



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

NAIARA ESTEFANIA ALVES CARNEIRO

**ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE: UMA ANÁLISE ACERCA DO APOIO
MATRICIAL E A INSERÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NO NASF ÁFRICA
NATAL/RN.**

NATAL/RN
2014

Catálogo da Publicação na Fonte.

UFRN / Biblioteca Setorial do CCSA

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/ Naiara Estefania Alves Carneiro, - Natal, RN, 2014.

110f.

Orientadora: Profa. Esp. Josivânia Estelita Gomes de Sousa.

Monografia (Graduação em Serviço Social) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências Sociais Aplicadas. Departamento de Serviço social.

NAIARA ESTEFANIA ALVES CARNEIRO

ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE: UMA ANÁLISE ACERCA DO APOIO
MATRICIAL E AINSERÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NO NASF ÁFRICA
NATAL/RN

Monografia apresentada ao Departamento de Serviço Social da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) como requisito parcial para obtenção do Título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof^a. Esp. Josivânia Estelita Gomes de Sousa.

NATAL/RN
2014

NAIARA ESTEFANIA ALVES CARNEIRO

ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE: UMA ANÁLISE ACERCA DO APOIO
MATRICIAL E A INSERÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NO NASF ÁFRICA
NATAL/RN

Monografia apresentada ao Departamento de Serviço Social da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) como requisito parcial para obtenção do Título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof^a. Esp. Josivânia Estelita Gomes de Sousa.

Aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Esp. Josivânia Estelita Gomes de Sousa
(Orientadora – DESSO/UFRN)

Prof^a. Dr^a. Maria Regina de Ávila Moreira
(Membro– DESSO/UFRN)

Prof^a. Dr^a. Edla Hoffmann.
(Membro – DESSO/UFRN)

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por me permitir finalizar um dos meus objetivos, por ser meu refúgio nas horas de angústia e pelas inúmeras provas do Seu amor e infinita misericórdia. *“Porque dEle e por Ele, e para Ele, são todas as coisas; Glória, pois, a Ele eternamente”*. Rom (11:36). E minha mãezinha, Maria Santíssima, por interceder junto ao seu filho, por mim, todas as vezes que clamei em seu nome.

A minha mãe Isabel, por se fazer presente em todos os momentos da minha vida, e por ser peça fundamental nesta graduação. Obrigada por ser minha melhor amiga, minha companheira, meu porto seguro e meu maior exemplo de orgulho! Sua existência é a maior prova do amor de Deus por mim!

Ao meu pai Sebá, embora me acompanhe distante, sempre esteve nos meus pensamentos diários e na minha saudade constante. Saiba que toda minha vontade de vencer na vida é um legado seu, e te agradeço por plantar a “sementinha dos estudos” em mim. Sou grata pelo presentinho que surgiu em nossas vidas, Emir!

Ao meu namorado Ranielle, pela paciência e compreensão nos dias de aflição, além dos incentivos e palavras de carinho e conforto. Sou feliz pelo amor e amizade que construímos durante estes 03 anos de união, e por saber que sempre posso contar contigo. Amo você!

À minha avó materna D. Maria (*im memoriam*), apesar de não estar mais entre nós, tenho certeza que onde quer que esteja, está muito feliz com esta realização. E aos meus avós paternos, Seu Daniel e D. Antônia, que Deus permitiu que estivessem comigo e compartilhassem esse momento tão especial.

Às minhas inseparáveis amigas de faculdade: Gleyca, Lizete e Jéssica, por me acompanharem durante toda minha trajetória de curso. Quando olho para trás, vejo quanta coisa compartilhamos juntas, desde aquele apelido ridículo de “As Pensadoras” até o “Beijinho no Ombro”, música que rege nossa graduação, nos dias atuais. Só nós, entendemos. Vocês ficarão guardadas em meu coração, sempre! Espero encontrá-las, novamente, durante nossa empreitada profissional!

A minha orientadora, Prof^a. Josivânia Estelita, que com seus ensinamentos e direcionamentos, foi decisiva para o desenvolvimento e conclusão deste trabalho. Obrigada, de verdade, professora! Também, sou grata a Prof^a. Maria Regina de Ávila, que sempre foi uma inspiração para mim, como acadêmica e como futura profissional. A monitoria da disciplina ministrada por você - "Serviço Social e Processos de trabalho" - contribuiu muito para minha formação.

Por fim, e não menos importante, agradeço à Prof^a. Edla Hoffmann, por me apresentar à atenção primária em saúde, e fazer me apaixonar de vez por esse tema. Fiquei mais confiante em atuar neste campo, pois passei a acreditar no SUS e na Atenção Básica, graças a ti. Você é uma das melhores mestres que eu já tive! Obrigada, minha gaúcha!

Dedico a equipe da USF Cidade Praia pelos quase dois anos de convivência enquanto monitora PET-SAÚDE, bem como a equipe NASF África pela acolhida, ensinamentos e contribuições ao meu trabalho de conclusão de curso, em especial, à Maria Goretti.

RESUMO

O presente trabalho faz uma discussão acerca do apoio matricial e atuação do Serviço Social na atenção básica, com ênfase no NASF como espaço sociocupacional do assistente social. Desse modo, foi utilizada a pesquisa qualitativa, fazendo uso de entrevistas e observação participante enquanto técnicas de coleta de dados. O objetivo desta análise consiste em avaliar de que forma o apoio matricial se organiza na equipe de NASF África Natal RN, destacando as contribuições do fazer profissional do assistente social neste espaço, a partir da sua inserção na equipe multidisciplinar de Saúde da Família. Para tanto, abordamos como a política de saúde se conforma no Brasil, bem como esta apresenta e organiza a Atenção Básica, e como NASF contribui para esta reorganização dos serviços e processos de trabalho em saúde, juntamente com a Estratégia Saúde da Família (ESF). Discutimos que apesar da lógica hegemônica - médico-curativo, a proposta de apoio matricial, inicialmente desenvolvida em Campinas (SP), e após isso, se espalhando para o NASF, significa uma mudança de postura nas práticas e necessidade do compartilhamento de saberes/vivências em saúde para ofertar um serviço de modo integral. O NASF, dentro desta perspectiva, supõe “apoiar” de forma assistencial e técnico-pedagógica as equipes de referências (ESF) dos seus territórios de abrangência. O principal objetivo desta iniciativa é produção de uma interação positiva e corresponsável pelos cuidados em saúde. No entanto, percebeu-se é que a interdisciplinaridade ainda constitui-se um grande desafio, uma vez que muitos profissionais tendem a reconhecer o usuário de forma fragmentada. Tais inferências surgiram a partir da coleta de dados, e invariavelmente, rebatem na atuação do assistente social, inserido nesta lógica enquanto trabalhador coletivo da saúde, produzindo um trabalho combinado e interdisciplinar. O desafio da interdisciplinaridade e da co-gestão de processos de trabalho, a fragmentação do cuidado, a influência negativa do modelo hegemônico curativo, além da tensão entre o projeto privatista e projeto da reforma sanitária, são alguns dos temas que serão abordados ao longo do trabalho. Do mesmo modo, serão apresentados às contribuições e limites profissionais do assistente social neste espaço sócio-ocupacional, pormenorizando o NASF África, lócus da pesquisa.

Palavras-Chave: Atenção Básica. Apoio Matricial. NASF. Serviço Social.

ABSTRACT

This paper makes a discussion of matrix support and performance of Social Service in primary care, with emphasis on the NASF as a work process. Thus, the method used was qualitative research, using interviews and participant observation as the data collection instruments. The objective of this analysis is to assess how the matrix support is organized in team NASF Africa Natal RN, highlighting the contributions of professional do the social worker in this space, from its insertion in the multidisciplinary team of Family Health. To this end, we discuss how health policy conforms in Brazil, and this presents and organizes primary care, and how this contributes to NASF reorganization of services and work processes in health, along with the Family Health Strategy (ESF). Discussed that despite the hegemonic logic - medical bandage, the proposed matrix support, initially developed in Campinas, and after that, if espraiando for NASF means a change of attitude in practice and the need for knowledge / experiences to share health Offer a service integrally. The NASF, within this perspective, supposed "support" for assistance and technical and pedagogical form teams of references (ESF) their areas of coverage. The main objective of this initiative is producing a positive interaction and co-responsible for health care, however, it was realized that interdisciplinarity is still constitutes a major challenge, since many professionals tend to recognize the user in a piecemeal fashion. Such inferences have emerged from the data collection, and invariably bounce on the role of social worker, entered this logic as a collective health worker, producing a combined and interdisciplinary work. The challenge of Interdisciplinarity and co-management of work processes, fragmentation of care, the negative influence of the dressing hegemonic model, beyond the tension between the project and privatizing the health reform bill are some of the topics that will be covered over job. Likewise be submitted to the contributions and limits of professional social worker in this socio-occupational space, detailing the NASF Africa, research locus

Keywords: Primary Care. Matrix Support. NASF. Interdisciplinarity. Social Service.

LISTA DE SIGLAS

AB - ATENÇÃO BÁSICA

ABS - ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE

ACS - AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

APS - ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

BPC - BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA

CAPS - CAIXAS DE APOSENTADORIAS E PENSÕES

CAPS - CENTROS DE APOIO PSICOSSOCIAL

CEBES - CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS EM SAÚDE

CFESS - CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL

CLT - CONSOLIDAÇÃO DAS LEIS TRABALHISTAS

CNS - CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

CONASS - CONSELHO NACIONAL DOS SECRETARIOS DE SAÚDE

CRAS - CENTRO DE REFERENCIA DE ASSISTENCIA SOCIAL

ESF - ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

IAPS - INSTITUTO DE APOSENTADORIAS E PENSÕES

INAMPS - INSTITUTO NACIONAL DE ASSISTENCIA MÉDICA E PREVIDENCIA SOCIAL

INPS - INSTITUTO NACIONAL DE PREVIDENCIA NACIONAL

LOS - LEI ORGANICA DA SAÚDE

MS - MINSTÉRIO DA SAÚDE

MEPS - MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E SAÚDE PÚBLICA

NASF - NUCLEO DE APOIO SAÚDE DA FAMÍLIA

NOB/SUS - NORMA OPERACIONAL BÁSICA DO SUS

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE

PACS - PROGRAMA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

PEP - PROJETO ÉTICO POLÍTICO

PIASS - PROGRAMA DE INTERIORIZAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE NO NORDESTE

PMAQ - PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA

PNAB - POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA

PSF - PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

PST - PROJETO SAÚDE DO TERRITÓRIO

PTS - PROJETO TERAPEUTICO SINGULAR

SES - SECRETARIAS ESTADUAIS DE SAÚDE

SMS - SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

SF - SAÚDE DA FAMÍLIA

TCLE - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UBS - UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

UNICEF - FUNDOS DAS NAÇÕES UNIDAS PARA INFANCIA

USF - UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	12
2. A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL E ATENÇÃO PRIMÁRIA.....	14
2.1. A TRAJETÓRIA DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL (1930 - 1990).....	14
2.2. O MOVIMENTO DE REFORMA SANITÁRIA E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)	20
2.3. ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE E POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA.....	30
3. O APOIO MATRICIAL DO NUCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF).....	39
3.1. O NUCLEO DE APOIO SAUDE DA FAMÍLIA.....	39
3.2. AFINAL, O QUE É APOIO MATRICIAL? ABORDAGENS SOBRE O MODELO DE GESTÃO DO TRABALHO NO NASF.....	45
3.3. AS PARTICULARIDADES DA EQUIPE NASF-ÁFRICA NATAL/RN.....	53
4. A TRAJETÓRIA DO SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE E ATUAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA	69
4.1. A INSERÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE.....	69
4.2. O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NO NASF ÁFRICA NATAL/RN.....	83
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	96
6. REFERENCIAS.....	99
7. APENDICES.....	99
APÊNDICE 1- FORMULÁRIO APLICADO À EQUIPE NASF ÁFRICA NATAL/RN.....	106
APÊNDICE 2 - FORMULÁRIO APLICADO AO ASSISTENTE SOCIAL DO NASF ÁFRICA NATAL/RN	107
APÊNDICE 3 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS PROFISSIONAIS DO NASF ÁFRICA NATAL/RN	108

1. INTRODUÇÃO

Esse trabalho de conclusão de curso trata acerca do trabalho do/a assistente social na atenção primária à saúde, pormenorizando o Núcleo de Apoio Saúde da Família (NASF). Além disso, espera-se investigar como se dá o apoio matricial às equipes de saúde da Estratégia Saúde da Família (ESF) do distrito sanitário Norte I - Zona Norte Natal/RN. É subsidiário de experiências e vivências enquanto monitora/bolsista do projeto do PET-SAÚDE/PROPET3 e bolsista de Iniciação Científica voluntária na pesquisa “Atenção Primária e o direito à saúde em Natal/RN”, sob a coordenação da Prof^a. Dra. Edla Hoffmann.

Ademais, o desejo em discutir um tema relativamente novo - o apoio matricial, desconhecido até pelos profissionais que trabalham desta lógica, impulsionou o estudo cuja complexidade se apresentou enquanto elemento desafiador, mas não intransponível.

Nossos objetivos consistem na caracterização do apoio matricial, e como este se organiza na equipe de NASF África Natal RN, destacando o fazer profissional do assistente social neste espaço, a partir da sua inserção na equipe multidisciplinar de Saúde da Família; avaliar como se dá o apoio do NASF África às equipes de referência do Distrito Sanitário Norte I - Natal/RN; analisar como a equipe NASF África Natal/RN compreende o processo de trabalho em saúde na perspectiva multidisciplinar; e por fim, refletir a relevância do/a assistente social na equipe multidisciplinar de Saúde da Família, destacando os limites e possibilidades vivenciados em seu cotidiano profissional, e como este profissional dialoga com seus documentos normativos (Código de Ética e Projeto Ético Político) que norteiam a profissão.

O segundo capítulo irá problematizar a política de saúde no Brasil, desde Vargas nos anos 1930, onde a saúde era aliada a previdência, até pós-promulgação da Constituição de 1988 e estabelecimento do SUS. Iremos nos debruçar diante das mudanças da postura do Estado, incorporando muitas propostas da reforma sanitária, em curso a partir dos anos 1980, e selada durante a VIII Conferencia Nacional da Saúde. A partir daí, iremos situar a

política de atenção primária neste contexto, sua concepção e de que forma seus princípios são materializados no Brasil, com ênfase na Saúde da Família.

No capítulo terceiro, iremos problematizar os aspectos conceituais e práticos do apoio matricial, desde Campinas, espaço onde surgiram as primeiras experiências no campo da saúde mental, amparado pelo método Paideia, cujo principal referencial bibliográfico é de G. W. Campos. O apoio matricial se apresenta enquanto novo arranjo organizacional do trabalho em saúde, subdividido em: Equipes de Referência e Equipes de Matriciamento Especializado. O NASF, por sua vez, incorporou tais conceitos às suas diretrizes, propondo uma nova forma de ser e fazer saúde, junto com as equipes de Atenção Básica. Somente após esta contextualização, foi possível adentrar nas especificidades da equipe multidisciplinar que compõe o NASF África, *lócus* da nossa pesquisa, compreendendo os processos e disputas existentes.

Com objetivo em responder estes questionamentos, foi realizada pesquisa qualitativa no NASF África Zona Norte de Natal, pertencente ao Distrito Norte I. Ao todo, 07 profissionais foram entrevistados, incluindo: nutricionista, farmacêutico, assistente social, educador físico e fisioterapeutas. Para isso, foi necessária uma revisão bibliográfica, etapa que perpassou toda pesquisa. Além disso, outro método de análise utilizado foi a observação participante e diário de campo, registrando as vivências e experiências obtidas. Os dados de análise foram categorizados, a saber: concepção em saúde; interdisciplinaridade; desconhecimento do apoio matricial; relação ESF/NASF, onde serão explanados ao longo do capítulo supracitado.

No último capítulo, situaremos o Serviço Social no NASF África, e para tal, discutiremos a categoria trabalho em Marx, indispensável para compreender o Serviço Social como trabalho, e principalmente, o assistente social como trabalhador assalariado, chamado a responder os dilemas da questão social na saúde. Desse modo, será possível compreender as tensões entre Projeto Ético Político da Profissão e o atual Projeto Privatista em Saúde, tensionamento que expõe o profissional a situações em que somente seu embasamento teórico e compromisso político poderão suplantar.

2. POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL E ATENÇÃO PRIMÁRIA

O presente capítulo discutirá a trajetória da política de saúde no Brasil, visando discutir como o Estado compreendeu e desenvolveu suas ações em saúde, desde Vargas, até o advento da Constituição de 1988 e sua incorporação à Seguridade Social.

Após isso, iremos inferir algumas reflexões acerca do Projeto de Reforma Sanitária e suas contribuições para o SUS, incorporando algumas de suas diretrizes, mas se configurando apenas em uma estratégia para materializar tais conceitos.

Nesse sentido, os ditames neoliberais vêm interferindo de maneira destrutiva na saúde pública no Brasil, sobretudo, na Atenção Básica, o qual apregoa a integralidade enquanto um de seus norteadores.

Por fim, iremos contextualizar a Atenção Primária, as bases para seu surgimento, e como esta se consolida e está sendo implementada no Brasil, a partir da Política Nacional de Atenção Básica.

2.1 A TRAJETÓRIA DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL (1930 - 1980)

Historicamente, a atuação do Estado diante da política de saúde no Brasil, se apresentava de maneira tímida, e sem maiores iniciativas. Após a primeira guerra mundial, aos mais pobres, a assistência médica era ofertada por meio de filantropia. Sendo assim, neste período ocorreram pouquíssimos avanços, destacando, apenas, a Lei Eloy Chagas (1923), que instituiu a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPS) que eram ofertados a uma minoria de trabalhadores da época.

Destinavam-se, apenas, ao operariado urbano, não contemplando os trabalhadores rurais - uma exigência das oligarquias cafeeiras, até então, muito atuantes na época. Neste caso, o Estado não arcava, com as caixas de aposentadorias, e sim era fruto da contribuição de empregados e empregadores (POLIGNANO, 2001).

Este se configurou como uma das primeiras medidas de respaldo previdenciário, e de assistência médica aos trabalhadores (inicialmente os

ferroviários, e logo após os marítimos e estivadores) e seus dependentes (BRAVO, 2009). Entretanto, aos demais trabalhadores restava-lhes a filantropia.

A saúde emerge como “questão social”¹, no Brasil, no início do século XX, no bojo da economia capitalista exportadora cafeeira, refletindo o avanço da divisão do trabalho, ou seja, a emergência do trabalho assalariado (BRAGA; PAULA, 1981). Entretanto, observou-se a institucionalização da saúde pública a partir da “Era Vargas”. As políticas públicas nessa área começavam, então, a serem direcionadas, especialmente, a classe trabalhadora assalariada, em resposta as constantes reivindicações.

Nesta época, o Brasil entra em processo de industrialização, diferentemente dos países pioneiros partícipes da revolução industrial, e o estado assume posição central no desenvolvimento e provimento das forças produtivas.

Ensaia-se o início da conformação da política de proteção social no Brasil, o que se inicia de forma seletiva, e que durante a ditadura militar, se institucionalizara, não perdendo seu caráter restrito (KOBORI, 2008).

Neste período, assinala-se o que seria chamado de “cidadania regulada”, isto é:

[...] cujas raízes encontram-se, não em um código de valores políticos, mas em um sistema de estratificação ocupacional, e que, ademais, tal sistema de estratificação ocupacional é definido por norma legal. Em outras palavras, são cidadãos todos aqueles membros da comunidade que se encontram localizados em qualquer uma das ocupações “reconhecidas e definidas em lei” (SANTOS, 1994:68 apud POLIGNANO, 2001).

Pouco a pouco, as leis trabalhistas se consolidavam, e em 1943, é estabelecido a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), aumentando ainda mais o carisma e endossando o caráter populista² do governo e

¹ Diz respeito ao conjunto das expressões das desigualdades sociais engendradas na sociedade capitalista madura. Tem sua gênese no caráter coletivo da produção, contraposto à apropriação privada da própria atividade humana - o trabalho, das condições necessárias à sua realização, assim como de seus frutos. (IAMAMOTO, 2012, p. 48).

