Parnamirim. Por fim, é apresentada a parte da pesquisa (análise crítica da realidade) da inserção e atuação das assistentes sociais nas unidades básicas de saúde em Parnamirim/RN.

Em suma, a saúde pública ao longo da história brasileira desempenhou um papel importante na vida da população. Passou por muitos momentos para chegar ao sistema atual de saúde, o sistema único de saúde (SUS), constituído na Constituição Federal de 1988, e na lei orgânica da saúde (Lei nº 8.080/90).

Desde século XX, a área da saúde constituiu um campo de desenvolvimento para a nação e para os cidadãos. O foco desse trabalho é a inserção e atuação dos (as) assistentes sociais na saúde pública brasileira, com recorte no Rio Grande do Norte e na realidade do bairro de Nova Parnamirim.

2 A SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

A saúde pública no Brasil apresentou no decorrer da história um campo de lutas, movimentos sociais, a presença e a ausência do Estado, a construção da democracia, entre outros eventos. Perpassando na Constituição Federal de 1988 um “direito de todos e dever do Estado”. Na trajetória histórica, a área da saúde ganhou força e maior atenção da sociedade e do Estado. As políticas públicas voltadas à saúde aos poucos passaram a serem abrangentes para todo o território nacional. Passou por várias políticas até chegar a um sistema nacional de saúde de caráter universal, descentralizada e integralizado. Segundo a 8ª Conferência Nacional da Saúde,

A saúde não é um conceito abstrato. Define-se num contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas (BRASIL, 1986, p. 12).

E, de acordo, com a Organização Mundial de Saúde (OMS) a saúde é definida como "Completo bem-estar Físico e Mental e Social do Indivíduo". Portanto, para compreender a realidade atual da saúde pública no país foi necessário um levantamento bibliográfico teórico-histórico. Apresentando a seguir numa ordem cronológica presente a seguir: Início do século XX até 1930; Getúlio Vargas; Juscelino Kubistchek; Ditadura Militar; Reforma Sanitária e Constituição Federal de 1988; e Sistema Único de Saúde (SUS).

2.1 BREVE TRAJETÓRIA HISTORICA DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

Início do século XX até 1930, a saúde pública no Brasil viveu um momento difícil devido às epidemias de algumas doenças apresentadas na época, ocorridas nas principais cidades do país naquele tempo. Não havia atendimento médico para toda a população afetada, na área pública, então, a população carente só tinha um meio de atendimento médico, o atendimento filantrópico nos hospitais de “caridade” que eram administrados pelas igrejas católicas da época.

No dado período o Governo Federal adotou o modelo de medidas “campanhistas” com o objetivo de “limpar” as áreas urbanas dessas grandes epidemias. As campanhas eram organizadas como campanhas militares, separando as cidades em pequenos distritos e encarcerando os doentes de moléstias contagiosas e obrigando, utilizando da força física o trabalho de práticas sanitárias como a vacinação obrigatória para toda a população para poder

combater as grandes epidemias. Esta intervenção sanitária, principalmente nos espaços urbanos, não foi bem recebida pela sociedade civil, afirmando ser autoritária e sem informações concretas sobre as vacinas injetáveis. Com essa total desconfiança e medo da sociedade, ocasionaram vários movimentos e conflitos da sociedade civil contra o Governo Federal, gerando uma revolta da população indo às ruas para combater essa obrigatoriedade da vacina chamada na época como a “Revolta da Vacina”. Ressaltando que tais atitudes vislumbravam a ideia que perpassou por quase toda a Primeira República sobre a Questão Social como uma questão de polícia, ou melhor, “caso de polícia” (como afirmam alguns estudiosos da área).

Em 1923, segundo Behring e Boschetti (2010, p. 80) o ano de 1923 é chave para compreensão do formato da política social brasileira no período subsequente: aprova-se a lei Eloy Chaves, que institui a obrigatoriedade de criação de Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) para algumas categorias estratégicas de trabalhadores, a exemplo dos ferroviários e marítimos, dentre outros. [...] As CAPs foram as formas originárias da previdência social brasileira, junto com os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), sendo o dos funcionários públicas o primeiro a ser fundado, em 1926.

Com o CAPs surgem as primeiras discussões sobre a necessidade de se atender a demanda dos trabalhadores assalariados. Mas, as caixas não eram para todos os trabalhadores, era só para aqueles que contribuía, ou seja, o trabalhador que pagasse. Portanto, foi a primeira vez que o Governo instituiu um mecanismo destinado a garantir ao trabalhador uma assistência à saúde, já que antes eram restritas as empresas de ferroviários e marítimos. Neste momento há complexas relações entre os setores público e privado.

Em 1929, com a crise mundial do sistema capitalista, o Brasil passou por diversas transformações políticas, econômicas e sociais. Ocasionalmente, assim, uma maior intervenção do Estado na economia brasileira, nas políticas públicas e na vida dos cidadãos. E precarização nos serviços básicos, como a saúde.

A partir de 1930, o sistema capitalista começou a erguer-se, com o processo de industrialização crescente, com a integração social das massas de trabalhadores na estrutura sindical e com incremento da intervenção estatal, pela via de processos de modernização conservadora no Brasil surge a política social com conexão com o serviço social, passando o Estado a implantar as políticas sociais no país. Bem na época da profissionalização do serviço social, como a especialização do trabalho coletivo na área da saúde.

No Estado Novo da Era Vargas, nos anos 1930-1945, decretou a centralização da estrutura dos serviços de saúde, avançando-os para o interior do país. Em 1932, foram criados os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP's), como caráter de Seguro Social, onde havia um desconto no salário mensal do trabalhador e com o fundo criado era investido para gerar a massa de recursos necessários a fim de pagar as aposentadorias e pensões desses trabalhadores. Os IAP's eram financiados pela "contribuição" dos trabalhadores nas empresas e também no Estado, garantido o direito a assistência médica e a aposentadoria após 30 anos de contribuição. Os trabalhadores eram organizados por categorias profissionais e eram eleitos uns representantes para compor a administração da categoria. Os bancários, os ferroviários e os marítimos eram os mais combativos, pois estavam ligados à exportação e ao comércio (atividades que eram fundamentais para o desenvolvimento do capitalismo). Os recursos dos IAP's, então, foram "aplicados" na industrialização do país (MOTA, 2009).

Durante a Segunda Guerra Mundial, com a influência dos americanos, levou o Brasil a adotar o modelo americano de atenção à saúde. Criando o SESP (Serviço Especial de Saúde Pública), financiado pelo EUA. Organizavam as campanhas sanitárias e atuavam no interior do país com a educação sanitária, com saneamento e com a assistência médica às populações pobres com o intuito de evitar a disseminação de endemias rurais, como a malária, a febre amarela, o mal de chagas e a esquistossomose. Havia um grande hospital onde concentrava todo o atendimento da região, colocando em segundo plano, os postos de saúde, consultórios e ambulatórios, pois tinham baixo custo financeiro. A estrutura e o funcionamento dos grandes hospitais atendiam às necessidades crescentes de uma florescente indústria farmacêutica e de equipamentos médicos. Já em 1950, as ações de saúde pública predominavam sobre a assistência médica individual.

No governo de Juscelino Kubitschek, em 1955, houve um período de intenso desenvolvimento econômico, com a criação da indústria automobilística, com a criação de Brasília e com abertura do país para a entrada do capital estrangeiro. O Estado desenvolvimentista, seguindo a dinâmica do capital, cedeu sua mão para o mercado como a instância societal mediadora por excelência e sacralizadora do Estado mínimo, em contraposição aos apontamentos do liberalismo clássico. No ano 1956, o índice de mortalidade infantil se encontrava altíssimo. Portanto, o Ministério da Saúde ficou responsável por desenvolver um novo programa, voltado para a assistência às crianças. Multiplicaram-se, então, os serviços de higiene infantil e os postos de puericultura, que incluíram em suas atividades não só o acompanhamento, a vacinação e o tratamento das crianças doentes, mas também a assistência às mães (MOTA, 2009).

Durante o Governo de JK aumentaram os números de IAP's, porém, a população não aceitava a unificação destes, devido às diferenças de poder entre si. Os mais ricos construía seus próprios hospitais, contudo, algumas empresas não estavam satisfeitas com o atendimento médico que era oferecido. Foi nesse período que surgiu a Medicina de Grupo, onde empresas prestavam serviços médicos particulares aos trabalhadores de outras empresas que as contratavam, e conseqüentemente, surgiu a ABRAMGE (Associação Brasileira de Medicina de Grupo) (FAEPESUL, 2012).

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

Na Ditadura Militar de 1964 a 1985, a conquista de alguns direitos sociais da classe trabalhadora foi mediada pela interferência estatal, no seu papel de manutenção da ordem social capitalista e de mediação das relações entre as classes sociais. Nesse período, muitos líderes políticos, estudantes, sindicais e religiosos foram perseguidos por lutarem pela melhoria das condições da saúde da população. Com a Ditadura houve uma deterioração das condições de saúde da população, com o aumento da miséria e pela falta de investimentos a saúde. A Política Nacional de Saúde (PNS) enfrentou tensão entre a ampliação dos serviços, a disponibilidade de recursos financeiros, e com os interesses advindos das conexões burocráticas entre os setores estatais, empresarial médico e emergência do movimento sanitário (FAEPESUL, 2012).

Até, então, a saúde pública sempre tivera mais recursos que a assistência médica, porém durante a ditadura militar inverteu-se essa relação, diminuindo os investimentos a saúde pública e aumentando para a saúde privada. O Governo contratou médicos para o atendimento aos pobres em hospitais, nascendo assim, as Associações Médicas de Hospitais, com a fabricação de medicamentos nacionais no início, mas depois o Governo passou a comprar os medicamentos no exterior.

Em 1966, houve a unificação dos IAP's. Com isso, em 1967 o Governo Federal criou o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que concentrou em uma única estrutura todos os institutos de aposentadorias e pensões e o Serviço de Assistência Médica e Domiciliar de Urgência (SAMDU), que somente quem contribuía podia “usufruir” deste Instituto. Foi implementado, através do INPS, limites de financiamento a fundo perdido, para ampliar a construção de hospitais particulares, visando aumentar o número de leitos hospitalares para os trabalhadores da previdência.

A Previdência Social, nos anos 1970, conheceu sua maior expansão em número de leitos disponíveis, em cobertura e na massa de recursos arrecadados. Em 1974, foi criado o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), depois o Plano de Pronta Ação (PPA), que normatizou as condições para a expansão da cobertura de serviços assistenciais e acarretou um aumento sem precedentes na produção de serviços. O 1º Encontro Nacional de Secretários Municipais de Saúde, realizado em 1978, começou a pensar em Planos Municipais de Saúde. A partir deste ano foi criado, o SINPAS (Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social), que passou a reunir todos os órgãos de assistência médica do INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social), e todos os órgãos de aposentadorias e pensões do INPS (Instituto Nacional de Previdência Social).

A partir da década de 1980 do século XX ocorreu uma radical transformação na trajetória histórica do Brasil. Manifestou-se um abrangente processo de mudanças com seus devidos desdobramentos nas esferas econômicas, sociais e políticas e que atingiram sobremaneira a dinâmica social e suas correspondentes contradições (MOTA, 2009).

Em 1980, o movimento da saúde integrado por participantes do movimento popular e por trabalhadores da saúde passaram a “interferir” nas políticas voltadas a saúde. A pressão do movimento não permitia mais que o governo tomasse medidas sem levar em conta as reivindicações dos trabalhadores de saúde. Os trabalhadores propuseram propostas para mudar o sistema de saúde que era ineficiente para a população brasileira da época. Os hospitais encontravam em condições precárias de funcionamento, faltavam médicos, e alto índice de mortos sem socorro, etc.

Enquanto, o Ministério da Saúde e o da Previdência Social continuavam sem verbas e com atos de corrupção, o Governo Federal buscava alternativas através de contínuas reformas que visassem integrar os serviços prestados desses dois ministérios. O Ministério da Saúde, então, convocou e organizou a 7ª Conferência Nacional de Saúde com o tema, “Serviços Básicos de Saúde”, cuja discussão centrou-se nos programas de extensão e de cobertura de ações básicas de saúde, permitindo uma ampliação do debate sobre a descentralização, tanto assistencial quanto operacional, e do modelo de atenção à saúde.

