



Universidade de Brasília – UNB  
Instituto de Ciências Humanas –IH  
Departamento de Serviço Social-SER

Brunna Oliveira Mota Pires

**O SERVIÇO SOCIAL E A SAÚDE:**  
**Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF)**

Brasília-DF

2017

Brunna Oliveira Mota Pires

# **O SERVIÇO SOCIAL E A SAÚDE:**

## **Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF)**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Universidade de Brasília como requisito parcial para obtenção do Título de Bacharel em Serviço Social. Professora Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Karen Santana de Almeida Vieira.

Brasília –DF

2017

## **Agradecimentos**

Agradeço primeiro a Deus, por me dar forças todos os dias para levantar e seguir atrás dos meus objetivos, mesmo com todas os sofrimentos e dificuldades que carrego comigo.

Aos meus Pais e minha família, por terem me dado educação e ter feito todo o esforço possível para que eu tivesse oportunidade de estudar e por dar apoio as minhas escolhas mais difíceis.

A Unidade básica de Saúde (UBS) em Brazlândia, instituição onde pude passar por diversas experiências na época de estágio e depois em meu período de pesquisa.

A minha professora e orientadora Prof.<sup>a</sup> Dra. Karen Santana de Almeida Vieira, que esteve ao meu lado desde a escolha do objeto de pesquisa até a conclusão dessa monografia, mesmo com a carga exaustiva de trabalho que possui e as dificuldades que seus problemas de saúde trazem.

As professoras Lucélia Luiz Pereira e Patrícia Pinheiro por aceitarem participar da banca desta monografia e por contribuírem com colocações e esclarecimentos pertinentes ao objeto de pesquisa, qualificando essa pesquisa.

A minha eterna supervisora de estágio e amiga, a assistente social Verônica Maria Abiorana Campos, uma pessoa muito importante durante essa caminhada e com a qual tive o prazer de conviver, tanto pelo lado profissional como pessoal, que fez o possível para me ensinar o máximo que podia sobre o fazer profissional, sempre atenta as minhas dificuldades e dúvidas. Foi muito importante também em minha vida pessoal, pelos conselhos que me deu sobre a vida, pelas vezes que me fez rir mesmo cansada e triste, pessoa que me apoiou inclusive em problemas pessoais.

A minha psicóloga Dr<sup>a</sup>. Elaine, que foi muito importante em minha vida por ser uma profissional dedicada e que me deu conselhos que me ajudaram muito, com quem dividi muitas angústias, inclusive sobre este trabalho.

Aos meus colegas de curso que sempre estiveram dispostos a esclarecer minhas dúvidas e dividir angústias que nós todos tínhamos.

Aos meus amigos de curso e que quero levar para vida, pessoas que ultrapassaram os muros da instituição por mim e nossa amizade, que me proporcionaram momentos felizes, mas que também estiveram ao meu lado nos momentos mais difíceis.

Ao meu avô Braz Pires Chaves (*in memoriam*) que partiu no começo do meu processo de graduação, mas que sempre torceu por mim e deixou claro seu orgulho por minhas escolhas. Foi a pessoa que caminhou junto comigo em diversos momentos e sempre mostrou interesse em minha vida, sempre torceu pelo meu sucesso e me incentivou, é a ele que dedico esse trabalho e a sua força e inteligência sobre a vida que me serviu de exemplo.

Muito Obrigada!

Brunna Oliveira Mota Pires

## **Resumo**

O presente trabalho tem como objetivo analisar como o Serviço Social atua dentro do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e se essa atuação se relaciona corretamente com os Parâmetros de Atuação profissional estabelecidos na área da saúde pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS). O NASF é um núcleo que presta apoio matricial as equipes de saúde da família, e tem como uma de suas características a multidisciplinaridade, portanto há a possibilidade de desalinhamento quanto ao fazer profissional de cada saber, além da possibilidade dos profissionais desenvolverem uma prática profissional curativa. A abordagem metodológica utilizada corresponde a pesquisa qualitativa, sendo estruturada do seguinte modo: 1) revisão bibliográfica; 2) análise da legislação; 3) entrevista com a assistente social integrante do NASF escolhido como objeto de pesquisa. Os resultados mostraram que o Serviço Social na área da saúde e no NASF podem se deparar com diferentes obstáculos além dos que se referem às leis e regulamentações, trazendo à tona um debate mais amplo e com diferentes possibilidades de visão sobre as práticas profissionais do Serviço Social e das consequências dos problemas na política de saúde na vida dos mesmos.

Palavras-Chave: Saúde, Serviço Social, NASF

## **Abstract**

The present study aims to analyze how Social Work acts within the Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) and if its action is correctly related to the Parâmetros de Atuação Profissional established in the health area by the Conselho Federal de Serviço Social (CFESS). NASF is a center that provides matrix support to family health teams and it has the multidisciplinary as one of its characteristics. Therefore, there is the possibility of disparities between the professional methods of each field of study that goes beyond the prospect of developing a professional healing practice by its members. The methodological approach used corresponds to a qualitative research, structured as follows: 1) literature review; 2) legislation analysis; 3) interview with the social assistant, a member of NASF, chosen as research object. The results showed that social work in the health area and within NASF may encounter different obstacles than those related to laws and regulations. It creates a broader debate with distinct points of view about the professional practices within social work and the consequences of the health policy problems over their lives.

Keywords: Health, Social Work, NASF

## **Lista de Siglas**

SUS	Sistema Único de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
PACS	Programa de Agentes Comunitários
NRAD	Núcleo Regional de Atenção Domiciliar
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
BPC	Benefício de Prestação Continuada
SES/DF	Secretaria de Saúde do Distrito Federal
DST	Doenças sexualmente Transmissíveis
NEPS	Núcleo de Educação Permanente em Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
ABESS	Associação Brasileira de Ensino de Serviço Social
ANAS	Associação Nacional dos Assistentes Sociais
CFAS	Conselho Federal de Assistentes Sociais

## **Lista de Tabelas**

Tabela 1: Modalidades de NASF.....	13
Tabela 2: Composições do NASF.....	30
Tabela 3: Objetivos do Serviço Social no NASF.....	32
Tabela 4: Ações do assistente social no NASF.....	33



## SUMÁRIO

<b>Resumo .....</b>	<b>4</b>
<b>Abstract .....</b>	<b>5</b>
<b>Lista de Siglas .....</b>	<b>6</b>
<b>Lista de Tabelas .....</b>	<b>7</b>
<b>Introdução .....</b>	<b>9</b>
<b>CAPITULO I – Reforma Sanitária, criação do SUS e a atuação do Assistente Social....</b>	<b>17</b>
1.1 Serviço Social no movimento de Reforma Sanitária e a Criação do SUS.....	18
1.2 Atuação do Serviço Social na Saúde após a criação do SUS .....	21
<b>CAPITULO II- Serviço Social no Centro de Saúde e no NASF: Atenção Básica em Saúde.....</b>	<b>25</b>
2.1 Atenção Básica em Saúde: Centros de Saúde.....	26
2.2 Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).....	28
2.3 Serviço Social no NASF.....	31
<b>CAPITULO III – Análise de dados coletados: Resultados e discussão.....</b>	<b>35</b>
3.1 Justificativa da Reformulação da Proposta Inicial de Pesquisa.....	36
3.2 Circunscrevendo um pouco mais o objeto de pesquisa analisado: unidade básica de saúde de Brazlândia e o NASF.....	38
3.3 Desvendando o sistema, atores e jogos Políticos na área de Saúde.....	39
3.4 Percepção da Assistente Social entrevistada acerca do papel do Serviço Social no NASF.....	42
<b>Considerações Finais.....</b>	<b>47</b>
<b>Referências Bibliográficas.....</b>	<b>49</b>
<b>Anexos .....</b>	<b>52</b>

## Introdução

Esta monografia tem o objetivo de analisar a atuação do Serviço Social e a Saúde no NASF em um Centro de Saúde (Atenção Básica), na cidade satélite de Brazlândia.

É importante ressaltar que o interesse por esse objeto se iniciou no período de estágio (período que foi considerado por esta pesquisadora como um divisor de águas) posto que foi a partir desse momento que passou-se a compreender um pouco mais como se opera algumas das dimensões do fazer profissional e dos espaços sócio-ocupacionais que se pretende integrar futuramente, já como profissional assistente social.

Além disso, foi durante esse momento de descobertas (do desenvolvimento do estágio) que muitas dúvidas também começaram a aparecer. Perguntas que nunca tinham sido feitas acabaram por virar questões a se pensar.

Durante os dois semestres de estágio, surgiram algumas inquietações por parte dessa pesquisadora, e um dos primeiros questionamentos foi sobre qual a diferença existente entre o trabalho realizado em um centro de saúde quando comparado ao trabalho realizado em um hospital geral, no âmbito do SUS<sup>1</sup>.

Outro aspecto que surgiu como dúvida seria sobre como o Serviço Social atua dentro de um Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) e se essa atuação se relaciona aos parâmetros de atuação profissional estabelecidos a esse profissional na área da saúde, pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS)<sup>2</sup>. E, por último quais seriam realmente as competências do Assistente Social nesse núcleo, pois compreende-se que, mesmo com a devida importância de núcleos como o NASF e outros espaços sócio-ocupacionais, seja na área da saúde como em outras áreas, as particularidades da atuação profissional do Serviço Social e de outras profissões devem ser consideradas, pois os saberes de cada profissão são importantes para uma atuação integradora e que beneficie o usuário.

---

<sup>1</sup> O SUS (Sistema Único de Saúde) é um dos maiores sistemas de públicos de saúde do mundo. Foi criado em 1988 pela Constituição Federal Brasileira, para ser o sistema de mais de 180 milhões de Brasileiros. CAMPOS, Nayara. *O surgimento do NASF e a atuação do Serviço Social*. CARVALHO, Gilson. *A Saúde Pública*

<sup>2</sup> O Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) é uma autarquia pública federal que tem a atribuição de orientar, disciplinar, normatizar, fiscalizar e defender o exercício profissional do/a assistente social no Brasil, em conjunto com os conselhos Conselhos Regionais de Serviço Social (CRESS). O CFESS foi o responsável pela constituição em 2008 do documento que rege os Parâmetros para Atuação dos Assistentes Sociais na Política de Saúde. Para mais informações sobre o CFESS, consultar o site: [www.cfess.org.br](http://www.cfess.org.br) (CFESS,2017).

Segundo a autora Nayara Rúbio Campos (2013) influenciado por um cenário internacional que passa a considerar a atenção primária essencial, os documentos oficiais sobre a Política de Saúde, demonstram que com a intenção de organizar o SUS o ministério da saúde adotou em 1994 o Programa Saúde da Família (PSF), que se inseriu na Atenção Primária à Saúde, mas anterior a isso, em 1991, havia sido implementado o Programa de Agentes Comunitários (Pacs), com o objetivo de selecionar e treinar agentes comunitários nas comunidades, tendo como responsabilidade o acompanhamento de um número de famílias de acordo com cada território, posteriormente o PSF é implantado para aumentar o acesso a Atenção Primária da População.

De acordo com o artigo “O Surgimento do NASF e a Atuação do Serviço Social” (2013), no Brasil é utilizado com mais frequência a expressão “Atenção Básica” ao invés de atenção primária, mas a expressão só foi oficializada pelo Brasil em 2006 mediante a portaria nº 648/GM, ao considerar o PSF como uma estratégia que precisava adequar suas normas, pois se tornou de abrangência nacional.

Está explicitado na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que é uma política aprovada em 2012 que revisa as diretrizes e as normas para a organização da Atenção Básica, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o PACS, que uma das atribuições comuns a todos os profissionais da atenção básica é a de garantir a atenção à saúde buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos, garantia de atendimento as demandas espontâneas, ações programadas, coletivas ou individuais e de vigilância à saúde.

Ainda de acordo com a PNAB (2012), a Atenção Básica, deve ser o contato preferencial do usuário, uma porta de entrada para os outros serviços de saúde disponíveis e, se necessário na vida dessas pessoas.

A ESF de acordo com o que foi descrito pela PNAB (2012) foi um modo que o Ministério da Saúde conseguiu se reorganizar a Atenção Básica no país, de acordo com os preceitos estabelecidos pelo SUS, tida como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer o aumento do impacto na vida das pessoas e na relação saúde e suas particularidades, além de ter um maior custo-efetividade.

A Atenção Básica foi representada nessa monografia pelo estudo e o acompanhamento de uma unidade básica de saúde, em Brazlândia<sup>3</sup>, visto que durante todo o período de estágio dessa pesquisadora, foi possível observar diversas questões relacionadas ao objeto de pesquisa aqui, em análise.

No que se refere à saúde em Brazlândia, de acordo com dados de Abril de 2017 retirados do *site* da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, a cidade conta atualmente com um hospital de pequeno porte, uma unidade básica de saúde tradicional, uma unidade de saúde mista, e um Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF). Além de 11 equipes de estratégia de saúde da família, um núcleo regional de atenção domiciliar (NRAD) e uma equipe da estratégia e agentes comunitários de saúde.

Vale contextualizar rapidamente que de acordo com um vídeo institucional produzido por servidores do NASF no ano de 2014, a unidade básica de saúde em questão, que é orientado pelo programa de saúde da família, nasceu para atender a demanda de uma área considerada periférica, localizado na expansão da Vila São José, antigo assentamento, e por ser uma unidade de saúde mista<sup>4</sup> tem um maior número de serviços do que a outra unidade básica de saúde localizada em Brazlândia.