² Populismo: Ideologia que atribui ao Estado o papel de árbitro dos conflitos sociais, preservando as relações de dominação de classe, apesar de algumas concessões feitas aos grupos populares. (BERTOLLI FILHO, 2011, p. 30).

sacramentando o acordo capital - trabalho (POLIGNANO, 2001). O governo, de maneira inteligente, absorve algumas das reivindicações, e faz com que os trabalhadores, deixem de fazer oposição, e agora, transformem-se em parte integrante de uma de suas forças.

A medicina previdenciária, por sua vez, surgiu com a acessibilidade de outras categorias trabalhistas aos seguros até então ofertados a uma minoria. Isso ocorreu através da criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPS), substituindo as CAPS. Desta vez, os seguros eram organizados pelas categorias, e não mais pelas empresas e seu financiamento era tripartite (Estado, empregador e empregado) (POLIGNANO, 2001).

Observamos aí, o porquê do conceito “cidadania regulada”, pois os IAPS se configuravam como um importante mecanismo de controle social. Além disso, segundo NICZ (1992) citado por POLIGNANO (2001), até meados da década de 1950, representou um papel fundamental no desenvolvimento econômico deste período, como “*instrumento de captação de poupança forçada*”, através de seu regime de capitalização.

A geopolítica mundial influenciou no período chamado de “redemocratização” que o país vivera até o início da ditadura. Após a Segunda Guerra, Vargas foi deposto, sendo possível à execução de eleições diretas para cargos políticos, pluripartidarismo, liberdade de imprensa, livre atividade sindical (BERTOLLI FILHO, 2011, p.41).

O estilo “populista”, legado de Vargas, perdurou com as presidências seguintes, além do caráter desenvolvimentista, aliando o nacionalismo e abertura para o capital estrangeiro.

A maneira dependente em que o país debruçou-se no capitalismo, fez com que o Estado colocasse em segundo plano seu papel de provedor das políticas públicas, fez com que o Estado brasileiro nunca “fosse keynesiano nem social-democrata e sim cartorial ainda quando desenvolvimentista” (RIZZOTTO, 2000, p. 182 apud FIORI, 1988, p.134).

O Ministério da Educação e Saúde Pública (MEPS) era o órgão que abarcava todos aqueles desvalidos socialmente, cujas pensões/caixas de aposentadorias não os contemplavam. De acordo com Brasil (2011) eram considerados os “pré-cidadãos”, os pobres, desempregados e trabalhadores

informais - estes, também contavam com assistência médica nas Santas Casas e demais instituições filantrópicas e/ou religiosas. Nessa época, o MESP passou por diversas reformulações, mas nunca alcançou posição de centralidade.

De acordo com Braga e Paula (1981), com a volta de Vargas ao poder, em 1953, assinalou-se um período de experiência democrática, e a partir disto, tivemos a criação do Ministério da Saúde. O desmembramento da política de educação não significou um reordenamento de suas ações, que continuavam com serviços verticalizados e campanhas sanitaristas com ênfase no controle das endemias.

Sendo assim, o novo Ministério pouco pode fazer diante dos poucos investimentos que incidiam na ineficácia da redução dos índices de mortalidade e morbidade da classe trabalhadora. A política do “favor” também se mostrou como um dos entraves à política de saúde, barganhando serviços, tais como: vacinas, exames, ambulâncias, leitos hospitalares, e entre outros serviços trocados por votos em épocas eleitoreiras (BERTOLLI FILHO, 2011).

Os Institutos de Aposentadorias e Caixas de Pensões expandiram o acesso aos trabalhadores e dependentes a saúde, e em 1945, já eram mais de 02 milhões de assegurados, anos mais tarde, esse numero ultrapassava a casa dos 08 milhões. A ampliação da assistência médico-hospitalar, invariavelmente, resultou na baixa qualidade dos serviços (BERTOLLI FILHO, 2011).

Como agravante da situação, o setor de medicina privada passou a pressionar o governo em não investir na construção ou melhoria dos hospitais públicos. A proposta seria o governo investir no privado, que por sua vez, passaria a oferecer assistência médica à população e aos conveniados dos institutos e caixas de aposentadoria. (BERTOLLI FILHO, 2011).

A inflação crescia cada vez mais, resultado da política desenvolvimentista, que endividou ainda mais o país, e o submeteu ao capital estrangeiro. As reformas de base, com o governo Dutra, não foram suficientemente capazes de impedir o avanço das forças conservadoras. O que resultaria no golpe de 1964, e instauração da época de chumbo - alusão aos governos presididos por militares.

O regime autocrático burguês³ deu início a um período instável e sombrio no país, no qual o capitalismo encontrou portas abertas para seu pleno desenvolvimento e consolidação.

Para sua intervenção, o estado utilizou para sua intervenção o binômio repressão-assistência, sendo a política assistencial ampliada, burocratizada e modernizada pela máquina estatal, a fim de aumentar o poder de coerção social, diminuir as tensões sociais, e legitimar o regime (BRAVO, 2011 p. 58).

Sendo assim, durante a década de 1960, evidenciou-se uma profunda crise no Sistema Nacional de Saúde. O sistema previdenciário não conseguia mais responder a massa assalariada que clamava pela ampliação e melhorias da qualidade dos serviços (BRAGA; PAULA, 1981).

Aliado a isso, os custos com a medicina se tornavam cada vez mais encarecidos, devido ao constante uso de tecnologia de ponta, maior utilização medicamentos, e numa mudança do “saber e na prática médica” (BRAGA; PAULA, 1981, p. 87).

Esta mudança no saber e na prática consistia na centralização do hospital como elemento central na prestação dos serviços de saúde, cuja medicina ofertada seria subdividida em diversas especialidades, apontando a direção curativa dos serviços de assistência à saúde.

É como se, tardiamente, a atenção à saúde vivesse a sua Revolução Industrial; o cuidado deixou de ser “artesanal ou manufatureiro” - prestado pelo médico isolado e por serviços bastante simplificados - e passou a assumir características de grande indústria - papel desempenhado pelo hospital moderno. Da mesma forma, o capital - enquanto valor que se reproduz - instalou-se na atenção médica, que passou a produzir mercadorias no sentido mais estrito da palavra (IDEM, 1981, p. 87,88).

Um dos primeiros efeitos da ditadura no Ministério da Saúde foi à redução da sua participação nos gastos da União, e poucas ações de saúde pública. Em contrapartida, os gastos com os Ministérios dos Transportes, Comércio e Indústria - os ministérios dos militares - foram maciços (BERTOLLI FILHO, 2011).

³ Para Florestan Fernandes (1974) apud Bravo (2011, p. 57) o regime ditatorial foi classificado como “autocrático burguês”, dados o aprofundamento do padrão monopolista de organização da economia e a vasta rede de relações antidemocráticas que marcaram toda sociedade, restringindo o exercício da cidadania e da política.

Com esses investimentos e abertura sem precedentes ao capital estrangeiro, o PIB nacional cresceu com números muito próximos aos países da Europa, era o chamado “Milagre Econômico” que por muito tempo camuflou a situação calamitosa que viria mais tarde.

Nesta época, devido à crise das inúmeras caixas e institutos previdenciários, notou-se que vários setores como previdência foram unificados, privilegiando, principalmente os setores privados, e com isso os serviços de saúde assumiam suas tendências capitalistas. Temos, portanto, a criação do INPS (Instituto Nacional de Previdência Social) unificando todas as caixas e institutos de aposentadorias e pensões até então existentes desde Vargas (BERTOLLI FILHO, 2011).

Subordinado ao Ministério do Trabalho, o INPS trouxe a tona um sistema dual de assistência em saúde, cuja missão seria o tratamento individual dos doentes, e caberia ao Ministério da Saúde a elaboração e execução de programas (BERTOLLI FILHO, 2011).

Em 1975, o Sistema Nacional de Saúde é criado como uma alternativa para racionalização dos gastos, tornando as ações em saúde mais eficazes. Nesse panorama, apesar de toda crise, temos um saldo positivo de mortalidade que caiu ao passar dos anos, e a expectativa de vida se elevou. Entretanto, essa redução em termos quantitativos não serviu para tirar o Brasil da posição dos mais enfermos da América Latina (BERTOLLI FILHO, 2011).

De acordo com Polignano (2001), nesta época, verificamos o estabelecimento de uma série de convênios firmados junto aos hospitais privados e médicos, o que propiciou a capitalização destes grupos, provocando um verdadeiro “efeito cascata” com aumento dos custos com medicamentos e tecnologia hospitalar. A partir disto, verificamos a criação do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social, em 1978, cuja finalidade era prestar atendimento médico aos contribuintes da previdência, bem como seus dependentes.

Com a “crise do milagre econômico”, foi possível perceber o aparecimento gradativo das mazelas propiciadas pelo modelo médico previdenciário, a saber: opção pela medicina curativa, que pouco a pouco, mostrou-se ineficaz; o aumento dos custos e aparatos médico-hospitalares;

diminuição do crescimento econômico; incapacidade em atender os marginalizados e sem cobertura previdenciária; os inúmeros desvios de verbas (BRASIL, 2011). Esta combinação de problemáticas gerou um acirramento entre os ânimos.

Diversos grupos populares e políticos emergem neste momento, bem como muitas instituições sindicais, antes proibidas no período da ditadura. A dificuldade que muitos trabalhadores passavam devido ao aumento do custo de vida no país fomentavam as bandeiras do movimento sindicalista da época.

Porém, na década de 1980, não foram vistas ações, por parte da classe trabalhadora, capazes de incidir diretamente na ordem vigente. Conforme o documento elaborado pelo CFESS (2011), a tensão entre o trabalho e capital, acaba dando formas às políticas sociais sendo estas, resultante de lutas e reivindicações, porém, com seu caráter contraditório, revelando-se como uma espécie de “acordo”, o que acaba por não superar o capitalismo, apenas suprimir as disputas existentes.

Tais considerações acima serviram para contextualizar o cenário que propiciaria o desenvolvimento das primeiras propostas de reforma sanitária, gestadas a partir destas contradições e do enfrentamento ao Estado. A seguir, aprofundaremos mais acerca deste tema.

2.2 O MOVIMENTO DE REFORMA SANITÁRIA E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Como mencionado anteriormente, a conjuntura da década de 1980 foi marcada pela crise da autocracia burguesa, na qual iniciou o novo processo de redemocratização no país, com a volta dos partidos e da prática do sindicalismo, o fim da censura à imprensa, a presença das greves dos trabalhadores.

Foi dado início há uma série de mudanças, nas discussões sobre as políticas sociais, sobretudo, na política de saúde no país. Em concomitância, esta mesma política amargava uma profunda crise, decorrentes das tentativas de reformas passadas que não lograram êxito (BRAVO, 2011).

Novos e até então “desconhecidos” sujeitos sociais entram em cena, para discutir e propor a criação de ações em saúde. Moradores das periferias

dos grandes centros, sanitaristas, com participação da Igreja Católica, criaram os Conselhos Populares de Saúde, como uma ferramenta para construções do debate acerca da melhoria das condições de vida e saúde (BERTOLLI FILHO, 2011)

O intenso processo de redemocratização da época influenciou a emergência destes grupos, destacando os profissionais de saúde, que buscavam mais condições de trabalho, que incidiam diretamente no serviço prestado aos usuários.

Assinalamos o surgimento do movimento sanitário – iniciado para denunciar os efeitos da política econômica na saúde, e proposição de alternativas em busca de mudanças nessa política pública. (NETTO, 1998)

Este projeto contra-hegemônico foi gestado desde a criação da Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES), no fim da década de 1970, e nos seu editoriais, já preconizava a saúde de forma democrática, aproximando-se dos setores operários, instaurando os debates, que posteriormente, deram forma a proposta de reforma. (PAIM, 2007)

Após ser travada uma intensa luta para estabelecimento das eleições diretas, foi possível colocar à frente da presidência, um civil, Tancredo Neves, que apesar disso, foi eleito de forma indireta.

Este período é chamado de “Nova República”, isto porque, apesar de por fim no período da ditadura militar, notou-se que esta transição ocorreu de forma conservadora, ou seja, sem alardes, não rompendo com as amarras capitalistas. Por isso, de acordo com Fernandes (1986) citado por Behring e Boschetti (2011) tratou-se de uma “transição sem ousadias ou turbulências”.

Com a morte de Tancredo, seu vice Sarney, assume a presidência, e coloca em prática seu projeto contraditório, ao estabelecer uma relação conservadora e consensual.

Mediante ao consenso, deveria ser estabelecido um pacto político e um pacto social: o pacto político deveria estabilizar as relações entre os partidos para renovação da legislação de exceção, e o pacto social deveria viabilizar a paz social com um acordo entre operários e patrões - ou seja, ausência de greves em troca de concessões salariais. (FALEIROS, 1986, p. 32).

No setor saúde, o cenário da “Nova República” propiciou o surgimento de um movimento articulado, com longo histórico de lutas e

disposto a contribuir nos debates e proposições de uma reforma com bases teóricas e institucionais - o movimento sanitário (BRASIL, 2006)

Fazia parte do movimento sanitário um grupo restrito formado por: médicos sanitaristas, intelectuais e demais profissionais da área de saúde. A crítica era subsidiada, principalmente, pelo modelo de saúde italiano a qual denunciava o modelo médico privatista que cresceu em detrimento do setor público.

De acordo com Fleury (2009) este movimento emergia em meio uma série de crises, a saber: crise do conhecimento, crise da prática médica, crise do sistema de saúde. Surgiu para evidenciar a ineficácia de uma medicina mercantilizada, além de propor alternativas para construção de um modelo médico assistencial democrático e que suprisse a demanda.

A reforma sanitária brasileira tomou formas, quando incorporada às pautas de movimentos populares. O campo da saúde deixara de ser um assunto dos especialistas, intelectuais e profissionais da área - estes, ultrapassando o corporativismo, discutindo uma política com melhores condições para si, e para população em geral. Além disso, contava com a participação de sujeitos políticos da sociedade civil, sendo perceptível a dimensão política deste movimento (SILVA, 2011). As propostas debatidas eram:

[...] à universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde, visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para a esfera estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde (SILVA, 2011, p. 05).

A VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986, se apresentou enquanto um marco “divisor de águas”, sintetizando todo o sentimento vivido por profissionais e usuários, que clamavam por uma saúde de qualidade e acessível, prerrogativas da reforma sanitária, que até então o país vivera. (HOFFMANN, 2007)

Inegavelmente, a Reforma Sanitária e VIII Conferência renderam frutos positivos à política de saúde no país, dentre eles, a incorporação a

Seguridade Social, e formulação do SUS - Sistema Único de Saúde, na Constituição de 1988 (CFESS, 2011).

Sendo assim, o Estado se viu obrigado a inserir a saúde no tripé que compõe a Seguridade Social, colocando-a como direito de todos e dever do Estado, conforme preconizado no art. 196 da Carta Magna de 1988:

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

Ainda, a Constituição Federal, em seu artigo 198, dispõe que: “o SUS deve abranger não somente o atendimento de pessoas doentes, mas também e principalmente a prevenção de doenças”, classificando a saúde enquanto processo ampliado, uma das bandeiras do projeto de Reforma Sanitária. Tais preceitos seriam reforçados, na regulamentação da Lei Orgânica da Saúde (LOS), em 1990.

Dessa forma, segundo o artigo 3º da Lei 8.080, preconiza:

a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso a bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país (BRASIL, 1990).

Temos, o reconhecimento da saúde como um conjunto de garantias à salubridade e à vida digna aos cidadãos. A perspectiva do direito representou, também, uma ruptura com o modelo anterior, amparado na filantropia aos mais pobres, e saúde previdenciária apenas para os trabalhadores contribuintes.

O SUS deve ser entendido como um arranjo organizacional que fornece sustentação à efetivação da política de saúde no Brasil. Não pode ser visto como a própria reforma sanitária, mas sim, decorrente deste, se apresentando enquanto estratégia para efetivação dos seus pressupostos e responsabilização do Estado para com a saúde.

Foi instituído com o objetivo de coordenar e integrar as ações de saúde das três esferas do governo e pressupõe a articulação de subsistemas verticais (de vigilância e de assistência à saúde) e subsistemas de base territorial - estaduais, regionais e municipais - para atender de maneira funcional às demandas por atenção à saúde. (VASCONCELOS, PASCHE, 2012, p. 531).

O SUS, portanto, possui princípios doutrinários que considerados verdadeiras cláusulas pétreas⁴, isto é, indubitavelmente representarão as bases para reformulação e organização do sistema, e são eles:

- ✓ **Universalidade**, compreendendo que deve atender a todos, sem pagamento prévio ou distinção por qualquer que seja o motivo;
- ✓ **Integralidade**, pois, no que se diz respeito à saúde do usuário, deve-se levar em considerações outros aspectos para além da doença;
- ✓ **Equidade** significa ofertar saúde para quem mais precisa para que todos possam ter as mesmas possibilidades; Consiste em uma “discriminação positiva”⁵.

No que concerne aos princípios finalísticos dos SUS, temos: a **regionalização e hierarquização**, pois nem todos os municípios conseguem atender a todas as demandas, e cada um tem suas particularidades; a **participação do setor privado de forma complementar** devendo ser apenas suplementar, e atuando como “público”; a **racionalização dos serviços** buscando oferecer ações e serviços de acordo com as necessidades da população; a **participação comunitária** de todos os segmentos da população envolvidos para operacionalização, gestão e fiscalização do sistema; e por fim, a **descentralização** das ações e subsistemas dando forma ao que chamamos de “sistema”. (VASCONCELOS; PASCHE, 2012, p.536).

O financiamento do SUS é feito por toda sociedade, de forma tripartite, ou seja, por contribuições sociais pela União, Estados e Municípios, conforme a emenda nº 29/00.

Contraditoriamente, ao passo que conquistamos, a partir do processo democrático, a promulgação de um dos maiores e mais importantes sistemas de saúde do mundo, o contexto em que o país já vivera em 1990, era

⁴ **Cláusulas pétreas** são dispositivos que não podem ter alteração, nem mesmo por meio de emenda, tendentes a abolir as normas constitucionais relativas às matérias por elas definidas.

⁵ De acordo com Pereira (2002) diante das contradições e desigualdades que vivemos, a oferta de atendimento igualitário, iria manter as desigualdades prevaletentes, sendo esta a razão em privilegiar as classes menos abastardas.

completamente antagônico para conformação de uma política universal e integral.

Behring e Boschetti (2011) apontam para um paradoxo no campo da saúde, apresentando o SUS como palco democrático de construção de uma saúde de qualidade para todos, ao tempo em que seus serviços cada vez mais são sucateados, reflexos da lógica privatista.

Essa conjuntura influenciou no tensionamento entre dois projetos: O da Reforma Sanitária e o Projeto Privatista, que se fortalecia no país, sob a forma neoliberal.

O neoliberalismo foi gestado logo após a 2ª guerra mundial, nos países europeus, sobretudo na Inglaterra, como uma reação crítica ao estado intervencionista, resultante de processo histórico e conjuntural, decorrente da crise do capital na década de 1970 (ANDERSON, 2007, p. 09)

A crise do Estado de Bem Estar Social⁶, em 1973, colocou em xeque toda organização econômica do Keynesianismo. Vários países europeus entraram em profunda recessão, o que culminou em aumento vertiginoso da inflação, e da taxa de desemprego. (IDEM, 2007, p. 10) Esta crise propiciou o avanço das ideias neoliberais, que culpabilizavam tal crise a intervenção direta do Estado nas políticas sociais e econômicas, e seus gastos para manutenção do acordo “capital x trabalho”.

Os efeitos desta lógica foram vistos, na América Latina no início os anos 80, e no Brasil, a partir dos anos 90, no qual foi possível assistir o redirecionamento do papel do Estado, transferindo suas atribuições para o setor privado, e entregando boa parte de serviços e empresas estatais ao capital estrangeiro. É o que Behring e Boschetti (2011) denominarão de contrarreforma⁷, uma vez que todos os direitos outrora conquistados são desconsiderados. Além disso, o neoliberalismo retoma a ideia de

⁶ O Estado de Bem Estar Social foi um fator propiciador do desenvolvimento econômico e social nos países centrais, com uma sustentação significativa de proteção social, período reconhecido como dos anos dourados (HOBSBAWM, 1995 apud DIAS, 2007).