Ainda em 1980, na 7ª CNS, no período do regime militar. Os principais temas debatidos eram relacionados à implantação e desenvolvimento do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE), projeto que pretendia estender a cobertura dos serviços para toda a população com ênfase nos serviços básicos de saúde. Logo, depois, foi desenvolvido o CONASP (Conselho Nacional de Administração Previdenciária), que elaborou um plano retomando as ideias do PREV-SAÚDE como a descentralização e a

utilização prioritária dos serviços públicos, para atender a todos os usuários. A partir desse plano surgiu o programa de Ações Integradas de Saúde (AIS), o qual pretendia integrar os serviços que atendiam a população de uma região, visando ações mais eficientes e eficazes. Havia a ideia de integração da saúde pública com a assistência médica individual, os quais foram combatidos pelos grupos dos médicos privados e pela burocracia do próprio INAMPS (MOTA, 2009).

A partir de 1986, com a efetivação do funcionamento das Conferências de Saúde, essa política passou a ter uma participação dos trabalhadores de saúde e representantes de movimentos populares que protestavam para reestruturação do Sistema Nacional de Saúde, o qual, de certa forma, resultou na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que por sua vez mantém o poder político, administrativo e financeiro dos estados e municípios.

Na 8ª Conferência de Saúde realizada em março de 1986, em Brasília - Distrito Federal. O temário central versou sobre: I A Saúde como direito inerente a personalidade e à cidadania; II Reformulação do Sistema Nacional de Saúde, III Financiamento setorial. Os debates saíram dos seus fóruns específicos e assumiram outra dimensão com a participação das entidades representativas da população: moradores, sindicatos, partidos políticos, associações de profissionais, parlamento (BRAVO, 2001). A conferência foi

O grande marco nas histórias das conferências de saúde no Brasil. Foi a primeira vez que a população participou das discussões da conferência. Suas propostas foram contempladas tanto no texto da Constituição Federal/1988 como nas leis orgânicas da saúde, nº. 8.080/90 e nº. 8.142/90. Participaram dessa conferência mais de 4.000 delegados, impulsionados pelo movimento da Reforma Sanitária, e propuseram a criação de uma ação institucional correspondente ao conceito ampliado de saúde, que envolve promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 2012)

Em 1987, começaram os trabalhos da Assembleia Nacional Constituinte, visando à elaboração da Nova Constituição Brasileira. Através do decreto nº 94.657/87, o presidente da República criou o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDES) que foi substituído em 1990 por Sistema Único de Saúde (SUS). Em 1988, a Assembleia Nacional Constituinte aprovou a Nova Constituição Brasileira, incluindo pela primeira vez uma sessão sobre a saúde. Segundo Bravo, os principais aspectos aprovados na nova Constituição foram:

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. (BRAVO, 2001, p. 10)

Constando nos artigos 196º da Constituição Federal (1988) e 3º da Lei Orgânica da Saúde (1990) que a saúde é: na Constituição Federal - Art. 196: A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (CF, 1988). E na Lei Orgânica da Saúde - Art. 3º A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País (LOS, 1990).

Na Constituição Federal de 1988 inaugura um novo sistema de proteção social, a Seguridade Social. Concepção inovadora que representou uma inflexão na trajetória da política social brasileira. Compondo a saúde e a assistência social junto com a previdência social como direito de cidadania, de questão pública e responsabilidade do Estado. Portanto, a seguridade social apresenta o direito à saúde, à assistência social e à previdência social a todos os brasileiros. Estas três áreas não foram eleitas aleatoriamente pelo legislador, e sim, por estarem correlacionadas, visando assegurar os direitos que convergem para a finalidade constitucional da garantia de estabilidade da própria sociedade civil, considerando-a fundamental para tornar uma sociedade democrática. A Seguridade Social universaliza os direitos sociais, proporciona alguns patamares mínimos de vida da população brasileira em face de reduções provocadas por contingências sociais e econômicas.

A Constituição Federal viabilizou a efetivação de políticas públicas que embora não propiciem de imediato às extirpações dessas mazelas sociais, contribuem para sua redução. O papel do Estado tornou-se, então, fundamental confundindo-se com o objetivo da vida social que envolve uma sociedade “justa”, na qual, todos os cidadãos podem viver bem mesmo com as desigualdades sociais. Constituindo, assim, a Seguridade Social uma instituição político-estatal com a participação das entidades da sociedade civil, por meio de convênios ou consórcios administrativos com o Poder Público, a fim, de promover uma ação

social na saúde, na previdência e na assistência social, assegure à população os denominados “mínimos sociais” para a vida social.

Na Constituição, para a garantia fundamental dos direitos sociais houve uma desvinculação do modelo econômico, como aspecto secundário e derivado do regime do capital, com o intuito de tornar a Seguridade uma política pública, independente da lógica do mercado, enquanto responsabilidade do Estado e direito dos cidadãos. Em seu campo discriminam-se as necessidades sociais que devem ser priorizadas na ação do Estado, seja coletivamente, por meio de medidas dirigidas à comunidade (prevenção sanitária, planos habitacionais, seguro social, educação, comunicação e outras), seja individualmente, por meio de prestações de serviços sociais. Os principais objetivos da Seguridade são: universalidade de cobertura e atendimento; uniformidade e equivalência das prestações; seletividade e distributividade (o mais complexo da seguridade); irredutibilidade do valor dos benefícios; equidade de participação no custeio; diversidade da base de financiamento; participação da comunidade na gestão administrativa (MOTA, 2009).

Foi proposto na Constituição Federal um novo ordenamento ao setor da saúde, mas a competência para cuidar desta rede deixou de ser hegemônica da União, acarretando em grandes mudanças estruturais, passando a se definir melhor tais competências e iniciando-se o processo de descentralização dos serviços.

No início dos anos 1990, com a criação da Lei nº 8.080 (Lei Orgânica da Saúde) e da Lei nº 8.142, começaram a regulamentar as determinações da Constituição e consagraram, dentre outros, os princípios de descentralização das ações e serviços de saúde, e de municipalização da gestão, definindo papéis e atribuições dos gestores nos três níveis de atenção à saúde (Atenção baixa – unidades básicas de saúde, Atenção média e alta – clínicas e hospitais).

O Sistema Único de Saúde (SUS) é formado por várias instituições dos três níveis de governo (União, Estados e município). O sistema é único, pois tem a mesma doutrina, a mesma filosofia, e é organizado de uma mesma sistemática. O sistema deve atender à todos os brasileiros de acordo com suas necessidades; deve atuar de maneira integral, isto é, ver a pessoa como um todo, que faz parte de uma sociedade, significando que as ações de saúde devem estar voltadas, ao mesmo tempo, para o indivíduo e para a comunidade, para a prevenção e para o tratamento e respeitar a dignidade humana; deve ser descentralizado, o poder de decisão deve ser daqueles que são responsáveis pela execução das ações; deve ser racional, se organizar de maneira que sejam oferecidos ações e serviços de acordo com as necessidades da população; deve ser eficaz e eficiente, produzir resultados positivos ao

usuário e a comunidade; e deve ser democrático, assegurando o direito de participação de todos os seguimentos envolvidos com o sistema.

O SUS é estruturado pela regionalização, que é a adequação às diferenças regionais, em vez de sua efetivação linear e igualitária; pela hierarquização de suas diversas instâncias operacional, estruturada segundo o grau das respectivas responsabilidades, sob comando único; e pela integração dessas instâncias em nível nacional, estadual e municipal. O sistema é descentralizado, pois deve malear-se por diversos níveis de direção administrativa, a começar pelo municipal. E deve assegurar o atendimento integral a população, no qual necessidades biopsicossociais, culturais e subjetivas são reconhecidas, a promoção e a prevenção, e o tratamento são integrados na prática clínica e comunitário e a abordagem é voltada para o indivíduo, sua família e seu contexto.

Com a implementação do Sistema Único de Saúde, universalizou-se o direito à saúde, a garantia do pleno acesso aos serviços sem exclusão e/ou discriminação, onde as gestões municipais têm como princípios éticos e doutrinários: a integralidade, com prioridade, para atividades de promoção e prevenção, sem prejuízo dos serviços assistenciais especializados; a equidade, tratando de forma diferenciada os desiguais, oferecendo mais a quem precisa mais e procurando reduzir as desigualdades; e a universalidade, garantindo a atenção à saúde, por parte do sistema, a todo e qualquer cidadão brasileiro.

De acordo com a Constituição Federal de 1988, as principais atribuições do Sistema Único de Saúde, são: a prevenção e o tratamento de doentes; a formulação de políticas públicas; a execução de ações de saneamento básico; o desenvolvimento tecnológico e científico; a fiscalização e inspeção de alimentos e bebidas; a colaboração com a proteção do meio ambiente; o controle e a fiscalização de elementos de interesse para a saúde; a vigilância sanitária e epidemiológica; e a participação na produção de medicamentos, procedimentos, produtos e substâncias de interesse da saúde; a saúde do trabalhador (BRASIL, 1988).

Atualmente a algumas problemáticas rondando o Sistema no que diz respeito à universalidade, se de fato está sendo efetivada, se realmente há igualdade nos serviços prestados a população, que dizer, sem discriminação de raça, credo, sexo, idade, e classe social; aos problemas com financiamento e com a gestão se está sendo efetivada de acordo com a Lei; à eficácia dos serviços prestados na atenção básica; ao aumento nos atendimentos básicos e a pouca resolução nestes, entre outros. Além de empecilhos que envolvem a estruturação e funcionamento do SUS, como: a descentralização de modo limitado e limitante; o financiamento pendente em termos quantitativos e qualitativos; e a persistência do controle

social em abrir caminhos em meio a uma sociedade desestimulada para as ações de cidadania e a um Estado desacostumado a ter seus atos controlados pela sociedade. Segundo Bravo,

Algumas questões comprometeram a possibilidade de avanço do SUS como política social, cabendo destacar: o desrespeito ao princípio da equidade na alocação dos recursos públicos pela não unificação dos orçamentos federal, estaduais e municipais; afastamento do princípio da integralidade ou seja, indissolubilidade entre prevenção e atenção curativa havendo prioridade para a assistência médico – hospitalar em detrimento das ações de promoção e proteção da saúde. (BRAVO, 2001, p. 14)

É no SUS que surge a necessidade de uma atenção básica a saúde democrática com a participação da sociedade civil e da comunidade. Para isso, foi desenvolvido o Programa de agentes comunitários da saúde no início da década de 90 com o intuito de atuar junto com a comunidade com a promoção, prevenção e recuperação da saúde na comunidade. Logo, depois foi criado o programa de saúde da família em 1994, com a intenção de modernizar a atenção básica a saúde atuando nas unidades básicas das comunidades dos municípios brasileiros. O programa foi efetivado em 1996 e foi considerado um programa democrático e importante para aproximar a população da saúde junto com as equipes de saúde da família de cada PSF da comunidade. Essas equipes foram instituídas de acordo com as necessidades da comunidade e a atenção básica com problemas de baixa complexibilidade. Esse programa é o foco desse trabalho que vai ser abordado logo em diante.

Com a política neoliberal, posta nos anos 1980, com a função de desresponsabilizar o Estado das suas devidas obrigações com os serviços básicos, como a saúde e responsabilizando as empresas capitalistas com a privatização dos serviços de saúde e assim ameaçando os direitos humanos da população. No Brasil, no governo de Fernando Collor em 1991 a 1994, foi implementado a política neoliberal sob mote de enxugamento da máquina administrativa e de redução do estado ao mínimo possível. Embora no discurso as limitações de gastos públicos devessem ser efetivadas com a privatização de empresas estatais, na prática a redução de gastos atingiu a todos os setores do governo, inclusive o da saúde. Neste aspecto, nunca é demais de todos e dever do Estado (MOTA, 2009, p. 357).

A opção neoliberal se tornou hegemônica no Brasil, no governo de Fernando Henrique Cardoso (1995-2002). E no governo de Luís Inácio Lula da Silva foi relativamente embaçada através da nomeada Reforma Gerencial do Estado, o papel do Estado e o seu peso na economia nacional, implementando a redução estatal para o chamado estado mínimo, (para o social) e ampliando os espaços nos quais a regulação ocorre por força das relações de mercado. A luta pela garantia do funcionamento do sistema público de saúde é hoje uma

tarefa que impõe ao movimento social (popular, sindical e parte do institucional), categorias profissionais, universidades públicas e instituições de serviços públicos de saúde, dentre outros, no sentido de cercear a abertura de novos mercados de saúde que impliquem a transferência da poupança pública para a iniciativa privada (MOTA, 2009, p. 358).