Essa ampliação dos serviços corresponde a uma unidade básica de saúde que obedece a política nacional de atenção básica, que pode ser uma unidade tradicional ou mista, quando é mista oferece um número maior de serviços.

Segundo a PNAB (2012) uma unidade básica de saúde mista só é implementada num local onde as pessoas moram ao redor, onde elas podem ir e enxergar como um ponto de referência, então se essas pessoas não estivessem ali ou não se organizassem desse modo não teria porque ser instalado uma unidade que se utiliza do programa de saúde da família no

---

<sup>3</sup> Brazlândia, que é uma região administrativa do Distrito Federal (DF), localizada a 50km de Brasília, com cerca de 60 mil habitantes, é a uma das cidades satélites mais diferentes do Distrito Federal (DF). Segundo dados de 2010 do Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (DIEESE) apresentados pela secretária de educação do DF a cidade ainda tem um alto índice de pobreza e vulnerabilidade, risco social e sofre carência de toda ordem, deixando claro a deficiência de políticas públicas que levem em consideração suas características diferentes das demais cidades (*site* da administração regional de Brazlândia,2017)

<sup>4</sup>O Centro de Saúde 2 de Brazlândia quando foi inaugurado em 2009 contou com a presença do até então na época governador de Brasília José Roberto Arruda e do secretário de saúde na época Augusto Carvalho, a proposta da criação do centro de saúde foi de construir unidades básicas de saúde da família em áreas mais distantes, onde não há hospitais próximos. Claramente por ser também uma região da cidade considerada periférica com altos índices de vulnerabilidade de todas as espécies, o centro de saúde também, realiza uma função de ‘desafogar’ o hospital da cidade (vídeo institucional do NASF,2014).

local, é por conta dessa organização e de como essas famílias vivem que a unidade pensa e realiza atividades com esse foco.<sup>5</sup>

Com o tempo, surgiu a necessidade de gerenciar e atender diversas demandas crescentes na saúde, a partir deste momento foram inseridos outros profissionais de diversas áreas, com o fim de atender as particularidades das demandas e aumentar sua resolatividade, o Ministério da Saúde regulamentou mediante a portaria GM nº. 154 de 24 janeiro de 2008, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), sendo republicada essa portaria em 4 de março do mesmo ano, 2008.

De acordo com o caderno 39 de Atenção Básica, que trata sobre o NASF, o mesmo funciona como um apoio multiprofissional<sup>6</sup>, que deve priorizar o apoio matricial as ESF, mas também realiza intervenções coletivas de promoção, prevenção e acompanhamento de grupos sociais em situações de vulnerabilidade.<sup>7</sup>

Atualmente segundo o caderno de Atenção Básica 39-NASF (2014) as duas portarias vigentes que dizem respeito ao NASF são a de nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), e de nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012, que redefine os parâmetros de vinculação das modalidades 1 e 2, além de criar a modalidade 3.

De acordo com o caderno de atenção básica (2014), o NASF 3 tem suas particularidades e foi implementado recentemente, portanto as condições de trabalho dos profissionais inseridos nele diferem do NASF1 e NASF 2, no que se refere a carga horária de trabalho.

---

<sup>5</sup>Dados descrito em um vídeo institucional produzido pelos funcionários do Centro de Saúde 2, mostra que o Centro de Saúde 1 localiza-se no centro da cidade e possui apenas uma equipe de agentes comunitários de saúde, apesar disso é uma unidade tradicional de atenção primária a saúde, que presta serviços como: ambulatórios de ginecologia, pediatria, odontologia, clínica médica e nutrição. Além disso contém alguns grupos como o de controle de diabetes, tabagismo e algumas práticas integrativas.

<sup>6</sup> Multiprofissional segundo o caderno de Atenção Básica 39-NASF é quando é composto por diferentes profissões, portanto, quando uma equipe é multiprofissional ela conta com profissionais de diferentes áreas do conhecimento. Para que o trabalho do NASF ocorra de forma eficiente é preciso além de um uma equipe multiprofissional , também de uma equipe interdisciplinar ,o que é defendido atualmente como parte de um processo de uma intervenção eficaz .A interdisciplinaridade é aquilo que é comum a dois ou mais campos disciplinares inter-relacionados, logo para que a mesma ocorra é necessário que haja um diálogo entre as profissões e os saberes em prol do apoio matricial as equipes e aos usuários do serviço (MARCONDES; BRISOLA; SANTOS; CHAMON, 2012).

<sup>7</sup> Na nomenclatura usual das instituições é padrão utilizar o conceito de vulnerabilidade que significa o que ou quem se encontra frágil. Contudo, no âmbito do arcabouço teórico do Serviço Social os autores costumam optar por pessoas em situação de pobreza ou desigualdade que comporta melhor a concepção da Questão Social defendida por Iamamoto (1988).

A partir dessa portaria, temos hoje três modalidades de NASF, como mostra a tabela a seguir:

Tabela 1- Modalidades de NASF

Modalidade	Nº de equipes vinculadas	Somatória das cargas horárias profissionais
NASF 1	5 a 9 eSF	Mínimo 200 horas semanais. Cada ocupação deve ter no mínimo ,20 h, e no máximo,80h de carga horária semanal.
NASF 2	3 a 4 eSF	Mínimo 120 horas semanais. Cada ocupação deve ter no mínimo ,20h e, no máximo ,40h de carga horária semanal.
NASF 3	1 a 2 eSF	Mínimo 80 horas semanais. Cada ocupação deve ter, no mínimo ,20h e, no máximo,40 h de carga horária semanal.

Fonte: Caderno de Atenção Básica 39- Núcleo de Apoio à Saúde da Família-Volume 1: Ferramentas para a Gestão e para o Trabalho Cotidiano.

\*eSF: equipe Saúde da Família

Por surgir como um apoio das equipes de saúde da família (ESF) o NASF traz consigo a necessidade de um assistente social. Pois além de saber lidar com a Questão Social nas suas mais variadas expressões, também atua na defesa dos direitos sociais, com o objetivo de qualificar a atenção a saúde e interferir no processo saúde e doença, que possui muito mais determinantes do que apenas questões de prática médica.

É importante ressaltar que sobre a Questão Social, o Serviço Social compreende a luz de Yamamoto (1988) que a mesma é apreendida como um conjunto de expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, mas os frutos deste

trabalho mantem-se nas mãos de poucos, monopolizado apenas por uma parte da sociedade e as expressões da questão social podem ser vistas por todos, envolvendo problemas econômicos, culturais, políticos e sociais, como o desemprego, o aumento da pobreza, o número alarmante e crescente de violência.

Contudo, a participação dos assistentes sociais nas equipes do NASF trata-se de uma experiência diferente, pois o surgimento do NASF é recente, por conta disso essa dinâmica proposta por este núcleo não é um espaço sócio-ocupacional que sempre fez parte da trajetória do Serviço Social.

Ademais, mesmo tendo que lidar com outras profissões no ambiente de trabalho, as aquisições e as práticas profissionais de cada um sempre foram fragmentadas, deste modo, existe um desafio explícito não só para o assistente social, como para os demais profissionais, que é delimitar suas funções e conseguir também realizar uma prática integradora e conjunta, não esquecendo do código de ética de sua profissão e no caso do Serviço Social além do respeito ao Código de Ética e da Lei de Regulamentação da profissão, é necessário ter um olhar crítico da realidade para seu enfrentamento, realizando assim juntamente com os demais profissionais e usuários estratégias criativas e inovadoras.

A unidade básica de saúde, que foi objeto dessa pesquisa, é uma instituição pública, com cobertura local da área onde se localiza, que é uma área adstrita, atende outras áreas de Brazlândia, mas essas são consideradas fora de área, a instituição se organiza a partir da Política Nacional de Atenção Básica(2012).

Portanto as unidades básicas de saúde devem ser o ponto de referência dos usuários, a porta de entrada e o centro de comunicação com toda a rede de atenção à saúde. Dentro da atenção básica tem o Programa de Saúde da Família, é a esse programa que a USB corresponde.

Neste sentido, depois de compreendido um pouco acerca da atenção básica, do Programa Saúde da Família e da USB objeto dessa pesquisa, essa pesquisadora teve questionamentos sobre como os diferentes profissionais compreendem quais as funções e quais são as competências de um assistente social; e qual a finalidade e importância profissional do assistente social dentro de um Centro de Saúde ou da saúde como um todo?

Assim o que foi proposto a se analisar nesta pesquisa é: Qual é a atuação do Serviço Social inserido no NASF; E se as atribuições do Serviço Social no NASF estão de acordo com as normas estipuladas pela profissão na área da Saúde, regulamentadas pelo documento

chamado Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde, instituído pelo Conselho Federal de Serviço Social(CFESS) em 2008 e publicado em 2009.

Essas questões foram analisadas para que se saiba se as atribuições previstas estão de acordo com o código de ética profissional (Lei 8662/93) e com a Lei de Regulamentação da Profissão (8.662). E, se a atuação do Serviço Social pode se confundir com a de outros profissionais e se os mesmos compreendem quais são as competências profissionais da categoria e na área da saúde.

Outro ponto destacado para análise, segundo Tânia Krüger (2010) é quando o assistente social se distancia do objetivo da profissão, que na área da saúde, deve passar pela compreensão dos determinantes sociais<sup>8</sup>, econômicos e culturais que interferem no processo saúde-doença e na busca por estratégias político-institucionais para realizar o enfrentamento dessas questões.

O objeto de estudo aqui se circunscreve no que se refere aos parâmetros da atuação do assistente social no NASF e a correlação com as competências previstas ao profissional na área de saúde regulamentadas pelos Parâmetros para Atuação de Assistentes sociais na Política de Saúde.

A abordagem metodológica utilizada nesta monografia foi balizada pelo método de pesquisa qualitativa, por se tratar de uma abordagem que metodológica e tecnicamente responde, dentro do campo das Ciências Sociais, a um universo de pesquisa que explora a subjetividade das pessoas em suas relações sociais e das próprias realidades sociais, como ressalta Minayo (2010).

Neste caso, esta pesquisa possui cunho exploratório, e teve por objetivo de analisar os parâmetros da atuação do assistente social no NASF e correlacioná-las com as competências previstas ao profissional na área da Saúde, prevista no documento instituído pelo CFESS que dita os Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde.

A pesquisa foi, portanto, estruturada por meio das seguintes etapas: 1) revisão bibliográfica, a ser realizada com a finalidade de compreender as literaturas já existentes sobre a temática; 2) análise da legislação, de modo a abranger as legislações que permeiam a

---

<sup>8</sup> O conceito atualmente na área da saúde apresenta como determinantes sociais as condições de vida e de trabalho dos indivíduos e de grupos da população que estão ligados a situação de saúde. Os determinantes sociais são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco a população. BUSS, Paulo Marchiori; FILHO, Alberto Pellegrini. A Saúde e seus Determinantes Sociais.2007.



atuação profissional do assistente social; e 3) entrevista, de modo a compreender alguns processos, ganhos e perdas existentes na área estudada.

Assim, a primeira etapa conforme explicita Minayo (2010) consistirá na revisão bibliográfica e análise das legislações, que possibilitam uma aproximação com as discussões, as teorias, as categorias e as definições sobre a atuação do Serviço Social na saúde à luz de documentos oficiais.

Contudo, salienta-se aqui importantes alterações que foram necessárias na formulação da proposta inicial de pesquisa. Todos esses esclarecimentos e mais o cumprimento das questões éticas foram descritos no tópico justificativa da reformulação da proposta inicial de pesquisa, no capítulo 3.

Ressalta-se que esta monografia, além da introdução e das considerações finais está dividida em três capítulos: (1) o primeiro capítulo traz por meio de pesquisa bibliográfica a contextualização do movimento de Reforma Sanitária que, entre outras coisas culminou na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), e a partir deste contexto se discute a atuação do Serviço Social antes e após a criação do SUS; (2) o segundo capítulo discorre sobre o conceito de atenção básica na área de saúde e os Centros de Saúde, que são espaços institucionais responsáveis por atender a população e ser a porta de entrada e o meio para que a mesma acesse aos serviços de saúde. Também no mesmo capítulo, falaremos sobre a atuação do Serviço Social inserido dentro desta instituição e dentro de um núcleo chamado NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família); (3) no terceiro e último capítulo além de justificar as mudanças que ocorreram de reformulação da proposta inicial de pesquisa, também analisa as referências bibliográficas citadas durante a monografia junto a entrevista concedida pela assistente social da USB. Além de todas as notícias que vemos e presenciamos diariamente sobre a má gestão em saúde no Distrito Federal, que claramente reforça tudo o que há de científico sobre o assunto, discutiremos os interesses predominantes na área de saúde.

Neste trabalho foi especificado as competências do profissional formado em Serviço Social e a relação com as competências previstas ao assistente social na área da Saúde, de forma específica dentro do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, onde o mesmo realiza um projeto de intervenção em conjunto com profissionais de outras áreas do conhecimento.

# **CAPÍTULO I:**

## Reforma Sanitária, Criação do SUS e a atuação do Assistente Social

“O capital não tem a menor consideração pela saúde ou duração da vida do trabalhador, a não ser quando a sociedade o força a respeitá-la”

Karl Marx

## CAPITULO I

### **Reforma Sanitária, Criação do SUS e a atuação do assistente social**

Este capítulo tem o objetivo de discutir a participação do assistente social no processo de Reforma Sanitária e no SUS. Aconteceram mudanças no Brasil e resultaram no projeto de saúde do país a partir daquele processo. Inserido nesse contexto de uma nova configuração da política de saúde, o trabalho do assistente social vai sofrer impactos em várias dimensões, como por exemplo, nas condições de trabalho, na formação profissional, nas influências teóricas, na ampliação de demanda e na relação com os demais profissionais e movimentos sociais.