⁷ De acordo com Behring e Boschetti (2011, p. 148) constitui-se em reforma do Estado, com ênfase especial nas privatizações e na previdência social, e acima de tudo, desprezando as conquistas de 1988 no terreno da Seguridade Social e outros - a carta constitucional era vista com pendularia e atrasada.

anticomunismo, e declara guerra aos movimentos organizados da classe trabalhadora, buscando desarticulá-los a todo custo.

O direcionamento das políticas sociais sob a égide do neoliberalismo vem representando perdas constantes à classe trabalhadora, incidindo nas altas taxas de desemprego, precarização dos serviços públicos, em detrimento do aumento de serviços privados, muitas vezes, financiado com dinheiro público. E mais, os planos de saúde que cada vez mais se expandem, colocando a saúde enquanto um serviço e o cidadão enquanto consumidor.

Segundo Bravo (2009) a saúde aparece vinculada ao mercado, e principalmente, tem mostrado forte tendência à privatização e refilantropização, por meio da capacitação de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) - que atuam na saúde básica - profissionais menos capacitados e com flexibilidades contratuais trabalhistas, como uma forma de racionalização de custos.

Desta forma, a contrarreforma do Estado e as inflexões neoliberais, colocam ao cidadão a perspectiva da saúde enquanto serviço, devendo-lhe ser pago, e não, enquanto um direito, preconizado na Seguridade Social. Corroborando esta ideia, compreendemos que:

Que todas essas medidas visam ao estímulo do seguro privado de saúde, ficando o Sistema Único de Saúde restrito aos pobres, por meio de ações mínimas e programas focalizados, havendo outro sistema para os consumidores. (CFESS, 2011, p. 19)

O governo de Fernando Collor foi marcado pela desresponsabilização do Estado, e transformação das políticas sociais em meramente compensatórias - era o início do Estado Mínimo. Sua contribuição ao setor da saúde, após promulgação do SUS, foi vetar os artigos referentes à participação popular do sistema, em um claro atentado a democracia participativa (BRASIL, 2006). Apesar disso, sanciona a Lei Orgânica da Saúde (LOS) e a Norma Operacional Básica do SUS (NOB/91), com diversas restrições.

A LOS se constituiu como um conjunto de duas leis - 8.080⁸ e 8.142⁹, ambas de 1990, para dar cumprimento ao sistema de proteção social e

⁸ Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e ofuncionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências (BRASIL, 1990).

defesa da saúde. “É, portanto, uma lei destinada a esclarecer o papel das esferas de governo, orientando suas respectivas atribuições para garantir o cuidado à saúde.” (DALLARI, 1994, p. 17).

A NOB/91 institucionaliza as Comissões Intergestores Tripartites e Bipartites, CIT e CIB, respectivamente, importantes espaços decisórios e descentralizados. Além disso, habita os municípios como gestores, com transferência de recursos de forma automática fundo a fundo¹⁰. Essa forma de repasse se mostra de extrema importância para implementação do SUS. No entanto, apresenta frágil definição do papel estatal, apesar deste aparecer como gestor (BRASIL, 2011).

De maneira gradual, o SUS pôs fim ao caráter filantrópico e previdenciário da saúde anteriormente desenvolvido. Em 1993, temos a extinção do INAMPS, representando o direcionamento do setor saúde frente à Constituição Cidadã de 1988. Sendo assim, o Ministério da Saúde (MS) tornou-se a principal reguladora da política nacional de assistência à saúde, em âmbito federal. Já os demais entes federativos: Municípios - cabiam às Secretarias Municipais (SMS) e Estados - Secretarias Estaduais (SES) (CONASS, 2011).

Em meados da década de 1990, durante o governo de Fernando Henrique Cardoso, o neoliberalismo já se encontrava aprofundado e o Estado direcionado à lógica de mercado. Pormenorizando o setor saúde, temos aprovação da NOB SUS/96, um dos principais mecanismos estruturantes do SUS, reforçando a ideia de municipalização, e dando maior autonomia para os gestores locais em saúde. Algumas normativas traziam a instituição do Piso da Atenção Básica, incentivo ao Programa Saúde da Família (PSF) e demais atividades para consolidação do sistema público em saúde (BRASIL, 2011).

⁹ Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. (BRASIL, 1990)

¹⁰ Um dos mais importantes instrumentos de gestão do SUS – o que regulamenta o repasse automático fundo a fundo – e o que o distingue dos demais sistemas públicos (educação, segurança etc.) é o Decreto n. 1.232, de 30 de agosto de 1994: dispõe sobre as condições e a forma de repasse regular e automático de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos estaduais, municipais e do Distrito Federal e dá outras providências (BRASIL, 2011, p. 20).

Tivemos, ainda, no ano 2000, aprovação da Emenda Constitucional nº 29, que altera a redação dos artigos: 34, 35, 156, 167, 198 da CF/88, e ainda estipula os recursos mínimos de financiamento destinados à saúde. No entanto, sua regulamentação ainda tramita no senado, reflexo do direcionamento de mercado que o setor ainda sofre. (BRASIL, 2011, p. 23).

Em 2002, pela primeira vez, um presidente com bases sindicais é eleito no Brasil, em resposta à política de desmonte que o país estava mergulhado. A eleição de Luís Inácio Lula da Silva representava uma esperança para classe trabalhadora. No entanto, sua política governamental só deu continuidade à contrarreforma, sendo marcado por ações que, contraditoriamente, refletiram em mudanças na política de saúde, porém pouco mudou, e até mesmo camuflou, o cenário existente.

A XVII Conferencia Nacional de Saúde realizada em 2003 discutiu uma série de pautas sobre a consolidação do SUS. O Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) solicitou junto ao Ministério da Saúde, uma revisão das diretrizes normativas, sob a justificativa que teriam que contemplar a diversidade do país, condizente com cada região/estado. Em 2004, uma oficina intitulada “Agenda do Pacto de Gestão” foi discutida, dentre seus principais pontos, “a metodologia de trabalho para a elaboração de propostas para pactuação de questões fundamentais para o processo de Gestão do SUS” (MACHADO et.al, 2009, p. 02).

Tais debates resultaram na formulação do “Pacto pela Saúde” (2006) - uma série de ações e metas integradas, ramificadas em três dimensões: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão.

O ‘Pacto pela Vida’ traz uma série de prioridades, sobretudo preventivas: implantação da Política Nacional de saúde da pessoa idosa; redução dos números de câncer de mama e colo de útero; diminuição da mortalidade materna e infantil, controle de doenças endêmicas; Implantar a Política Nacional de Promoção à Saúde e, por fim, consolidação da Atenção Básica em Saúde. (VASCONCELOS; PASCHE, 2012).

O ‘Pacto em Defesa pelo SUS’ propõe a politização e mobilização dos profissionais e usuários em prol de um SUS de qualidade e público, e traz consigo algumas questões advindas da Reforma Sanitária. Para isso, se faz

necessário regulamentar a emenda nº29/00, e elaboração da Carta aos Usuários do SUS, como uma forma de acesso a informação e direitos.

Por fim, o 'Pacto de Gestão' visa diminuir os entraves burocráticos decorrentes da descentralização, buscando uma maior autonomia das três entes federativos, definindo as responsabilidades, inclusive de financiamento, de cada um.

No entanto, o Pacto pela Saúde, ainda que fosse efetivado, não solucionaria os problemas estruturais do SUS, "precisando ser enfrentados no debate político e se desdobrar em decisões legislativas e governamentais". (VASCONCELOS; PASCHE, 2012, p. 557)

Nesse sentido, fazendo um balanço de todo processo de reforma sanitária, podemos dizer que esta, foi conduzida, majoritariamente, pela sociedade civil. Sabemos os ganhos que ela nos proporcionou - a criação do SUS e estabelecimento de um direito tão postergado pelo Estado. O SUS proporciona, a milhões de brasileiros, o acesso facilitado e gratuito ao sistema saúde, bem como trouxe diversos avanços tecnológicos, neste campo, ao alcance de todos que dele precisam. No entanto, mesmo após mais de 20 anos de implementação, o SUS ainda padece de muitos problemas institucionais, gestão e financiamento. Para superação e discussão destas particularidades, é necessária uma mobilização política de profissionais e população, estabelecendo alternativas para o "SUS que queremos" (PAIM et al, 2011).

Vale salientar que o SUS deu atenção especial ao setor básico de saúde - atenção primária, transformando-a em uma de suas importantes ferramentas para reorganização do cuidado e trato com a saúde. Muitos países, inclusive o Brasil, basearam-se em diversos estudos¹¹, os quais apontam que sistemas de saúde pautados na Atenção Primária em Saúde (APS) alcançam melhores resultados (BRASIL, 2011).

Reconhecer que Atenção Primária em Saúde é uma área estratégica e que requer esforços para ampliação e desenvolvimento é um passo importante, porém, só consegue obter os resultados esperados quando o

¹¹ Podemos citar as contribuições de MACINKO; GUANAIS; SOUZA, 2006; ALMEIDA; BARROS, 2005; STARFIELD, 2002; WYKE; CAMPBELL; MACIVER, 1992; BOWLING; BOND, 2001 (BRASIL, 2011, p. 28)

sistema de saúde é pautado na universalidade e integralidade, como veremos no próximo ponto.

2.3. ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE (APS) E POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA (PNAB)

Após essa breve explanação da política de saúde no Brasil, nos cabe apresentar, de forma sucinta, como o conceito de atenção primária surgiu, e como seus princípios foram incorporados no Brasil, ao longo dos anos.

Desde sua concepção, a atenção primária constitui-se pela primazia dos cuidados em saúde, numa perspectiva regionalizada e de forma continuada. Sendo assim, diferencia-se das demais complexidades em saúde, pois dedica-se à problemas frequentes, sejam básicos ou complexos, que se apresentam nas suas fases iniciais (CONASS, 2011).

Foi pensada, inicialmente, na Inglaterra em 1920, no chamado Relatório *Dawson*, que visava refutar o modelo “flexionariano”¹² da época, o qual sua proposta curativa rendia altos custos na tecnologia, aliado a pouca resolutividade/eficiência. (MATTA e MOROSINI, 2007)

[...] o conceito de atenção primária em saúde, em sua ênfase sobre a “proximidade das pessoas”, parece estranho em países cujos sistemas de saúde são baseados na tecnologia, na especialização, na supremacia do hospital, no currículo das escolas de Medicina que estão sob o controle de especialistas que trabalham em hospitais. (STARFIELD, 2002, p. 29)

Sendo assim, o relatório em questão hierarquizava os serviços e organizava os centros de saúde em: primários e secundários, serviços domiciliares e/ou suplementares e hospitais de ensino. Ainda, é importante frisar que este modelo inglês, influenciou as novas organizações dos sistemas de saúde e cuidados primários no mundo, pautando-se em dois princípios essenciais: a regionalização e integralidade (MATTA; MOROSINI, 2007).

Em 1966, o documento da Comissão de Millis (Comissão de Cidadãos) ocorrida nos EUA, classificou a APS em: “oferta do primeiro contato,

12 Homenagem a Flexner, cujo relatório, 1911, fundamentou a reforma das faculdades de Medicina nos EUA e Canadá. Modelo de medicina voltado para assistência à doença em seus aspectos individuais e biológicos, centrado no hospital, nas especialidades médicas e no uso intensivo de tecnologia.

adoção da responsabilidade longitudinal pelo paciente independente da presença ou ausência de doenças e a integração de aspectos físicos e sociais da saúde.” (ROSEN, 1994, p. 372 apud ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2012, p.784)

No fim da década de 1970, tivemos a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde, ocorrida na cidade de Alma-Ata no Cazaquistão/URSS. Neste evento, foram discutidas e elaboradas metas para os 134 países partícipes, onde se buscava elevar os seus níveis de saúde até o ano 2000. Esta proposta seria chamada, mais tarde, de “Saúde para Todos no Ano 2000”. Não obstante, o “Documento de Alma Ata (1978)” trouxe o seguinte conceito de cuidados primários em saúde:

São cuidados essenciais de saúde, baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação (CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS EM SAÚDE, 1978, p. 02).

Agregando alguns conceitos do Relatório *Dawson*, a Declaração de Alma Ata vai mais além, trazendo a luz às reais necessidades em saúde de cada região, em uma prática centralizada no sujeito, e não na doença, além de estabelecer o trabalho interdisciplinar entre os profissionais em saúde. Sendo assim, de acordo com OMS, a atenção primária deve englobar os seguintes aspectos:

- ✓ Educação para saúde e métodos de prevenção de doenças;
- ✓ Atendimento aos problemas de alimentação, abastecimento de água e saneamento básico;
- ✓ Imunização;
- ✓ Combate às doenças endêmicas;
- ✓ Tratamento adequados de doenças e lesões comuns;
- ✓ Provisão dos medicamentos básicos (ALEIXO, 2002).

Segundo Starfield (2002) há controvérsias acerca da aplicabilidade destes conceitos em países altamente industrializados, cujo sistema de saúde esteja baseado na tecnologia dura, especialização e modelo hospitalocêntrico.

Em alguns estudos avaliativos sobre Atenção Primária em Saúde e seus impactos, apontam para o surgimento de uma forma seletiva, endossada principalmente pelo Banco Mundial e Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), sob justificativa o alto custo e pouca aplicabilidade do modelo integral, priorizando os setores mais espoliados com ofertas de serviços restritos a este grupo. (WERNER, 1995, apud ALEIXO, 2002).

Assinalamos, portanto, o Banco Mundial enquanto um dos principais financiadores das ações em áreas carentes sociais, inclusive, na APS, desenvolvendo-as numa lógica mercadológica, desumanizada e mecanizada (ALEIXO, 2002).

Pormenorizando o Brasil, até final da década de 1970, foi possível visualizar ações tímidas e incipientes na área do cuidado básico a saúde nos lugares remotos e/ou periféricos, como a criação do Programa de Interiorização das Ações de Saúde no Nordeste (PIASS). Em concomitância, o modelo de saúde vigente no país, o médico previdenciário, encontrava-se cada vez mais em crise, devido as fortes pressões dos movimentos sociais emergentes.

A proposta de APS foi verdadeiramente absorvida pós reforma sanitária, e aparece nos documentos normativos a partir da NOB/96. As primeiras ações de atenção primária no Brasil, nos moldes de Alma Ata, ocorreram com o Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991. Logo após, temos a criação e efetivação do Programa Saúde da Família (PSF) em 1994, como uma estratégia de reorganização da atenção básica, e tentativa de municipalizar o cuidado em saúde da população, ambos dando um enfoque na saúde comunitária e familiar.

Sua implantação teve como objetivo geral melhorar o estado de saúde da população, mediante a construção de um modelo assistencial de atenção baseado na promoção, proteção, diagnóstico precoce, tratamento e recuperação da saúde em conformidade com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. (MEDEIROS 2012, p. 29)

Este novo modelo de atenção em saúde visa superar o modelo tradicional clínico, centralizado apenas na relação “médico-paciente”, buscando estabelecer novas práticas profissionais, a partir do vínculo, aliado a ênfase ao trabalho multiprofissional, composta por uma equipe mínima em saúde.

Além do interesse em aumentar o nível de responsabilização dos municípios para com saúde básica, outro fator importante para criação destes mecanismos foi à necessidade em controlar os altos índices de morbidade infantil, sobretudo, nos municípios localizados nas regiões Nordeste e Norte, que geralmente não contavam com um aparato em saúde. Nesse sentido, o PSF destinou-se para os locais de maiores índices de vulnerabilidade social - quadro não tão distante do que é visto atualmente. (FAUSTO; MATTA, 2007).

Tais programas (PACS e PSF) traziam consigo características da proposta original da APS mundial, no entanto, apresentava uma de suas tendências - a seletividade, visto que, as suas ações destinavam-se aos grupos de maior vulnerabilidade, conseqüentemente mais pobres, sem acesso aos serviços de saúde. Além disso, a forma verticalizada do serviço, não se mostrava suficientemente capaz de promover uma real reorganização nos modelos de atenção (FAUSTO; MATTA, 2007).

A posição marginal que ocupava o Pacs e o PSF dentro do Ministério da Saúde contribuiu para que tais programas assumissem no primeiro momento um perfil segmentado. Sua vinculação se fez junto à Coordenação da Saúde da Comunidade (Cosac) dentro do Departamento de Operações da Fundação Nacional de Saúde (Funasa), sob responsabilidade da Gerência Nacional do Agente Comunitário e da Gerência da Saúde da Família. O PSF nasceu descolado das áreas programáticas e nos seus primeiros anos de existência manteve-se fora da estrutura do Ministério da Saúde. (FAUSTO; MATTA, 2007, p. 59)

A saída APS de sua posição marginal foi possível, primeiro com a mudança de sua vinculação institucional, passando para o Departamento de Assistência e Promoção à Saúde. Logo após, A NOB SUS/96 instituiu o Piso de Atenção Básica, que consistia no repasse mensal aos municípios como uma forma de incentivo à criação de ações/serviços de APS locais. (FAUSTO; MATTA, 2007).

Portanto, cabe-nos inferir que o PSF inicialmente ocupa espaço insipiente na agenda em saúde, visto como uma forma paliativa em atender aos mais necessitados e sem acesso a medicina de mercado. Depois, surge como uma estratégia governamental para “comandar” uma nova reorientação no modelo de atenção do SUS.

O grande diferencial do PACS/PSF foi abordagem centrada no núcleo familiar, e não somente no indivíduo. Além disso, a comunidade e

território aparecem como mecanismos de descentralização dos serviços, ampliação da cobertura e regionalização das ações. Nesse sentido:

O modelo PSF propõe que a equipe multidisciplinar assuma a responsabilidade sobre um território onde vivem e trabalham um quantitativo de pessoas, tendo como foco de intervenção a família, buscando imprimir uma atenção continuada, intersetorial e resolutive com base nos princípios da promoção da saúde (Brasil, 1999 apud FAUSTO; MATTA, 2007, p. 61).

A APS, nos documentos e portarias do MS, é assinalada como Atenção Básica em Saúde (ABS) o que nada difere dos princípios da atenção primária. Entretanto, Mendes (2005) assinala que o termo “básico” pode reforçar ideias de um sistema menos complexo, representando menor importância.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) foi aprovada por meio da portaria nº 648, de 28 de março de 2006, caracterizando a ABS enquanto conjunto de práticas em saúde, no âmbito individual e coletivo, destinadas à promoção e proteção em saúde, prevenção de doenças e agravos, tratamento, reabilitação e redução de danos (BRASIL, 2012).

É desenvolvida no mais alto grau de descentralização e capilaridade, firmando as atribuições de cada ente federativo, devendo ser o primeiro contato dos usuários. Portanto, a política de atenção básica, é estabelecida enquanto principal “porta de entrada do SUS”, além de demonstrar um alinhamento com as suas diretrizes e princípios (BRASIL, 2012).

O PSF, portanto, se apresenta como principal estratégia para reorganização da atenção básica, e incorpora adequações somadas ao Pacto pelo SUS, Pacto pela Vida e Pacto pela Gestão. Desta forma, passou a denominar-se como Estratégia Saúde da Família (ESF), a partir de 2006, agregando o profissional odontólogo e auxiliar/técnico de saúde bucal na equipe mínima (MEDEIROS 2012).

Para compreender como ESF se conforma na Política de Atenção Básica no Brasil, é necessário discutir algumas de suas categorias, dentre as quais destacamos: Equipes Saúde da Família, Unidade Familiar e Comunidade.

✓ **Equipe Saúde da Família** é composta por profissionais generalistas da área de saúde. Normalmente, formado por um/a

médico/a generalista, enfermeiro, técnico de enfermagem, de 4 a 6 ACS, odontólogo e auxiliar/técnico de saúde bucal. Deve responsabilizar-se por até 4.000 habitantes, sendo a média recomendada mais ou menos 3.000 habitantes, com jornada de trabalho de 40h, salvo, apenas, profissional o/a médico/a que pode ter carga horária diferenciada.

✓ **Unidade Familiar** considerada o lócus de proteção e desenvolvimento social do indivíduo, vista na APS para além das pessoas que residem numa só casa, mas levando em consideração variações que “descrevam a organização e situação familiar e as características do ambiente em que a família está localizada.” (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2012, p. 804)

✓ **Comunidade** também vista como território de abrangência das equipes de saúde da família. Consiste em traçar os perfis socioeconômicos, culturais, epidemiológicos, bem como, compreensão das áreas de risco e maior densidade demográfica, presença de barreiras físicas para acesso à UBS/USF, visualização dos equipamentos sociais da localidade - processo este conhecido como “territorialização” e adstrição de clientela (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2012, 805).