3 A INSERÇÃO DOS ASSISTENTES SOCIAIS NA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL E EM PARNAMIRIM/RN

O Serviço Social crítico e democrático na área da saúde consistem em: estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS; facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da Instituição, bem como de forma compromissada e criativa não submeter à operacionalização de seu trabalho aos rearranjos propostos pelos governos que descaracterizam a proposta original do SUS de direito, ou seja, contido no projeto de Reforma Sanitária; tentar construir e/ou efetivar, conjuntamente com outros trabalhadores da saúde, espaços nas unidades que garantam a participação popular e dos trabalhadores de saúde nas decisões a serem tomadas; elaborar e participar de projetos de educação permanente, buscar assessoria técnica e sistematizar o trabalho desenvolvido, bem como estar atento sobre a possibilidade de investigações sobre temáticas relacionadas à saúde; efetivar assessoria aos movimentos sociais e/ou aos conselhos a fim de potencializar a participação dos sujeitos sociais contribuindo no processo de democratização das políticas sociais, ampliando os canais de participação da população na formulação, fiscalização e gestão das políticas de saúde, visando o aprofundamento dos direitos conquistados. (CFESS, 2009)

3.1 O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA

Durante aos acontecimentos e movimentos recorrente no início do século XX, ocasionou a necessidade e a existência dos “serviços sociais” prestados a sociedade, geralmente, voltados à classe operária e a suas famílias. Com isso, surgiram na década de 1920 as primeiras escolas de Serviço Social com a presença maciça das mulheres burguesas da igreja católica, “a associação das senhoras brasileiras em (1920), no Rio de Janeiro, e a liga das senhoras católicas (1923), em São Paulo” (IAMAMOTO, 2011). As primeiras escolas de serviço social, uma em 1920 e a outra em 1923, houve a maior presença da classe burguesa,

com as damas da alta sociedade, com uma visão voltada de época de “ajudar” as pessoas carentes, com a caridade e a solidariedade.

O Serviço Social começou exatamente no Brasil por volta dos anos 1930, exatamente num período dos grandes acontecimentos políticos, econômicos e sociais no país. De acordo com Bravo e Matos (2004), 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, 2004). Surgiram bem exatamente durante a explosão das desigualdades sociais, luta de classes, problemas a economia e na política, e surgimento das diversas expressões das “questões sociais” e assim, apresentando também problemas relacionados à saúde da população.

A profissão do Serviço Social, então, surgiu para minimizar as expressões da Questão Social e manter a ordem social, utilizando para isso, as políticas sociais, e principalmente, as políticas públicas disponíveis na época como “resposta” para os problemas sociais. Porém,

[...] no momento de sua emergência, o Serviço Social atua nas políticas sociais com funções meramente executivas, também chamadas de funções *terminais*. A concepção e o planejamento das políticas sociais ficavam ao cargo de outras categorias profissionais e dos agentes governamentais – ao Serviço Social cabia apenas executá-las, na relação direta com os “indivíduos, grupos e comunidades” que de algum modo eram atendidos pelos serviços sociais públicos. (SOUSA, 2008, p. 120)

De acordo, com Bravo e Matos (2004), a expansão do Serviço Social no país, entretanto, ocorre a partir de 1945, relacionada com as exigências e necessidades de aprofundamento do capitalismo no Brasil e às mudanças que ocorreram no panorama internacional, em função do término da 2ª Guerra Mundial (BRAVO e MATOS, 2004). Na época, as primeiras assistentes sociais começaram a atuarem na área da saúde, justamente um campo de maior absorção dos (as) profissionais.

No final dos anos 1940, surge uma nova concepção de saúde, apresentando-a com aspectos biopsicossociais. Então, o(a) assistente social consolidou uma tarefa educativa com intervenção normativa no modo de vida da “clientela”, com relação aos hábitos de higiene e saúde, e atuou nos programas prioritários estabelecidos pelas normatizações da política de saúde (BRAVO e MATOS, 2004).

Entre as décadas 1950 a 1960, segundo Bravo e Matos, alguns assistentes sociais com posições progressistas questionavam a direção do Serviço Social, mas não tiveram condição de alterá-la. Nos anos 60, esta situação começou a se modificar, surgindo um debate na profissão questionando o seu conservadorismo (BRAVO e MATOS, 2004).

Exatamente, nessa época, começa a nascer na academia do Serviço Social, um movimento de reconceituação do serviço social, buscando a superar a visão unilateral da profissão que em seu momento de origem tinha apenas uma dimensão técnica, ou melhor, competência técnico-operativa. Segundo, Bravo e Matos, a modernização conservadora implantada no país exigiu a renovação do Serviço Social, face às novas estratégias de controle e repressão da classe trabalhadora, efetivadas pelo Estado e pelo grande capital, bem como para o atendimento das novas demandas submetidas à racionalidade burocrática (BRAVO e MATOS, 2004). De acordo, com José Paulo Netto, difundiu a “perspectiva modernizadora” no sentido de adequar a profissão às exigências postas pelos processos sócio-políticos emergentes no pós 1964 (NETTO, 1996). E segundo Bravo e Matos (2004), o Serviço Social sofreu profundas transformações, no pós 1964, que tiveram rebatimento no trabalho do assistente social na área da saúde.

Com o movimento reconceituação, o Serviço Social passou a possuir competência ético-política e competência teórico-metodológica com o dever de se posicionar politicamente frente às questões da realidade; e competência teórico-metodológica que há de ter qualificação para conhecer a realidade social com a qual trabalha. E, assim, tornou-se uma categoria capaz de assegurar os direitos dos cidadãos, sejam eles sociais, políticos, econômicos e culturais; primando pela liberdade, universalidade, justiça social e equidade; nas mais diversas áreas: jurídica, educacional, previdenciária, de assistência social e saúde.

Na década de 1980, segundo Bravo e Matos,

[...] Brasil, foi um período de grande mobilização política, como também de aprofundamento da crise econômica que se evidenciou na ditadura militar. Nessa conjuntura há um movimento significativo na saúde coletiva, que também ocorre no Serviço Social, de ampliação do debate teórico e a incorporação de algumas temáticas como o Estado e as políticas sociais fundamentadas no marxismo. (BRAVO e MATOS, 2004, p. 6)

Nesse momento, a reforma sanitária (que surgiu na década de 1970, lembrando que apresentava mudança na saúde, pretendendo reformar o sistema nacional de saúde brasileira com a descentralização dos serviços, aumento do setor público e diminuição do setor privado na saúde, etc.) de acordo, com Bravo e Matos, conseguiu avançar na elaboração de propostas

de fortalecimento do setor público em oposição ao modelo de privilegiamento do produtor privado, tendo como marco a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, em Brasília (BRAVO e MATOS, 2004). O serviço social sofreu influencia desta conjuntura (reforma sanitária) que em paralelo com a academia passava pela renovação do serviço social brasileiro, com a negação do serviço social tradicional passando para o serviço social crítico e a favor da construção de práticas democráticas, como o movimento pela reforma sanitária. Como consta nos parâmetros para a atuação de assistentes sociais na saúde,

Na Década de 1980, as classes trabalhadoras não conseguiram interferir significativamente na ordem econômica, apesar de terem obtido significativas vitórias no âmbito social e político, num contexto de lutas democráticas contra o regime ditatorial que se instalou no Brasil desde 1964. O que se verificou para os trabalhadores, no final dessa década, foi uma conquista no campo da ação política organizada e derrota no campo econômico. (CFESS, 2009, p. 8)

O Serviço Social, na política de saúde, a partir de 1990 com a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), trouxe mudanças de ordens tecnológica, organizacional e política, passaram a exigir novas formas de organização do trabalho nesta área. De acordo com Bravo e Matos, o projeto político econômico consolidado no Brasil, nos anos 90, projeto neoliberal, confronta-se com o projeto profissional hegemônico no Serviço Social, tecido desde a década de 80 e com o projeto da reforma sanitária (BRAVO e MATOS, 2004).

O neoliberalismo, nos anos 1990, ocorreram vários retrocessos nas políticas sociais, nas políticas públicas, na economia e cultura e no trabalho dos(as) assistentes sociais. Pensando nas políticas sociais, as autoras Behring e Boschetti (2010), afirmam que as políticas sociais e a formatação de padrões de proteção social são desdobramentos e até mesmo respostas e formas de enfrentamento – em geral setorializadas e fragmentadas – às expressões multifacetadas da questão social no capitalismo, cujo fundamento se encontra nas relações de exploração do capital sobre o trabalho (BEHRING e BOSCHETTI, 2010). Que justamente nesse tempo, as políticas sociais sofreram bastantes mudanças. Neste momento, a saúde passou por diversas mudanças voltadas nas questões econômicas e políticas. Algumas políticas, então, passaram a serem efetivadas no setor privado (privatização dos serviços de saúde) ocasionando, assim, o que vemos, há alguns anos, as lutas e movimentos contra as privatizações dos serviços de saúde, que é um erro, pois a saúde deve ser pública e atender a todos os cidadãos por igual e sem discriminação.

Condiccionando o crescimento da burguesia, o domínio das empresas e deixando o Estado de lado, com as suas devidas obrigações. Fazendo com que o direito a saúde pública a todos da população brasileira, seja violado. Muitos estudiosos afirmam que a intenção do Governo Federal é simplesmente desresponsabilizar o Estado das suas devidas obrigações para com a sociedade civil e deixando com que uma pequena parcela da sociedade (os burgueses) tome de conta dos serviços, com a privatização, e assim, fazendo com que o sistema capitalista fique cada vez mais “forte” e deixando a população sofrendo “os maus tratos” desse sistema.

Nesse sentido, o Projeto Ético-Político do Serviço Social que prega a garantia dos direitos, de forma universal, e tem compromisso com a autonomia e emancipação dos sujeitos sociais, fazendo com que o (a) assistente social seja bastante requisitado na área da saúde, principalmente, nos municípios, onde se concretiza o trabalho por meio das ações e serviços da saúde, na perspectiva da universalização do acesso aos programas e políticas sociais, acaba se tornado desafiador para sua implementação. Sobretudo,

[...] se sobressai no endosso ao reconhecimento dos fatores determinantes e condicionantes das condições de saúde, para o enfrentamento das expressões da questão social. A profissão vem produzindo conhecimentos e alternativas para enfrentar as dificuldades vivenciadas no cotidiano, provocando o alargamento do trabalho profissional, que, associada à produção de conhecimentos e constante qualificação, tem ampliado a inserção do profissional na área da saúde. (SARRETA, 2008, p. 33)

O profissional de serviço social tem um conhecimento acumulado que o (a) habilita a atuar na promoção e prevenção à saúde, através do desenvolvimento de ações, programas e projetos, compondo participação nas equipes multidisciplinares presente na saúde.

A inserção destes no conjunto dos processos de trabalho destinados a produzir serviços de saúde 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. Ao atender às necessidades imediatas e mediatas dos usuários, o Serviço Social interfere e cria um conjunto de mecanismos que incidem sobre as principais contradições do sistema de saúde pública no Brasil (MOTA, 2009).

A objetivação do trabalho da categoria, neste sistema, é composta por uma grande diversidade e volume de tarefas que evidenciam a capacidade do profissional de lidar com as

diferentes demandas, derivadas da natureza e do modo de organização do trabalho na saúde, bem como das contradições internas e externas ao sistema.

A ampliação do mercado de trabalho para a categoria na saúde deriva de alguns fatores, como: ampliação dos serviços; a redefinição das competências ocupacionais, fruto de novas necessidades técnicas e operacionais; e da necessidade de administrar as contradições principais e secundárias do sistema de saúde no Brasil. Para a Assistente Social Maria Dalva Horário da Costa, “[...]deve-se tanto à ampliação horizontal das subunidades de serviços quanto a uma maior divisão sociotécnica do trabalho” (COSTA, 1998).

Para que um (a) profissional possa atuar na área da saúde tem que ter acesso aos “Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde” tendo como finalidade referenciar a intervenção dos profissionais de Serviço Social na área da saúde (CFESS, 2009). Segundo o CFESS

O assistente social tem ampliado sua ação profissional, transcendendo a ação direta com usuários e atuando também em planejamento, gestão, assessoria, investigação, formação de recursos humanos e nos mecanismos de controle social (conselhos e conferências). As atribuições [...] podem ser desenvolvidas nos diversos espaços, havendo, entretanto, predominância de determinadas ações a partir das áreas de trabalho. (CFESS, 2009, p. 21).

Nessa perspectiva, serão apresentadas, a seguir, as atribuições dos assistentes sociais na saúde, tanto na ação direta como nos demais níveis. Considera-se que o profissional na saúde desenvolve suas ações profissionais nas seguintes dimensões, que são complementares e indissociáveis: Assistencial; em Equipe; Socioeducativa; Mobilização, Participação e Controle Social; Investigação, Planejamento e Gestão; Assessoria, Qualificação e Formação Profissional (CFESS, 2009).