#### **1.1 Serviço Social no movimento de Reforma Sanitária e a Criação do SUS**

Segundo o documento dos Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde (2009) a Reforma Sanitária Brasileira se caracteriza por ter sido um movimento que, no interior de um processo de transição democrática conservadora, teve como seu foco central o Estado democrático de direito e sua responsabilidade pelas políticas sociais e consequentemente na garantia de direitos da população à Saúde<sup>9</sup>.

Ainda de acordo o documento supracitado pelo CFESS (2009), destacam-se como fundamentos dessa proposta do Movimento Sanitário, a democratização do acesso; a universalização das ações; a melhoria da qualidade dos serviços, com a adoção de um modelo assistencial pautado na integralidade e equidade das ações; a democratização das informações e a transparência no que diz respeito ao uso de recursos e as ações do governo; a descentralização com controle social<sup>10</sup> democrático e a interdisciplinaridade nas ações.

---

<sup>9</sup> Sobre a Reforma Sanitária e o processo de transição democrática conservadora pesquisar Sonia Fleury (2009); Pesquisar também Jairnilson Silva Paim (2008); Sobre o Estado Democrático de Direito pesquisar Priscila Mendonça Chagas (2012);

<sup>10</sup> O controle Social é a resultante da articulação e da negociação dos interesses fracionados e específicos de cada segmento em favor dos interesses e direitos da sociedade. O conselho de saúde é a instância por meio da qual se exerce o controle social em saúde. É um órgão colegiado, composto por representantes do governo, dos prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, com caráter deliberativo e atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde (FURTADO; VIEIRA; LEMOS; LAVÔR, 2016)

Na década de 1960, o Serviço Social não se apresentava com polêmicas internas significativas. Depois desta década alguns segmentos da profissão começaram a questionar a posição conservadora, configurando assim o início do processo de Reconceituação.

Sobre o processo de Reconceituação é importante destacar, assim como analisou Faleiros (1981), tratava-se de um movimento que ocorreu no Serviço Social na América Latina, que tem por característica a expressão de ruptura com o Serviço Social Tradicional e conservador, e na possibilidade de uma nova identidade profissional com ações que estejam voltadas para as demandas da classe trabalhadora.

Segundo a autora Tânia Krüger (2010), o Serviço Social na saúde no período de renovação esteve muito voltado para a estratégia de modernização conservadora, com vinculação destacada na estrutura do complexo previdenciário de assistência médica, que consistia em atuação psicossocial junto a pacientes e seus familiares.

Deste modo é preciso destacar que o movimento sanitário não teve grande repercussão na atuação dos assistentes sociais vinculados à área da saúde. Mesmo com as tendências democráticas aumentando no país no anos de 1980, os profissionais de Serviço Social na saúde, enquanto categoria, pareciam distantes das reflexões da profissão e da intenção de ruptura dentro do Serviço Social, conforme analisou Krüger (2010).

No final do período de redemocratização segundo Krüger (2010), os assistentes sociais começaram a participar ainda de modo muito tímido dos congressos de Saúde, onde houve a preocupação com temas como direitos, cidadania e políticas públicas.

Num balanço do Serviço Social na área da saúde nos anos 80, de acordo com os autores Maria Inês Souza Bravo e Maurílio Castro de Matos (2004), mesmo com todas as lacunas presentes no fazer profissional, se observou uma mudança de posições, a saber: a postura crítica dos poucos trabalhos em saúde apresentados nos Congressos Brasileiro de Assistentes Sociais de 85 e 89; a apresentação de alguns trabalhos nos Congressos Brasileiros de Saúde Coletiva; a proposta de intervenção formulada pela Associação Brasileira de Ensino de Serviço Social (ABESS), Associação Nacional dos Assistentes Sociais (ANAS) e Conselho Federal de Assistentes Sociais (CFAS) para o Serviço Social do INAMPS; e a articulação do CFAS com outros conselhos federais da área da saúde<sup>11</sup>.

Os avanços apontados no entanto são considerados insuficientes pois, o Serviço Social na área da saúde chega a década de 1990 ainda com uma incipiente alteração da prática

---

<sup>11</sup> Para mais informações sobre a participação do Serviço Social no Movimento da Reforma Sanitária ler: BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de. Projeto Ético Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate.2004.

institucional, continuando enquanto categoria desarticulado do Movimento de Reforma Sanitária.

Portanto o movimento de renovação do Serviço Social aconteceu em paralelo com as lutas na área da saúde coletiva, a renovação tanto do Serviço Social como da saúde ocorreram no meio de um processo de redemocratização da sociedade brasileira, portanto não se caracterizam como movimentos isolados, apesar da pouca participação dos assistentes sociais atuantes na área da saúde à época, de acordo com o relato de Krüger (2010).

Segundo a autora Tânia Krüger (2010) as determinações sociais do processo saúde e doença ficaram evidentes no conceito de saúde que permeou o debate presente na Reforma Sanitária e as proposições da 8ª conferência, e as mesmas foram resumidas por Sérgio Arouca (1987):

Saúde não é simplesmente não estar doente, é mais :é um bem estar social, é o direito ao trabalho, a um salário condigno; é o direito a ter água, a vestimenta, a educação, e até, a informação sobre como se pode dominar o mundo e transforma-lo (AROUCA,1987, p.36).

Segundo o documento do CFESS(2009) sobre a atuação dos assistentes sociais na política de Saúde, claramente há dois projetos em disputa política na área da saúde, e eles exigem diferentes estratégias do Serviço Social: 1) projeto Privatista e (2) projeto Reforma Sanitária.

O referido documento citado acima explica que o projeto privatista (1) requisita, dentre outras coisas, a seleção socioeconômica dos usuários, a atuação psicossocial por meio de acolhimento, a ação fiscalizadora para com os usuários de planos de saúde, assistencialismo por meio da ideia do favor e práticas individuais.

Diferente do projeto privatista, os Parâmetros para de Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde (2009) expõe que o Projeto da Reforma Sanitária (2) apresenta como demanda ao profissional a democratização do acesso as unidades e aos serviços de saúde, estratégias de aproximação das unidades de saúde com a realidade de seus usuários, trabalho interdisciplinar, ênfase nas abordagens grupais, acesso democrático às informações e estímulo a participação da população.

A partir da luta da Reforma Sanitária por uma saúde coletiva, a constituição brasileira, promulgada em 1988 diz que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado. O princípio da universalidade que caracteriza esse direito, trouxe um significativo avanço no que se refere a possibilidade de todos terem direito de acesso ao atendimento e acesso aos serviços de saúde em todos os níveis, conforme necessidade, direito anteriormente garantido

apenas aqueles segurados pela previdência social ou aqueles atendidos na rede privada, conforme analisaram as autoras Nelize Moscon e Tânia Krüger (2010).

De acordo com a autora Amélia Cohn (1996) esse preceito constitucional é uma conquista do movimento sanitário brasileiro e vem acompanhado da institucionalização do Sistema Único de Saúde, descentralizado, com comando único em cada esfera de poder. O SUS é uma estratégia da Reforma Sanitária que tem como base o Estado democrático de direito, responsáveis pelas políticas sociais, assim também pela saúde.

Este é um dos maiores avanços obtidos pela Seguridade Social brasileira, pois na mesma premissa está inserida no capítulo referente a “ordem social”, Seguridade Social como um tripé composta por Saúde, Assistência Social e Previdência Social. Das partes expostas no tripé a saúde foi a que obteve maiores ganhos constitucionais, como, por exemplo, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) que foi regulamentado, em 1990, pela Lei Orgânica da Saúde (LOS)<sup>12</sup>, a mesma faz parte da Seguridade Social<sup>13</sup> e está presente como uma das ideias propostas pelo Projeto de Reforma Sanitária.

## 1.2 Atuação do Serviço Social na Saúde após a criação do SUS

Segundo as autoras Nelize Moscon e Tânia Krüger (2010) para garantir o acesso aos serviços de saúde é preciso uma série de sanções normativas que possam garantir formalmente o fluxo determinado para as atribuições de cada esfera de governo e nível de atenção (básica, média e alta complexidade) tanto para o bem dos usuários como dos profissionais:

Para viabilizar os princípios do SUS, entre eles o acesso universal, a gestão do sistema, por iniciativa própria ou por pressão dos colegiados de participação social, vem com frequência regulamentando através de Normativas, Portarias, Pactos, Cartilha de direito dos Usuários da Saúde, entre outros, a organização dos serviços (MOSCON; KRÜGER, 2010, p.91).

Segundo Tânia Krüger (2010), os princípios do SUS, o conceito de uma saúde ampliada e coletiva e o reconhecimento das determinações sociais do processo saúde e doença

---

<sup>12</sup>A lei Orgânica da Saúde regula as ações e serviços de Saúde em todo o território Nacional e estabelece, entre outras coisas, as diretrizes e os objetivos do Sistema Único de Saúde.

<sup>13</sup>Art.1º A Seguridade Social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinado a assegurar o direito relativo à saúde, a previdência e a assistência social. *BOSCHETTI, Ivanete. Seguridade Social no Brasil: Conquistas e limites a sua efetivação.* 2006.

se materializaram em programas desenvolvidos pela gestão e partir desta visão o trabalho do assistente social tem sido mais demandado, não apenas com uma atuação exclusiva/privatista.

A partir do reconhecimento dos determinantes de saúde e de doença e das necessidades de saúde do povo que o Serviço Social foi constituindo e continua a construir novos espaços de atuação interdisciplinar, sobretudo nas áreas de promoção de saúde, educação em saúde e prevenção de doenças.

Na Saúde o Serviço Social tem espaços próprios e tradicionais de atuação, mas com o SUS se abriu muitos espaços interdisciplinares e intersetoriais no âmbito da gestão, planejamento da política, controle social, educação e promoção da Saúde nos quais o Assistente Social pode desenvolver ações não exclusivas da profissão (Krüger,2010, p.123).

O acesso da população ao SUS é dificultado devido a vários fatores, desde a atenção básica à serviços de alta complexidade, acarretando a prática da auto medicação, insegurança quanto a ineficácia dos tratamentos, desconfiança da competência dos profissionais, dificuldades com transporte, notícias veiculadas na mídia quanto ao atendimento na saúde pública e privada, propagandas da indústria farmacêutica que incentivam a população a procurar primeiro o farmacêutico ao médico e a forma como a gestão de saúde se apresenta nos municípios. Portanto a saúde possui um conjunto de elementos culturais, políticos e econômicos em relação aos seus serviços que vem sendo ofertados para a população.

De acordo com o documento sobre os Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde (2009), o assistente social não pode desconsiderar as outras dimensões vividas pelo usuário, além da saúde física, pois é importante inclusive para o SUS formar profissionais com visão generalista e não fragmentada. Em muitos casos os médicos, enfermeiros e outros profissionais podem possuir uma visão apenas curativa não compreendem as dificuldades que os usuários dos serviços de saúde possuem, dificultando o acesso dessa população as instituições.

Ainda de acordo o documento supracitado do CFESS(2009), o código de ética da profissão apresenta ferramentas necessárias para o trabalho dos assistentes sociais na saúde em todas suas dimensões, como na prestação de serviços diretos a população, planejamento, assessoria, gestão e na mobilização e participação social.

Segundo o referido documento (CFESS, 2009) defende-se que para realizar uma atuação competente do Serviço Social na área da saúde é necessário estar articulado e atento aos movimentos dos trabalhadores e de usuários pela efetivação do SUS.

Além de conhecer as condições de vida e de trabalho dos usuários e os determinantes no processo saúde-doença. Facilitar o acesso dos usuários aos serviços de saúde da instituição e da rede de serviços e de direitos sociais, buscar a necessária atuação em equipe, tendo em vista o trabalho interdisciplinar da atenção em saúde e estimular a intersetorialidade, tendo em vista realizar ações que fortaleçam as políticas de Seguridade Social.

Além disso, de acordo com os Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde (CFESS, 2009) é necessário garantir junto a outros profissionais a participação popular e de trabalhadores da saúde nas decisões tomadas, elaboração e participação de projetos de educação permanente, efetivar assessoria aos movimentos sociais e conselhos, para potencializar a participação dos usuários, contribuindo assim para o processo de democratização das políticas sociais e o crescimento de canais de participação social.

As atribuições e competências do Serviço Social seja na saúde ou em outro espaço são orientadas por deveres e direitos explicitados no código de ética (8662/93) da profissão e na lei de Regulamentação da Profissão de 1993 (8.662), e devem ser respeitadas não só pelos profissionais quanto pelas instituições empregadoras.

O assistente social para atuar nas diferentes políticas sociais deve se afastar de abordagens tradicionais funcionalistas e pragmáticas<sup>14</sup>, que reforçam práticas conservadoras que tratam as situações da sociedade apenas como questões que devem ser resolvidas de forma individual.

Contudo, defende-se aqui, segundo o CFESS (2009) que a atuação deve ter uma perspectiva totalizante, baseada na identificação das determinações sociais, econômicas e culturais que produzem desigualdade social, pressupondo uma leitura crítica da realidade e capacidade de identificação das condições materiais de vida, identificando as respostas existentes no âmbito do Estado e da sociedade civil, reconhecimento e fortalecimento dos espaços e formas de luta e organização dos trabalhadores em defesa de seus direitos.