O que compreendemos por “porta de entrada”, significa dizer que aquele serviço é o primeiro a ser consultado em eventuais necessidades em saúde. Desta forma, deve ser acessível e disponível, para que a população não precise recorrer aos centros de média e alta complexidade.

O vínculo e acolhimento são ferramentas muito importantes neste processo para com o território, uma vez que:

[...] a utilização dos serviços de APS pela população depende da boa resolutividade das equipes, do acolhimento, da capacidade de delimitar os recursos necessários para resolver os problemas e de uma prática baseada na pessoa (e não na doença), na família e na comunidade (BRASIL, 2011, p. 30).

Portanto, o vínculo aumenta a eficácia dos serviços de saúde e favorece a participação e emancipação do usuário frente ao seu direito. Este modelo de trabalho em saúde promove uma saúde humanizada,

compreendendo o paciente/usuário enquanto sujeito que “fala, julga e anseia” (CAMPOS, 1997, p. 29 apud SCHIMITH; LIMA, 2004, p. 02).

A longitudinalidade do cuidado, outro princípio da atenção básica, é pautada no relacionamento pessoal, não se restringindo ao acompanhamento da doença, mas do indivíduo por completo. Justamente pela facilidade do acesso, sócio-geograficamente falando, uma equipe de saúde da família consegue acompanhar uma família, em seus mais diversos ciclos de vida (BRASIL, 2011).

Sendo assim, a efetivação da ESF melhorou bastante o acesso aos cuidados básico em saúde, ao dispor profissionais generalistas e qualificados para lidar com problemas de saúde, em seus estágios iniciais, bem como avaliar o desenvolvimento do tratamento, diminuindo o processo de hospitalização.

[...] as evidências demonstram que a Atenção Primária tem capacidade para responder a 85% das necessidades em saúde realizando serviços preventivos, curativos, reabilitadores e de promoção da saúde; integrando os cuidados quando existe mais de um problema; lidando com o contexto de vida e influenciando as respostas das pessoas aos seus problemas de saúde. (STARFIELD, 1994 apud BRASIL, 2011, p. 29),

Outro ponto importante a ser ressaltado é a integralidade do cuidado em saúde. Esse princípio pressupõe um cuidado amplo, capaz de responder as mais diversas necessidades do indivíduo e família.

A integralidade depende da capacidade de identificar as necessidades percebidas e as não percebidas pelos indivíduos, da abordagem do ciclo vital e familiar e da aplicação dos conhecimentos dos diversos campos de saberes (BRASIL, 2011, p. 33).

Integralidade supõe atuação interdisciplinar, pois no cotidiano das equipes de saúde da família, surgem demandas cujas complexidades necessitam de um trabalho coordenado com especialistas de outras disciplinas.

Inegavelmente, o ESF ampliou e qualificou os serviços, estabelecendo vínculos com a comunidade, cujas equipes possuem responsabilidades sanitárias no território e para com seus usuários.

Pensando nisso, há muito, se discutia a possibilidade de inserção de novos profissionais, diante das necessidades sociais, e demandas reprimidas que chegavam às equipes mínimas. Incorporando estas discussões, e compreendendo a urgência de tais demandas, o Ministério da Saúde,

finalmente, lança a portaria n^o 154/GM, do dia 24 de janeiro de 2008, e publicada no dia 04 de março do mesmo ano.

Tal portaria cria o Núcleo de Apoio à Saúde da Família, o NASF, que se constitui em uma equipe multidisciplinar, contando com vários profissionais, de diversas áreas em saúde, atuando e articulando em conjunto suas ações e práticas profissionais, a fim de promover a ampliação do acesso aos serviços básicos.

É importante ressaltar que o NASF não tem o objetivo de tornar-se uma nova porta de entrada, na verdade, ele atua no apoio matricial, de maneira a fortalecer a ESF e suas equipes mínimas, com base nas prerrogativas de integralidade e intersetorialidade.

Os últimos investimentos no setor de atenção básica trouxeram resultados positivos, sendo possível perceber um crescimento da cobertura das áreas urbanas pelas equipes saúde da família e maior integração entre os serviços secundários e terciários (ANDRADE; BARRETO; BEZEERA, 2012).

Em pesquisas feitas, nota-se o progressivo aumento do referenciamento do sistema básico de saúde como serviço habitual da população. Isso é muito importante, uma vez que, a noção de cuidado e tratamento em saúde nos hospitais e busca pelos especialistas sem encaminhamento pela atenção básica ainda é muito forte no país. (PAIM et al, 2011).

Outro impacto positivo foi na saúde materno-infantil, pois, em muitos municípios, os índices de mortalidade materna e neonatal despencaram, e aliado a isso destacou-se uma queda nos números de desnutrição e morte por diarreia (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2012).

No entanto, o conceito de atenção básica, ainda não foi bem assimilado por diversos países, incluindo o Brasil¹³. O que deveria consistir em cuidados primários, básicos e fundamentais, é visto como sem importância e necessitando de pouco investimento. (BRASIL, 2010 p. 14 apud MENDES, 2002).

¹³ A situação do Brasil, no plano jurídico-legal, se altera com a publicação da Portaria n^o 648/GM, que estabelece a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006).

Além disso, essa ideia pode levar a equívocos, classificando a atenção básica enquanto cuidados mínimos àqueles que não possuem acesso à medicina de mercado. Sendo assim, vivencia-se uma APS seletiva, tendência adquirida dos países capitalistas centrais, fazendo dos serviços primários enquanto um programa destinado às populações das zonas urbanas periféricas e zonas rurais.

Então, ao invés de confrontar o modelo biomédico curativo, a APS passa a ser funcional a este, ofertando serviços residuais e minimalistas, tais como: imunização, prevenção de doenças contagiosas e surtos epidêmicos. Portanto a APS, no Brasil, por vezes, se mostra “um programa seletivo com cesta restrita de serviços” (GIOVANELLA, 2006).

A seguir, iremos discutir um dos nossos focos de análise, o apoio matricial e como este se organiza dentro do contexto do NASF África - Natal/RN.

3. O APOIO MATRICIAL DO NUCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA

A discussão acerca do apoio matricial e seus novos arranjos vieram à tona a partir do pioneiro Método Paideia, utilizado em Campinas (SP) cujos arranjos se expandiram e foram incorporados pelo NASF, posteriormente. Campos e Domitti (2007) se apresentam enquanto principais referências teóricas desta metodologia de reorganização dos processos de trabalho em saúde.

Desse modo, o capítulo encontra-se estruturado em: o primeiro discutindo as bases e a consolidação do Núcleo de Apoio Saúde da Família na Política de Atenção Básica e o segundo, iremos nos reportar aos aspectos conceituais do Apoio Matricial, bem como se formula e organiza tais procedimentos.

Além disso, faremos uma discussão acerca do processo metodológico das entrevistas e das observações, bem como problematizaremos as categorias empíricas.

3.1 O NUCLEO DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA

Anteriormente, discutimos o quanto uma Rede de Atenção à Saúde (RAS) reordenada a partir da Atenção Básica se apresenta enquanto uma forma resolutiva e eficaz quando bem articulada e desenvolvida. Seus princípios: porta de entrada, adstrição de clientela, territorialização, trabalho em equipe, vínculo, uso tecnologias leves; se mostram importantes estratégias para o cuidado de acordo com as necessidades de saúde do indivíduo e seu grupo familiar.

A Estratégia Saúde da Família (ESF), apesar dos avanços e sua resolutividade comprovada, inclusive, internacionalmente, enfrenta diversos desafios, o qual se destaca:

o processo em curso de redefinição e qualificação da atenção básica na ordenação das redes de atenção e na sua capacidade efetiva de gestão do cuidado, por meio do aumento do escopo das ações, da ampliação de formatos de equipes, de ações que auxiliem na expansão da resolutividade e da articulação e suporte com/de outros pontos de atenção da Rede de Atenção a Saúde (BRASIL, 2014, p. 12).

Pensando na promoção do cuidado, e, principalmente, sua abordagem integral, o Ministério da Saúde, após intensas discussões, cria o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), por meio da portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Além da perspectiva de integralidade, o NASF foi organizado para apoiar as Equipes Saúde da Família na rede assistencial de saúde.

Em 2010, a fim de traçar objetivos mais concretos aos gestores e trabalhadores, o MS lança o Caderno de Atenção Básica nº 27 - “Diretrizes do NASF”. Na ocasião, o documento discute os aspectos normativos, além das práticas a serem desenvolvidas, tanto para equipe, como para cada processo de trabalho específico.

A equipe multiprofissional que compõe o NASF pode ser composta pelos seguintes trabalhadores: assistente social; profissional de Educação Física; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; profissional com formação em arte e educação (arte educador); nutricionista; psicólogo; terapeuta ocupacional; médico ginecologista/obstetra; médico homeopata; médico pediatra; médico veterinário; médico psiquiatra; médico geriatra; médico internista (clínica médica); médico do trabalho; médico acupunturista; e profissional de saúde sanitaria, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas (BRASIL, 2014).

O mecanismo que orienta a gestão do trabalho do NASF é o Apoio Matricial, que promove a integração entre equipes SF (generalistas) e profissionais especialista do NASF, para discutir, propor e avaliar casos e/ou situações/problemas de cada território. Sendo assim,

O NASF desenvolve um trabalho compartilhado e colaborativo em pelo menos duas dimensões: **clínico assistencial e técnico-pedagógica**. A primeira é aquela que vai produzir ou incidir sobre a ação clínica direta com os usuários, e a segunda que vai produzir ação de apoio educativo com e para as equipes. Poderíamos ainda identificar uma dimensão de atuação direta sobre elementos coletivos, como os riscos coletivos e o trabalho coletivo de uma equipe. (BRASIL, 2014, p. 11).

Salienta-se que o apoio matricial será discutido de maneira mais aprofundada posteriormente, no próximo subitem, sendo apenas brevemente mencionado aqui.

A necessidade desta retaguarda especializada, isto é, apoio de profissionais especializados para lidar com tais questões, surgiu a partir das inúmeras necessidades em saúde dos usuários da atenção básica.

Desta forma, compreende-se um avanço, uma vez que o processo saúde-doença deve ser visto para além do seu aspecto biológico, e sim, a partir de seus determinantes sociais¹⁴.

Para dar conta da demanda de municípios que necessitam do apoio do NASF, conforme portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012, foram criados 3 modalidades deste programa, sendo eles:

✓ **NASF 1:** apoio a 5 e/ou 9 Equipes de Referências ESF e/ou Equipes de Atenção Básica (AB) para populações específicas, fluviais, ribeirinhas e consultórios de rua. Mínimo de 200h semanais, sendo cada ocupação profissional com, no mínimo, 20h de carga horária semanal, e no máximo 80h.

✓ **NASF 2:** apoio a 3 e/ou 4 Equipes de Referências da ESF e/ou Equipes de AB para populações fluviais, ribeirinhas e consultório de rua. Mínimo de 120h semanais, sendo cada ocupação com, no mínimo, 20h semanais, e no máximo 40h semanais.

✓ **NASF 3:** apoio a 1 e/ou 2 Equipes de Referência da ESF e/ou Equipes de AB para populações fluviais, ribeirinhas e consultório de rua. Mínimo de 80h semanais, sendo cada ocupação com, no mínimo, 20h semanais, e no máximo 40h semanais (DAB/SAS/MS, 2013 apud BRASIL, 2014, p. 13).

Portanto, as demandas do NASF advêm das equipes de referência ESF, além das equipes de atenção básica que atuam nos setores fluviais, ribeirinhas e com moradores em situação de rua. Tais encaminhamentos são frutos de muitas discussões, e não são encaminhados de forma deliberada e/ou impessoal.

¹⁴ Para a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), os Determinantes Sociais em Saúde (DSS) são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população. A comissão homônima da Organização Mundial da Saúde (OMS) adota uma definição mais curta, segundo a qual os DSS são as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham (BUSS; FILHO, 2007, p. 78).

Salienta-se que, apesar de ser parte integrante da atenção básica, o NASF não se constitui enquanto “porta de entrada” dos usuários, tampouco, se mostra um serviço independente, visto que seu espaço físico de trabalho, bem como território de abrangência pertence às unidades de saúde que atuam.

Sendo assim, a importância do NASF está na sua articulação com as equipes, aumentando o potencial de cuidado das unidades de saúde, além da interlocução com os demais serviços da rede. (BRASIL, 2014).

Suas diretrizes nada diferem das instituídas na AB. Dentre elas, a integralidade, de acordo com o “Caderno de Atenção Básica: Diretrizes do NASF” (2010) é apontada como principal diretriz, desenvolvida nos seguintes eixos:

(a) a abordagem integral do indivíduo levando em consideração seu contexto social, familiar e cultural e com garantia de cuidado longitudinal; (b) as práticas de saúde organizadas a partir da integração das ações de promoção, prevenção, reabilitação e cura; além de (c) a organização do sistema de saúde de forma a garantir o acesso às redes de atenção, conforme as necessidades de sua população (BRASIL, 2010, p. 17).

Além da integralidade, outros princípios norteiam sua atuação, são eles: território; educação popular em saúde; interdisciplinaridade; participação social; intersetorialidade; educação permanente em saúde; humanização e promoção da saúde (BRASIL, 2010).

O NASF é implantado em cada município a partir da elaboração de um projeto e/ou algo equivalente, discutido por gestores em saúde, equipes de AB e usuários, devendo considerar:

[...] os profissionais que vão compor os Nasfs, incluindo as justificativas da escolha, a identificação das equipes que cada Núcleo vai apoiar, o planejamento e/ou a previsão de agenda compartilhada entre as diferentes equipes e a equipe do Nasf, que incluam ações individuais e coletivas, de assistência, de apoio pedagógico [...] (BRASIL, 2012 apud BRASIL, 2014, p.26).

Para o levantamento dos dados do território que receberá o NASF, dever-se-á buscar não somente os sistemas de informação convencionais, tais como: prontuários; dados de pessoas atendidas na UBS/USF; informações em sites oficiais; atas de reuniões; mapeamento dos locais; mas, sobretudo, é necessário reunir-se com usuários, equipes de AB e gestores. Somente assim, será possível construir um perfil territorial e elencar quais as principais necessidades que incidirão na composição do NASF (BRASIL, 2014).

Para organização do NASF, leva-se em consideração a quantidade de equipes AB ou ESF a serem apoiadas, e sua proximidade geográfica, exemplificando o NASF África Natal RN, localizado no Distrito Norte I, apoiando outras 03 unidades e suas respectivas equipes ESF pertencentes ao mesmo distrito sanitário.

As ações prioritárias do NASF são definidas em “áreas estratégicas”, que são: saúde da criança e adolescente; saúde mental; reabilitação e promoção em saúde integral da pessoa idosa; alimentação e nutrição; serviço social; saúde da mulher; assistência farmacêutica; atividade física e práticas corporais; práticas integrativas e complementares. (BRASIL, 2010, p. 08)

Sendo assim, as propostas de intervenções devem ser construídas junto às equipes de AB, considerando as vulnerabilidades locais e possibilidades de promoção e prevenção à saúde, evitando a oferta de serviços desnecessários e/ou não prioritários para as equipes de referência (BRASIL, 2014).

Portanto, o NASF organizará seu processo de trabalho de acordo com seu território de responsabilidade, promovendo ações clínicas compartilhadas, qualificando o atendimento e serviço ofertado aos usuários e comunidade; promovendo intervenções específicas entre o NASF e usuários, bem como ações compartilhadas de território junto às equipes apoiadas (BRASIL, 2010).

Dessa forma, o NASF introduz algumas propostas - seja de apoio à gestão, seja de apoio à atenção - na sua metodologia de trabalho. Nesse sentido, apresentando as seguintes ferramentas: Clínica Ampliada, Projeto Terapêutico Singular (PTS) e Projeto de Saúde do Território (PST) e Pactuação do Apoio.

A Pactuação do Apoio consiste em dois momentos: Avaliação conjunta da situação inicial do território entre os gestores, equipes de SF e Conselhos de Saúde; e Pactuação do desenvolvimento do processo de trabalho, metas entre gestores, equipes de SF, equipe NASF e participação social (BRASIL, 2010).

A Clínica Ampliada é direcionada a todos os profissionais de saúde que atuam no atendimento aos usuários, onde cada um faz seu recorte, de

acordo com sua atuação. Perpassa diversas etapas: compreensão ampliada do processo saúde-doença; construção compartilhada dos diagnósticos e ações terapêuticas; ampliação do “objeto” de trabalho; transformação dos meios e instrumentos de trabalho; e suporte para os profissionais de saúde (BRASIL, 2010, p. 26).

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) se constitui na discussão dos casos clínicos pela equipe, geralmente, os considerados mais complexos, e se apresenta como uma das mais importantes formas clínicas e gerenciais de uma equipe. Portanto, é um espaço privilegiado para partilhar as percepções acerca do cuidado básico ofertado a sujeito singular ou coletivo. Ainda, apresenta quatro etapas: Diagnóstico e Análise; Definição de Metas; Divisão de Responsabilidades; e Reavaliação (BRASIL, 2014).

As reuniões são muito importantes para construção desses espaços de discussões, devendo estar prevista na agenda das equipes AB e NASF, pelo menos quinzenalmente.

Para isso, deve-se levar em consideração para construção de um PTS: descobrir o sentido da doença ou sofrimento do usuário, conhecer as singularidades do sujeito, e não partir diretamente para doença. Devendo lembrar que cada sujeito tem sua história, sua dor, seus anseios e tais perguntas ajudam a conhecer a dinâmica do usuário e qual a melhor forma de ajudá-lo. E por fim, avaliar se há resistência ou negação a doença a qual o sujeito foi acometido, qual sua capacidade de autonomia e como a família enxerga, essas informações são úteis para elaborar um PTS específico.

O Projeto de Saúde do Território (PTS) privilegia o reconhecimento do território, e avaliação dos casos de maior vulnerabilidade, devendo justificar as suas escolhas. Funciona como “catalisador” ações, visando à melhoria das condições de saúde local, e promovendo a integralidade e intersetorialidade (IBIDEM, 2010, p. 30).

No entanto, já podemos elencar algumas dificuldades neste programa a começar pela sua gestão de trabalho: o apoio matricial. Segundo o documento normativo do NASF (2014) recentemente divulgado, são apontados como possíveis entraves: o desconhecimento e/ou dificuldades para o trabalho

compartilhado, vínculo e pactuação do cuidado - princípios norteadores do apoio matricial.

O NASF se configura enquanto apoiador a gestão e atenção a saúde, no entanto, a dificuldade em criar espaços coletivos para discussões é visível dada a lógica fragmentada que o cuidado a saúde está engendrado.

A seguir, teceremos algumas considerações acerca deste apoio e como se estrutura.

3.2 AFINAL, O QUE É APOIO MATRICIAL? ABORDAGENS SOBRE O MODELO DE GESTÃO DO TRABALHO DO NASF.

Antes de discutir o matriciamento na AB, se faz necessário contextualizar onde este arranjo tomou forma e se consolidou, começando pelo viés da saúde mental, e se expandindo para atenção básica.

Conforme Gomes (2006), a experiência pioneira foi na cidade de Campinas (SP), passando a reorganizar seus serviços de saúde, a partir da Atenção Básica, isto é, colocando a disposição da população médicos generalistas e enfermeiros próximos às comunidades, assim como equipes mínimas de saúde mental. Estas por sua vez, compostas por médicos/as psiquiatras, psicólogos/as e terapeutas ocupacionais.

Em 2001, observamos a criação do programa Paidéia. Ressalta-se que quando o PSF se espalhava pelo país, Campinas já contava com 46 Centros de Saúde que já comungavam desta proposta. Desde os anos 70, a cidade já vivera suas primeiras experiências em saúde voltada à atenção básica, o que serviu de base, para formação de uma rede eficiente e “madura”, capaz de atender desde a criança, o adulto até o idoso. (SMS/CAMPINAS, 2009).