As ações assistenciais apontadas pelos parâmetros do CFESS são:

- ✓ prestar orientações (individuais e coletivas) e /ou encaminhamentos quanto aos direitos sociais da população usuária, no sentido de democratizar as informações; identificar a situação socioeconômica (habitacional, trabalhista e previdenciária) e familiar dos usuários com vistas a construção do perfil socioeconômico para possibilitar a formulação de estratégias de intervenção.
- ✓ realizar abordagem individual e/ou grupal, tendo como objetivo trabalhar os determinantes sociais da saúde dos usuários, familiares e acompanhantes;
- ✓ criar mecanismos e rotinas de ação que facilitem e possibilitem o acesso dos usuários aos serviços, bem como a garantia de direitos na esfera da seguridade social;

- ✓ realizar visitas domiciliares quando avaliada a necessidade pelo profissional do Serviço Social, procurando não invadir a privacidade dos usuários e esclarecendo os objetivos das mesmas;
- ✓ realizar visitas institucionais com objetivo de conhecer e mobilizar a rede de serviços no processo de viabilização dos direitos sociais.
- ✓ trabalhar com as famílias no sentido de fortalecer seus vínculos, na perspectiva de torná-las sujeitos do processo de promoção, proteção, prevenção e recuperação da saúde.
- ✓ criar protocolos e rotina de ação que possibilitem a organização, normatização e sistematização do cotidiano do trabalho profissional.
- ✓ registrar os atendimentos sociais no prontuário único com objetivo de formular estratégias de intervenção profissional e subsidiar a equipe de saúde quanto as informações sociais dos usuários, resguardadas as informações sigilosas que devem ser registradas no prontuário social. (CFESS, 2009, p. 22-23)

As ações em equipe apontadas pelos parâmetros do CFESS são:

- ✓ esclarecer as suas atribuições e competências, elaborando junto com a equipe propostas de trabalho que delimitem as ações dos diversos profissionais através da realização de seminários, debates, grupos de estudos e encontros;
- ✓ elaborar, junto com a equipe de saúde, a organização e realização de treinamentos e capacitação do pessoal técnico-administrativo com vistas a qualificar as ações administrativas que tem interface com o atendimento ao usuáriu tais como a marcação de exames e consultas, e a convocação da família e/ou responsável nas situações de alta e óbito;
- ✓ incentivar e participar junto com os demais profissionais de saúde da discussão do modelo assistencial e da elaboração de normas, rotinas e da oferta de atendimento, tendo por base os interesses e demandas da população usuária. Isso exige o rompimento com o modelo assistencial baseado na procura espontânea e no tratamento isolado das doenças;
- ✓ criar junto com a equipe, uma rotina que assegure a inserção do Serviço Social no processo de admissão, internação e alta hospitalar no sentido de, desde a entrada do usuário/família na unidade, identificar e trabalhar os aspectos sociais da situação apresentada e garantir a participação dos mesmos no processo de reabilitação, bem como a plena informação de sua situação de saúde e a discussão sobre as suas reais necessidades e possibilidades de recuperação, face as suas condições de vida;
- ✓ realizar em conjunto com o médico, o atendimento à família e/ou responsáveis em caso de óbito, cabendo ao assistente social o apoio necessário para o enfrentamento da questão e, principalmente, esclarecer a respeito dos benefícios e direitos referentes à situação, previstos no aparato normativo e legal vigente tais como, os relacionados à previdência social, ao mundo do trabalho (licença) e aos seguros sociais (DPVAT) bem como informações sobre sepultamento gratuito, traslado (com relação a usuários de outras localidades), entre outras garantias de direitos;
- ✓ participar, em conjunto com a equipe de saúde, de ações socioeducativas nos diversos programas e clínicas, como por exemplo: no planejamento familiar, na saúde da família, na saúde da mulher, da criança e do idoso, na saúde do trabalhador, nas doenças infecto-contagiosas (DST/AIDS, tuberculose, hanseníase, entre outras), e nas situações de violência sexual e doméstica;

- ✓ planejar, executar e avaliar com a equipe de saúde ações que assegurem a saúde enquanto direito;
- ✓ sensibilizar o usuário e / ou sua família para participar do tratamento de saúde proposto pela equipe;
- ✓ participar do projeto de humanização da unidade na sua concepção ampliada, sendo transversal a todo o atendimento da unidade e não restrito à porta de entrada, tendo como referência o projeto de Reforma Sanitária.
- ✓ realizar a notificação, frente a uma situação constatada e/ou suspeita de violência aos segmentos já explicitados anteriormente, as autoridades competentes bem como a verificação das providências cabíveis. (CFESS, 2009, p. 27-28)
- ✓

As ações socioeducativas apontadas pelos parâmetros do CFESS são:

- ✓ criar grupos socioeducativos e de sensibilização junto aos usuários, sobre direitos sociais, princípios e diretrizes do SUS;
- ✓ desenvolver ações de mobilização na comunidade objetivando a democratização das informações da rede de atendimento e direitos sociais;
- ✓ realizar debates e oficinas na área geográfica de abrangência da instituição;
- ✓ participar de campanhas preventivas, realizando atividades socioeducativas;
- ✓ realizar ações coletivas de orientação com a finalidade de democratizar as rotinas e o funcionamento da unidade;
- ✓ desenvolver atividades nas salas de espera com o objetivo de socializar informações e potencializar as ações socioeducativas;
- ✓ elaborar e/ou divulgar materiais socioeducativos como folhetos, cartilhas, vídeos, cartazes e outros que facilitem o conhecimento e o acesso dos usuários aos serviços oferecidos pelas unidades de saúde e aos direitos sociais em geral;
- ✓ mobilizar e incentivar os usuários e suas famílias para participar no controle democrático dos serviços prestados;
- ✓ realizar atividades de grupos com os usuários e suas famílias, abordando temas de interesse dos mesmos. (CFESS, 2009, p. 29-30)

As ações de mobilização, participação e controle social, apontadas pelos parâmetros do CFESS são:

- ✓ socializar as informações e mobilizar os usuários e familiares para a luta por melhores condições de vida, de trabalho e de acesso aos serviços de saúde;
- ✓ mobilizar usuários, familiares, trabalhadores de saúde e movimentos sociais para a participação em fóruns, conselhos e conferências de saúde e de outras políticas públicas;
- ✓ contribuir para viabilizar a participação de usuários no processo de elaboração, planejamento e avaliação nas unidades de saúde e na política local, regional, municipal, estadual e nacional de saúde;
- ✓ participar da ouvidoria da unidade com a preocupação de democratizar as questões evidenciadas pelos usuários através de reuniões com o conselho diretor da unidade bem como com os conselhos de saúde (da unidade, se houver, e locais ou distritais), a fim de coletivizar as questões e interferir no planejamento da instituição de forma coletiva;

- ✓ participar dos conselhos de saúde (locais, distritais, municipais, estaduais e nacional), contribuindo para a democratização da saúde enquanto política pública e para o acesso universal aos serviços de saúde;
- ✓ contribuir para a discussão democrática e a viabilização das decisões aprovadas nos espaços de controle social;
- ✓ estimular a educação permanente dos conselheiros de saúde, visando o fortalecimento do controle social, através de cursos e debates sobre temáticas de interesse dos mesmos, na perspectiva crítica;
- ✓ instituir e/ou fortalecer os espaços coletivos de participação dos usuários nas instituições de saúde através da criação de conselhos gestores de unidades e outras modalidades de aprofundamento do controle democrático;
- ✓ favorecer a participação dos usuários e movimentos sociais no processo de elaboração e avaliação do orçamento da saúde;
- ✓ participar na organização, coordenação e realização de pré-conferências e / ou conferências de saúde (local, distrital, municipal, estadual e nacional);
- ✓ democratizar junto aos usuários e demais trabalhadores da saúde os locais, datas e horários das reuniões dos conselhos de políticas e direitos, por local de moradia dos usuários bem como das conferências de saúde, das demais áreas de políticas sociais e conferências de direitos;
- ✓ estimular a participação dos usuários e trabalhadores de saúde nos diversos movimentos sociais. (CFESS, 2009, p. 31-32)

As ações de investigação, planejamento e gestão apontadas pelos parâmetros do CFESS são:

- ✓ elaborar planos e projetos de ação profissional com a participação dos profissionais;
- ✓ interferir na elaboração do planejamento estratégico das instituições de saúde procurando garantir a participação dos usuários e trabalhadores da saúde;
- ✓ participar da gestão das unidades de saúde de forma horizontal, procurando garantir a inserção dos diversos segmentos na gestão;
- ✓ utilizar a documentação técnica a fim de produzir conhecimento no âmbito do SUS;
- ✓ manter sistema de registro e estudos das manifestações da questão social que chegam aos diversos espaços do Serviço Social;
- ✓ registrar as ações realizadas com a elaboração de relatórios periódicos, a fim de possibilitar a análise e avaliação do plano de ação;
- ✓ participar nas Comissões e Comitês temáticos, a saber: ética, saúde do trabalhador, mortalidade materno-infantil, DST/AIDS, humanização, violência contra a mulher, criança e adolescente, idoso, entre outras, respeitando as diretrizes do projeto profissional do Serviço Social;
- ✓ realizar estudos e investigações com relação aos determinantes sociais da saúde;
- ✓ realizar pesquisas sobre a relação entre os recursos institucionais necessários e disponíveis, perfil dos usuários e demandas (reais e potenciais), objetivando identificar e estabelecer prioridades entre as demandas e contribuir para a reorganização dos recursos institucionais;
- ✓ participar de estudos relativos ao perfil epidemiológico e condição sanitária das regiões;

- ✓ realizar investigação de determinados segmentos de usuários (população de rua, idosos, pessoas com deficiências, entre outros), objetivando a definição dos recursos necessários, identificação e mobilização dos recursos existentes e planejamento de rotinas e ações necessárias;
- ✓ realizar estudos em relação aos espaços de controle social a fim de subsidiá-los, tendo em vista o fortalecimento de seu potencial político;
- ✓ participar de investigações que estabeleçam relações entre as condições de trabalho e o favorecimento de determinadas patologias, visando oferecer elementos para a análise da relação saúde e trabalho;
- ✓ realizar estudos da política de saúde local, regional, estadual e nacional.
- ✓ fornecer subsídios a partir das investigações realizadas para a reformulação da política de saúde local, regional, estadual e nacional;
- ✓ Integrar a equipe de auditoria, controle e avaliação, visando a melhoria da qualidade dos serviços prestados, tendo como referência os projetos da reforma sanitária e o ético político profissional. (CFESS, 2009, p. 33-34)

As ações de assessoria, qualificação e formação profissional apontada pelos parâmetros do CFESS são:

- ✓ prestar assessoria aos conselhos em todos os níveis na perspectiva de fortalecimento do controle democrático;
- ✓ garantir assessoria aos assistentes sociais na busca de qualificação do seu de trabalho;
- ✓ organizar e coordenar seminários e eventos para debater e formular estratégias coletivas para a política de saúde tanto nas instituições como nas outras esferas;
- ✓ supervisionar diretamente estagiários de serviço social e estabelecer articulação com as unidades acadêmicas;
- ✓ participar ativamente dos programas de residência, desenvolvendo ações de preceptoria, coordenação, assessoria ou tutoria, contribuindo para qualificação profissional da equipe de saúde e dos assistentes sociais, em particular;
- ✓ garantir a educação permanente da equipe de serviço social na instituição e demais trabalhadores, bem como participar dos seus fóruns;
- ✓ participar de cursos, congressos, seminários, encontros de pesquisas, objetivando apresentar estudos e pesquisas realizadas e troca de informações entre os diversos trabalhadores da saúde;
- ✓ participar e motivar os assistentes sociais e demais trabalhadores da saúde para a implantação / implementação da NOB RH / SUS, nas esferas municipal, estadual e nacional;
- ✓ assessorar entidades e movimentos sociais, na perspectiva do fortalecimento das lutas em defesa da saúde pública e de qualidade. (CFESS, 2009, p. 35-36)

Os parâmetros para atuação de assistentes sociais na saúde procurou fazer uma análise sucinta da política de saúde, com ênfase nos principais desafios a serem enfrentados na atualidade. Em seguida, apresentou alguns embates teórico-metodológicos que têm ocorrido no Serviço Social com repercussão na saúde. Como conteúdo central, enfatizou os parâmetros

para a atuação de assistentes sociais na saúde, tendo por objetivo fornecer subsídios para ampliar o debate e possibilitar uma reflexão dos profissionais face às ações realizadas bem como, fortalecer o projeto ético-político profissional (CFESS, 2009).