Preconizando a formulação e a construção coletiva, em conjunto com os trabalhadores, de estratégias políticas e técnicas para modificação da realidade e formulação de formas de pressão sobre o Estado, com propósito de garantir os recursos financeiros, materiais, técnicos e humanos necessários à garantia e ampliação dos direitos.

---

<sup>14</sup> Respostas funcionalistas e pragmáticas as situações, são fragmentadas e pontuais. O Pragmatismo está presente em todos os espaços sócio-ocupacionais burgueses e deseja a manutenção dessa ordem burguesa (FERRAREZ, Cynthia Santos).



Os assistentes sociais na saúde atuam em quatro grandes eixos, segundo os Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde (2009): atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional.

Do mesmo modo é esperado que o assistente social realize ações de articulação com a equipe de saúde, refletindo e deixando claros quais são as atribuições do profissional de Serviço Social, pois muitas vezes existe essa dificuldade de compreensão por parte de outros profissionais das competências da profissão, devido a dinâmica de trabalho imposta nas unidades de saúde determinadas por uma grande demanda de atendimento.

É numa conjuntura de conquistas e tensões que o assistente social trabalha na Saúde, apesar dos enormes avanços presentes após o SUS, os desafios também estão postos. As demandas que chegam ao Serviço Social por meio do SUS seja na atenção básica ou em outros níveis, não chega de modo isolado, mas acompanhada de outras necessidades sociais, são necessidades que partem de uma concepção ampliada, envolvendo a educação (procura de vaga em creches), Assistência Social (Bolsa família, Benefício de Prestação Continuada – BPC, alimentação, vale-transporte), trabalho (desemprego), habitação (falta de moradia) e direitos previdenciários( grande maioria no mercado informal).

Com a criação do SUS o Serviço Social na área de saúde passou a atuar em praticamente todos os espaços sócio-ocupacionais desta área, além de ter a necessidade de passar a contar com uma rede de apoio, que conte não apenas com serviços oferecidos pela profissão, mas também com diversas outras áreas.

# **CAPÍTULO II:**

Serviço Social no Centro de Saúde e no NASF:  
Atenção Básica em Saúde

“Que nada nos limite. Que nada nos defina. Que nada nos  
sujeite. Que a liberdade seja a nossa própria substância.”

Simone de Beauvoir

## Capítulo II

### **Serviço Social no Centro de Saúde e no NASF: Atenção Básica em Saúde**

Este capítulo tem a proposta de explicar o que é a atenção básica, considerada a porta de entrada dos usuários aos serviços de saúde, e por conta disso tem grande importância no controle do processo saúde e de doença. Uma das instituições responsáveis pela atenção básica são os Centros de Saúde, criados com a intenção de ser ponto de referência a população. No caso dessa pesquisa iremos falar especificamente sobre o Serviço Social dentro de uma UBS de Brazlândia, uma das cidades satélites do Distrito Federal. O Serviço Social nessa instituição atua no Núcleo de Apoio à Saúde da Família, que possui outros profissionais de outras áreas do conhecimento que tem como função dar apoio matricial as equipes de Saúde da Família da Estratégia Saúde da Família, programa que o Centro de Saúde em questão executa.

#### **2.1 Atenção Básica em Saúde: Centros de Saúde**

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (2012), a Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de Saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.

Segundo informações retiradas do Ministério da Saúde, a Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES/DF) possui várias unidades disponíveis para atendimento à população, entre hospitais especializados, regionais, Centros de Saúde, Clínicas da Família, unidades de pronto atendimento, postos de Saúde rurais e urbanos e centros de atenção psicossocial.

Os Centros de Saúde ,por exemplo, são considerados unidades de Atenção Primária que prestam serviços ambulatoriais, considerados de baixa e média complexidade como: Consultas em Clínica médica, ginecologista/obstetrícia, pediatria e assistência ao puerpério, climatério, pré-natal; ações de saúde bucal, prevenção (DST/AIDS, câncer de mama e do colo do útero); planejamento familiar; realiza vacinação, distribuição de medicamentos; faz acompanhamento de pacientes crônicos (hipertensão e diabetes) e ações de reabilitação.

“O atendimento nestas unidades de saúde é focado na promoção, prevenção, educação e reabilitação de pacientes” (SANTOS,2015 p.38).

Um Centro de Saúde , segundo um vídeo institucional produzido pelos funcionários da UBS de Brazlândia, corresponde a uma unidade básica de saúde que obedece a política nacional de atenção básica, que pode ser uma unidade tradicional ou mista, quando é mista oferece um número maior de serviços, uma unidade básica de saúde mista só é implementada num local onde as pessoas moram ao redor, onde elas podem ir e ter como um ponto de referência, então se essas pessoas não estivessem ali ou não se organizassem desse modo não teria porque ser instalado uma unidade que se utiliza do programa de saúde da família no local, é por conta dessa organização e de como essas famílias vivem que a unidade pensa e realiza atividades com esse foco.

Dentro de uma Unidade de Saúde mista funciona o programa de Saúde da Família (PSF), atualmente chamado de Estratégia de Saúde da Família (ESF). Segundo o artigo apresentado pelas autoras Débora Dupas Gonçalves do Nascimento e Maria Amélia de Campos Oliveira (2010), com a adoção da ESF a família passou a ser considerada uma unidade de intervenção e firmou-se como uma premissa das unidades básicas de saúde cercadas por uma população, como citado a seguir por um trecho do artigo produzidos pelas mesmas.

O papel do ESF foi reafirmado na Política Nacional da Atenção Básica, que definiu como prioridades sua consolidação e qualificação, tornando a Atenção Básica centro ordenador das redes de atenção à Saúde no SUS (NASCIMENTO; OLIVEIRA,2010, p.93)

Ainda de acordo com as autoras citadas no parágrafo anterior, a ESF preconiza a territorialização e a delimitação das áreas de abrangência das equipes, tendo em vista a identificação das necessidades e dos problemas de saúde da população, o monitoramento das condições de vida e de saúde das coletividades, facilitando a programação e a execução das ações sanitárias. Tem como foco também a abordagem e a intervenção nos determinantes sociais da saúde e nos condicionantes culturais, étnicos, comportamentais, entre outros, que possam influenciar no processo saúde e doença.

Segundo as mesmas, as equipes de Saúde da Família devem conter os profissionais descritos abaixo:

As equipes da ESF são compostas por médicos, enfermeiros, agentes comunitários de Saúde e equipe de Saúde bucal. Seu trabalho focaliza áreas estratégicas de atuação, que incluem a eliminação da hanseníase, o controle da tuberculose, da hipertensão arterial e do diabetes *mellitus*, a Saúde bucal, a eliminação da desnutrição infantil, a saúde da criança, da mulher e do idoso (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010, p.93).

Segundo a autora Nayara Rúbio (2013) a ESF surge como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica. As equipes de saúde da família se apresentam como uma nova maneira de trabalhar a saúde em conformidade com os princípios defendidos pelos SUS, levando as instituições de saúde para mais perto das famílias e da população.

Ainda de acordo com Nayara Rúbio (2013) a decisão governamental de se implementar a estratégia saúde da família transcendeu limites temporais e deixou de ser apenas um programa setorial da saúde, já que anteriormente o programa saúde da família era um programa que operacionalizava uma política de focalização da atenção básica em populações excluídas do consumo de serviços, agora o programa passava a ser considerado uma estratégia de mudança do modelo de atenção à saúde no SUS.

## **2.2 Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)**

Conforme a PNAB (BRASIL,2012) os Núcleos de apoio à saúde da Família são equipes multiprofissionais, composta por profissionais de diferentes áreas ou especialidades que devem atuar de forma integrada e apoiando os profissionais das equipes de Saúde da Família e das equipes de atenção básica para populações específicas (consultórios de rua, equipes ribeirinhas e fluviais)

No contexto da Atenção Básica, o NASF busca qualificar e complementar o trabalho das equipes de Saúde da Família, atuando de forma compartilhada para superar a lógica fragmentada ainda hegemônica no cuidado à Saúde, visando a construção de redes de atenção e cuidado físico e mental aos usuários do SUS (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010, p.93).

Segundo o caderno de Atenção Básica 39 –NASF (2014) o trabalho do NASF é orientado pelo referencial teórico-metodológico do apoio matricial. O matriciamento apresenta duas dimensões: a assistencial, que é relacionada ao cuidado direto com o indivíduo, e a técnico-pedagógica, que diz respeito ao suporte que é dado as equipes, com o objetivo de ampliar as possibilidades de intervenção, propiciando um novo olhar e um novo

saber que pode se estabelecer durante as discussões dos casos e a realização de atendimentos compartilhados (Nascimento; Oliveira,2010).

Segundo as autoras Nascimento e Oliveira (2010) o NASF pode ser considerado uma “retaguarda” das ESF, por atuar em conjunto com esses profissionais, compartilhando com os mesmos saberes e práticas de saúde no cotidiano dos territórios onde se encontra.

A atuação do NASF está dividida em nove áreas estratégicas: atividade física e práticas corporais; práticas integrativas e complementares; reabilitação; alimentação e nutrição; saúde mental; Serviço Social; Saúde da criança, do adolescente e do jovem; Saúde da mulher e assistência farmacêutica (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010, p.93).

O NASF age em contraponto a modelos convencionais, apenas de prestação de cuidados, que primam pela assistência curativa, especializada, fragmentada e individual, a proposta de trabalho do NASF busca superar essa lógica que parte em direção a co-responsabilização e gestão integrada do cuidado, por meio de atendimentos compartilhados e projetos terapêuticos que envolvam os usuários e que sejam capazes de considerar a singularidade dos sujeitos.

A proposta do NASF tem na clínica ampliada o conceito norteador das ações, não tem a intenção de reduzir os usuários a um recorte apenas focado no diagnóstico ou por áreas profissionais, mas como uma ferramenta para que os profissionais e gestores de saúde possam ver e atuar para além dos pedaços fragmentados, sem deixar de reconhecer e utilizar o potencial que existe nesses saberes de cada profissão (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010).

Ainda segundo as referidas autoras, o que se observa muitas vezes no caso das equipes de ESF é que o processo de trabalho limita-se a alcançar metas numéricas e procedimentos pré-determinados, as vezes por uma pressão da gestão em saúde como um todo, outras por falta de incentivo aos profissionais, quando isso acontece não é possível fazer a devida reflexão da qualidade do trabalho prestado.

O NASF busca romper com essa lógica e colaborar para a implementação de ações qualificadas, aumentando a capacidade de resolução das equipes e problematizando com as equipes e os usuários sobre os possíveis determinantes do processo saúde e doença e assim conseguir pensar nas possibilidades de enfrentamento das condições que levam ao adoecimento e posteriormente a morte.

As ações desenvolvidas pelo NASF tem o objetivo de imprimir mais qualidade ao serviço e não apenas bater metas numéricas. Podemos perceber que um dos seus principais

desafios é romper as barreiras impostas pela cultura organizacional do SUS, que historicamente vem priorizando a quantidade em vista da qualidade.

De acordo com o caderno de Atenção Básica 39-NASF (2014) as profissões integrantes do NASF devem ser definidas a partir das necessidades, das dificuldades ou dos limites das equipes de atenção básica diante das demandas. A modalidade de NASF 3 tem sua particularidade, pois sua conformação é recente. Essa modalidade específica abre a possibilidade de qualquer município do Brasil implementar um NASF, desde que tenha ao menos uma equipe de Saúde da Família, desse modo a escolha dos integrantes do núcleo é específico de cada localidade segundo a portaria 3.124, de 28 de dezembro de 2012.

Tabela 2: Composições do NASF

NASF 1: Composto por no mínimo 5 profissionais com formação universitária, entre eles os seguintes:	NASF 2: Composto por no mínimo 3 profissionais com formação universitária, entre eles os seguintes:
Psicólogo	Psicólogo
Assistente Social	Assistente Social
Farmacêutico	Farmacêutico
Fisioterapeuta	Fisioterapeuta
Fonoaudiólogo	Fonoaudiólogo
Ginecologista	Educador Físico
Educador físico	Nutricionista
Médico homeopata	Terapeuta ocupacional
Nutricionista	–
Médico Acumpunturista	–
Pediatra	–
Psiquiatra	–
Terapeuta ocupacional	–

Fonte: Dados retirados do texto “O surgimento do NASF e atuação do Serviço Social” (RÚBIO, Nayara, 2013).

Segundo o caderno de Atenção Básica 39-NASF (2014) é fundamental a percepção de que o NASF tem dois “públicos- alvo” diretos: as equipes de saúde da família /atenção básica e os usuários e seu contexto de vida. Portanto nessa relação, é fundamental que o NASF crie

formas de identificação e escuta das demandas das equipes e que possa dialogar sobre sua prática também a partir da atenção direta aos usuários.

É importante que as equipes apoiadas possam identificar o NASF como um núcleo organizado de profissionais que oferta apoio na atenção básica, porém possui singularidades em cada profissional, conforme exposto pelo caderno de atenção básica citado no parágrafo anterior.

É preciso que as equipes tenham a clareza de que o objeto comum de intervenção é o apoio e cuidado à saúde da população, mas as singularidades e particularidades dos saberes também devem ser identificadas, potencializadas e respeitadas.

### **2.3 Serviço Social no NASF**

Segundo o caderno de Atenção Básica 27 –As diretrizes do NASF (2010), a inclusão do serviço social no NASF está de acordo com os princípios éticos e políticos da profissão e do projeto de reforma sanitária.