Diante dessa realidade, Campinas escolheu por utilizar os recursos já existentes na rede para implementação do PSF e, dessa forma, ampliá-los e combiná-los com outros princípios: acolhimento, responsabilização, co-gestão, entre outros. (Gomes, 2006, p. 03 apud Figueiredo, 2005)

De acordo com Campos (2000) o **Método Paidéia** é uma proposta de co-gestão de coletivos organizados para a produção de valor de uso¹⁵.

¹⁵ Diz respeito ao valor de uso e ao valor de troca das mercadorias. O Método Paidéia não desconhece que o trabalho no capitalismo também pode produzir valor de troca, mas faz uma

Portanto, Paideia - é uma terminologia da Grécia Clássica, significando “desenvolvimento integral do ser humano”.

Nessa metodologia de trabalho com grupos e equipes se considera o Efeito Paidéia como um processo social e subjetivo em que as pessoas ampliam sua capacidade de buscar informações, de interpretar-las, buscando compreender-se a si mesmas, aos outros e ao contexto, aumentando, em consequência, a possibilidade de agir sobre estas relações (CAMPOS, 2003, p. 04)

O apoio permite uma interação diferenciada a equipe, com reconhecimento dos papéis, poder e conhecimento dentro da instituição, no entanto, sua metodologia só se aplica quando ocorre a co-gestão.

O termo Apoio indica uma pressão de fora, implica trazer algo externo ao grupo que opera os processos de trabalho ou que recebem bens ou serviços. Quem é apoio sustenta e, ao mesmo tempo, empurra o outro. Sendo, em consequência, sustentado e empurrado por sua vez pela equipe “objeto” da intervenção. Tudo junto e ao mesmo tempo. (CAMPOS, 2003, p. 06)

A gestão compartilhada do cuidado e a clínica ampliada podem ser espaços para desenvolvimento deste método. Tal metodologia de gestão de trabalho foi retirada desta ideia, cuja proposta “cria a figura do apoiador e sugere que os sujeitos com práticas, saberes e valores distintos podem atuar de maneira dialógica” (CAMPOS; DOMITTI, 2007, p. 402).

Sendo assim, os profissionais dos Centros de Saúde figuravam como Equipes de Referência de um determinado território. Ainda, de acordo com Gomes (2006), as demais especialidades como saúde coletiva/mental e reabilitação física aparecem como apoiadores destas equipes.

Portanto, entendemos o apoio matricial como um mecanismo de ampliação do conjunto de ações coletivas utilizadas, bem como uma mudança nas práticas incorporando as reais necessidades em saúde. No exemplo de Campinas, a interlocução foi feita entre CAPS (Centros de Apoio Psicossociais) e UBS, numa tentativa de impedir a “psiquiatrização” e diminuir o número de internações, favorecendo novas práticas terapêuticas e a co-responsabilização do cuidado (GOMES, 2006).

Neste caso, o apoio matricial se apresenta como uma nova metodologia de trabalho, visando estabelecer uma interlocução entre equipe de

opção éticopolítica de pensar a gestão e o trabalho a partir da produção de valor de uso (CUNHA; CAMPOS, 2010, p. 31).

referência nos cuidados em saúde, prestando **retaguarda clínico-assistencial**, bem como **suporte técnico-pedagógico**. O primeiro termo consiste em atendimento direto a população por meio de encaminhamentos e discussões de casos; e o segundo termo, remete ao apoio especializado e educativo para com as equipes de referências.

Apoio matricial e equipe de referência são, ao mesmo tempo, arranjos organizacionais e uma metodologia para a gestão do trabalho em saúde, objetivando ampliar as possibilidades de realizar-se clínica ampliada e integração dialógica entre distintas especialidades e profissões. (CAMPOS; DOMITTI, 2007, p. 400)

De acordo com Oliveira (2007) o arranjo matricial se mostra como uma importante ferramenta para dar continuidade ao vínculo, além da possibilidade da troca de saberes entre profissionais, qualificando a rede de serviços em saúde.

Dentro desta proposta de arranjo, cada saber e respectivos domínios técnicos de cada profissão se constituem no seu *Núcleo*. Já os saberes integrados, articulados em prol de um objetivo comum de trabalho se constituem no *Campo*. Tanto o núcleo, quanto o campo devem estar articulados, ensejando a capacidade em construir novas práticas e ampliando a capacidade profissional na co-produção em saúde (OLIVEIRA, 2007).

No seu formato original, o apoio matricial seria a disponibilidade de especialistas - detentores de um saber específico, e de um perfil distinto dos profissionais de referência.

A equipe de referência, por sua vez, é composta por profissionais que são considerados essenciais para condução das situações-problemas em saúde, onde agrega o profissional médico generalista, enfermeiro, técnico em enfermagem, dentista e auxiliar de saúde bucal. Já o apoiador matricial é:

[...] um especialista que tem um núcleo de conhecimento e um perfil distinto daquele dos profissionais de referência, mas que pode agregar recursos de saber e mesmo contribuir com intervenções que aumentem a capacidade de resolver problemas de saúde da equipe primariamente responsável pelo caso (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

De acordo com Brasil (2010) o que define uma equipe de referência não é somente a adstrição de clientela¹⁶, mas, diz respeito a distribuição de

¹⁶ Segundo a PNAB (2012) refere-se ao trabalho com território de referência definido, cujas equipes são responsáveis pela clientela adscrita da área.

poder que se deseja na organização. A equipe de referencia tem uma coordenação única, para toda equipe, diferente dos demais centros de saúde e hospitais que possuem, para cada profissão, suas chefias. Isto aumentaria a fragmentação do serviço, podendo existir uma preocupação maior com as atividades corporativas do que o cuidado ao usuário.

A proposta de atuação na atenção básica é uma interdependência entre os profissionais, cada qual com sua função, porém com objetivos em comum e comprometimento com a clientela determinada.

Tais arranjos permitem uma atenção ampliada ao usuário, de acordo com as suas necessidades, bem como se mostra uma maneira de democratização dos espaços, estabelecendo relações horizontais entre os profissionais e construindo linhas de transversalidade.

A lógica de apoio matricial favorece, ainda, a autonomia dos profissionais, o que é visto como positivo por Campos (1997), pois um trabalhador que atua de forma mecânica, segundo a lógica gerencial taylorista dos Hospitais, por exemplo, está sujeito a se desinteressar pelo ato de cuidar. Isto é, profissionais sujeitos a uma vigilância controladora e com centralização de poder tende diminuir a qualidade do serviço ofertado e seu comprometimento com a promoção em saúde.

Nesse sentido, o contato entre as equipes de apoio e referencia podem ocorrer das seguintes formas: a primeira, com a marcação de encontros periódicos com as equipes de referencias para discussões de práticas e casos selecionados para intervenção e elaboração de projetos terapêuticos. A idéia é “mergulhar na singularidade do caso e, a partir da troca de informações, hipóteses explicativas e experiências, formular um projeto específico.” (OLIVEIRA, 2007).

Já a segunda, seria o atendimento em conjunto do apoiador e profissional de saúde, em uma perspectiva de co-produção. Podendo ser em consultório, domicílio ou qualquer outro espaço, a idéia é possibilitar a troca de saberes no ato, sendo de igual importância para os profissionais envolvidos.

Campos e Domitti (2007) fazem uma ressalva nos procedimentos que podem ocorrer quando a equipe de referencia já aciona o apoio, sem uma discussão minuciosa – somente em casos de urgência ou previstos.

Ademais, a comunicação entre equipe de referencia e apoiadores podem ocorrer das seguintes formas:

- a) atendimentos e intervenções conjuntas entre o especialista matricial e alguns profissionais da equipe de referência;
- b) em situações que exijam atenção específica ao núcleo de saber do apoiador, este pode programar para si mesmo uma série de atendimentos ou de intervenções especializadas, mantendo contato com a equipe de referência, que não se descomprometeria com o caso, ao contrário, procuraria redefinir um padrão de seguimento complementar e compatível ao cuidado oferecido pelo apoiador diretamente ao paciente, ou à família ou à comunidade;
- c) é possível ainda que o apoio restrinja-se à troca de conhecimento e de orientações entre equipe e apoiador; diálogo sobre alterações na avaliação do caso e mesmo reorientação de condutas antes adotadas, permanecendo, contudo, o caso sob cuidado da equipe de referência (CAMPOS; DOMITTI, 2007, p. 401).

Cabe-nos inferir que para o apoio ser desenvolvido supõe a necessidade de uma série de condições para organização dos serviços e processos de trabalho. Significando dizer, segundo Campos (1998) apud Oliveira (2007, p. 268), a necessidade em desprecarizar as relações de trabalho sendo, primordialmente, por meio de concurso, e não contrato e/ou regime de plantão; utilizar a educação permanente em saúde como uma maneira de qualificar os serviços e práticas profissionais; adstrição de clientela bem definidas e organizações de equipes de referencias; ensejar a criação de espaços para encontros entre apoiadores e equipes de referências enquanto dispositivos de co-gestão; e por fim, espaços que trabalhem não só os planos estratégicos, mas que analises as relações institucionais e discutindo temas como: clinica ampliada, saúde pública e relações sociais.

Ainda, conforme Oliveira (2007), o apoio matricial pretende construir **Projetos Terapêuticos Singulares**, que consistem em discussões coletivas de casos e suas estratégias de intervenções. Por oportuno, um profissional é delegado para coordenar e acompanhar o caso, tornando-se referencia para os profissionais e usuários, trazendo o *feedback* para equipe e novos encaminhamentos, caso sejam necessários.

Como bem disse Campos e Domitti (2007), o termo matricial representa uma crítica às relações verticais como vemos nos sistemas de saúde - estes, que são planejados de modo muito rígido e seguindo rigorosamente suas diretrizes.

Ressalta-se que o termo “apoio” remete à transversalidade desta metodologia, visando um ordenamento no serviço de referencia e contrarreferencia, não como uma forma de hierarquização, e sim, com base em procedimentos dialógicos.

É interessante a maneira na qual a proposta é colocada aos profissionais, preconizando “o aprender fazendo e produzir aprendendo, modificando seu modo de ser e estar no mundo e no trabalho” (OLIVEIRA, 2007). Por isso, a aposta no trabalho interdisciplinar, indo contra lógica taylorista de racionalização de práticas e recursos tecnológicos.

No entanto, faz-se necessário discutir os diversos entraves que perpassam esse tipo de trabalho integrado em saúde, condicionando seu manejo e/ou desenvolvimento. De acordo com Campos e Domitti (2007), são eles:

- ✓ **Obstáculo Estrutural:** a metodologia do matriciamento surge para diminuir a fragmentação do cuidado, resultado da intensa especialização imposta pelo modelo de saúde curativo - que estimula a verticalização, hierarquização e disciplina. Neste caso, o apoio matricial e equipes de referencia aparecem como ferramentas eficientes para estabelecimento de vínculos, humanização e democratização dos espaços e trabalho interdisciplinar - conceitos contrários a lógica gerencial e médico curativa que ainda se perpetuam nos serviços de saúde, sobretudo os de média e alta complexidade.
- ✓ **Obstáculos decorrentes ao excesso de demanda e de carência de recursos:** O SUS ainda encontra-se em construção e vive sob a constante ameaça neoliberal, tensionado entre o projeto privatista e que demanda especialistas para o projeto democrático e integral de saúde. Existem estudos que comprovam a eficácia de um sistema de saúde estruturado a partir da rede básica, no entanto, ainda carece de muitos investimentos. O apoio matricial configura como uma forma de racionalizar o acesso e uso dos recursos,

possibilitando que um especialista apoie várias equipes. Paradoxalmente, ao mesmo tempo em que se constitui um “obstáculo”, o apoio matricial, quando desenvolvido, pode diminuir os desafios impostos a ele.

- ✓ **Obstáculo Político e de Comunicação:** Comumente, existe uma centralização de poder concentrado nos diretores/gestores/médicos/especialistas. O SUS quebra um pouco desta lógica, ao instituir o controle social, no entanto, tais decisões perpassam as instancias dos conselhos. Portanto, a idéia em compartilhar projetos terapêuticos e democratizar espaços coletivos ainda depende de uma mudança de “mentalidade” e até mesmo, na legislação vigente do SUS a este respeito. Este modelo dificulta, inclusive, a circulação de informações e contatos interprofissionais. O apoio matricial e equipes de referencias dependem de espaços com pactuação do cuidado, porém, são poucos os locais que disponham de co-gestão e democracia institucionais.
- ✓ **Obstáculo Subjetivo e Cultural:** O trabalho interdisciplinar pressupõe a capacidade profissional em ser observado, receber críticas e para tomada de decisões de forma consensual. Além disso, não existe fomento, por parte dos gestores e entre equipes, acerca dos métodos para práticas compartilhadas, trabalho dialógico e interativo; isto faz com que cada profissional use de sua autonomia profissional, “julgando-a conforme o direito que teriam de deliberar sobre os casos de modo isolado.” O apoio matricial condensa vários saberes, várias subjetividades e, conseqüentemente, diversas concepções de saúde. O Projeto Terapêutico tem se mostrado uma ferramenta capaz de mediar tais relações, no entanto, estabelecer o diálogo e vivencias de forma compartilhada, embora não tenha se mostrado tarefa fácil.

- ✓ **Obstáculo Ético:** Discuti-se o sigilo das histórias de usuários/familiares e grupos comunitários. O uso do prontuário único e a discussão de caso “obriga” às equipes (re)pensarem nas suas relações entre si e para com os usuários. Por isso, são colocadas várias perguntas para reflexão das práticas individuais e coletivas e de como não comprometer o direito à privacidade de cada usuário.
- ✓ **Obstáculo Epistemológico:** Cada profissional tem sua concepção própria do processo saúde-doença – alguns, ainda condicionado a forma biomédica e outros a forma social, ambas consideradas insuficientes para um apoio integral. A clínica ampliada (ou clínica do sujeito) pretende integrar essas perspectivas em um método de trabalho específico para as necessidades do usuário. O apoio matricial, por sua vez, a partir de sua concepção interdisciplinar, sugere práticas que visam “quebrar” os métodos que não compreendam a saúde/doença/intervenção de modo dinâmico e complexo.

Feitas essas observações, cabe retomar que o apoio matricial consiste em um novo modo de organizar e produzir saúde, de modo partilhado e integral. No entanto, apesar da principal discussão partir das experiências de matriciamento no NASF, vale ressaltar que não é uma prerrogativa da mesma, visto que já existiu/existe em outros programas, a exemplo do Método Paideia em Campinas (SP), mencionado anteriormente.

Apesar dos inúmeros obstáculos ressaltados por Campos e Domitti (2007), as práticas fragmentadas advindas do modelo curativo de saúde, embora cristalizadas em algumas equipes, têm sido desfortalecidas através das ferramentas do apoio matricial, mostrando-se capaz de transpor as adversidades que lhes são impostas.

A seguir, nos debruçaremos sobre o nosso espaço de pesquisa, o NASF África, discutindo suas especificidades e dialogando com seus sujeitos.

3.4 AS PARTICULARIDADES DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NASF/ÁFRICA NATAL/RN.

Diante do que foi discutido acerca do NASF e da metodologia a qual ampara seu processo de trabalho, vale dizer que o universo de estudo foi composto pelos profissionais atuantes no NASF África- Natal/RN, localizado no Distrito Norte I - Zona Norte do município de Natal/RN.

Tal NASF foi criado em agosto de 2011, e atualmente, apoia 3 Unidades de Saúde da Família (África, Pompeia e Parque das Dunas), totalizando 07 equipes de SF de referencia.

Sua equipe multidisciplinar é composta por: dois fisioterapeutas, um nutricionista, um psicólogo, um assistente social, um educador físico e um farmacêutico - totalizando 07 profissionais, tipificado na modalidade NASF 1. Neste caso, os fisioterapeutas, cada um, atuam com carga horária de 20h, e os demais com carga horária de 40h semanais.

Os sujeitos da pesquisa foram os 07 componentes do NASF África, que aceitaram participar da entrevista, mediante leitura e assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A mostra probabilista foi de 100%.

O método de análise foi dialético/crítico assinalado anteriormente como uma forma de desmistificar o real, e identificar o “oculto”, aquilo que não nos apresenta de forma nítida, e somente após uma análise dialética, podemos inferir tais reflexões. Por ser uma pesquisa essencialmente qualitativa, foi necessária uma análise bibliográfica aprofundada, método que percorreu toda pesquisa, tendo em vista a complexidade em discutir o matriciamento na atenção básica em saúde.

Enquanto instrumento de coleta de dados foi utilizado o método da observação participante¹⁷, com uso de caderno de campo para as devidas anotações sobre as vivências nos acompanhamentos de reuniões da equipe e com equipes apoiadas, cotidiano profissional e atendimentos individuais aos usuários. Além disso, foi utilizado um formulário com perguntas abertas e o uso do gravador durante as entrevistas.

¹⁷ A observação ocorreu de forma semanal, sem roteiro, e mediante a participação de reuniões de Equipe/NASF, em que se faziam presentes os profissionais e seus estagiários.

A técnica de análise se deu como Análise de Conteúdo, e para organização de forma qualitativa, optou-se pela categorização dos dados retirados do formulário.

A dificuldade na organização das agendas, uma vez que a Equipe se reúne poucas vezes, e apoiam diversas unidades, se mostrou enquanto entrave inicial ao desenvolvimento das entrevistas e no cumprimento do planejamento.

No que concerne às categorias empíricas, destacamos três que foram recorrentes nas falas dos sujeitos, e que se encaixam na discussão de obstáculos dos autores Campos e Domitti (2007), os quais são: concepção de saúde; desafio da interdisciplinaridade e a co-gestão dos processos de trabalho. Ademais, os sujeitos serão preservados sendo apenas enumerados, a saber: “S1”, por exemplo.

Inicialmente, vamos discutir, de forma breve, uma categoria que influencia diretamente no processo de trabalho e nas práticas de saúde, que é a concepção de saúde dos profissionais entrevistados. Vale salientar que o conceito de saúde não é estático, ou seja, não existe uma definição universal, e sim, variável e de acordo com a sociedade na qual é produzido e legitimado.

De acordo com Pereira (2014), na antiguidade, a doença tinha significado místico, sendo vista como castigo/provações, relacionados a entidades sobrenaturais. Somente com Hipócrates (460 a.c), médico grego, que a saúde passou a ser associada a fenômenos físicos.

Segundo a lógica de Hipócrates, “o ser humano era um unidade organizada, e a doença, portanto, era uma desorganização desse estado”. É interessante notar que, ainda na Grécia antiga, a saúde era relacionada a um modo de vida ideal, que envolvia nutrição, excreção, exercício e repouso adequado. (ROSEN, 1994, apud PEREIRA, 2014, p. 18).

Já na Idade Média, a medicina oriental obteve um retrocesso, devido a lógica religiosa que dominava esta conjuntura, na qual proibia experimentos em seres humanos, ainda que fosse em prol de um objetivo científico/medicinal. O corpo era visto como algo inviolável e sagrado, por ser considerado o “depósito da alma”.

A doença era visto como “purificação dos pecados”, e muitas vezes, as epidemias e suas mazelas significavam castigos divinos, segundo a crença da época. Ainda nesta época, surgem os primeiros hospitais, “manicômios” e asilos, destinados aos doentes, loucos e idosos, compreendidos enquanto locais em que cada público teria seu devido tratamento.

O ser humano era amparado por referências coletivas como a família, o povo e, principalmente, a religião. A Igreja Católica detinha o poder de decisão sobre as ações humanas e, por isso, ao mesmo tempo em que amparava, também constringia o ser humano, retirando-lhe a capacidade de construir suas próprias referências internas. A Igreja foi o maior obstáculo ao progresso científico na Idade Média. (PEREIRA, 2014, p. 19).

Com a decadência da Idade Média, e insurgência do Renascimento, passou a exigir uma maior sistematização do conhecimento. A partir do século XVII, a medicina avançou significativamente com estudos mais aprofundados em anatomia, fisiologia e patologias humanas, o que propiciou uma melhor compreensão das doenças e sua cura.

O conhecimento do processo saúde doença avançou na clínica e nos conceitos de causalidade. Na anatomia clínica do século XIX, o aprendizado das doenças fez-se não pela observação da vida, mas pela dissecação de corpos mortos. A saúde passou a ser vista como ausência de doença e a cura a se basear na eliminação dos sintomas (KOIFMAN, 2001 apud PEREIRA, 2014, p. 21).