Complementando as competências e as atribuições dos (as) assistentes sociais na área da saúde, a lei de regulamentação da profissão, Lei N° 8.662/93, constam:

Art. 4º Constituem competências do Assistente Social:

I - elaborar, implementar, executar e avaliar políticas sociais junto a órgãos da administração pública, direta ou indireta, empresas, entidades e organizações populares;

II - elaborar, coordenar, executar e avaliar planos, programas e projetos que sejam do âmbito de atuação do Serviço Social com participação da sociedade civil;

III - encaminhar providências, e prestar orientação social a indivíduos, grupos e à população;

IV - (Vetado);

V - orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos;

VI - planejar, organizar e administrar benefícios e Serviços Sociais;

VII - planejar, executar e avaliar pesquisas que possam contribuir para a análise da realidade social e para subsidiar ações profissionais;

VIII - prestar assessoria e consultoria a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades, com relação às matérias relacionadas no inciso II deste artigo;

IX - prestar assessoria e apoio aos movimentos sociais em matéria relacionada às políticas sociais, no exercício e na defesa dos direitos civis, políticos e sociais da coletividade;

X - planejamento, organização e administração de Serviços Sociais e de Unidade de Serviço Social;

XI - realizar estudos sócio-econômicos com os usuários para fins de benefícios e serviços sociais junto a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades.

Art. 5º Constituem atribuições privativas do Assistente Social:

I - coordenar, elaborar, executar, supervisionar e avaliar estudos, pesquisas, planos, programas e projetos na área de Serviço Social;

II - planejar, organizar e administrar programas e projetos em Unidade de Serviço Social;

III - assessoria e consultoria e órgãos da Administração Pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades, em matéria de Serviço Social;

IV - realizar vistorias, perícias técnicas, laudos periciais, informações e pareceres sobre a matéria de Serviço Social;

V - assumir, no magistério de Serviço Social tanto a nível de graduação como pós-graduação, disciplinas e funções que exijam conhecimentos próprios e adquiridos em curso de formação regular;

VI - treinamento, avaliação e supervisão direta de estagiários de Serviço Social;

VII - dirigir e coordenar Unidades de Ensino e Cursos de Serviço Social, de graduação e pós-graduação;

VIII - dirigir e coordenar associações, núcleos, centros de estudo e de pesquisa em Serviço Social;

IX - elaborar provas, presidir e compor bancas de exames e comissões julgadoras de concursos ou outras formas de seleção para Assistentes Sociais, ou onde sejam aferidos conhecimentos inerentes ao Serviço Social;

X - coordenar seminários, encontros, congressos e eventos assemelhados sobre assuntos de Serviço Social;

XI - fiscalizar o exercício profissional através dos Conselhos Federal e Regionais;

XII - dirigir serviços técnicos de Serviço Social em entidades públicas ou privadas;

XIII - ocupar cargos e funções de direção e fiscalização da gestão financeira em órgãos e entidades representativas da categoria profissional.

Enfim, os(as) profissionais de serviço social apresentam competências e atribuições privativas prevista em lei e nos parâmetros de atuação dos profissionais na saúde. Em diante, será apresentado como se dá a atuação/inserção desses profissionais atualmente na área da saúde pública no contexto brasileiro e no Rio Grande do Norte com um recorte na realidade no município de Parnamirim/RN.

3.2 A ATUAÇÃO DOS (AS) ASSISTENTES SOCIAIS NA SAÚDE PÚBLICA DO RIO GRANDE DO NORTE: O RECORTE DA REALIDADE DE PARNAMIRIM

A família constitui a instância básica, na qual o sentimento de pertencimento e identidade social é desenvolvido e mantido e, também, são transmitidos os valores e condutas pessoais (SIMÕES, 2011). Portanto, a família é uma unidade presente na sociedade que recorre uma atuação importante para (o) assistente social na concepção da realidade social e recheada de contradições e desigualdade social.

O Serviço Social, uma presença importante na saúde pública de Parnamirim. Com a existência do SUS em 1990 e com a criação do PSF em 1994, o foco principal era formar as equipes de saúde da família, prevista no projeto de lei projeto de lei n.º 6.271-A, de 2009 (do Sr. Maurício Trindade) - dispõe sobre a inclusão obrigatória de assistentes sociais nas equipes do programa saúde da família; tendo parecer da comissão de seguridade social e família, pela aprovação, com emendas. Consta no Art. 1º O programa Saúde da Família fica obrigado a incluir o assistente social, devidamente habilitado e inscrito no respectivo conselho profissional, na composição das equipes da estratégia de Saúde da Família ou junto aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Mas, até o desenvolvimento desse trabalho o projeto não foi aprovado.

Com os anos foram desenvolvendo e implantando as equipes de Saúde da Família nas unidades básicas de saúde do município. A saúde de Parnamirim sempre foi muito importante, pois o município foi crescendo muito durante esse últimas décadas e foi necessitando de uma atenção primária/básica a saúde da população.

Com o tempo foram desenvolvendo projetos, programas e ações em prol da saúde. A saúde voltada para a população e para a comunidade com teor democrático. Tentando garantir

a todos os populares uma saúde de qualidade para atender a todas as demandas. Os postos de saúde foram se transformando em unidades básicas de saúde com o Programa Saúde da Família, com a formação das equipes de Saúde da Família, “cobrindo” as áreas mais necessitadas da atenção primária por conter pessoas carentes, pois a intenção dos gestores sempre foram esse de atender sempre os mais pobres das áreas de uma comunidade/bairro.

Desde formação das unidades básicas em PSF, ficou determinado que aqueles que não são cadastrados pelas equipes do PSF, tinham o direito de irem se necessário a unidade de saúde mais próximo e serem atendidos por profissionais existentes. Primeiro faz o acolhimento do usuário, com uma ficha e fazendo para a recepcionista um prontuário para que pudessem ser atendidos, fazerem os exames e pegar os remédio na própria farmácia da unidade de saúde, como é feito até hoje em algumas unidades básicas. Desde a implementação até os dias atuais, não tem assistente social em nenhuma equipe de Saúde Família. Alguns profissionais afirmam a necessidade da inserção de um (a) assistente social nas equipes de Saúde da Família .

O Programa Saúde da Família de Parnamirim atende atualmente 42 unidades básicas de saúde, e contem mais ou menos 80 equipes de Saúde da Família para atender a população que é cadastrada, principalmente, das áreas mais carentes da comunidade. Por que não atende a toda a comunidade/bairro? Simplesmente, porque não tem equipes suficientes para atender a todos os lares do município. É um desafio para os gestores de saúde do município para a ampliação e uma ausência para aqueles que não são cadastrados (o restante da população).

Em 2008 foi criado o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) para apoiar, ou melhor, dar um suporte as equipes de Saúde da Família nas unidades básicas. Foi o único meio onde o profissional de Serviço Social teve inserção e pode atuar nas unidades básicas.

Atualmente, no município de Parnamirim existem cinco NASF e uma assistente social para cada equipe. Cada uma delas atua em várias unidades básicas de saúde, assim sendo a sobrecarga de trabalho para as mesmas. Até hoje é um único acesso das assistentes sociais no PSF e nas unidades. Elas trabalham como rege a portaria que define os NASF. Mas, há dificuldades e desafios para continuarem trabalhando em equipe nos núcleos e acarretando uma atividade subordinada aos gestores e a própria equipe de multiprofissionais.

3.2.1 Programa Saúde da Família (PSF)

O Programa Saúde da Família surgiu em 1990, por um decreto de Lei do Ministério da Saúde, como estratégica de reorganizar o modelo assistencial a saúde no Brasil. Na Portaria

Nº 648 de 28 de janeiro de 2006.1, os Princípios Gerais são: A estratégia de Saúde da Família visa à reorganização da Atenção Básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde. No capítulo II – Das Especificidades da Estratégia de Saúde da Família – Princípios Gerais – A estratégia de Saúde da Família visa à reorganização da Atenção Básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde. Além dos princípios gerais da Atenção Básica, a Estratégia Saúde da Família deve:

I - ter caráter substitutivo em relação à rede de Atenção Básica tradicional nos territórios em que as Equipes Saúde da Família atuam; II - atuar no território, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, mantendo sempre postura pró-ativa frente aos problemas de saúde-doença da população; III - desenvolver atividades de acordo com o planejamento e a programação realizados com base no diagnóstico situacional e tendo como foco a família e a comunidade; IV - buscar a integração com instituições e organizações sociais, em especial em sua área de abrangência, para o desenvolvimento de parcerias; V - ser um espaço de construção de cidadania. (BRASIL, 2006)

O programa é descentralizar e universalizar a atenção à saúde de todos os brasileiros. Em 1994, com publicação do documento que afirma a implantação do PSF como objetivo geral:

[...] melhorar o estado de saúde da população, mediante a construção de um modelo assistencial de atenção baseado na promoção, proteção, diagnóstico precoce, tratamento e recuperação da saúde em conformidade com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS e dirigidos aos indivíduos, à família e à comunidade. (BRASIL, 1994)

O Programa faz parte ao Sistema Único de Saúde e englobado ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) que surgiram em 1991 com a função de prevenir doenças e promover a saúde com visitas domiciliares às casas das famílias brasileiras. O PACS foi um programa transitório criado em 1991 para o Programa Saúde da Família criado em 1994 e implementado em todo o país em 1996. O foco do programa sempre foi voltado às famílias, principalmente as pobres, que não tinha e que ainda não tem acesso qualificado à saúde e aos programas. Em especial, ao olharmos a família, foco sistêmico do assistente social, registramos que ela, a família, tem sofrido inúmeras desconfortos devido às consequências dos sistemas de produção principalmente econômico e social, sentidos em especial pelas camadas populares. Esses fatos exigem um posicionamento efetivo da sociedade e, especificamente, sob o nosso olhar neste trabalho, dos serviços de saúde (SANTOS e BIASOLI, 2008).

Atualmente, o programa é chamado de estratégia, pois alguns profissionais afirmam que não é mais um programa, pois já foi efetivado e hoje em dia é uma estratégia do governo para as atividades desenvolvidas pelo programa na comunidade. Como afirma o documento:

A Estratégia de Saúde da Família (ESF), vertente brasileira da APS, caracteriza-se como a porta de entrada prioritária de um sistema de saúde constitucionalmente fundado no direito à saúde e na equidade do cuidado e, além disso, hierarquizado e regionalizado, como é o caso do SUS. A ESF vem provocando, de fato e de direito, um importante movimento de reorientação do modelo de atenção à saúde em nosso país. (BRASIL, 2009, p. 7)

A atenção à saúde que se refere às unidades básicas de saúde que incorporaram o programa, pois atua numa determinada comunidade, visando à participação da sociedade civil a seu direito social à saúde. Foi uma manobra do Ministério da Saúde com o SUS para a diminuição de casos de enfermos nos grandes hospitais acarretando uma acumulação dos cidadãos de todas as comunidades do município. O programa atua com prevenção e promoção primária da saúde para os brasileiros e para chegar mais perto da população, buscando atuar com eficácia para diminuir as grandes cargas dos grandes hospitais.

Mas, o programa do Governo Federal, de caráter municipal, apresenta seus problemas e dificuldades para a efetivação e implementação das ações previstas. A questão da democracia, da participação popular das ações da saúde na comunidade, não é bem efetivada como deveria, pois o gestor municipal ditar as ações e os profissionais do PSF exerce sem se importar com o os cidadãos e com a comunidade. O serviço busca a igualdade, valorização do individuo e na qualidade de vida, com a promoção, prevenção e recuperação da saúde, mas não exatamente realizado, pois a população muitas vezes fica dias, esperando pelas consultas e exames.

O programa busca a qualidade de vida dos cidadãos para, então, não diminuir a massa trabalhadora da reprodução do capital, em meio a um mercado de trabalho que visa a valorização do capital e a não perder de trabalhadores, por algum motivo de saúde. A estratégia desse programa, para a vida dos cidadãos, foi excelente e para o capital também. Mas, não são todos os brasileiros atendidos ou inseridos nesse programa, como visa à Lei. Como consta na constituição a violação ao direito à saúde de universalizada e igualitária. Com o aumento da pobreza, o Ministério da Saúde teve que pensar em um meio para que a população pobre tivesse como exercer seu direito à saúde. Como afirma Fernandes e Seclen-Palacin:

O aumento da pobreza e da iniquidade social teve como consequência o fato de que uma maior proporção da população vem tendo menor acesso aos serviços de saúde. Estas mudanças exigem uma reavaliação dos enfoques tradicionais que guiam os modelos de atendimento e seus conteúdos. Os novos métodos que se adotam devem incluir instituições sociais que possam apoiar iniciativas e intervenções em saúde participativas, tendo em conta a diversidade étnico-cultural. Diante disso, faz-se necessário somar os esforços entre os Estados, as diversas organizações internacionais financeiras e de cooperação técnica e a sociedade civil para garantir o direito ao atendimento e um melhor estado de saúde dentro de uma concepção de justiça social. (FERNANDES e SECLLEN-PALACIN, 2004, p. 15).