As ações de serviço social deverão se situar como espaço de promoção da cidadania e de produção de estratégias que fomentem e fortaleçam redes de suporte social, propiciando maior integração entre serviços sociais e outros equipamentos públicos e o serviços de saúde nos territórios adscritos, contribuindo para o desenvolvimento de ações intersetoriais que visem o fortalecimento da cidadania (Caderno de Atenção Básica 27-Diretrizes do NASF; pag.88, 2010).

Ainda de acordo com o caderno de Atenção Básica 27, o Serviço Social no NASF deve ser desenvolvido de forma interdisciplinar e de forma integrada com as demais equipes, para lidar com a questão social nas suas mais variadas expressões cotidianas na área da saúde.

O assistente social é um profissional que trabalha permanentemente na relação entre a estrutura, conjuntura e cotidiano e compreende como os determinantes sociais podem afetar no processo saúde e doença.

A área estratégica do Serviço Social se constrói no território, onde se encontram a comunidade, as famílias, as pessoas, bem como os equipamentos públicos e privados da sociedade, as representações de poder local e uma infinidade de redes que podem se tornar redes de apoio e fazer desse território um espaço dinâmico, como observado no caderno de Atenção Básica 27.



Os objetivos do Serviço Social no NASF podem ser muito variados, pois assim como outros profissionais o assistente social também precisa contar com estrutura física e material para realizar o fazer profissional, devendo ser ajustado às diversas realidades onde essas práticas ocorrem. Acompanhe na tabela, esses objetivos em linhas gerais.

Tabela 3: Objetivos do Serviço Social NASF

1. Desenvolver ações que garantam a escuta e acolhida dos usuários;
2. Incentivar e contribuir no processo de fortalecimento da autonomia e da organização pessoal do usuário;
3. Apoiar os usuários na construção e ressignificação de seu projeto de vida;
4. Criar espaços grupais que possibilitem a construção de relações humanizadoras e socializadoras por meio de trocas de experiências e construção de rede de apoio;
5. Desenvolver ações integradas com os profissionais da equipe correlacionados com a área de atuação em atenção à saúde e demais políticas públicas;
6. 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;
7. Promover a integração dos demais membros da equipe de trabalho;
8. Produzir conhecimento sobre a população atendida na área da saúde, processo de pesquisa e a especificidade do serviço social;
9. Participar da elaboração conceitual/metodológica para apoiar as práticas educativo-participativas desenvolvidas pela equipe de trabalho, com usuários e população atendida;
10. 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;
11. 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, entre outros;

Fonte: Caderno de Atenção Básica 27- NASF: Diretrizes do NASF- Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

A partir dos objetivos são delimitadas as ações do serviço social nos NASF, deixando claro que essas ações não devem ser interpretadas como exclusivas do serviço social, mas sim

como resultado da interação com os profissionais que compõe a atenção básica, na sua interface com o serviço social.

Tabela 4: Ações do Assistente Social no NASF

1. Coordenar os trabalhos de caráter social adstritos às equipes de SF;
2. Estimular e acompanhar o desenvolvimento de trabalhos de caráter comunitário em conjunto com as equipes de SF;
3. 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;
4. Atenção as 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;
5. 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;
6. Discutir e realizar visitas domiciliares com as equipes de SF, desenvolvendo técnicas para qualificar essa ação de saúde;
7. 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;
8. Identificar, articular e disponibilizar, junto às equipes de SF, rede de proteção social;
9. Apoiar e desenvolver técnicas de educação e mobilização em saúde;
10. 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;
11. Estimular e acompanhar as ações de controle social em conjunto com as equipes de SF;
12. 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;
13. No âmbito do serviço social, identificar e buscar as condições necessárias para a atenção domiciliar;

Fonte: Caderno de Atenção Básica 27- NASF: Diretrizes do NASF- Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

Segundo a autora Figueiredo (2011) o direcionamento da atuação profissional vem passando por obstáculos por causa da crescente lógica privatista do contexto atual, esses limites tem perpassado o trabalho no NASF, essas questões comprometem também todos os serviços de saúde que compõe o SUS.

De acordo com a autora Carneiro (2014), é visto na atuação do profissional de Serviço Social no NASF, a possibilidade de uma atuação crítica, sem desvencilhar do cunho político necessário. Além do mais, por meio da interdisciplinaridade, o assistente social pode e deve estabelecer uma interlocução com os demais profissionais que integram o NASF, e deste modo, ter a oportunidade de transformar seu território de abrangência, em um palco de discussões e ações propositivas.

# CAPÍTULO III:

## Análise dos dados coletados: Resultados e Discussão

“Ninguém é tão grande que não possa aprender, nem tão pequeno que não possa ensinar”

Esopo

## Capítulo III

### **Análise dos dados coleados: Resultados e Discussão**

Esse capítulo tem a proposta de apresentar em primeiro lugar a justificativa da reformulação da proposta inicial de pesquisa, visto que, ocorreram algumas modificações do projeto inicial para a realização do trabalho de conclusão de curso, por conta de uma série de questões burocráticas e que dificultam a realização de pesquisas no país. Além disso, esse capítulo se propõe a falar especificamente em um dos tópicos sobre o local que serviu de objeto de pesquisa, o Centro de Saúde 2 de Brazlândia e o NASF, onde o Serviço Social se insere dentro da instituição. Os tópicos a seguir se propõem a discutir o sistema os atores e os jogos políticos na área da saúde e trazer a percepção da assistente social entrevistada acerca do seu papel profissional no NASF.

#### **3.1 Justificativa da reformulação da proposta inicial de Pesquisa**

Como explicado na introdução, a proposta inicial descrita no Projeto de trabalho de conclusão de curso apresentado por essa pesquisadora surgiu devido as experiências obtidas no campo de estágio em Brazlândia.

Esta experiência proporcionou uma visão inicial sobre a atuação do Serviço Social na área de saúde, estando em uma posição de estagiário (cujo aprendizado gera responsabilidades sendo ouvinte, observando e por vezes realizando intervenções com a orientação de um profissional da área).

A partir desta experiência surgiu o desejo de aprofundar a discussão sobre a atuação do Serviço Social na unidade básica de atendimento, fazendo parte de um Núcleo de Apoio à Saúde da Família, comparando com as funções apresentadas no código de ética e em demais regulamentações da profissão para esta área.

A partir deste momento começou uma busca por bibliografias que abordassem o assunto e constatou-se reduzido conteúdo sobre esta unidade básica de saúde especificamente, necessitando uma procura maior por textos que facilitassem a compreensão sobre o Serviço Social e Saúde e o NASF.

Contudo, um aspecto muito importante no percurso de obtenção desses dados e que precisa ser esclarecido aqui é que a ideia inicial previa 3 entrevistas no campo de estágio e sendo assim distribuídas: uma com a (1) Assistente Social, (2) uma com outro profissional de diferente área de conhecimento integrante do NASF e (3) uma pessoa que fizesse parte da gestão da unidade. Mas, na ida a campo, essa pesquisadora esbarrou em algumas questões burocráticas e que comprometeram a pesquisa na sua proposta original.

Como avaliado por mim e por minha orientadora, a Profa. Dra. Karen Vieira, nossa pesquisa não apresentava nenhum risco grave direto ou indireto, aos profissionais que seriam entrevistados<sup>15</sup>.

Ademais, a aprovação do Comitê de Ética demanda certo trabalho e leva um tempo significativo, que dificulta a execução dos trabalhos já que não temos esse tempo para esperar, pois existem prazos para defesa das monografias, portanto, levando em consideração o fato da orientadora dessa pesquisa ser uma pesquisadora habilitada a orientar questões éticas num trabalho monográfico, assumimos juntas a decisão de realizar a pesquisa e cumprir com todos os requisitos éticos de forma independente<sup>16</sup>.

Deste modo, e partindo-se de tudo que foi discutido acima, por não haver tempo hábil para esperar a aprovação do comitê de ética foi necessário reformular a metodologia inicial do projeto, sendo mantida apenas a entrevista com uma profissional do NASF. E, fora de seu ambiente de trabalho, pois não queríamos comprometer o profissional, em função das circunstâncias colocadas, deixando claro para a mesma a não obrigação de conceder essa entrevista sem qualquer constrangimento ou ameaça a sua integridade profissional e pessoal.

Vale a pena ressaltar que os servidores do Centro de Saúde não se negaram em nenhum momento a colaborar com a pesquisa, o impasse ocorreu devida a falta de tempo hábil para a submissão do projeto de pesquisa ao Comitê de ética e a falta da autorização por parte da direção da regional Oeste, responsável pelos serviços de saúde de Ceilândia e Brazlândia.

---

<sup>15</sup> Deixo claro que a atitude de realizar entrevistas com a profissional sem submeter ao Comitê de Ética faz parte de um posicionamento político, um sinal de resistência, assumido por mim e por minha orientadora no âmbito de apenas um trabalho monográfico e que não possui o objetivo de influenciar quaisquer outras pesquisas e/ou pesquisadores.

<sup>16</sup> É importante observar que Santos (2013) já discute que as normas e os regulamentos vigentes pela Plataforma Brasil hoje tem inviabilizado as pesquisas de caráter sociológico e antropológico seja no campo da saúde, seja no campo das temáticas sociais.

### **3.2 Circunscrevendo um pouco mais o objeto de pesquisa analisado: a unidade básica de saúde de Brazlândia e o NASF**

A UBS objeto dessa pesquisa funciona de acordo com a estratégia de Saúde da Família, que conta com equipes com diversos profissionais responsáveis por estreitar o relacionamento com a população e facilitar o acesso a atenção básica em saúde. Além das equipes de Saúde da Família, a unidade conta com profissionais da área administrativa e com o Núcleo de Apoio a Saúde da Família, que é composto por profissionais de diferentes áreas do conhecimento, onde está inserido o Serviço Social.

A UBS escolhida não mudou a que se destina desde a inauguração, continua sendo uma unidade de saúde da família, o que mudou ao longo dos anos foi o quadro de profissionais, onde os profissionais que estavam na inauguração da instituição não atuam mais profissionalmente no local.

Recentemente a secretaria de saúde do Distrito Federal passou por algumas mudanças ligadas a planejamento e a gestão, por conta disso estão ocorrendo algumas mudanças nas unidades de atenção básica e nas outras instituições com níveis de complexidades diferentes que compõe o SUS.

Segundo a autora Élia Francisca (2015) a descontinuidade administrativa que decorre de alterações de ordem política local, sobretudo em períodos pós-eleitorais, dada a indisposição dos candidatos eleitos de continuarem os projetos de seus antecessores é muito ruim, pois essa condição traz uma instabilidade na atuação desses profissionais que estão sempre tendo que lidar com mudanças na forma de trabalho, mesmo quando a mesma está sendo eficaz.

Sobre o que corresponde ao NASF (modalidade 1) da UBS de Brazlândia, atualmente de acordo com informações prestadas pela assistente social que compõe o quadro de profissionais do mesmo, é realizado apoio matricial a 4 equipes de saúde da família dentro da unidade de atenção básica objeto de pesquisa e existem também 5 equipes dentro de Brazlândia, mas fora da unidade de saúde onde o NASF fica instalado, são elas: Equipe saúde da família da Chapadinha, Torre, Almécegas, INCRA 8 e Veredas 2.

### 3.3 Desvendado sistema, atores e jogo político na área de Saúde

Há muitos anos a saúde no Brasil vem sofrendo um processo crescente de sucateamento, o SUS acaba por não cumprir o que é sua obrigação constitucional e não dá conta de uma demanda cada vez maior do país, visto que o número de pessoas doentes cresce a cada dia, estamos nos referindo além de males físicos, também a doenças psíquicas que afetam a vida das pessoas. Segundo uma reportagem produzida recentemente pelo Correio Brasiliense com o título “ Brasília Dopada”, houve um crescimento preocupante no número de pessoas que se utilizam de remédios psiquiátricos para controlar suas emoções, a reportagem traz o alarmante dado de que 6% da população do DF com mais de 18 anos já recebeu o diagnóstico de depressão, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), outro dado preocupante mostrado é que 48,8% das pessoas que se afastam por mais de 15 dias de seu trabalho sofre de algum transtorno mental, em sua maioria de depressão.

Isto acontece por diversos motivos, mas um deles se deve ao fato da atenção básica não funcionar da forma como deveria. Visto que, o papel da atenção básica, segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB, 2012) é de promover e proteger à saúde, fazendo a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que tenha impacto na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e nos condicionantes de saúde das coletividades.

Ademais, parece que a atenção básica não é pauta importante para o Estado, pois falta ainda muito investimento na atenção básica. Ainda não se compreende que com um sistema funcionando corretamente nas unidades básicas de saúde diminui as chances de doenças já existentes se agravarem e de outras doenças surgirem, desafogando os hospitais e influenciando na qualidade de vida das pessoas.

O que se pode notar acompanhando as notícias nos jornais impressos, televisivos e *sites* da *internet* é que a cada novo governo ocorrem mudanças na área da saúde, principalmente as de gestão, o que acaba dando descontinuidade a projetos e ideias estabelecidas pela gestão anterior, mesmo que seja um bom modelo a dar continuidade.

Uma recente matéria do *site* da revista *Época*, publicado em agosto, com o seguinte título “ O governo quer mudar a atenção básica em Saúde. Quais os efeitos?” dão conta de que uma provável revisão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) estaria fazendo parte dos planos do atual governo, que promoveria mudanças na Saúde da Família e no



trabalho dos agentes comunitários (ACS), esta forma de organização da atenção básica tem dado bons resultados, que podem sim ser melhorados em outros aspectos, mas que mudanças com o intuito de cortar gastos trará sem dúvidas retrocessos.