O final do século XVIII foi marcado por acontecimentos, como a Revolução Industrial, que não só representou uma mudança abrupta na forma de produção de mercadorias, mas modificou intensamente as relações sociais.

Um exemplo disso foi à migração em massa das pessoas da zona rural para as cidades, onde estavam localizadas as grandes fábricas, fato ocorrido em diversos países. As fábricas, que funcionavam em locais fechados e insalubres favoreceram o aparecimento e desenvolvimento de pestes e epidemias que dizimaram milhões de pessoas.

Em meio aos avanços da Revolução Industrial e do crescimento desordenado das cidades, surgiram os movimentos sociais e revolucionários em busca de soluções para a melhoria das condições de vida da população. O Sanitarismo na Inglaterra, a Medicina Social na França e a Polícia Médica na Alemanha foram as principais formas de intervenção sobre os problemas de saúde da época (ROSEN, 1994 apud PEREIRA, 2014, p. 23).

Nesse sentido, a Medicina Social forneceu grandes contribuições acerca das condições de vida e seus desdobramentos na saúde dos indivíduos

- principal objeto de seus estudos. No entanto, a partir de estudos, tais como o Relatório Chadwick (1842), considerado um dos “marcos” do Sanitarismo, defendia a intervenção estatal nos problemas de saúde da população. Ainda, de acordo com Engels, em seus estudos acerca das relações de causalidade da morbidade/mortalidade da classe trabalhadora, chegando à conclusão que estas se deviam às precárias condições de vida da época propiciadas pelo modo de produção vigente (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007, apud PEREIRA, 2014).

A discussão dos determinantes sociais e sua influência na saúde, conforme apregoava a Medicina Social trouxe à luz do dia, discussões e estudos considerados essenciais à medicina, como a promoção em saúde. E para ocorrer esta promoção, eram necessários diversos fatores, tais como: condições de vida, trabalho, lazer, educação, e etc.

Em 1948, a OMS (Organização Mundial de Saúde) conceitua a saúde enquanto: “Saúde é o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade”. Tal conceito representou um avanço, ao reconhecer que a condição de enfermidade não é o único fator que indica saúde, consequência da conjuntura social da época, período pós-guerra, com o avanço dos movimentos sociais sanitários, e ascensão do socialismo.

a concepção de saúde da OMS ganhou maior abrangência, passando a ser reconhecida como um dos direitos fundamentais de todo ser humano, tendo consolidado a compreensão de que a pessoa saudável é aquela que, além de apresentar perfeitas condições de higidez física e mental, encontra-se convenientemente integrada à vida em sociedade, desfrutando dos meios necessários a seu bem-estar. A saúde passou a ser vista como indispensável à dignidade humana, dada a relação estreita e recíproca da saúde humana com as condições socioambientais e econômicas (PEREIRA, 2014, p.30).

Neste sentido, esta noção é comungada por diversos estudiosos e profissionais da área da saúde, e durante a pesquisa em questão, a noção de saúde enquanto “bem estar físico/mental/social” se fez presente nas 07 entrevistas, como visualizamos em algumas falas a seguir:

Saúde é o bem estar físico, social, espiritual, enfim, basicamente quase ninguém tem “saúde” por que temos que andar neste equilíbrio, dentro deste contexto. [...] Saúde é basicamente isso, mas tem amplos conceitos. (S1)

Saúde, para mim, é me alimentar bem, é fazer atividades físicas, é estar bem consigo mesmo, com minha família, em meio ambiente de trabalho. É um conjunto de fatores que promovem saúde, é uma situação de bem estar geral. (S2)

Saúde é muito amplo, mas de um modo pessoal, é um estado de integridade física e mental das pessoas. (S3)

No sentido ampliado da palavra, saúde é o bem estar físico, mental, social e ambiental do indivíduo, não simbolizando apenas ausência de doenças (S7)

A partir dessas respostas, além da compreensão da noção majoritária de saúde dos profissionais do NASF África, ressalta-se que “ter saúde”/“ser saudável”, segundo as falas, envolve diversos fatores para além da enfermidade, principalmente, a saúde é compreendida e relacionada ao conceito de qualidade de vida. Uma ideia contemporânea, surgida a partir da Conferencia Internacional sobre a Promoção em Saúde, de Ottawa em 1986.

A Carta de Ottawa traz, entre outras coisas, um conceito positivo de saúde, como uma junção de vários fatores, sendo necessários recursos pessoas, sociais e físicos. “Assim, para ter saúde, a responsabilidade vai além do setor saúde, pois exige estilo de vida saudável para atingir bem estar”. (BACKES et al, 2008 apud PEREIRA, 2014).

Entretanto, apesar do avanço, Pereira (2014) pontua que o conceito de ‘um completo bem estar’ é contraditório, visto que o equilíbrio físico, social e psíquico é praticamente impossível, pois são muito instáveis e “definem-se na medida do dinamismo e dos conflitos de sociedades concretas”. (SCLIAR, 2007; CAPONI, 1997).

Tal conceito de saúde ampliada, no ponto de vista teórico, considera os múltiplos fatores determinantes e condicionantes a saúde; entretanto, na sua prática, justamente pelas suas diversas dimensões, não é capaz de suprir a totalidade dos fenômenos da saúde e do adoecer.

Ainda de acordo com Pereira (2014), é notório que as condições e determinações do processo de saúde-doença são derivadas dos processos de trabalho, das relações de produção e das classes sociais - estruturantes da sociedade capitalista.

Os determinantes sociais em saúde representam uma grande preocupação da OMS, uma vez que nem todos os países dispõem de

condições de equidade em saúde, tampouco, oferta uma saúde de qualidade, fato ocorrido nos países em desenvolvimento.

No caso do Brasil, a “Constituição Cidadã” conceitua saúde a partir das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. Sendo assim, é resultante das formas de organização social, de produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (PEREIRA, 2014, p. 38 apud BRASIL, 1988).

O SUS apregoa um conceito ampliado de saúde, embora, algumas de suas ações estejam concentradas no trato de uma forma curativa e individual, não levando em conta, os determinantes sociais que interferem no processo de saúde-doença da população.

Em relação à segunda categoria - o desafio da interdisciplinaridade, vamos discutir um termo visto enquanto premissa para gestão do trabalho no NASF. Faz-se saber que a interdisciplinaridade consiste em:

o grau mais avançado de relação entre disciplinas, se considerarmos o critério de real entrosamento entre elas. Nesse caso, seriam estabelecidas relações menos verticais entre diferentes disciplinas, que passariam, também, a compartilhar uma mesma plataforma de trabalho, operando sob conceitos em comum e esforçando-se para decodificar o seu jargão para os novos colegas (FURTADO, 2007, p. 247).

A proposta é de uma equipe (multi)disciplinar atuando de forma (inter)disciplinar, baseada na pactuação do cuidado e no compartilhamento de práticas e saberes. Neste sentido, a importância deste compartilhamento de ideias se apresenta enquanto ferramenta para suprir a complexidade dos problemas de saúde, buscando-se a complementaridade dos campos para que “sinergias potencializem respostas mais eficazes” (STAUDT, 2008).

Além da interdisciplinaridade, existem outros conceitos facilmente confundidos com este termo, como a multidisciplinaridade, conceituada como:

A organização de conteúdos mais tradicional. Os conteúdos escolares apresentam-se por matérias independentes umas das outras. As cadeiras ou disciplinas são propostas simultaneamente sem que se manifestem explicitamente as relações que possam existir entre elas. (ZABALA, 2002; SOMMERMAN, 2006 apud STAUDT, 2008, 76);

Além disso, temos também os conceitos de multidisciplinaridade e pluridisciplinaridade, que são facilmente considerados equivocadamente enquanto sinônimos, conceituando respectivamente:

Multidisciplinaridade é um: sistema de um só nível e de objetos múltiplos; nenhuma cooperação (SILVA, 2002; SOMMERMAN, 2006 apud STAUDT, 2008, p. 76).

A pluridisciplinaridade é a existência de relações complementares entre disciplinas mais ou menos afins. É o caso das contribuições mútuas das diferentes histórias (da ciência, da arte, da literatura, etc.) ou das relações entre diferentes disciplinas das ciências experimentais (ZABALA, 2002; SOMMERMAN, 2006 apud STAUDT, 2008, p.76).

Para Souza (1999) a interdisciplinaridade promove o respeito à delimitação de cada área, não ultrapassando os limites profissionais, mas com a finalidade em apenas, agregar parcerias e alcançar um conhecimento mais abrangente. Desse modo,

no âmbito interdisciplinar, ocorre a escuta do outro, gerando uma nova configuração interna sobre aquele conhecimento - uma troca incessante, que nunca se repete - e nisso se reproduz a atitude interdisciplinar (STAUDT, 2008, p. 77).

Foi possível constatar em algumas falas que a interdisciplinaridade é um desafio, pois, o NASF é um locus privilegiado que concentra vários profissionais, que partilham não só seus saberes individuais, mas suas opiniões e diversas formas de trabalhar em saúde.

Acho que existe uma equipe dentro de outra equipe. Desde o começo, sempre tivemos dificuldades até de falar/expor as ideias. Acontece quando vamos debater sobre determinado assunto e as ideias propostas são diferentes.(S3)

Eu vejo pouca interdisciplinaridade, porque basicamente eu ainda me sinto só, me vejo junto com outro profissional de área afim, mas nos outros, não vejo com tanta intensidade. Como a equipe é desunida isso dá um problema. (S1)

O trabalho em equipe, pra mim, é o maior desafio, pois temos 7 profissionais compondo o NASF, e a gente sabe que ninguém é igual a ninguém, ninguém é obrigado a pensar igual, estamos enquanto equipe, para prestar um serviço, e precisamos de uma afinação. E minha avaliação da nossa equipe é que ainda é muito frágil. (S3)

É impossível se ter uma relação sem ter uma correlação de forças. O ideal é que no momento seguinte, exista a troca do papel. Aqui temos pessoas que questionam e discutem mesmo. É uma luta diária. (S5)

No entanto, durante a vivência da observação de campo e dos processos de trabalho, percebeu-se que a interdisciplinaridade é vista de uma

forma positiva por 03 profissionais entrevistados, apesar dos desafios ainda persistem em algumas falas, como visualizamos a seguir:

A interdisciplinaridade existe. Acho que a dificuldade é na hora de compor. Todo mundo entende que a interdisciplinaridade é importante, que ela passa por todas as disciplinas, que é necessário ter uma visão bem ampliada, mas na hora de operacionalizar temos dificuldades ainda. (S2)

Avalio a nossa articulação como boa, na medida em que possamos nos enxergar um no outro, ou seja, núcleo e campo ou vice versa. (S7)

A interdisciplinaridade existe! Isso dá orgulho. Quando a gente faz uma discussão de casos, como em um dia desses, em que elaboramos um projeto terapêutico singular muito bom. Algo que para mim passou “batido”, para outro profissional já foi visualizado de forma diferente, coisas que somente aquele profissional poderia enxergar. Isso é tão interessante, é tão bonito, e ocorre com as ESF's também. Se funcionasse seria perfeito, mas é difícil porque o ser humano é complicado. (S4).

Campos e Domitti (2007) já haviam assinalado em seus ensaios acerca do apoio matricial, dos inúmeros entraves que esta metodologia apresenta, citando dentre eles, o obstáculo subjetivo e cultural. Na ocasião, ressaltam que a interdisciplinaridade supõe a maturidade em lidar com incertezas e, principalmente, com críticas e tomada de decisão de forma consensual.

Muitas vezes, diante do caso/situações a ser resolvido, em meio às discussões de ideias divergentes, não se consegue aceitar a opinião/olhar do outro, e isto acaba criando alguns sentimentos defensivos, tal qual Campos e Domitti (2007) endossa afirmando que: “as pessoas tendem a cristalizar-se em identidades reativas, que as induzem a desconfiar do outro e a defender-se de modo paranoico da concorrência alheia”.

Ainda, sobre esta discussão, Saupe (2005) discute os elementos necessários para vivenciar a interdisciplinaridade, e são eles:

- a) Respeito à disciplina e competências do outro: respeitar as delimitações do outro, sem haver hierarquia, cada saber tem sua importância dentro da totalidade;
- b) Respeito pelo outro: não devendo negar o individual, pressupondo a intersubjetividade, tornando o outro como sujeito único;
- c) Tolerância: Não significando, no entendo, suportar e/ou tolerar desrespeitos, tampouco resignação diante dos fatos e opiniões. Mas, praticar a empatia, e compreender a verdade do outro, chegando às resoluções de forma consensual;

- d) Aceitação de Sugestões: uma extensão da tolerância, “permeabilizando o seu discurso com o discurso do outro”, propiciando uma discussão coletiva e pactuada;
- e) Reflexão: atitude crítica de autoavaliação e avaliação do outro, abstraído a partir de uma situação concreta;
- f) Humildade e Atitude de mudança: saber escutar o outro, e reconhecer suas limitações e fragilidades, estando pronto para reaprender e aceitar os novos desafios;
- g) Ética: Considerando que as ciências da saúde têm como objeto de estudo e intervenção indivíduos e comunidade, objetos que necessitam de uma relação ética, o ambiente de trabalho também pressupõe uma relação social ética.

Ainda, de acordo com Campos (2000b) já que o apoio matricial supõe o trabalho compartilhado, tal processo exige, necessariamente, deslocamentos identitários e/ou subjetivos, classificados como essenciais para construção de ações e projetos em comum.

Essa mudança na organização dos processos de trabalho deveria favorecer ao profissional sair de seu núcleo de especificidade, porém sem deixar de ser trabalho específico daquela área.

Esse movimento, todavia, requer a produção de resistências à tendência de captura nas organizações de movimentos constituintes, o que exige uma capacidade de tolerância com processos de negociação e pactuação na diferença (BRASIL, 2010).

Quando o Conselho Nacional de Saúde reconhece quatorze especialidades profissionais enquanto partícipes da área saúde (Biomedicina, Serviço Social, Medicina, Medicina Veterinária, Nutrição, Educação Física, Biologia, Psicologia, Farmácia, Fonoaudiologia, Odontologia, Fisioterapia, Terapia Ocupacional e Enfermagem) supõe a necessidade de um trabalho interdisciplinar, e vai mais além, supondo uma visão ampliada de saúde. Talvez a dificuldade esteja na formação acadêmica, que priorize o “núcleo” profissional, esquecendo que tais profissionais irão atuar na saúde compondo equipes multidisciplinares, mínimas ou ampliadas.

Se os profissionais não estão sendo preparados para atuar em saúde aprendendo a trabalhar na coletividade e não na individualidade por não haver demanda para desenvolver essas características, parece que os sujeitos que se adaptam ao trabalho interdisciplinar assim o fazem devido a sua motivação interna. Esta adaptação se caracterizaria pelo acaso, visto que a seleção não vislumbra este aspecto (STAUDT, 2008, p. 81).

Para equipe trabalhar de forma integrada, é necessário conhecer as competências do outro, e isso só ocorre através das partilhas/discussões. A divisão social do trabalho supõe papéis diferenciados, entretanto, com um objetivo em comum.

Entretanto, conhecer o saber do outro não basta, mas reconhecer as diferenças culturais e sociais da equipe, pois uma aproximação só é possível dessa forma. Tal relacionamento necessita, dentre outros fatores assinalados acima: o respeito, tolerância e comunicação (STAUDT, 2008).

A discussão de interdisciplinaridade também perpassa outro obstáculo apontado por Campos e Domitti (2007): o estrutural. É necessário que o papel de cada profissional, seja bem claro, e seja vivido de forma integrada. O modelo médico curativo não propicia um processo de integração do cuidado às pessoas, pois tamanho grau de departamentização enfraquece o que seria uma “equipe”, incentivando a descontinuidade e fragmentação dos projetos terapêuticos. E vão mais além, a criticarem que no campo da saúde, ao invés da construção de unidades de gestão, se obedece às lógicas corporativas e das profissões, primordialmente.

De acordo com Staudt (2008) a interdisciplinaridade é dinâmica, e nem sempre todos os momentos vivenciados na Unidade de Saúde ou qualquer espaço são considerados interdisciplinares. Às vezes, o projeto precisa do envolvimento cooperativo de todos os membros, mas há ocasiões que não precisa envolver todos os profissionais.

Considera-se a existência de um ambiente de comunicação aberto e de compartilhamento de informações como essencial para a consecução das metas de uma equipe. Isso exige altos níveis de confiança e respeito mútuo. Talvez, a consecução deste objetivo seja um dos mais importantes desafios que uma instituição (pública ou privada) tem pela frente. E para atingi-lo, é preciso proceder a uma mudança fundamental nos valores do sistema, a fim de gerar a vontade de buscar a cooperação e a integração em lugar da competição e da separação (STAUDT, 2008, p. 83).

Paralelo a esta discussão de interdisciplinaridade, cabe ressaltar que o desconhecimento acerca do apoio matricial e o real papel que os Núcleos de Apoio à Saúde da Família desempenham, se fez presente em todas as falas, e foi perceptível compreender que, mesmo após quase 6 anos de NASF, ainda persiste.

O NASF foi criado seguindo a lógica do matriciamento, até então desconhecido por boa parte dos profissionais atuantes na saúde. Sendo assim, desde sua composição, foi necessário capacitar os profissionais escolhidos para atuarem conforme esta metodologia. Portanto, é inegável que existam lacunas, principalmente nas equipes de referências, o que visualizamos nas falas seguintes:

Até hoje tem equipe, por exemplo, que ao chegar na USF, nos dizem: Olha o [profissional x] está aqui, então vamos trazer aquele paciente que precisa de tal atendimento. Achar que você é profissional da unidade, e não, eu sou do NASF, e estou lá para orientar/avaliar equipes. Pensam que a partir de um atendimento, vamos acompanhar três vezes por semana o usuário, e não é assim. [...] Aí quando discutimos um problema, e se na resolução tem a participação do NASF, aí dizem: ah, é pra isso que o NASF serve, né?! [sic] (S3)

O trabalho é do profissional do NASF e não do profissional da unidade. Eles têm dificuldade em absorver que o trabalho é deles, e que nosso papel é de apoio, mas sempre jogam para nós. Temos a responsabilidade em resolver tudo, como se fosse somente nosso, e não deles. (S1)

Isso precisa ser divulgado que existe, por que toda a saúde, a não ser as pessoas ligadas a saúde mental, e nós do NASF, quase ninguém sabe o que é apoio matricial. Isso precisa ser divulgado desde a faculdade. (S4)

Ainda hoje escutamos: afinal qual é o papel do NASF? Escutamos menos que antes, mas ainda persiste. (S2)

Como já foi assinalado, o NASF é uma equipe multiprofissional que apoia as equipes de referências de sua responsabilidade, compartilhando e apoiando as práticas em saúde nos territórios destas unidades. O apoio matricial se apresenta numa perspectiva inovadora, cujo principal objetivo é ampliar a atenção à saúde básica.

No entanto, desde o primeiro documento normativo do NASF - "Caderno de Atenção Básica: Diretrizes do NASF", lançado em 2010, enfatiza que não se constitui enquanto "porta de entrada" dos usuários. No caso do NASF África, apesar de um espaço físico dentro desta USF específica, a equipe não pertence a ela, exclusivamente, apoiando outras unidades e equipes de referência.

As intervenções diretas do NASF (atendimentos aos usuários) devem ocorrer mediante o encaminhamento das equipes de SF, após uma discussão sobre o caso. O atendimento individual ocorre em situações

delicadas e que necessitam de um apoio específico. Já nas atividades com a comunidade (oficinas, palestra, apoio aos grupos, construções de Projetos de Saúde do Território) devem ocorrer de forma integrada com as equipes de referencias (BRASIL, 2010, p. 8).

O apoio matricial é advindo de experiências passadas e que foi assimilado para atenção básica, precisamente ao NASF, numa tentativa de reorganização do trabalho em saúde. É bem verdade que o primeiro contato que profissionais e estudantes da saúde tiveram com este termo e esta metodologia foi a partir desta iniciativa. Como podemos ver a seguir:

Quando chegamos, nem nós mesmos sabíamos, ou tinha ouvido falar no NASF, ou sabíamos o mínimo possível. (S2)

Eu entrei de paraquedas aqui. Como sou da área de educação, eu nunca tinha ouvido falar disso. (S1)

No começo, nós fomos jogados. (S4)

Por se tratar de um novo arranjo, nos primeiros meses pós-seleção, os profissionais se concentraram em estudos e discussões sobre os documentos normativos e explicativos do tema, somente após isso, iniciar os trabalhos nas unidades.