O público que mais tem acesso às unidades básicas é exatamente a população pobre, pois é prioridade dos gestores municipais. As equipes de Saúde da Família lida diretamente com população com visitas domiciliares, diagnósticos socioculturais, garantia dos direitos sociais, enfrentamento a pobreza, e a garantia dos serviços prestados pela saúde. São qualificados para lidar com as diversas expressões da questão social e com as demandas referentes à saúde pública e de qualidade.

Como o PSF é porta de entrada do SUS, então, é importante essa ligação da população com a unidade básica de saúde mais próxima de casa. Os serviços prestados no PSF são todos os de baixa complexidade, como consultas e exames. A luta pela inserção dos (as) assistentes sociais nas equipes de Saúde da Família é grande e o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) já entrou com projeto de lei para inserir um (a) assistente social nas equipes mínimas da saúde da família, visando à importância que esse profissional tem para o Programa do Governo Federal.

O (a) assistente social apresenta competências e atribuições privativas, tem a Lei de Regulamentação Profissional e o Código de Ética do (a) Assistente Social que habilitam para trabalhar na área da saúde. Vinculados a um projeto de sociedade compromissada com a democracia, a liberdade e a justiça social, caminhando articuladamente com as políticas na área da saúde por esses novos valores e compromissos com a população (SANTOS e BIASOLI, 2008). Nesse sentido, o (a) assistente social trabalha questões de gestão participativa, democracia, acesso as unidades básicas de saúde, serviços de saúde, as estratégias de interação do PSF com a comunidade, a interdisciplinaridade, abordagens grupais, e o acesso democrático às informações e estimulação da população para as atividades e ações presentes no PSF.

De acordo, com Santos e Biasoli (2008), atuação à equipe do PSF, o assistente social tem como contribuições principais o planejamento participativo de estratégias de ação para a

promoção de saúde envolvendo as diversas categorias profissionais em atuação e o conhecimento para monitoramento e avaliação do trabalho como um todo, compartilhando conhecimentos e informações para o desenvolvimento de trabalho em equipe, participando na formação de pessoal auxiliar, agentes, voluntários e estagiárias de outros serviços, preparando-os para entender os diversos contextos, principalmente problemas biológicos, mentais e sociais de uma comunidade, a participação com a equipe na análise e configuração de diagnóstico epidemiológico e social da comunidade (SANTOS e BIASOLI, 2008).

Ainda, segundo Santos e Biasoli (2008), atuação junto ao usuário, o assistente social embasado no seu compromisso profissional com a participação social de forma emancipatória tem como contribuição especial prestar atendimento básico, de forma integral, a cada membro da família, identificando as situações de risco para a saúde individual, familiar e comunitária, e ainda realizar estudo socioeconômico com o usuário do atendimento para fins de ampliação das oportunidades de inclusão aos diversos serviços e benefícios direta ou indiretamente. E ainda por meio da participação no acolhimento no PSF, fortalecer o processo de humanização do atendimento (SANTOS e BIASOLI, 2008).

3.2.2 Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF)

O Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), mediante a Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, republicada em 4 de março de 2008. O principal objetivo foi o de apoiar a inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços, além de ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Básica, e aumentar a resolutividade dela, reforçando os processos de territorialização e regionalização em saúde (BRASIL, 2009). De acordo com a portaria, há dois tipos de NASF:

NASF 1: deverá ser composto por, no mínimo, cinco profissionais de nível superior de ocupações não coincidentes, entre as seguintes: Assistente Social; Professor de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Acupunturista; Médico Ginecologista; Médico Homeopata; Médico Pediatra; Médico Psiquiatra; Nutricionista; Psicólogo e Terapeuta Ocupacional. Deverá realizar as suas atividades vinculado a, no mínimo, 8 (oito) Equipes de Saúde da Família, e a, no máximo, 20 (vinte) Equipes de Saúde da Família. NASF 2: deverá ser composto por, no mínimo, três profissionais de nível superior de ocupações não coincidentes, entre as seguintes: Assistente Social; Professor de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Nutricionista; Psicólogo e Terapeuta Ocupacional. Deverá realizar as atividades vinculado, no mínimo a 3 (três) Equipes de Saúde da Família. (BRASIL, 2008)

A Portaria traz os seguintes pressupostos das políticas nacionais diversas, tais como: Atenção Básica; Promoção da Saúde; Integração da Pessoa com Deficiência; Alimentação e Nutrição; Saúde da Criança e do Adolescente; Atenção Integral à Saúde da Mulher; Práticas Integrativas e Complementares; Assistência Farmacêutica; Pessoa Idosa; Saúde Mental; Humanização em Saúde. O NASF tem como objetivo: apoiar, ampliar, aperfeiçoar a Atenção Básica/Saúde da Família.

Os núcleos atuam dentro de algumas diretrizes relativas à atenção primária da saúde, tais como: ação interdisciplinar e intersetorial; educação permanente em saúde dos profissionais e da população; desenvolvimento da noção de território; integralidade, participação social, educação popular; promoção da saúde e humanização. É composto por nove áreas estratégicas, que representam os diversos capítulos da presente publicação. São elas: saúde da criança/do adolescente e do jovem; saúde mental; reabilitação/saúde integral da pessoa idosa; alimentação e nutrição; serviço social; saúde da mulher; assistência farmacêutica; atividade física/ práticas corporais; práticas integrativas e complementares.

Apresenta como missão os seguintes pontos: 1) O NASF não se constitui porta de entrada do sistema para os usuários, mas apoio às equipes de Saúde da Família; 2) Vincula-se a um número de equipes de Saúde da Família em territórios definidos, conforme sua classificação; 3) A equipe do NASF e as equipes de Saúde da Família criarão espaços de discussões para gestão do cuidado: reuniões e atendimentos compartilhados constituindo processo de aprendizado coletivo; 4) O NASF deve ter como eixos de trabalho a responsabilização, gestão compartilhada e apoio à coordenação do cuidado, que se pretende pela Saúde da Família.

O NASF é constituído por uma equipe de profissionais de diversas áreas e trabalham em conjunto com os profissionais das equipes de Saúde da Família. A equipe de Saúde da Família é constituída por profissionais da saúde como: um(a) médico(a) (Clínico Geral), um(a) enfermeiro(a), um(a) técnico(a) de enfermagem e com no mínimo três agentes comunitários de saúde. Em uma unidade básica pode ter mais de uma equipe de Saúde da Família dependendo da necessidade/demanda da comunidade. O NASF juntamente com as equipes de Saúde da Família, desenvolvem/atuem nas ações intersetoriais e interdisciplinares, promoção, prevenção, reabilitação da saúde e cura, além de humanização de serviços, educação permanente, promoção da integralidade e da organização territorial dos serviços de saúde. A responsabilidade do NASF é dos gestores municipais de saúde e com a secretária de saúde do município, no qual, organiza-os para quais unidades básicas iram trabalhar.

Para compor o NASF tem que apresentar atribuições comuns para os diversos profissionais da equipe, como:

- Identificar, em conjunto com as equipe de SF e a comunidade, as atividades, as ações e as práticas a serem adotadas em cada uma das áreas cobertas;
- Identificar, em conjunto com as equipe de SF e a comunidade, o público prioritário a cada uma das ações;
- Atuar, de forma integrada e planejada, nas atividades desenvolvidas pelas equipes de SF e de Internação Domiciliar, quando estas existirem, acompanhando e atendendo a casos, de acordo com os critérios previamente estabelecidos;
- Acolher os usuários e humanizar a atenção;
- Desenvolver coletivamente, com vistas à intersectorialidade, ações que se integrem a outras políticas sociais, como educação, esporte, cultura, trabalho, lazer entre outras;
- Promover a gestão integrada e a participação dos usuários nas decisões, por meio de organização participativa com os Conselhos Locais e/ou Municipais de Saúde;
- Elaborar estratégias de comunicação para divulgação e sensibilização das atividades dos Nasf por meio de cartazes, jornais, informativos, faixas, fôlderes e outros veículos de informação;
- Avaliar, em conjunto com as equipe 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 dos Nasf;
- Elaborar projetos terapêuticos, por meio de discussões periódicas que permitam a apropriação coletiva pelas equipes de SF e os Nasf do acompanhamento dos usuários, realizando ações multiprofissionais e transdisciplinares, desenvolvendo a responsabilidade compartilhada. (BRASIL, 2009, p. 23)

O NASF compartilha as práticas em saúde nas áreas cobertas pelas equipes de Saúde da Família. Tal composição deve ser definida pelos próprios gestores municipais e as equipes, mediante critérios de prioridades identificadas a partir das necessidades locais e da disponibilidade de profissionais de cada uma das diferentes ocupações. O NASF não é a porta de entrada do SUS para os usuários, somente dar suporte às equipes. A organização dos processos de trabalho dos NASF, tendo sempre como foco o território sob sua responsabilidade, deve ser estruturada priorizando o atendimento compartilhado e interdisciplinar, com troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas, 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, etc.

Intervenções diretas do NASF frente a usuários e famílias podem ser realizadas, mas sempre com encaminhamento das equipes com discussões e negociação entre os profissionais responsáveis. Tal atendimento direto e individualizado pelo NASF ocorrerá apenas em situações extremamente necessárias. Para tanto, sua equipe e as equipes de saúde da família deverão criar espaços de discussões internos e externos, visando o aprendizado coletivo.

Dentro de tal perspectiva, o NASF deve buscar superar a lógica fragmentada da saúde para a construção de redes de atenção e cuidado, de forma corresponsabilizada com a Estratégia Saúde da Família.

No município de Parnamirim o NASF é do tipo 2, mencionado logo acima na portaria. O NASF no município teve sua implementação no mesmo ano da sua criação. Hoje existem 5 Núcleos de Apoio a Saúde da Família para 42 unidades básicas de saúde do município. São os gestores de saúde que organiza para quais unidades básicas/PSF uma equipe do NASF deverá trabalhar. Há um assistente social para cada equipe do NASF, logo a cinco assistentes sociais para trabalhar em todas as unidades básicas. Como dar par notar, o trabalho é coletivo, uma metodologia muito utilizada no Serviço Social e com outros profissionais e que assim ajuda a entender as atividades, as ações desenvolvidas para atende as demandas da população. O Serviço Social é importante para a equipe do NASF como afirma os Cadernos de Atenção Básica:

A área estratégica do serviço social constrói-se no espaço do território, onde se encontram a comunidade, as famílias, os indivíduos, bem como seus equipamentos sociais públicos e privados, as representações do poder local e uma infinidade de redes que fazem daquele território um espaço vivo e dinâmico. As práticas do serviço social no campo da ESF possibilitam aos profissionais a definição de suas competências, compreendendo-as como parte de conjunto de práticas e saberes mais amplos que se complementam na interlocução e na vivência cotidiana com a população e com as diversas categorias profissionais, para a efetivação de um modelo de atuação promotor de saúde e cidadania. (BRASIL, 2009, p. 100)

O Serviço Social presente ao profissional a ter uma abordagem do indivíduo e da comunidade numa visão abrangente (como visa a Integralidade) e deve levar em conta os aspectos culturais, econômicos e sociais. De acordo, com o relatório da 8ª Conferência da Saúde (1986), em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas da organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (BRASIL, 1986, p. 12). Portanto, a saúde se define em um determinado contexto histórico de cada sociedade, desenvolvendo conquistas na área com a participação popular e com devidas lutas/movimentos sociais. Portanto, à equipe de Saúde da Família enfrenta, não só os problemas individuais e biológicos, mas problemas coletivos e socioculturais dos usuários de uma determinada comunidade.

Como visto anteriormente, a saúde abrange várias áreas para ser efetivada na realidade social. Portanto, o PSF possui o processo de territorialização, de planejamento participativo, de atuação no fortalecimento dos espaços de controle social, além de intervenção no processo saúde–doença (BRASIL, 2009).