Anteriormente o modelo de gestão da saúde era centralizado apenas na sede da secretária de Saúde do Distrito Federal, todas as decisões que afetavam as unidades de saúde eram tomadas nessa instituição máxima, com isso as regionais não possuíam autonomia financeira e administrativa, para facilitar e garantir uma certa autonomia aos gestores regionais a secretária criou um programa de gestão regional em saúde, essas regionais seriam responsáveis por tomarem decisões que pudessem melhorar o atendimento à população.

Recentemente para descentralizar a gestão da saúde em Brasília e reduzir recursos houve um agrupamento de 15 regionais existentes em apenas 7 regiões de saúde, mais as unidades de referência. Cada uma das 7 regiões terá como gestor um superintendente que será nomeado pelo governador ou pelo secretário de saúde, que tomara as decisões administrativas e financeiras e esse gestor deve ser acompanhado pelo controle social.

De acordo com esse novo programa o que antes eram as regionais de Ceilândia e de Brazlândia se fundiram e se tornaram a região Oeste, o que vem acarretando dois problemas que podem ser ditos como principais, que são:

O primeiro deles é que assuntos que eram resolvidos facilmente na própria unidade agora devem ser levados ao superintendente em Ceilândia e isso dificulta que a gerencia da unidade resolva questões de forma mais rápida. O segundo problema a ser enfrentado é que Ceilândia e Brazlândia são cidades completamente diferentes, tanto em tamanho, como número populacional e as características dessa população. E isto deve estar a acontecer a outras cidades que tenham se tornado parte da mesma regional, mas que possuem características diferentes, o que não é prerrogativa apenas de Brazlândia e Ceilândia.

O jogo político prevalece quando decisões importantes devem ser tomadas, é comum novos governadores ou administradores darem os cargos de chefia nas unidades básicas de saúde à aliados políticos, mesmo que essas pessoas não tenham experiência na área ou mesmo competência para ocuparem tais posições.

Outra grande fonte de imprevisibilidade dos resultados da luta política está no fato de que as classes são compostas por frações, passíveis de transformação em atores políticos segundo ações coletivas baseadas suas identidades, interesses e estratégias particulares. Como as partes não apresentam necessariamente a mesma racionalidade do todo, os atores estatais, gestores últimos das políticas, podem se associar a determinadas frações que, apesar de ocuparem posição decisiva de poder, defendem ações danosas aos interesses do capital como um todo (MARQUES; pag.30, 1996).

De acordo com o jogo de interesses visíveis nesse contexto, mudanças são feitas, sem levar em consideração os problemas que as mesmas podem acarretar, visando a diminuição de despesas para fins obscuros.

Tal situação pode ser vista como um contraste ao princípio constitucional da eficiência, que exige resultados satisfatórios para o serviço público e, conseqüentemente, para a sociedade que é a maior dependente daquele serviço para o atendimento de suas necessidades (VIEIRA; 2011).

As mudanças promovidas pelas regionais de saúde em sua maioria foram decisões tomadas sem consultar os profissionais que a executariam, sem levar em consideração a realidade das populações atendidas e o funcionamento das unidades básicas de saúde, o que se pode inferir que grande parte da gestão não conhece profundamente o terreno em que está administrando.

O processo de mudanças baseadas em interesses distantes aos da promoção de saúde acarreta num sistema falho, com profissionais desmotivados, sem formação suficiente para lidar com algumas situações específicas de cada localidade e imprevistos que podem acontecer, são profissionais de diversas áreas do conhecimento passando por crises de estresse e de adoecimento constante, que não conseguem em muitos casos, lidar com uma população onde você pode encontrar de pessoas com alto grau de informação àquelas pessoas sem orientação e entendimento algum sobre seus direitos e sobre como proceder para consegui-los.

A partir deste momento a relação do prestador de serviço público de saúde e da população se torna complicada e estressante para ambos, fazendo com que a população não enxergue as unidades básicas de saúde como a porta de entrada para os serviços que a saúde tem a oferecer e aos profissionais que percam o interesse em realizar um trabalho competente e qualificado.

Grande parte das unidades básicas de saúde assim como outras instituições que compõem o SUS, sofre com a falta de estrutura e material suficiente para realizar seu trabalho, é comum faltarem materiais básicos para fazer procedimentos simples, por exemplo mais de um computador em uma sala que abriga mais de um profissional, este é só um exemplo de que a falta de coisas como uma estrutura mínima, materiais técnicos, materiais de informática e entre outros comprometem o bom funcionamento destas instituições, o mesmo acontece com a falta de pessoal para ocupar algumas funções, o que acarreta uma sobrecarga

das pessoas que trabalham nas instituições de saúde, isto dificulta o trabalho dos profissionais e mostra total desrespeito.

A mudança no funcionamento das unidades básicas de saúde, assim como de outras composições do SUS é um desafio, que com certeza não será resolvido de um dia para o outro e seus problemas continuarão a ter implicações na atuação dos profissionais que nele se inserem, mas algumas atitudes talvez possam ser tomadas para colocar o mínimo de ordem.

Grande parte das unidades de atenção básica por exemplo não possuem uma ouvidoria em seu espaço físico, o que seria uma boa maneira de registrar as reclamações e sugestões da população que utiliza os serviços de saúde, para que a instituição, até onde sua autonomia permita, possa realizar mudanças que facilitem a vida dos usuários.

Para além de soluções que facilitem o dia-a-dia dos profissionais e usuários dos serviços de saúde, seria ideal que as categorias profissionais se reunissem e reivindicassem, pensassem em novas estratégias para que os profissionais obtenham maior respeito por parte do Estado e usassem o contato direto com a população a seu favor, reunindo profissionais da saúde, usuários do serviço e os movimentos sociais em busca de melhorias no SUS.

### **3.4 Percepção da Assistente Social entrevistada acerca do papel do Serviço Social no NASF**

A entrevista realizada neste tópico foi efetuada em função da necessidade de se obter a visão da assistente social lotada no NASF da UBS de Brazlândia sobre o mesmo, afim de comparar a percepção da profissional com a fase de pesquisa bibliográfica e documental, além de aprofundar e enriquecer a análise sobre o objeto de pesquisa<sup>17</sup>.

A entrevista se deu de forma que não prejudicasse a profissional em sua atuação profissional. Vale lembrar que como explicado no tópico 3.1, houveram mudanças em relação ao número de entrevistas feitas e profissionais que seriam entrevistados.

A primeira pergunta feita referiu-se sobre a opinião da entrevistada: Quais foram as contribuições do Serviço Social na construção do projeto de saúde que temos atualmente? O questionamento foi respondido de seguinte maneira:

“Infelizmente, os projetos direcionados às políticas sociais nem sempre levam em conta os conhecimentos técnicos de profissionais da área, nem sempre são solicitados pareceres destes profissionais e,

---

<sup>17</sup> A profissional entrevistada não exigiu sigilo pessoal, mas decidimos não expor a mesma, portanto está entrevista será apresentada sem o nome da profissional ou qualquer dado pessoal que a identifique de forma explícita.

quando o são, não têm a importância necessária dentro do processo decisório. O que realmente “pesa” na implementação são as decisões políticas e os interesses por trás dessas decisões”

Essa resposta nos permite perceber que a correlação de forças é presente quando falamos da área de saúde e que infelizmente a opinião dos assistentes sociais não é levado em consideração nas tomadas de decisões ou na criação de estratégias de saúde. Outras profissões enfrentam o mesmo por parte da gestão em saúde, isso corrobora a ideia de que os jogos políticos estão realmente presentes.

Como destacado no tópico anterior sobre os interesses que prevalecem na tomada de decisão, podemos reiterar que o jogo político prevalece quando decisões importantes devem ser tomadas, sendo comuns novos governadores ou administradores darem cargos de chefias nas unidades de saúde a aliados políticos, mesmo que esses indivíduos não tenham experiência nessas funções.

Em consonância com a opinião da entrevistada, no tópico anterior também ficou claro que o jogo de interesses é visível, pois mudanças são feitas sem levar em consideração os problemas que as mesmas podem acarretar e a sem consultar os profissionais que de fato as executarão.

A segunda pergunta feita a entrevistada tem uma ótica mais formal que a primeira: Em que consiste o trabalho do assistente social na saúde? O que a profissional respondeu de forma segura:

“A princípio nos foi dito que trabalhamos nas questões sociais que fazem interface com o processo saúde/doença; contudo, acrescento agora, depois de alguns anos em campo de trabalho, que atuamos de forma significativa não só no restabelecimento da saúde, como na prevenção de doenças e agravos e na manutenção da saúde como direito.”

Podemos observar a partir da resposta da entrevistada que o assistente social é capaz de desenvolver um trabalho com eficiência e interdisciplinar sem perder suas particularidades, mas que para isso é preciso que o profissional compreenda quais são suas funções, sua atuação e perder espaço profissional que nos é de direito.

Claramente o serviço social dentro da saúde deixou de ter uma função curativa e atuar de modo tecnicista como era antigamente, como destacado no capítulo 2, o NASF age em contraponto com modelos convencionais, apenas de prestação de cuidados, que primam pela assistência curativa, especializada, fragmentada e individual. O Serviço Social se encaixa perfeitamente nessa perspectiva apresentada pois é um profissional que trabalha

permanentemente na relação entre a estrutura, conjuntura e cotidiano, e compreende como os determinantes sociais podem afetar no processo saúde e doença.

Em relação a pergunta anterior serviu de âncora a próxima pergunta feita, que foi: Como foi a inserção do trabalho do assistente social na área da saúde? A entrevistada respondeu de forma objetiva:

“Se concretizou a partir do conceito ampliado da Saúde e do reconhecimento desta como direito constitucionalmente garantido”.

Como destacado no capítulo 1 por meio da autora Krüger (2010), os princípios do SUS, o conceito de uma saúde ampliada e coletiva e o reconhecimento das determinações sociais presentes no processo saúde e doença se materializaram em programas desenvolvidos pela gestão e a partir desta visão o trabalho do assistente social foi mais demandado, não apenas com uma atuação exclusiva.

A partir do reconhecimento da influência dos determinantes sociais na saúde das pessoas que o Serviço Social foi construindo e permanece a construir novos espaços de atuação, nas áreas de promoção de saúde, educação em saúde e prevenção de doenças.

Quando perguntada sobre em que o assistente social se baseia para exercer suas funções de forma atender e cumprir com as competências profissionais previstas para o assistente social na área da saúde, a entrevistada seguiu na mesma linha de resposta da pergunta anterior:

“Exatamente neste conceito ampliado da Saúde. Da garantia constitucional que reconhece a obrigatoriedade do Estado em prover condições para sua manutenção e prevenção de agravos, restabelecimento e recuperação caso haja perda do estado salutar. Saúde é um direito constitucional”.

De acordo com as portarias e os documentos que regulamentam a atuação do Serviço Social na área da saúde os princípios norteadores para qualquer profissional trabalhar no SUS deve ser os do movimento sanitário e a Constituição de 1988 que assegura a saúde como um direito de todos e um dever do Estado, com suas diretrizes e condicionalidades. Para tanto, também é necessário que o Estado também respeite os Códigos de Ética e as Leis de Regulamentação de cada profissão.

Ainda de acordo com o documento supracitado pelo CFESS sobre a atuação do Serviço Social na Política de Saúde (2009), Código de Ética do Serviço Social apresenta ferramentas necessárias para o trabalho dos assistentes sociais na saúde em todas as suas

dimensões, como na prestação de serviços diretos a população, planejamento, assessoria, gestão e na mobilização e participação social.

Quando questionada se poderia exemplificar casos onde o Serviço Social faz a diferença na área da saúde, a entrevistada respondeu sem delongas:

“Entre tantos, podemos citar casos em que o adoecimento provém de uma questão de violação de direitos, sejam os mínimos para a sobrevivência, seja a convivência em situação de risco social, seja a privação de cuidados, alimentação moradia. Ainda posso citar casos em que o envolvimento da família é crucial para o restabelecimento e manutenção da saúde”.

A partir dos exemplos trazidos pela entrevistada podemos perceber a capacidade que o assistente social tem enxergar além do imediato, o assistente social tem formação para ver o todo e suas particularidades e compreender que apenas “curar” o imediato não resolverá a situação e que essas questões podem ser cruciais e determinantes para o processo saúde e doença.

Como mostrado no capítulo 1, de acordo com os Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde (2009), o assistente social não deve desconsiderar as outras dimensões vividas pelo usuário, além da saúde física. Hoje é importante inclusive para o SUS formar profissionais com uma visão geral e não fragmentada do serviço e de quem o utiliza.

A entrevistada foi perguntada o que é o NASF e qual a importância da atuação do Serviço Social no NASF na opinião dela e respondeu:

“Núcleo de Apoio a Saúde da Família, apoiamos as equipes de Saúde da Família em questões diversas. O Serviço Social atua exatamente nas questões citadas acima e afirmando que a prevenção e promoção saúde depende de questões sociais. E reforçando que saúde não é apenas a ausência de doença”.

De acordo com a opinião da entrevistada podemos perceber que o Serviço Social é parte importante no processo de entendimento dos determinantes saúde e doença, pois ele lida com a questão social e com suas variadas expressões que se transformam nesses determinantes. Infelizmente, ao que parece, o Serviço Social não recebe a devida importância quando se trata de tomada de decisões que afetam diretamente a vida dessas pessoas as quais os assistentes sociais conhecem a realidade tão de perto.