Entretanto, estas falas soam significativas no ponto de vista da análise da interdisciplinaridade. Cabe refletir até que ponto, tais profissionais assimilaram os princípios da integralidade e do trabalho multiprofissional, e como estes se materializam nos seus processos de trabalho. Talvez, o desconhecimento da própria equipe, acerca das estratégias e procedimentos do apoio matricial interfira na dificuldade em desenvolvidas atividades/ações em equipe.

Por isso, foi proposta a educação permanente dos profissionais do NASF, enquanto uma atribuição para todos profissionais, e entendida como uma atividade contínua, devendo estar prevista nas agendas das equipes. De acordo com Brasil (2010), as equipes devem atuar com aprendizagem significativa, como uma forma de reorganizar os processos de trabalho. E ainda,

O processo de educação permanente possibilita principalmente a análise coletiva do processo de trabalho para efetivar a ação educativa. Assim, a aprendizagem deverá ocorrer em articulação com o processo de (re)organização do sistema de saúde. O processo de trabalho envolve múltiplas dimensões organizacionais, técnicas,

sociais e humanas. Portanto, saber técnico é apenas um dos aspectos para a transformação das práticas, e a formação dos profissionais deve envolver os aspectos humanos e pessoais, os valores, os sentimentos, a visão de mundo de cada um, bem como cada um percebe e representa o SUS. Deve-se trabalhar com a transformação das práticas profissionais e da organização do trabalho simultaneamente. (BRASIL, 2010, p. 19)

Um dos problemas, talvez, se esteja na educação permanente dos profissionais atuantes nas ESF's, que ainda é bastante frágil, e em consequência disto, as equipes ainda desconhecem o motivo pelo qual os NASF's foram criados e a quem e para quê o seu serviço se destina.

Ressalta-se, que não cabe somente ao NASF negar e (re)explicar suas atribuições e papéis na equipe, e sim, propor estratégias que transponham este obstáculo. As discussões/encontros com as equipes e o uso das ferramentas do apoio matricial (clínica ampliada, PTS, apoio aos grpos, etc.), pouco a pouco, desmitificam essa falta de entendimento acerca do matriciamento. Isso também contempla a dimensão pedagógica ao qual o NASF é chamado a exercer.

A partir deste momento, vamos discutir uma categoria recorrente no discurso de muitos profissionais, a cogestão dos processos de trabalho - que supõe a coordenação, articulação e interação de recursos e trabalho humano para execução de um trabalho coletivo. Na particularidade do NASF África, desde o início, existe um tensionamento na relação entre algumas equipes de AB e equipe apoiadora, relação esta que nem sempre se mostrou amistosa e integrada.

Campos (2000) discute, no campo da administração, o desenvolvimento da gerencia e seus fatores limitantes a autonomia dos trabalhadores, em uma perspectiva de controle e disciplina. Não obstante, na saúde, ainda que sejam implementadas programas/alternativas que visem transpor este modelo, se a (co)gestão - ou seja, as relações cotidianas que perpassam esses espaços não forem problematizadas, acabam se tornando tão ineficazes quanto o modelo tecnocrático (GUIZARD; CAVALCANTI, 2010).

a cogestão teria uma dupla direção: por um lado, a construção de sentido para a ação e, por outro, a garantia das condições de sua concretização, dos meios materiais e subjetivos requeridos. Os objetos de investimento dos sujeitos e a satisfação de interesses e necessidades sociais seriam as finalidades polares a operarem as organizações – ou seja, trata-se de incorporar o desejo dos

trabalhadores na gestão dos processos de trabalho, sem que isto signifique desconsiderar o diálogo com as necessidades sociais. (GUIZARD; CAVALCANTI, 2010, p. 1248)

A cogestão ocorre em instituições que não prezem pela centralização do poder e cujos serviços ocorrem de forma verticalizada, a que necessariamente vem a fragmentar os processos e os seus trabalhadores ficam engendrados em suas especialidades e respectivas funções.

A composição da equipe deve considerar a necessidade de compartilhar objetivos e objetos de trabalho, e ser orientada para a ampliação da capacidade de direção, por meio de relações horizontais, nas quais é garantido o acesso às questões e decisões cotidianas da organização. (GUIZARD; CAVALCANTI, 2010, p. 1249)

Sendo assim, a cogestão contribui o para estabelecimento de compromissos profissionais, bem como a democratização e publicização dos espaços institucionais, “compondo consensos, alianças e projetos” Campos, (2000, p. 43) apud GUIZARD; CAVALCANTI, (2010, p. 1248).

No caso do NASF, ao propor a gestão dos processos de trabalho, em uma lógica de coordenação/supervisão, esbarra no desconhecimento do conceito de matriciamento, por parte das equipes, o trouxe a luz algumas correlações de forças e até, uma atribuição falaciosa dada ao NASF, o de fiscalização.

A primeira demanda para a gente, a nível central foi: revejam os processos de trabalho das equipes, e mexer em processos de trabalho é complicadíssimo, pois existem muitos vícios e acordos. (S4)

Muitos acham que o papel do NASF é fiscalizador, saber quem está trabalhando, quem está dando ‘migué’ nos horários, então eles tem muitas dificuldades em saber nosso papel. [sic] (S3)

Quando NASF chegou, não é segredo para ninguém que ele veio para sacudir a ESF. Para causar incomodo. Por quê? Porque eu to no meu ‘bem bom’ [sic], cheia de acordos. E quando nós do NASF chegamos, e perguntamos: Cadê vocês? Então, causa um tensionamento e um desconforto, mas não estamos aqui para fiscalizar. [sic] (S5)

O NASF coexiste junto com as equipes de atenção básica, portanto, não é alheio as atividades desenvolvidas, muito pelo contrário, devem ser pactuadas e coordenadas de acordo com as propostas, agendas e encaminhamentos das equipes referenciadas. De acordo com Brasil (2014), as primeiras iniciativas de trabalho devem ser pautadas no diálogo interdisciplinar,

devendo abranger: discussão sobre as situações clínicas prioritárias; os critérios de risco para apoio em situações imprevistas e urgentes; e as estratégias para encaminhamentos e diálogos entre equipes.

As equipes de referências são responsáveis pelo acompanhamento longitudinal das famílias e o NASF é corresponsável por estes usuários, tanto para atendimento direto, quanto orientar as equipes buscando aumentar a capacidade da produção em saúde.

Considera-se que a dimensão assistencial seja, portanto, uma das possibilidades de intervenção desses profissionais, em articulação com as equipes apoiadas. Da mesma forma, a dimensão técnico-pedagógica, cujo desenvolvimento busca o aprimoramento de competências e educação permanente com as equipes de AB. (BRASIL, 2014, p. 45)

No entanto, a forma que o NASF foi criado, no contexto de reorganização processos de trabalho, discussão de práticas e saberes, promoção de autogestão e educação permanente das equipes, e qualificando os serviços das UBS/USF - não foi bem assimilado rapidamente pelas equipes de AB.

Atualmente, o NASF África consegue, minimamente, discutir os casos os quais são demandados pelas equipes, realizar atendimentos e promover o fortalecimento de grupos, além propor possíveis soluções. Constituem-se enquanto principais demandas das equipes de referência: Saúde Mental, Reabilitação de Acamados, Oficinas voltadas à Saúde do Trabalhador - “Cuidando do Cuidador” e “Autocuidado Apoiado” - e Fortalecimento de grupidades, tais como: Grupos de Idosos e Acolhimento Sócio Afetivo - USF Pompéia; Grupo de Gestantes - USF Parque das Dunas e o Grupo de Caminhada - USF África.

A relação estabelecida não é ideal, mas no contexto atual, com as exigências propostas pela PMAQ (Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica), a articulação vem ocorrendo de forma gradativa. Entretanto, de acordo com as falas a seguir, temos ideia da relação pactuada entre o NASF e algumas equipes de referência:

As reuniões não existiam, nenhuma equipe fazia reunião conosco. Teve parte da PMAQ que exigia e teve parte do NASF, por insistir. (S4)

Ainda existe equipe que não diz quando vai se reunir, para não irmos. Existia equipe que não trazia demanda. (S3)

Muitas vezes, as ESF, não querem assumir que também são corresponsáveis pela articulação intersetorial na perspectiva da integralidade do cuidado. (S7)

As falas acima denotam o esforço do NASF em buscar seu espaço junto às equipes, e este é o papel do apoiador - justamente colocando-se na roda, de forma ativa, e propor discussões. O estabelecimento de reuniões não é suficiente. O apoio Paidéia se ampara no “aprender-fazendo”, isto é, experimentando e, sobretudo, refletindo, prática que deve perpassar todas as etapas do cuidado. “O fazer reflexivo é muitas vezes um modo eficaz para quebrar resistências e insegurança que o diálogo teórico jamais resolveria.” (CAMPOS, 2003, p. 09)

Além disso, muitas equipes apoiadas não possuem um perfil epidemiológico e social do seu território - ou, se possui, encontra-se desatualizado, inviabilizando muitos trabalhos nesse sentido. O princípio da territorialidade é muito claro quando pressupõe que a extensão da UBS/USF, ou seja, os grupos/movimentos sociais da comunidade, equipamentos sociais e/ou qualquer espaço existente na comunidade também podem promover saúde e, por isso, são importantes para compor o mapa. Somente assim, é possível construir um PTS do território, entretanto, o NASF não pode fazer isso pelas UBS/USF, como foi dito, é um trabalho integrado, o que exige que cada um faça seu papel.

Portanto, o NASF não foi criado para fiscalizar os processos de trabalho, tampouco as atribuições de cada profissional. Sua presença enseja o desenvolvimento de um trabalho integrado e que realmente exista na unidade, pois somente assim, existirá o “apoio”.

O trabalho em grupo/equipe constitui-se em um dos desafios que se coloca para os profissionais do NASF e da ESF. Este trabalho deve ser realizado em espaços coletivos e com contratos bem definidos de funcionamento, com garantia de sigilo, uma vez que nesses encontros, todos os assuntos devem ser tratados e, as críticas devem ser feitas e recebidas de forma adequada, num aprendizado contínuo de gerenciamento de conflitos de forma positiva. (FIGUEIREDO, s/a, p. 62)

O Ministério da Saúde reconhece que todo processo de mudança gera conflitos de interesses, desconfortos e inseguranças, entretanto, cabe aos gestores e profissionais de saúde atuantes, desenvolver as potencialidades

desta metodologia que visa incentivar a abertura de um novo modo de operar na atenção a saúde. De acordo com Brasil (2014, p. 59) o apoio matricial é uma proposta que vale a pena ser executada, requerendo persistência, capacidade de reconhecer os efeitos negativos e positivos e flexibilidade para os possíveis desafios que devam surgir.

Feitas as considerações, nos cabe situar o assistente social no contexto da saúde, desde suas origens, até as bases atuais.

4. A TRAJETÓRIA DO SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE E ATUAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA: O NASF COMO PROCESSO DE TRABALHO.

Neste capítulo iremos discutir a categoria trabalho em Marx, situando o Serviço Social enquanto profissão, gestado em situações historicamente determinadas, ou seja, é legitimado, e tem sua prática institucionalizada, à medida que sua atuação responde as necessidades sociais (IAMAMOTO; CARVALHO, 2011, p. 20).

Iniciaremos o capítulo, partindo do pressuposto marxista que conceitua trabalho enquanto “um processo de que participam o homem e a natureza, processo em que o ser humano, com sua própria ação, impulsiona, regula e controla seu intercâmbio material com a natureza” (MARX, 2002, p.211). Portanto, deve-se considerar que o trabalho é algo intrínseco a natureza humana, onde o homem se apropria da natureza, transformando em produtos que atendam suas necessidades.

Além disso, discorreremos sobre atuação do assistente social no NASF África - Zona Norte de Natal/RN, apontando as particularidades deste processo de trabalho e inserção do assistente social como trabalhador coletivo da saúde.

4.1 A INSERÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA ÁREA DA SAÚDE

Marx (2002) salienta que o trabalho não é uma atividade determinada pela natureza, embora seja inerentemente humano, porém as ações executadas pelos animais, por exemplo, não são consideradas trabalho. O que diferencia é justamente, a necessidade de uma mediação (uso de instrumentos) entre o sujeito e o objeto, e principalmente, é primeiramente idealizado na mente, para ser executado conforme fora pensado.

o trabalho é uma atividade projetada, teleologicamente direcionada, ou seja: conduzida a partir do fim proposto pelo sujeito. [...] A realização do trabalho só se dá quando essa prefiguração ideal se objetiva, isto é, quando a matéria natural, pela ação material do sujeito, é transformada. (BRAZ; NETTO, 2006, p. 32).

Ainda, de acordo com Braz e Netto (2006) o trabalho implica em mais que uma mera relação entre sociedade/natureza, implica em, principalmente, uma alteração na própria sociedade, afetando diretamente seus sujeitos e suas relações estabelecidas. Através do trabalho, gestou-se um ser cuja natureza se

mostra distinta ao ser natural, é o que denominamos: o ser social. E vão mais além, ao afirmarem que “foi através do trabalho que a humanidade se constituiu como tal”.

Toda discussão filosófica em Marx tem como finalidade discutir o que iremos explicar agora, o processo de trabalho. Esse processo é o que permeia e fornece sustentação para a teoria marxista que supõe o homem enquanto ser humano e social.

No processo de trabalho a atividade humana é materializada ou objetivada em valores de uso. “O processo de trabalho, como o apresentamos em seus elementos simples e abstratos, é atividade orientada a um fim para produzir valores de uso, apropriação do natural para satisfazer a necessidades humanas [...]” (MARX,1985, p.153)

Os meios de trabalho e os objetos de trabalho compõem o chamado: meios de produção, e a força de trabalho trata-se do trabalho vivo, energia humana empregada para transformação da natureza adaptado as suas necessidades. Assim, o processo de trabalho é finalizado a partir da produção do valor de uso.

O desenvolvimento das forças produtivas na sociedade capitalista tem como componente estrutural, a separação dos meios de produção e o trabalho, condição que exige ao proprietário da força de trabalho à venda desta, que passa a ser uma mercadoria¹⁸, para os donos dos meios de produção.

Segundo Colmán e Pola (2009, p. 03), a força de trabalho é incorporada ao capital, o que por sua vez, irá valorizar o capital inicial, a partir da produção e expropriação da mais-valia¹⁹.

A mais-valia parece ser uma simples consequência do processo de produção, mas é muito mais, é o motor de todo este processo, sem a mais-valia não haveria o processo nem relações de produção capitalistas. Todo o interesse do capital está concentrado nela. Por isso, no modo de produção capitalista, só é considerado produtivo o trabalho assalariado que, de uma maneira ou de outra, produz mais-valia. (COLMÁN; POLA, 2009, p. 03)

¹⁸ Colman; Pola (2009) apud Marx (1985) pressupõem o caráter de duplicidade desta categoria: valor de uso e valor de troca. Em linhas gerais, o valor de uso é a base material que se expressa o valor de troca - este, por sua vez, permitirá que as mercadorias sejam trocadas, e por isso, devem expressar a mesma magnitude de valor.

¹⁹ Segundo Braz e Netto (2006, p. 106) mais valia corresponde ao valor excedente que é extraído pelo capitalista; tal parte denomina-se tempo de trabalho excedente.

Portanto, o trabalho, de acordo com a perspectiva marxista, se torna subordinado ao capital, e seus trabalhadores, por sua vez, são encarados como produtores apenas do valor de troca. Nesse sentido, Netto e Braz (2010, p. 100) afirmam que somente o valor de troca da mercadoria força de trabalho é comprada e paga mediante o salário, entretanto, o valor de uso desta mercadoria é apropriada pelo capitalista, uma vez que valor é maior e onde concentra a mais valia.

Colmán e Pola (2009) afirmam que, para existência do modo de produção capitalista, é necessária a existência de trabalhadores livres, detentores da força de trabalho, porém despossuídos das forças produtivas. E assim, para realizar-se, precisam vender sua mercadoria força de trabalho como questão de sobrevivência.

Sendo assim, o fetichismo da mercadoria surge a partir do momento em que o caráter social do trabalho é obscurecido, tornando-se alienador, sendo visto apenas na esfera do valor. O trabalhador, produtor da mercadoria, não se reconhece naquilo que produz. O trabalho é social, porque é produzido não para consumo individual do seu produtor, mas para a venda, portanto, é produzido para outros. É na troca que o valor se manifesta (COLMÁN; POLA, 2009, p. 06).

No modo de produção capitalista, inicialmente, temos a subsunção formal do trabalho ao capital, que ocorre quando os trabalhadores são desapropriados das forças produtivas, e ao vender sua força de trabalho, alimentam o mecanismo que lhe extrai mais valia, e fornece bases para sustentação do capital. Somente assim, temos a subsunção real do trabalho ao capital, no qual metamorfoseia a natureza real do trabalho (MATOS, 2013, p. 30).

Ainda, Marx (1985) pontua enquanto trabalho concreto, aquele que produz valor uso, já o trabalho presente no valor de troca é o trabalho social e geral, o que elimina seu caráter individual. O trabalho abstrato, por sua vez, é o trabalho humano indiferenciado, é o dispêndio de energia física e psíquica da força de trabalho, que gera valor.

Com advento da maquinaria, as forças produtivas se desenvolvem e o processo de trabalho passa a ser coletivo, ou seja, não se domina todo

processo, mas apenas uma parte da transformação da matéria. Assim, o capital não apenas se apropria do processo de trabalho em geral, mas subverte-o e redireciona para suas necessidades. (MATOS, 2013, p. 30).

Corroborando esta discussão, devemos considerar a importância da centralidade ontológica do trabalho, o que segundo Lessa (2006, p. 18):

possibilitou a Marx elucidar como os homens produzem todas as relações e complexos sociais, inclusive a sua essência, de tal modo a desautorizar todas as ideologias que afirmam ser o capitalismo a última forma possível de sociabilidade humana porque corresponderia à imutável e insuperável essência mesquinha, egoísta e burguesa dos homens.

Percebemos, a partir daí, a possibilidade da supressão do capitalismo, onde se baseia que os homens não são capazes de mudar sua história e serão sempre burgueses, pois isto já fora incorporado a essência humana. No entanto, Lessa (2006, p. 18) reafirma: “a este argumento, repetimos, Marx responderia: os homens são os únicos construtores de sua essência e, assim como se construíram burgueses, podem também se construir enquanto indivíduos e sociedade emancipada”.

De acordo com Iamamoto e Carvalho (2011) dado o desenvolvimento das forças produtivas e das relações sociais situadas neste processo, determina que novas necessidades sociais surjam e, por sua vez, passe a exigir novos profissionais qualificados para tais impasses, de acordo com a lógica racional capitalista.

Portanto, o Serviço Social foi gestado e se desenvolveu enquanto uma profissão inserida na divisão social do trabalho, e que tem como contexto o desenvolvimento do modo de produção capitalista e expansão da vida urbana.

Ainda, segundo Iamamoto e Carvalho (2011, p.83) é nessa conjuntura que se estabelecem as novas classes sociais - proletariado e burguesia - estes últimos, por sua vez, detêm os meios de produção, forçando a massa proletariada a vender sua força de trabalho como meio de sobrevivência. É sob este pano de fundo que o capitalismo industrial e financeiro se firmou, e trouxe consigo suas mazelas sob a forma de “questão social”.

A questão social é a manifestação do paradoxo cotidiano da luta de classes, cujas respostas passaram a exigir outros tipos de roupagens, e não tão somente, repressão. Tais características não denotam “humanização” por parte do sistema, e sim, mais uma de suas faces mais sombrias.

Quando falamos em intervenções junto à massa, não devemos deixar de mencionar do papel do Estado, que passa a intervir diretamente no relacionamento entre “patrões *versus* empregados”, estabelecendo não só regulamentação jurídica (com as leis trabalhistas e legislação social), mas, delegando à instituições a prestação de serviços sociais, por meio da política pública, como uma forma de enfrentamento da questão social (IAMAMOTO; CARVALHO, 2011, p. 84).