Os (as) assistentes sociais deparam com as diversas expressões da questão social que para Iamamoto:

A questão social não é senão as expressões do processo de formação e desenvolvimento da classe operária e de seu ingresso no cenário político da sociedade, exigindo seu reconhecimento como classe por parte do empresariado e do Estado. É a manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre o proletariado e a burguesia, a qual passa a exigir outros tipos de intervenção mais além da caridade e repressão. (IAMAMOTO, 2011, p. 77)

Lidar com o fator da exclusão social e com a negação dos direitos sociais. A saúde é dever do Estado e direito do cidadão. Então, para garantir esse direito e lutar para o Estado não deslocar sua responsabilidade. A inserção de um profissional de Serviço Social no NASF, portanto, está em consonância com os princípios ético-políticos e teórico-metodológicos com a Lei de Regulamentação da Profissão e com o Código de Ética da Profissão.

1. Nos Cadernos de Atenção Básica, que traz os princípios do NASF, traz também os objetivos do Serviço Social nos NASF (BRASIL, 2009). São eles:
2. Desenvolver ações que garantam a escuta e acolhida dos usuários;
3. Incentivar e contribuir no processo de fortalecimento da autonomia e da organização pessoal do usuário;
4. Apoiar os usuários na construção e ressignificação de seu projeto de vida;
5. Criar espaços grupais que possibilitem a construção de relações humanizadoras e socializadoras por meio de trocas de experiências e construção de rede de apoio;
6. Desenvolver ações integradas com os profissionais da equipe correlacionados com a área de atuação em atenção à saúde e demais políticas públicas;
7. Socializar informações nas equipes e participar de discussão de situações vivenciadas por usuários e/ou familiares com as demais categorias profissionais, valorizando as ações desenvolvidas por eles;
8. Promover a integração dos demais membros da equipe de trabalho;
9. Produzir conhecimento sobre a população atendida na área da saúde, processo de pesquisa e a especificidade do serviço social;

10. Participar da elaboração conceitual/metodológica para apoiar as práticas educativo-participativas desenvolvidas pela equipe de trabalho, com usuários e população atendida;
11. Construir coletivamente e de forma participativa entre a equipe de saúde, segmentos organizados da comunidade, usuários e demais sujeitos sociais populares envolvidos a organização do trabalho comunitário;
12. Incentivar a participação dos usuários nos fóruns de discussão e deliberação, tais como: Conselhos Locais de Saúde, Conselho Distrital de Saúde, Conselhos de Assistência Social, Conselho de Direitos da Criança e do Adolescente, Conselhos do Idoso e demais Conselhos de direitos, Reuniões da Comunidade, e outros.

1. E ainda, de acordo, com os Cadernos de Atenção Básica, as ações dos (as) assistentes sociais nos NASF (BRASIL, 2009), são:
2. Coordenar os trabalhos de caráter social adstritos às equipes de SF;
3. Estimular e acompanhar o desenvolvimento de trabalhos de caráter comunitário em conjunto com as equipes de SF;
4. Discutir e refletir permanentemente com as equipes de SF a realidade social e as formas de organização social dos territórios, desenvolvendo estratégias de como lidar com suas adversidades e potencialidades;
5. Atenção às famílias de forma integral, em conjunto com as equipes de SF, estimulando a reflexão sobre o conhecimento dessas famílias, como espaços de desenvolvimento individual e grupal, sua dinâmica e crises potenciais;
6. Identificar no território, junto com as equipes de SF, valores e normas culturais das famílias e da comunidade que possam contribuir para o processo de adoecimento;
7. Discutir e realizar visitas domiciliares com as equipes de SF, desenvolvendo técnicas para qualificar essa ação de saúde;
8. Possibilitar e compartilhar técnicas que identifiquem oportunidades de geração de renda e desenvolvimento sustentável na comunidade ou de estratégias que propiciem o exercício da cidadania em sua plenitude, com as equipes de SF e a comunidade;
9. Identificar, articular e disponibilizar, junto às equipes de SF, rede de proteção social;
10. Apoiar e desenvolver técnicas de educação e mobilização em saúde;
11. Desenvolver junto com os profissionais das equipes de SF estratégias para identificar e abordar problemas vinculados à violência, ao abuso de álcool e a outras drogas;
12. Estimular e acompanhar as ações de controle social em conjunto com as equipes de SF;

13. Capacitar, orientar e organizar, junto com as equipes de SF, o acompanhamento das famílias do Programa Bolsa-Família e outros programas federais e estaduais de distribuição de renda;
14. No âmbito do serviço social, identificar e buscar as condições necessárias para a atenção domiciliar.

Apresentado os objetivos e as ações dos profissionais de Serviço Social no NASF, pré-estabelecidos nos Caderno de Atenção Básica desenvolvido pelo Ministério da Saúde em 2009. O (a) assistente social somente tem acesso ao PSF em Parnamirim por via do NASF. O mesmo só comparece na unidade básica de saúde uma vez por semana, e no restante dos dias, trabalha ou na secretária de saúde e nas outras demais unidades básicas que trabalham. Sendo que nos Cadernos de Atenção Básica afirma que os profissionais do NASF devem trabalhar no mesmo regimento das equipes de SF, sendo 40 horas semanais. O acesso que o(a) assistente social tem com a população é somente se alguma das equipes de Saúde da Família ver a necessidade de suas atribuições e mesmo assim tem que marcar junto com a equipe que faz parte. Talvez, se houvesse a inserção de um profissional dentro das equipes de Saúde da Família, não ficariam preocupadas em atender os usuários e ficava somente com as atividades no NASF. Portanto, “a atuação do profissional do serviço social 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” (BRASIL, 2009).

3.2.3 Realidade do PSF na unidade básica de saúde do bairro de Nova Parnamirim

A análise crítica foi realizada com base nas observações participativas e com levantamento bibliográfico, no estágio não obrigatório no PSF do bairro de Nova Parnamirim, realizado no período de julho de 2010 a julho de 2012. E, com levantamento de dados pela assistente social, chefe do setor do serviço social da secretária de saúde de Parnamirim e pela assistente social do NASF do PSF do bairro de Nova Parnamirim.

O município de Parnamirim apresenta uma área territorial de 123.471 m² (Censo do IBGE 2010) com uma população de 214.199 pessoas (Censo do IBGE 2012), apresentado 60.344 domicílios e 70 estabelecimentos de saúde (Censo do IBGE 2010). Fazendo parte da grande Natal (Capital do RN). Existem 42 unidades básicas de saúde para atender essa grande área. Nessas unidades há a inserção do programa saúde da família que é porta de entrada do

sistema único de saúde. Contem cinco equipes do NASF para dar suporte a essas unidades de saúde. Nisso, a inserção dos assistentes sociais nas unidades básicas por via das assistentes sociais do NASF.

Com base nas observações realizadas num estágio não obrigatório no PSF do bairro de Nova Parnamirim do município de Parnamirim, obtive a conclusão sobre a importância do(a) assistente social nas equipes de Saúde da Família e as precárias condições dos profissionais da equipe para trabalhar, com participação/intervenção com os usuários cadastrados, vale salientar que o gestor municipal prioriza atenção maior aos pobres, simplesmente porque não tem condições de cadastrar no programa a todos os cidadãos do município.

Durante as minhas observações reparei que a atual situação da unidade básica para os usuários, e para os funcionários conseguir materiais de trabalho pela secretaria de saúde, para a unidade é uma tarefa complicada e que tem sido organizada como tempo. As demandas são altíssimas. Nova Parnamirim é um bairro considerado de classe média, mas há uma quantidade da população que vivem em precárias condições e não tem nem se quer o mínimo para viver. E a saúde e a assistência social é um meio utilizado por essa população pobre para poder garantir o direito de atenção básica social para suas respectivas famílias. A grande maioria dessa população pobre é atendida pelo o programa saúde da família, que via dos agentes comunitários de saúde, utiliza para ter acesso a médicos, farmácia, leite e cesta básica, e o trabalho das assistentes sociais da secretaria de saúde acaba centrando-se em encaminhamentos para a prefeitura garantir no sentido de procurar a garantia desses direitos dos usuários.

Como a assistente social do NASF desse PSF não tem contato direto com esses usuários fica de inteira responsabilidade da secretaria de tomar todas as decisões. As enfermeiras se consideram “agentes sociais” pelo simples fato de encaminhar e até buscar esses materiais essenciais para o funcionamento da unidade e para atender a demanda da sociedade. A unidade não tem transporte fixo, para isso é preciso acionar a secretária de saúde para conseguir um carro sempre que necessário, geralmente para as visitas domiciliares quando iam todos da equipe da saúde da família para a casa de uma família para fazer os devidos atendimentos. Se perguntar, se o PSF desse bairro funciona, eu garanto que sim, mas com diversas dificuldades do próprio município e das equipes de saúde da família. Até o período observado havia três equipes de saúde da família para atender todos os cadastrados pelo programa. Para isso, para que a população não cadastrada não ficasse sem atendimento médico ficou dividido a unidade de saúde em duas frentes, uma com o PSF e outra com o chamado “posto” que atendem aos demais. Apresentava uma pediatra, três clínicos gerais,

uma ginecologista, um cardiologista e uma psicóloga. Para que pudessem ter o atendimento médico seria preciso primeiro marcar, geralmente de uma semana para outra.

O PSF conta com uma equipe básica de trabalho sendo composta por: um médico, uma enfermeira, um técnico em enfermagem, seis agentes comunitários de saúde, um cirurgião dentista, um técnico de auxiliar de consultório dentário e um THD (técnico de higiene dentária) (SANTOS e BIASOLI, 2008).

A estrutura da unidade é consideravelmente boa, apresentando: duas recepções com as salinhas de arquivo onde ficam todos os prontuários dos usuários tanto os fazem parte do programa quanto os demais; uma direção, uma administração, uma farmácia, uma sala de curativos, uma sala de vacinas, uma copa/cozinha, uma sala de esterilização, uma despensa, uma sala dos agentes comunitários de saúde, quatro salas dos enfermeiros (as) (três das enfermeiras do PSF e uma do enfermeiro do “posto”), um mini auditório, seis banheiros (dois com acessibilidade), uma sala de acolhimento, e 7 consultórios médicos.

A unidade de saúde apresenta-se como Centro de Saúde Suzete Cavalcante (tem esse nome em homenagem a enfermeira Suzete Cavalcante que trabalhou a “vida toda” no município de Parnamirim). A unidade funciona das 7h às 17h de segunda a sexta. Apresenta mais ou menos 75 funcionários. Na grade contém todos os dias atendimentos médicos, curativos, vacinas, entre mais; a unidade nunca fica vazia. As condições de trabalho são relativamente boas. Apresentam como tantas outras unidades, dificuldades relacionadas a questões materiais, problemas no acolhimento (faltam funcionários qualificados para o cargo) e questões administrativas.

Como os(as) assistentes sociais trabalham nas unidades básica de saúde a partir do NASF que se inserem nas unidades básicas de saúde. Depende da instituição em que o profissional está inserido. Algumas trabalham com atendimento domiciliar, e outras, com atendimento nas instituições, bem como visitas domiciliares. Alguns atuam mais voltados para a promoção, prevenção, e nas políticas públicas. Porém, todos(as) trabalham objetivando a garantia de direitos dos cidadãos e buscando alternativas para solucionar diversas questões sociais presentes na comunidade.

No momento, só existem três assistentes sociais integrados nas equipes do NASF, e não nas equipes de saúde da família. É foco de críticas e lutas para a sua inserção nas equipes de PSF. No NASF eles(as) dão apoio as equipes de ESF sempre que necessário, porém não existe um profissional de serviço social para cada equipe da ESF. Os profissionais do NASF, em Parnamirim, fazem visitas domiciliares sempre que necessário, e prestam serviços voltados a comunidade, e as atividades apresentadas na portaria que rege.