Contudo, o assistente social para atuar nas diferentes políticas sociais deve se afastar de abordagens que reforcem práticas conservadoras que tratam as situações da sociedade apenas como questões que devem ser resolvidas pelo indivíduo que as vive.

De tudo que foi demonstrado nesse item é possível fazer o seguinte balanço dos dados:

- 1- O processo decisório na saúde é influenciado pelo aspecto político.
- 2- Ênfase na compreensão de saúde como direito.
- 3- Conceito ampliado de saúde a partir da Constituição de 1988 e a inserção do Serviço Social na área nesse contexto.
- 4- Atuação do assistente social na saúde é baseado no conceito ampliado de saúde e nas próprias regulamentações profissionais.
- 5- Assistente social possui a capacidade de enxergar além do imediato e compreender o papel dos determinantes sociais no processo saúde e doença.
- 6- Serviço Social atuante nas questões sociais e nas suas variadas expressões.

## Considerações Finais

As questões e análises apresentadas ao longo deste trabalho serviram de subsídio para o desenvolvimento desta pesquisa, na qual se procurou averiguar se os parâmetros da atuação do assistente social no NASF estão correlacionadas com as competências previstas ao profissional na área da Saúde, prevista no documento instituído pelo CFESS que dita os Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde.

Além do documento que constitui os Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde, foram utilizadas outras referências bibliográficas, documentais e a entrevista com a assistente social lotada no NASF, que puderam servir de base para a análise quanto a atuação do Serviço Social inserido no Centro de Saúde 2 de Brazlândia e no NASF.

Verificamos, a partir desse processo que a atuação do assistente social no NASF está relacionado ao que se espera do profissional na área da saúde de acordo com os documentos que regem o funcionamento do SUS, as diretrizes do NASF, o código de ética profissional do serviço social e a lei de regulamentação da profissão (8.662).

É notável que a profissional tem compromisso com uma atuação baseada na garantia de direitos, que a mesma possui ética e compreende o papel do assistente social em espaços que exigem multidisciplinaridade e interdisciplinaridade. A formação desses profissionais também possui muita importância, visto que os campos sócio-ocupacionais dos assistentes sociais vem crescendo, principalmente na área da saúde. Podemos notar por meio da entrevista concedida que a assistente social tem uma formação que compreende a implicância dos determinantes sociais e o projeto de saúde, o que é extremamente necessário para uma atuação que beneficie os usuários dos serviços de saúde.

Para tanto é preciso destacar que Serviço Social enfrenta na área da saúde outros obstáculos, não referentes a legislação, mas a prática profissional no cotidiano, como a falta de infraestrutura para a realização do trabalho e a constante disputa por espaço profissional.

É possível empreender desta pesquisa que o assistente social enfrenta dificuldades quanto a ser levado em consideração sua opinião nas tomadas de decisão na gestão em saúde, porque prevalecem os interesses políticos e econômicos. Outra dificuldade importante a se destacar é a possível perda de espaço do Serviço Social em alguns espaços sócio-ocupacionais de direito, é indispensável que o profissional conheça seu papel, suas funções e atuação profissional, sem perder de vista o Código de Ética e as leis que regulamentam a profissão e traz as particularidades da mesma, destacando que é possível realizar um trabalho multiprofissional e interdisciplinar, características essas muito importantes no apoio matricial



as equipes de saúde da família e nos serviços prestados à população, já que contribuem para uma ação integral que visa a promoção da saúde .

Para além de questões que envolvam o fazer profissional do assistente social, nos deparamos com questões referentes a problemas de gestão em saúde. Essas questões referentes a gestão do Estado correspondem não apenas a atenção básica, mas a todo o SUS, que enfrenta claramente um sucateamento crescente a anos, com falta de material dos mais básicos como seringas, esparadrapos, fraldas, algodão, entre outros, a materiais cirúrgicos mais rebuscados; enfrenta falta de estrutura física para abrigar seus profissionais para que os mesmos possam realizar um atendimento qualificado aos usuários dos serviços de saúde, faltam materiais de trabalho como computadores, telefone, impressora, resma de papel, cadeiras, carro para deslocamento dos funcionários para realizar as visitas domiciliares entre outras dificuldades que deixam o servidor público desmotivado e o serviço prestado aos usuários da saúde precarizado.

O recomendado é que os servidores públicos e usuários do serviços de saúde se unam aos movimentos sociais em luta por serviços melhores, tanto na básica, como na média e alta complexidade, pois todas essas formas estão ligadas e precisam de atenção.

A atenção básica por ser a porta de entrada dos usuários aos serviços de saúde tem um papel muito importante de conscientização quanto a importância de exigir melhorias, pois pode-se evitar agravos de doenças e males físicos e mentais.

Importante destacar que existem pessoas dispostas a lutar pela saúde pública e pelo SUS, assim como existiram pessoas dispostas a lutar pela Reforma Sanitária anos atrás, por isso é preciso ser otimista e continuar lutando por uma saúde realmente para todos e que não atenda só os interesses de alguns.

Para finalizar é importante deixar claro que esse assunto não possui uma conclusão, pois é muito amplo e com uma gama enorme de possibilidades de estudo, com necessidade de novas visões e busca por diferentes referenciais teóricos, portanto consideramos que a atenção básica e o Serviço Social são temas capazes de despertar diversas vertentes de análise.

## Referências Bibliográficas

AROUCA, Antônio Sérgio da Silva. Democracia é Saúde. **In: 8ª Conferência Nacional de Saúde**, Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. P.35-42.

BOSCHETTI, Ivanete. Seguridade Social no Brasil: Conquistas e limites a sua efetivação. In: Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais-Brasília: CFESS/ABEPSS. (Publicação: Conselho Federal de Serviço Social- CFESS, Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social. V.1) Brasília, DF, 2009.

Disponível em: <[www.sindifisconacional.org.br/images/justica.../seguridade-social-no-brasil.pdf](http://www.sindifisconacional.org.br/images/justica.../seguridade-social-no-brasil.pdf)>

Acesso em: 10 de agost.2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. v. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. (Cadernos de Atenção Básica, nº. 39)

BRASIL. Ministério da Saúde. DIRETRIZES DO NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Brasília: 2010. (Caderno de Atenção Básica nº 27).

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de. Projeto Ético Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate.2004.

BUSS, Paulo Marchiori; FILHO, Alberto Pellegrini. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro**. 2007.

CAMPOS, Nayara Rubio. O surgimento do NASF e a atuação do Serviço Social. In: III Simpósio Mineiro de Assistentes Sociais. 2013, Belo Horizonte. P. 1-12.

CARVALHO, Gilson. A Saúde Pública no Brasil.2013. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-40142013000200002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142013000200002)>.

Acesso em: 12 de set. 2017.

CARNEIRO, Naiara Estefania Alves. Atenção Básica em Saúde: Uma análise acerca do apoio matricial e a inserção do assistente social no NASF África Natal/RN, 2014 p.1-110. Trabalho de Conclusão de curso apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) como requisito para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

CHAGAS, Priscila Mendonça. O conceito de Estado Democrático de Direito, 2012.p.1-58. Monografia apresentada ao Instituto Brasiliense de Direito Público como requisito parcial na obtenção o título de especialista no curso de Pós- Graduação *Latu Sensu* em Direito Constitucional.

FERRAREZ, Cynthia Santos. Serviço Social Contemporâneo: Uma análise a respeito das teorias que se mostram aos assistentes sociais. **In: 4º Simpósio Mineiro de Assistentes Sociais. 80 anos de Serviço Social –Tendências e desafios.**

CISCATI, Rafael. O governo quer mudar a atenção básica em saúde. Quais os efeitos? **Revista Época**, 2017.

Disponível em: <<http://epoca.globo.com/saude/check-up/noticia/2017/08/0-governo-quer-mudar-a-atencao-basica-em-saude-quais-os-efeitos.html> >

Acesso em: 14 de jul.2017.

COHN, Amélia. Parte V- Saúde e atores sociais, as faces da cidadania: análises da gestão pública, o controle social dos serviços e a participação do movimento sindical. Saúde e cidadania: análise de uma experiência de gestão local. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996.

COMIN, Victória Anselmo. Apoio Matricial: Um arranjo organizacional ao Núcleo de Apoio à Saúde da Família no Distrito Federal, 2013.p.1-42. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Universidade de Brasília-Faculdade de Ceilândia como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Terapia Ocupacional.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde.Serie:Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais. 2008.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, Código de Ética do Assistente Social, Lei 8662/93.

CORREIO BRAZILIENSE. Brasília Dopada.

Disponível em: < <http://especiais.correiobraziliense.com.br/brasiliadopada>>

Acesso em: 15 de Jul. 2017.

FALEIROS, Vicente de Paula. Reconceituação do Serviço Social no Brasil: uma questão em movimento? **Rev. Serviço Social e Sociedade**, nº .84. São Paulo: Cortez, 2005.

FIGUEIREDO, Maria Clara de Oliveira. Serviço Social e Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF): uma análise acerca do trabalho dos assistentes sociais ,2011. P.1-31. Trabalho de Conclusão de curso apresentado como requisito parcial para obtenção do Título de Bacharel em Serviço Social pelo curso de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba.

FLEURY, Sônia. Revisitando “a questão democrática na área da saúde”: quase 30 anos depois. Rio de Janeiro, 2009.p.156-164.

FURTADO, Tânia; VIEIRA, Camila; LEMOS, Luiz; LAVÔR, Tássio. Controle Social na Atenção Primária: Experiência da criação de um conselho local de saúde em Teresina-PI.

IAMAMOTO, Marilda. **O Serviço Social na Contemporaneidade**. São Paulo: Cortez, 1988.

KRÜGER, Tânia Regina. Serviço Social e Saúde: Espaços de Atuação a partir do SUS. Campinas, 2010.p.123-145.

MARCONDES; BRISOLA; SANTOS; CHAMON. Repensando a Interdisciplinaridade: Contributos à Atuação do Assistente Social na área da Saúde. **Serviço Social e Saúde**. Campinas- SP, 2012.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**.29.ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Atenção Básica. (2012).

MOSCON, Nelize. KRÜGER, Tânia Regina. O Serviço Social na Atenção Básica e o acesso aos Serviços de Saúde. Florianópolis, 2010.p.88-99.

NASCIMENTO, Débora Dupas Gonçalves. OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. São Paulo, 2010.p.92-97.

PAIM, Jairnilson Silva. Reforma Sanitária Brasileira-Contribuição para a compreensão e crítica. FIOCRUZ, 2008.

REGULAMENTAÇÃO DA PROFISSÃO, Lei 8.662 de 7 de Junho de 1993.

Disponível em:< [www.cfess.org.br/arquivos/legislacao\\_lei\\_8662.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/legislacao_lei_8662.pdf)>

Acesso em:12 jul.2017.

SANTOS, Élia Francisca. A influência da motivação do Servidor Público na Percepção de Qualidade em atendimento: O caso do Centro de Saúde nº2 de Brazlândia, 2015.p.1-83.Trabalho de Conclusão de curso apresentado como requisito para obtenção do grau de Bacharel em Administração Pública do Programa Nacional de Formação em Administração Pública da Universidade Aberta do Brasil –UAB.

SANTOS, Luiz Antônio de Castro. Crítica aos atuais Comitês de Ética na Pesquisa no Brasil. Petrópolis, 2013.p.364-366.

SANTOS, Camila; FRANCISCO, Daniela; SANTOS, Jaqueline; LIMA, Tainá; As expressões da Questão Social na contemporaneidade. In: II Jornada de estudos em Serviço Social.

VIEIRA, Carolina Belli. Motivação na Administração Pública: Considerações teóricas sobre a aplicabilidade dos pressupostos das teorias motivacionais na esfera pública. **Revista ADM Gestão Estratégica**, v. 4, n.1, 2011.

Disponível em: <<http://www.admpg.com.br/revista2011/artigos/12.pdf>. >

Acesso em: 20 de set. 2017.

## Anexos

### NOVO ORGANOGRAMA – REGIÃO OESTE (CEILÂNDIA E BRAZLÂNDIA)

#### 3 SUPERINTENDÊNCIA DA REGIÃO DE SAÚDE OESTE

##### 3.1 NÚCLEO DE ENSINO E PESQUISA (NEPS)

##### 3.2 NÚCLEO DE PREVENÇÃO E ASSISTÊNCIA A SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA (NPAV)

##### 3.3 DIRETORIA ADMINISTRATIVA

###### 3.3.1 GERÊNCIA DE CONTROLE E PRESTAÇÃO DE CONTAS

###### 3.3.2 GERÊNCIA DE PESSOAS

###### 3.3.2.1 NÚCLEO DE CONTROLE DE ESCALAS

###### 3.3.2.2 NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

###### 3.3.2.3 NÚCLEO DE GESTÃO DE PESSOAS DAS UNIDADES DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA NA CEILÂNDIA

###### 3.3.2.4 NÚCLEO DE GESTÃO DE PESSOAS DAS UNIDADES DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM BRAZLÂNDIA

###### 3.3.2.5 NÚCLEO DE SEGURANÇA, HIGIENE E MEDICINA DO TRABALHO NA CEILÂNDIA

###### 3.3.2.6 NÚCLEO DE SEGURANÇA, HIGIENE E MEDICINA DO TRABALHO EM BRAZLÂNDIA

###### 3.3.2.7 NÚCLEO DE GESTÃO DE PESSOAS DAS UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA DA REGIÃO OESTE

###### 3.3.3 GERÊNCIA DE APOIO OPERACIONAL DAS UNIDADES DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA NA CEILÂNDIA

###### 3.3.3.1 NÚCLEO DE ATIVIDADES GERAIS E MANUTENÇÃO PREDIAL

###### 3.3.3.2 NÚCLEO DE HOTELARIA EM SAÚDE 3.3.3.3 NÚCLEO DE LOGÍSTICA FARMACÊUTICA

###### 3.3.3.4 NÚCLEO DE ENGENHARIA CLÍNICA E FÍSICA MÉDICA

###### 3.3.3.5 NÚCLEO DE MATERIAL E PATRIMÔNIO

###### 3.3.3.6 NÚCLEO DE MATERIAL ESTERILIZADO

###### 3.3.3.7 NÚCLEO DE PROTOCOLO E DOCUMENTAÇÃO ADMINISTRATIVA

###### 3.3.3.8 NÚCLEO DE TRANSPORTE

###### 3.3.3.9 NÚCLEO DE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO

###### 3.3.4 GERÊNCIA DE APOIO OPERACIONAL DAS UNIDADES DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM BRAZLÂNDIA

###### 3.3.4.1 NÚCLEO DE ATIVIDADES GERAIS E MANUTENÇÃO PREDIAL

###### 3.3.4.2 NÚCLEO DE HOTELARIA EM SAÚDE

###### 3.3.4.3 NÚCLEO DE LOGÍSTICA FARMACÊUTICA

###### 3.3.4.4 NÚCLEO DE ENGENHARIA CLÍNICA E FÍSICA MÉDICA

###### 3.3.4.5 NÚCLEO DE MATERIAL E PATRIMÔNIO

###### 3.3.4.6 NÚCLEO DE MATERIAL ESTERILIZADO

###### 3.3.4.7 NÚCLEO DE PROTOCOLO E DOCUMENTAÇÃO ADMINISTRATIVA

###### 3.3.4.8 NÚCLEO DE TRANSPORTE

###### 3.3.4.9 NÚCLEO DE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO

###### 3.3.5 GERÊNCIA DE APOIO OPERACIONAL DAS UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA DA REGIÃO OESTE

###### 3.3.5.1 NÚCLEO DE ATIVIDADES GERAIS, MANUTENÇÃO PREDIAL E TRANSPORTE

###### 3.3.5.2 NÚCLEO DE LOGÍSTICA FARMACÊUTICA

###### 3.3.5.3 NÚCLEO DE HOTELARIA EM SAÚDE

###### 3.3.5.4 NÚCLEO DE MATERIAL E PATRIMÔNIO

###### 3.3.5.5 NÚCLEO DE PROTOCOLO E DOCUMENTAÇÃO ADMINISTRATIVA

### 3.3.5.6 NÚCLEO DE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO

#### 3.4 DIRETORIA DO HOSPITAL REGIONAL DA CEILÂNDIA

- 3.4.1 OUVIDORIA
- 3.4.2 NÚCLEO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR
- 3.4.3 NÚCLEO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA
- 3.4.4 NÚCLEO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE
- 3.4.5 NÚCLEO DE CAPTAÇÃO E ANÁLISE DE INFORMAÇÕES DO SUS
- 3.4.6 NÚCLEO DE GESTÃO DE CUSTOS
- 3.4.7 NÚCLEO DE PLANEJAMENTO, MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO
- 3.4.8 UNIDADE DO CENTRO CIRÚRGICO
- 3.4.9 UNIDADE DO CENTRO OBSTÉTRICO
- 3.4.10 UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA
- 3.4.11 UNIDADE DE ANESTESIOLOGIA E MEDICINA PERIOPERATÓRIA
- 3.4.12 UNIDADE DE CLÍNICAS CIRÚRGICAS
- 3.4.13 UNIDADE DE MEDICINA INTERNA
- 3.4.14 UNIDADE DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA
- 3.4.15 UNIDADE DE PEDIATRIA
- 3.4.16 UNIDADE DE NEONATOLOGIA
- 3.4.17 UNIDADE DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA
- 3.4.18 GERÊNCIA DE EMERGÊNCIA
- 3.4.19 GERÊNCIA DE ENFERMAGEM
- 3.4.20 GERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA MULTIDISCIPLINAR E APOIO DIAGNÓSTICO
  - 3.4.20.1 NÚCLEO DE BANCO DE LEITE HUMANO
  - 3.4.20.2 NÚCLEO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA
  - 3.4.20.3 NÚCLEO DE PATOLOGIA CLÍNICA
  - 3.4.20.4 NÚCLEO DE RADIOLOGIA E IMAGENOLOGIA
  - 3.4.20.5 NÚCLEO DE CITOPATOLOGIA E ANATOMIA PATOLÓGICA
  - 3.4.20.6 NÚCLEO DE FARMÁCIA CLÍNICA
  - 3.4.20.7 NÚCLEO DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA
  - 3.4.20.8 NÚCLEO DE SAÚDE FUNCIONAL
  - 3.4.20.9 NÚCLEO DE SERVIÇO SOCIAL
  - 3.4.20.10 NÚCLEO DE ODONTOLOGIA
- 3.4.21 GERÊNCIA DE REGISTRO, DOCUMENTAÇÃO E MOVIMENTAÇÃO DO USUÁRIO
  - 3.4.21.1 NÚCLEO DE RECEPÇÃO DE EMERGÊNCIA
  - 3.4.21.2 NÚCLEO DE MATRÍCULA, MARCAÇÃO DE CONSULTAS E PRONTUÁRIO DE PACIENTES
  - 3.4.21.3 NÚCLEO DE GESTÃO DA INTERNAÇÃO
  - 3.4.21.4 NÚCLEO DE APOIO E REMOÇÃO DE PACIENTES

#### 3.5 DIRETORIA DO HOSPITAL REGIONAL DE BRAZLÂNDIA

- 3.5.1 OUVIDORIA
- 3.5.2 NÚCLEO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR
- 3.5.3 NÚCLEO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA
- 3.5.4 NÚCLEO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE
- 3.5.5 NÚCLEO DE CAPTAÇÃO E ANÁLISE DE INFORMAÇÕES DO SUS
- 3.5.6 NÚCLEO DE GESTÃO DE CUSTOS
- 3.5.7 NÚCLEO DE PLANEJAMENTO, MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO
- 3.5.8 UNIDADE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO
- 3.5.9 UNIDADE DE MEDICINA INTERNA
- 3.5.10 UNIDADE DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA
- 3.5.11 UNIDADE DE PEDIATRIA
- 3.5.12 UNIDADE DE CLÍNICAS CIRÚRGICAS
- 3.5.13 UNIDADE DE ANESTESIOLOGIA E MEDICINA PERIOPERATÓRIA
- 3.5.14 GERÊNCIA DE EMERGÊNCIA
- 3.5.15 GERÊNCIA DE ENFERMAGEM

- 3.5.16 GERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA MULTIDISCIPLINAR E APOIO DIAGNÓSTICO
  - 3.5.16.1 NÚCLEO DE BANCO DE LEITE HUMANO
  - 3.5.16.2 NÚCLEO DE PATOLOGIA CLÍNICA
  - 3.5.16.3 NÚCLEO DE RADIOLOGIA E IMAGENOLOGIA
  - 3.5.16.4 NÚCLEO DE FARMÁCIA CLÍNICA
  - 3.5.16.5 NÚCLEO DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA
  - 3.5.16.6 NÚCLEO DE SAÚDE FUNCIONAL
  - 3.5.16.7 NÚCLEO DE SERVIÇO SOCIAL
  - 3.5.16.8 NÚCLEO DE ODONTOLOGIA
  
- 3.5.17 GERÊNCIA DE REGISTRO, DOCUMENTAÇÃO E MOVIMENTAÇÃO DO USUÁRIO
  - 3.5.17.1 NÚCLEO DE RECEPÇÃO DE EMERGÊNCIA
  - 3.5.17.2 NÚCLEO DE MATRÍCULA, MARCAÇÃO DE CONSULTAS E PRONTUÁRIO DE PACIENTES
  - 3.5.17.3 NÚCLEO DE GESTÃO DA INTERNAÇÃO
  - 3.5.17.4 NÚCLEO DE APOIO E REMOÇÃO DE PACIENTES
  
- 3.6 DIRETORIA REGIONAL DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
  - 3.6.1 NÚCLEO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA
  - 3.6.2 GERÊNCIA DE PLANEJAMENTO, MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO
    - 3.6.2.1 NÚCLEO DE CAPTAÇÃO E ANÁLISE DE INFORMAÇÕES DO SUS
    - 3.6.2.2 NÚCLEO DE GESTÃO DE CUSTOS
  - 3.6.3 GERÊNCIA DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO DOMICILIAR
  - 3.6.4 GERÊNCIA DE ÁREAS PROGRAMÁTICAS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
  - 3.6.5 GERÊNCIA DE ENFERMAGEM
  - 3.6.6 GERÊNCIA DE MATRÍCULA, MARCAÇÃO DE CONSULTAS E PRONTUÁRIO DE PACIENTES
  - 3.6.7 GERÊNCIA DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA Nº 1 DA CEILÂNDIA
  - 3.6.8 GERÊNCIA DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA Nº 2 DA CEILÂNDIA
  - 3.6.9 GERÊNCIA DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA Nº 3 DA CEILÂNDIA
  - 3.6.10 GERÊNCIA DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA Nº 4 DA CEILÂNDIA
  - 3.6.11 GERÊNCIA DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA Nº 5 DA CEILÂNDIA
  - 3.6.12 GERÊNCIA DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA Nº 6 DA CEILÂNDIA
  - 3.6.13 GERÊNCIA DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA Nº 7 DA CEILÂNDIA
  - 3.6.14 GERÊNCIA DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA Nº 8 DA CEILÂNDIA
  - 3.6.15 GERÊNCIA DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA Nº 9 DA CEILÂNDIA
  - 3.6.16 GERÊNCIA DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA Nº 10 DA CEILÂNDIA
  - 3.6.17 GERÊNCIA DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA Nº 11 DA CEILÂNDIA
  - 3.6.18 GERÊNCIA DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA Nº 12 DA CEILÂNDIA
  - 3.6.19 GERÊNCIA DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA Nº 13 DA CEILÂNDIA
  - 3.6.20 GERÊNCIA DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA Nº 14 DA CEILÂNDIA
  - 3.6.21 GERÊNCIA DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA Nº 15 DA CEILÂNDIA
  - 3.6.22 GERÊNCIA DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA Nº 16 DA CEILÂNDIA
  - 3.6.23 GERÊNCIA DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA Nº 17 DA CEILÂNDIA
  - 3.6.24 GERÊNCIA DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA Nº 18 DA CEILÂNDIA
  - 3.6.25 GERÊNCIA DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA Nº 1 DE BRAZLÂNDIA
  - 3.6.26 GERÊNCIA DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA Nº 2 DE BRAZLÂNDIA
  - 3.6.27 GERÊNCIA DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA Nº 3 DE BRAZLÂNDIA
  
- 3.7 CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CAPS ad - CEILÂNDIA
  
- 3.8 LABORATÓRIO REGIONAL DA CEILÂNDIA
  - 3.8.1 NÚCLEO DE MATRÍCULA, MARCAÇÃO DE CONSULTAS E PRONTUÁRIO DE PACIENTES
  
- 3.9 UPA TIPO III - CEILÂNDIA SOL NASCENTE
  - 3.9.1 UNIDADE MÉDICA
  - 3.9.2 UNIDADE DE ENFERMAGEM
  - 3.9.3 UNIDADE ADMINISTRATIVA

### **Roteiro de Entrevista com a profissional lotada no NASF da UBS de Brazlândia**

- 1) Quais foram as contribuições do Serviço Social na construção do projeto de saúde que temos atualmente na sua opinião?
- 2) Em que consiste o trabalho do assistente social na Saúde?
- 3) Como foi a inserção do trabalho do assistente social na área da saúde
- 4) Em que o assistente social se baseia para exercer suas funções de forma a atender e cumprir com as competências profissionais previstas para o assistente social na área da saúde?
- 5) Você poderia exemplificar casos onde a atuação do assistente social faz a diferença na área da saúde?
- 6) O que é o NASF? Qual a importância da atuação do Serviço Social no NASF em sua opinião?



***Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE***

O (a) Senhor(a) está sendo convidada a participar do projeto:

\_\_\_\_\_

O nosso objetivo é \_\_\_\_\_

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a)

A sua participação será através de um questionário que você deverá responder no setor de \_\_\_\_\_ na data combinada com um tempo estimado para seu preenchimento de: \_\_\_\_\_. Não existe obrigatoriamente, um tempo pré-determinado, para responder o questionário. Será respeitado o tempo de cada um para respondê-lo. Informamos que a Senhor(a) pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para a senhor(a).

Os resultados da pesquisa serão divulgados aqui no Setor \_\_\_\_\_ e na Instituição \_\_\_\_\_ podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda do pesquisador.

Se o Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Dr(a) \_\_\_\_\_, na instituição \_\_\_\_\_ telefone: \_\_\_\_\_, no horário: \_\_\_\_\_

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 3325-4955.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o sujeito da pesquisa.

\_\_\_\_\_  
Nome / assinatura:

\_\_\_\_\_  
Pesquisador Responsável

Nome e assinatura:

Brasília, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

**Organograma –Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal**