As atividades coletivas dos (as) assistentes sociais presentes no caderno de atenção básica do Ministério da Saúde:

Desenvolver ações que garantam a escuta e acolhida dos usuários; Incentivar e contribuir no processo de fortalecimento da autonomia e da organização pessoal do usuário; Apoiar os usuários na construção e ressignificação de seu projeto de vida; Criar espaços grupais que possibilitem a construção de relações humanizadoras e socializadoras por meio de trocas de experiências e construção de rede de apoio; Desenvolver ações integradas com os profissionais da equipe correlacionados com a área de atuação em atenção à saúde e demais políticas públicas; Socializar informações nas equipes e participar de discussão de situações vivenciadas por usuários e/ou familiares com as demais categorias profissionais, valorizando as ações desenvolvidas por eles; Promover a integração dos demais membros da equipe de trabalho; Produzir conhecimento sobre a população atendida na área da saúde, processo de pesquisa e a especificidade do serviço social; Participar da elaboração conceitual/metodológica para apoiar as práticas educativo-participativas desenvolvidas pela equipe de trabalho, com usuários e população atendida; Construir coletivamente e de forma participativa entre a equipe de saúde, segmentos organizados da comunidade, usuários e demais sujeitos sociais populares envolvidos a organização do trabalho comunitário. Incentivar a participação dos usuários nos fóruns de discussão e deliberação, tais como: Conselhos Locais de Saúde, Conselho Distrital de Saúde, Conselhos de Assistência Social, Conselho de Direitos da Criança e do Adolescente, Conselhos do Idoso e demais Conselhos de direitos, Reuniões da Comunidade, e outros. (BRASIL, 2009)

As ações do(a) assistente social do NASF com as equipes de saúde da família na unidade básica de saúde são:

Coordenar os trabalhos de caráter social adstritos às equipes de SF; Estimular e acompanhar o desenvolvimento de trabalhos de caráter comunitário em conjunto com as equipes de SF; Discutir e refletir permanentemente com as equipes de SF a realidade social e as formas de organização social dos territórios, desenvolvendo estratégias de como lidar com suas adversidades e potencialidades; Atenção às famílias de forma integral, em conjunto com as equipes de SF, estimulando a reflexão sobre o conhecimento dessas famílias, como espaços de desenvolvimento individual e grupal, sua dinâmica e crises potenciais; Identificar no território, junto com as equipes de SF, valores e normas culturais das famílias e da comunidade que possam contribuir para o processo de adoecimento; Discutir e realizar visitas domiciliares com as equipes de SF, desenvolvendo técnicas para qualificar essa ação de saúde; Possibilitar e compartilhar técnicas que identifiquem oportunidades de geração de renda e desenvolvimento sustentável na comunidade ou de estratégias que propiciem o exercício da cidadania em sua plenitude, com as equipes de SF e a comunidade; Identificar, articular e disponibilizar, junto às equipes de SF, rede de proteção social; Apoiar e desenvolver técnicas de educação e mobilização em saúde; Desenvolver junto com os profissionais das equipes de SF estratégias para identificar e abordar problemas vinculados à violência, ao abuso de álcool e a outras drogas; Estimular e acompanhar as ações de

controle social em conjunto com as equipes de SF; Capacitar, orientar e organizar, junto com as equipes de SF, o acompanhamento das famílias do Programa Bolsa-Família e outros programas federais e estaduais de distribuição de renda; No âmbito do serviço social, identificar e buscar as condições necessárias para a atenção domiciliar. (BRASIL, 2008, p. 102)

É, importante à inserção/atuação dos (as) assistentes sociais nas equipes de saúde da família, pois tendo em vista que a demanda para o Serviço Social do NASF é muito grande e levando em consideração que o NASF deve focar mais em promoção e prevenção, portanto, seria interessante que tivesse Assistente Social nas UBS para fazer os atendimentos necessários. Além de que, o Serviço Social possui um leque muito grande de atuação frente ao PSF, porém, precisa romper com os paradigmas, e demonstrar que a saúde não está ligada apenas ao fator biológico, mas sim, aos fatores, biopsicossocial.

Com isso, a importância da atuação do (a) assistente social para sua consolidação profissional, no qual, para realizar um atendimento por mais simples que seja necessita conhecer não apenas o funcionamento da unidade e/ou programa em que trabalha, mas a lógica do funcionamento no sistema de saúde, a dinâmica e a capacidade de atendimento de outras instituições públicas e privadas que envolvam e/ou se apresentem como um meio de viabilizar o atendimento das necessidades da população e que extrapolam a capacidade de atendimento exclusivo das instituições de saúde. O Serviço Social no Sistema Único de Saúde tem que assegurar a garantia do direito à saúde dos cidadãos, o acesso às políticas sociais públicas, com foco na prática a promoção da saúde.

Diante do que foi abordado anteriormente a inserção dos (as) assistentes sociais nas equipes de saúde da família é uma luta e um movimento de grupos do conselho federal de serviço social e luta de algumas profissionais para a sua inserção nas equipes, pois a importância urgente das profissionais nas unidades para atender as demandas e as exercer a suas atividades em meio a realidade social e com a comunidade para garantir ao direitos, enfrentar as questões sociais, inserir em programas ,projetos ações voltado a comunidade para se inserem na saúde e manter sua participação social nos conselhos e conferencias de saúde, etc.

Os resultados obtidos são parciais, pois o trabalho é contínuo. Por meio do levantamento bibliográfico e observações participativas, busca-se contribuir no conhecimento e esclarecimento em relação ao trabalho da Assistente Social, desmistificando que o trabalho da Assistente Social é voluntário, exercido de forma gratuita, mas mostrar que a Assistente Social é uma profissional que exerce seu trabalho de forma remunerada, nas organizações públicas e privadas com competência e atribuições específicas para a atuação em diferentes

áreas. Esclarecer que a Assistente social não é uma moça boazinha que ajuda as pessoas, e sim que é uma profissional que atua na realidade social através do atendimento de inúmeras demandas, elaboração de pesquisas/projetos e construção de propostas que visam o atendimento as necessidades sociais da população, nas áreas de assistência social, saúde, educação, habitação como um direito do cidadão (SCHAEDLER, 2005).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A conquista do Sistema Único de Saúde (SUS) apresentou grande importância para todos brasileiros com a universalidade, com os serviços/ações descentralizado, a integralidade proposto na Constituição Federal de 1988, fez com que aumenta-se a inserção/atuação dos profissionais. Mesmo sabendo que a luta para a inserção deles nas equipes de saúde da família já esta proposta na realidade e só falta à aprovação do projeto de lei nº 6.271-A/2009 e, então, a efetiva inserção nas equipes de PSF em todo o território brasileiro.

Os (as) assistentes sociais passaram por diversas dificuldades para se inserirem na área da saúde. Mas, hoje em dia é a área que mais emprega profissionais para atuarem, pois é, um campo que necessita da atuação dos mesmos, para termos gerais, garantir os direitos dos cidadãos, garanti-los as políticas sociais e públicas voltadas a saúde, do usuário e da comunidade.

Segundo Santos e Biasoli (2008),

a intervenção do serviço social junto aos diversos segmentos envolvidos no trabalho do PSF é respaldada pela sua especificidade e compromisso social em apoiar o processo de desenvolvimento da comunidade de forma que essa comunidade assuma suas identidades e saberes reivindicando acessos universais e igualitários aos serviços e espaços socioculturais. [...] O profissional do serviço social fica na posição de equipe de apoio, dessa forma pode ou não fazer parte da equipe, dependendo na maioria das vezes de decisão e vontade política municipal. (SANTOS e BIASOLI, 2008, p. 47)

Esse trabalho apresentou como missão, mostrar o recorte sócio-histórico da saúde pública brasileira, com a inserção dos profissionais na área da saúde, apresentando a importância da atuação dos (as) assistentes sociais na área da saúde, no contexto do Brasil, do Rio Grande do Norte e no município de Parnamirim.

Em suma, os (as) assistentes sociais que trabalham no município de Parnamirim, são profissionais qualificadas que deveriam está trabalhar em prol da comunidade, mas trabalham para garantir o emprego e nas concepções do gestor municipal, desempenhando suas funções de acordo com as demandas da realidade da comunidade na concepção do das análises do gestor municipal. Essas profissionais inserem nas unidades básicas de saúde por vis do NASF e justamente dando suporte e apoio as equipes de saúde da família no PSF. Trabalham de acordo com a lei no que foi observado, mas tem suas dificuldades de trabalho. Trabalham com

as diversas expressões da questão social, com as políticas públicas e com atividades, ações destinadas a população e a comunidade.

A contribuição desse trabalho para a profissão, para a futura assistente social presente e para a comunidade acadêmica é exclusivamente para compreender a realidade do trabalho efetuado das profissionais na atenção primária na saúde inserida nas unidades básicas de saúde no contexto estadual e como foco desse trabalho no contexto municipal num município de grande crescimento. Com estar sendo a inserção desses profissionais nos programas governamentais e com estar sendo desenvolvido o trabalho e os desafios enfrentados para a efetivação deles nas políticas voltadas e necessária para a atuação dos (as) assistentes sociais.

Atualmente, pensar uma atuação competente e crítica do Serviço Social na área da saúde consiste em: estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS; facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da Instituição, bem como de forma comprometida e criativa não submeter à operacionalização de seu trabalho aos rearranjos propostos pelos governos que descaracterizam a proposta original do SUS de direito, ou seja, contido no projeto de Reforma Sanitária; tentar construir e/ou efetivar, conjuntamente com outros trabalhadores da saúde, espaços nas unidades que garantam a participação popular e dos trabalhadores de saúde nas decisões a serem tomadas; elaborar e participar de projetos de educação permanente, buscar assessoria técnica e sistematizar o trabalho desenvolvido, bem como estar atento sobre a possibilidade de investigações sobre temáticas relacionadas à saúde; efetivar assessoria aos movimentos sociais e/ou aos conselhos a fim de potencializar a participação dos sujeitos sociais contribuindo no processo de democratização das políticas sociais, ampliando os canais de participação da população na formulação, fiscalização e gestão das políticas de saúde, visando o aprofundamento dos direitos conquistados (CFESS, 2009).

REFERÊNCIAS

- BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social: fundamentos e história**. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2010.
- BERTOLLI FILHO, Claudio. **História da saúde pública no Brasil**. 4. ed. São Paulo: Editora Ática, 2002.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Congresso Nacional, 1988.
- BRASIL. **Lei nº 8.662, de 7 de junho de 1993**. Código de Ética do/a Assistente Social. Brasília: Congresso Nacional, 1993.
- BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Política Nacional da Saúde. Brasília: Congresso Nacional, 1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 1986.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde na escola / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos de Atenção Básica; n. 27). Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- BRASIL. **Portaria Nº 154/GM, de 24 de janeiro de 2008**. Brasília, 2008.
- BRASIL. **Portaria Nº 648/GM de 28 de março de 2006**. Brasília, 2006.
- BRAVO, Maria Inês Souza. **Saúde e Serviço Social**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2007.
- CONSELHO FEDERAL SERVIÇO SOCIAL. **Parâmetros para a atuação de assistentes sociais na saúde**. Brasília, 2009.
- BRAVO. **Serviço Social e reforma sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2007.
- FAEPESUL. **História da saúde pública no Brasil**. Santa Catarina. Disponível em: <http://www.faepesul.org.br/arquivos/Historia_da_Saude_Publica_no_Brasil.pdf>. Acesso em: 6 jun. 2012.
- FERNANDES, Afra Suassuna; SECLÉN-PALACÍN, Juan A. (orgs.). **Experiências e desafios da atenção básica e saúde familiar: caso Brasil**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2004.
- IAMAMOTO, Marilda Vilela; CARVALHO, Raul. **Relações sociais e serviço social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. 35. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTADÍSTICA. Sessão Cidades@.
Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 3 dez.
2012.

MOTA, Ana Elizabete; BRAVO, Maria Inês de Souza; UCHÔA, Roberta; NOGUEIRA, Vera; MARSIGLIA, Regina; GOMES, Luciano; TEIXEIRA, Marlene (Org.). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

NETTO, José Paulo. **A construção do projeto ético político do serviço social**. Brasília: CFESS, ABEPSS, CEAD, UNB, 1999.

RAMOS, Sâmia Rodrigues. **Limites e possibilidades históricas do projeto ético-político**. Inscrita. CFESS. Brasília, n.12, 2009.

SANTOS, Helena Cristina Estevam. BIASOLI, Desiree Albuquerque. **Contribuições reflexivas sobre a inserção do assistente social na equipe mínima do Programa Saúde da Família**. São Paulo, 2008.

SARRETA, Fernanda Oliveira. **O trabalho do assistente social na saúde**. *Ciência Et Práxis* v.1, n.2, 2008.

SCHAEDLER, Vanice Maria. **A atuação da assistente social na unidade básica de saúde – faculdade**. UNIOESTE: Campus de Cascavel, 2005.

SIMÕES, Carlos. **Curso de Direito do Serviço Social**. 5 ed. São Paulo: Cortez, 2011.

SOUSA, Charles Toniolo. **A prática do assistente social: conhecimento, instrumentalidade e intervenção profissional**. Emancipação, Ponta Grossa: 2008.

TEIXEIRA, Joaquina Barata; BRAZ, Marcelo. **“O projeto ético-político do serviço social”. Serviço Social, direitos e competências profissionais**. CFESS; ABEPSS (org.) serviço social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.