O que merece ser destacado é que a evolução da questão social apresenta duas faces, indissociáveis: uma, configurada pela situação objetiva da classe trabalhadora, dada historicamente, em face das mudanças no modo de produzir e de apropriar o trabalho excedente, como frente à capacidade de organização e luta dos trabalhadores na defesa de seus interesses de classe e na procura de satisfação de suas necessidades imediatas de sobrevivência; outra, expressa pelas diferentes maneiras de interpretá-la e agir sobre ela, propostas pelas diversas frações dominantes, apoiadas no e pelo poder do Estado (IAMAMOTO; CARVALHO, 2011, p. 85).

Temos configurado, portanto, o surgimento da proteção social que emerge enquanto resposta do embate capital-trabalho, neste cenário de lutas, o Estado se apresenta enquanto conciliador, respondendo mediante a provisão dos mínimos sociais.

Sendo assim, a discussão nos remete a Gramsci e sua teoria sobre Estado Ampliado, cujas bases consistiam em uma sociedade equilibrada entre sociedade política²⁰ e sociedade civil²¹. Além, disso “a luta de classes tem como terreno decisivo os aparelhos privados da hegemonia, na medida em que visa à obtenção da direção política e do consenso” (VIOLIN, 2006, p. 04).

²⁰ Sociedade política é formada pelo conjunto dos mecanismos através dos quais a classe dominante detém o monopólio legal da repressão e da violência e que se identifica com os aparelhos coercitivos ou repressivos de Estado, controlados pelas burocracias. Por meio da sociedade política, as classes exercem sempre uma ditadura, uma dominação mediante coerção;

²¹ A sociedade civil consiste nas organizações responsáveis pela elaboração e/ou difusão das ideologias, compreendendo as escolas, as igrejas, os partidos políticos, os sindicatos, as organizações profissionais, os meios de comunicação etc. No âmbito e por meio da sociedade civil, as classes buscam exercer sua hegemonia (buscam ganhar aliados para suas posições mediante a direção política e o consenso).

A burguesia expande-se de forma a universalizar seus interesses de classe, isto quer dizer que, para manter o consenso sobre a sociedade civil, esses interesses devem aparecer como interesses de toda a sociedade. Por meio do direito, a coerção a que o trabalhador deve estar sujeito para vender sua força de trabalho não apareceria como violenta expropriação, mas como ato voluntário de todo indivíduo que comparece no mercado como proprietário de sua própria força de trabalho, isto é, para exercer um direito (BIANCHI; ALIAGA 2011, p. 31).

Materializando tal teoria, tivemos o estabelecimento do Estado Social, que intervia diretamente no mercado, privilegiando ideias de Keynes e seu Estado de Bem Estar Social - o *Welfare State*, concebido principalmente nos Estados Unidos, após a crise de 1929. O também chamado “consenso pós-guerra” visava garantir o avanço das forças de mercado e estabilidade social, buscando em concomitância, amenizar os efeitos destrutivos do capitalismo monopolista (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 92).

Ao Keynesianismo agregou-se o pacto fordista - da produção em massa para o consumo de massa e dos acordos coletivos com trabalhadores do setor monopolista em torno dos ganhos de produtividade do trabalho. O Fordismo, então, foi bem mais que uma mudança técnica, com a introdução de linhas de montagem e de eletricidade: foi também uma forma de regulamentação das relações sociais em condições políticas determinadas (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 86).

Situando o Brasil neste contexto, temos as primeiras intervenções estatais no ponto de vista de proteção social após os anos 1930. No entanto, diferente dos países centrais, a constituição do Estado de Bem Estar Social, de acordo com Behring e Boschetti (2011) se deu de forma restrita e incompleta. Isto porque, visualizamos alguns ganhos trabalhistas, muitos direitos eram restritos aos assalariados, e não contemplando outros setores sociais.

Retomando o contexto mundial, a explosão da crise fordista, em meados dos anos 1970, e trouxe consigo uma série de modificações no mundo do capital, que desencadearam novas facetas a questão social, advindas pelas transformações do mundo do trabalho, além da redefinição do papel do Estado e de suas intervenções (RAICHELIS, 2011, p. 421).

Dessa forma, o neoliberalismo compreendia o Estado não interventor, devendo apenas conter gastos sociais, consolidar o projeto privatista, e suprimir o poder dado às organizações sindicais/trabalhistas.

Vivemos em tempos de flexibilização da produção e, por conseguinte, dos direitos, sob égide da reestruturação produtiva²² e dos ditames neoliberais; tais métodos incorporados devido a crise do capital no que diz respeito aos seus processo de financeirização e mundialização.

Ao contrário das ideias que advogam o fim do trabalho e da classe operária, trata-se de um processo complexo e multifacetado que não atingiu apenas a classe operária, mas, ao contrário, incide fortemente, ainda que de forma desigual, no conjunto dos assalariados e dos grupos sociais que vivem do trabalho (HIRATA; PRETÉCEILLE, 2002 apud RAICHELIS, 2011, p.421).

A reestruturação produtiva trouxe consigo o receituário do que deveria ser uma empresa “enxuta”, ou seja, aquela organização que substitui e/ou limita, pouco a pouco, o “trabalho vivo” em detrimento do maquinário tecnocientífico, o qual Marx denominaria de “trabalho morto”. (ANTUNES, 2010, p. 13)

O resultado deste contexto incidiu de forma violenta na classe trabalhadora, que viu seus postos de trabalho se esvaindo, precarização dos espaços de trabalho, diminuição dos salários, a formação de um enorme exército industrial de reserva, além do desmonte das legislações sociais protetoras dos trabalhadores.

É neste contexto em que se desenvolve e consolida-se o Serviço Social no Brasil, a serviço do Estado e empresariado, cuja atuação concentraria no enfrentamento da questão social, segundo as diretrizes das classes dominantes. Inicialmente, suas ações não derivam daqueles os quais se destinam seus serviços - os trabalhadores - e sim, do patronato, os seus empregadores. (IAMAMOTO; CARVALHO, 2011, p. 90)

Segundo Raichelis (2011, p.423) a institucionalização da profissão relacionou-se com a regulação estatal sobre a classe trabalhadora, onde as consequências da questão social trouxeram a tona duas perspectivas: garantir as condições ideais para o desenvolvimento do capital, e paradoxalmente,

²² Esse novo regime, denominado por muitos de “acumulação flexível”, se basearia numa recombinação particular de utilização das estratégias de mais-valia absoluta e relativa. Sumarizando o pensamento de Harvey, a estratégia de mais-valia absoluta tem sido posta em prática através da imposição de mais horas de trabalho aliada à redução dos salários reais e ao conseqüente rebaixamento do padrão de vida, por meio da transferência do capital corporativo de regiões de altos salários para outras de baixos salários, criando-se o “fordismo periférico”. No intuito de aumentar a mais-valia relativa, vêm sendo implementadas profundas mudanças de ordem organizacional e tecnológica. (LOMBARDI, 1997, p. 02).

responder as mobilizações e organização do operariado, ofertando serviços sociais em troca da ordem social. Ainda:

Contudo, é esse mesmo processo de profissionalização do assistente social e institucionalização da profissão na divisão social e técnica do trabalho que circunscreve as condições concretas para que o trabalho do assistente social *ingresse no processo de mercantilização e no universo do valor e da valorização do capital*, móvel principal da sociedade capitalista (RAICHELIS, 2011, p. 424).

A natureza concreta do trabalho do assistente social se expressa no exercício em atender as necessidades sociais, a partir dos seus aportes teóricos e materiais. E, além disso, cabe ressaltar que as respostas profissionais passam a ser mediadas pelo mercado, ou seja, pela troca, produção e consumo de mercadorias, dentro da divisão social do trabalho. (RAICHELIS, 2011, p. 424)

É o que Iamamoto (2007) irá discutir apontando a dupla dimensão do trabalho do assistente social enquanto trabalhador assalariado. Assim, segundo a autora:

Em decorrência, o caráter social desse trabalho assume uma dupla dimensão: a) enquanto trabalho útil atende a necessidades sociais (que justificam a reprodução da própria profissão) e efetiva-se através de relações com outros homens, incorporando o legado material e intelectual de gerações passadas, ao tempo em que se beneficia das conquistas atuais das ciências sociais e humanas; b) mas, só pode atender às necessidades sociais se seu trabalho puder ser igualado a qualquer outro enquanto trabalho abstrato mero coágulo de tempo do trabalho social médio, possibilitando que esse trabalho privado adquira um caráter social. (IAMAMOTO, 2007, p. 421)

Embora seu trabalho não esteja condicionado ao “chão de fábrica”, podendo ser considerado até um trabalho improdutivo²³, seu alvo predominante é o trabalhador e sua família - vitais para o processo de produção. Nesse sentido, seu fazer profissional influencia na (re)produção da força de trabalho, e conseqüentemente, na extração da mais-valia.

Sua razão de ser é dada pela contribuição que passam oferecer, pois que se encontram vinculadas a estruturas do poder, à criação de condições políticas ideológicas favoráveis a manutenção relações sociais, configurando-as como harmônicas, naturais, destituídas das tensões que lhes são inerentes. [...] tratam de centrar esforços na busca de um equilíbrio tenso entre o capital e trabalho, na árdua tarefa de conciliar o inconciliável. (IAMAMOTO; CARVALHO, 2011, p. 93-94)

²³ Matos (2013, p. 31) conceitua trabalho improdutivo enquanto trabalho que não gera mais valia diretamente para o capital.

Reportando ao Serviço Social, em meados de 1960, a crise da gênese capitalista propiciou um processo de renovação da profissão na América Latina, pautada na erosão do tradicionalismo e na insurgência do acirramento das lutas sociais. (NETTO, 1991 apud BARROCO; TERRA, 2012, p. 39)

Particularizando o Brasil, o processo de renovação ocorreu em concomitância com a ditadura militar, contexto que embora tenha fornecido bases para sua consolidação, paradoxalmente, facilitou o questionamento de suas contradições e enfraquecimento do Serviço Social Tradicional.

A partir disso, visualizamos a construção de uma nova ética profissional, direcionada para com os seus usuários, a partir do amadurecimento da profissão. A ruptura com as amarras do conservadorismo deu origem ao que, atualmente, denominamos de Projeto Ético Político (PEP).

Iamamoto (2007, p.172) propõe a necessidade da articulação da formação profissional como o mercado de trabalho, mas que não significa enquanto “mera adequação” aos moldes fetichistas do capital, mas compreendendo as contradições e impasses nos quais seu trabalho se realiza.

Ainda, tal sintonia se faz necessário justamente pela sobrevivência da profissão e de seus espaços ocupacionais, uma vez que ela necessita responder as necessidades sociais. Sendo, portanto, um trabalhador assalariado, para que obter o valor de troca, sob a forma de equivalente geral, o assistente social precisa confirmar o valor de uso - utilidade social do seu trabalho no mercado.

No entanto, a mercadoria força de trabalho só poderá ser exercida quando lhe é disposto condições materiais e técnicas para sua atuação, e estes, não se configuram enquanto propriedade do assistente social, o que limita seu exercício profissional. É neste discurso que visualizamos a *autonomia relativa* do assistente social, pois, segundo Raichelis (2011, p.425) o profissional,

não possui o poder de definir as prioridades nem o modo pelo qual pretende desenvolver o *trabalho socialmente necessário*, coletivo, combinado e cooperado com os demais trabalhadores sociais nos diferentes espaços sócio ocupacionais que demandam essa capacidade de trabalho especializada.

Ainda, discutindo a condição assalariada do assistente social, lamamoto (2010, p. 215) infere que o significado social da profissão está intimamente ligado às relações que são estabelecidas com seus empregadores. Portanto, são estes sujeitos, que muitas vezes, determinam as necessidades sociais as quais o assistente social será chamado a responder.

Hoje, no contexto atual, tal dinâmica de flexibilização do trabalho incide, diretamente, nos espaços de inserção do/a assistente social, isto porque, por se configurar em um trabalhador assalariado está submetido:

Insegurança do emprego, precárias formas de contratação, intensificação do trabalho, aviltamento dos salários, pressão pelo aumento da produtividade e de resultados imediatos, ausência de horizontes profissionais de mais longo prazo, falta de perspectivas de progressão e ascensão na carreira, ausência de políticas de capacitação profissional, entre outros (RAICHELIS, 2011, p. 422)

A condição de assalariamento do assistente social implica na venda e compra da força de trabalho em troca do equivalente geral - salário - mediada por contrato de trabalho, atestando que tal especialização trabalhista está inserida no reino do valor capitalista. E mais, impõe a este profissional, contradições do trabalho alienante e as determinações sociais que incidem no trabalho coletivo (IAMAMOTO, 2010, p. 215).

Percebe-se uma tensão entre o projeto profissional - no qual, diz que o assistente social enquanto ser prático-social é regido pela teleologia e liberdade; porém o assalariamento lhes condiciona ações, por vezes, subjulgada aos seus empregadores (IAMAMOTO, 2011, p. 416).

O assistente social tem seu ingresso nas instituições empregatícias fazendo parte de um coletivo de trabalhadores, onde as ações institucionais serão consequência de um trabalho cooperativo. Assim,

o trabalho do assistente social encontra-se sujeito a um conjunto de determinantes históricos, que fogem ao seu controle e impõem limites, socialmente objetivos, a consecução de um projeto profissional coletivo no cotidiano do mercado de trabalho. (IDEM, 2011, p. 424).

Iamamoto (2010, p. 431) assinala que, é necessário desmistificar o exercício profissional frente às condições e relações de trabalho que a particulariza, reconhecendo a condição de trabalho útil e/ou concreto, quando a sua dimensão abstrata. Tal análise é indispensável, uma vez que, a análise do

trabalho do assistente social é indissociável dos percalços vividos pelos trabalhadores, bem como suas lutas neste tempo de capital fetiche.

Segundo Matos (2013, p. 57) o Serviço Social surge frente às agudizações da questão social, e no trato de suas expressões podendo ser vistas sob o prisma da saúde, por exemplo: a crescente privatização do direito a saúde, o sucateamento do serviço público, cotenção de recursos e investimentos na qualificação de serviços e profissionais, dentre outros.

Assim, podemos considerar que a saúde, como qualquer outro campo, apresenta especificidades que precisam ser analisadas de forma concreta. Sendo assim, tornou-se necessário se aprofundar nas condições de vida do usuário e seus familiares.

Ainda, afirma que o Serviço Social se insere na saúde a partir da construção de um modelo médico clínico. Desta forma, dentro de uma perspectiva de cooperação vertical, sendo visto como aquele profissional que trabalharia junto ao médico - profissional que condicionava sua atuação.

Entretanto, contrariando o contexto atual e a maciça inserção neste processo de trabalho, a saúde, inicialmente não foi o maior campo de inserção de assistentes sociais. A mudança se deve a ampliação no conceito de saúde, até então elaborado pela OMS no ano de 1948, sendo levantada a necessidade de atuação de outros profissionais na área da saúde, inclusive os/as assistentes sociais (BRAVO; MATOS, 2012, p. 29).

De acordo com Bravo (2013, p. 93) o Serviço Social na Saúde começou nos EUA, no início do século XX, devido a complexidade dos serviços médicos, o que acabou por exigir a inserção de outros profissionais para suprir tais necessidades. No entanto, sua atuação se inscrevia no suporte da figura do médico, não necessitando familiarizar-se com a situação do usuário. Percebemos, desde então, as raízes de sua condição de subalternidade, embora esteja muito menos engendrada atualmente.

Foram os hospitais, os primeiros espaços de trabalho na saúde do assistente social, servindo como elo entre o paciente/família e a instituição, atuando desde o internamento até a alta, além de ofertar suporte aos familiares durante a ausência do chefe familiar (PINHEIRO, 1985 apud MATOS, 2013, p. 57).

Porém, a atuação do Serviço Social na saúde, vai servir de base para legitimação da coerção do Estado, sendo mediatizado pelos centros de saúde. Desde então, seu objetivo era reduzir o tensionamento dos clientes, evitando questionamentos ao tratamento/procedimento no qual serão submetidos.

Posteriormente, já durante o processo de tecnificação do Serviço Social, percebemos um apelo ao cunho socioeducativo, o que nos leva a crer que os fatores vistos como problemáticos saem da estrutura social e são colocados aos indivíduos, sendo estes culpabilizados por isto. Nesse sentido, a classe subalterna é vista como negligente, e sendo necessárias intervenções a fim de “educa-la” (IAMAMOTO; CARVALHO, 1982 apud BRAVO, 2013, p. 96-97).

Apesar das tendências mundiais apontarem para as concepções de medicina preventiva e conceito ampliado de saúde, o trabalho do/a assistente social continuou condicionado, na época, apenas, aos serviços hospitalares de alta complexidade, não sendo absorvido nos Centros de Saúde, onde eram ofertados os serviços básicos e comunitários (BRAVO, 2012, p.30).

Conforme explicitado anteriormente, a transição do regime autocrático burguês para década de 1980 foi marcado por uma imensa crise econômica, e a instabilidade política, o que fomentou a inserção de grupos e setores de confronto a ordem. Porém, é importante ressaltar que,

apesar das vitórias dos movimentos sociais organizados, a transição do regime autocrático para o sistema democrático ocorreu com marcas subalternizadas, ou seja, operou uma “transição negociada”, sem uma ruptura radical com as forças políticas até então hegemônicas, sejam do regime militar, do latifúndio e do grande capital, sobretudo do capital bancário (MOTA, 1995 apud CFESS, 2011).

Neste período, a proposta de reforma sanitária ganha força, e após a VII Conferência Nacional de Saúde, este documento serviu de baliza para formulação do Sistema Único de Saúde, promulgado na Constituição de 1988. Compreende-se, então, que a saúde foi um dos setores mais vitoriosos da época, sendo incorporado junto a Seguridade Social²⁴, tendo o SUS como uma estratégia de materialização a esta reforma (CFESS, 2011).

²⁴ 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, à previdência e à assistência social (BRASIL, 1988).

Neste contexto, o Serviço Social passava por um intenso processo de renovação, não só influenciado pelos conflitos exógenos, mas por determinações endógenas, que acabara por negar, principalmente, o Serviço Social Tradicional, sinalizando os novos rumos que a profissão pretendia galgar. Os desdobramentos da questão social exigiam respostas qualificadas da categoria, mas para isso, precisava-se romper com as amarras conservadoras.

Entretanto, os autores chamam atenção para possíveis lacunas que ainda não foram superadas, dado a tensão entre o trabalho do assistente social e o projeto privatista, que o impõe demandas institucionais, que descaracteriza a identidade profissional e cristaliza algumas ações da categoria.

Conforme Mello (2012) explicita, o Conselho Nacional de Saúde (CNS), por meio da resolução nº 218/97, reconhece o assistente social enquanto profissional da saúde, levando em consideração, seu aspecto interventivo frente aos desdobramentos da questão social. Porém, conforme foi ressaltado, o processo de trabalho do assistente social na saúde é permeado pelas condições conjunturais, neste caso, ao desmonte das políticas públicas e negação do direito à saúde. Ainda, as respostas profissionais,

definem-se a partir das condições históricas sob as quais a saúde pública se desenvolveu no Brasil; das mudanças de natureza tecnológica organizacional e política que perpassam o Sistema Único de Saúde; e das formas de cooperação vertical (divisão sócio-técnica e institucional do trabalho) e horizontal (expansão do subsistema de saúde) consubstanciadas na rede de atividades, saberes, hierarquias, funções e especializações profissionais. (COSTA, 2000, p. 39)

Buscando responder algumas destas lacunas, e problematizar outras questões, o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) elaborou um documento intitulado: “Parâmetros para Atuação do Assistente Social na Saúde” servindo para referenciar a atuação profissional (CFESS, 2011, p.11). Desta forma, o referido documento norteia possíveis intervenções neste campo: na assistência aos usuários, no trabalho em equipe, ações e campanhas socioeducativas, incentivo mobilização, participação e controle social dos pacientes, assessoria, planejamento, gestão, entre outros.

O Serviço Social apresenta um projeto ético profissional notável, ainda em constante construção, mas sempre reiterando seu compromisso com

uma nova ordem societária, livre de todos os tipos de exploração e dominação e, sobretudo, afirmando seu posicionamento em favor da classe trabalhadora. Sendo assim, tais princípios éticos destoam do principal projeto privatista que atualmente incide nas políticas de saúde (CFESS, 2011).

Entretanto, segundo Matos (2013, p. 61) a atuação profissional na saúde, muitas vezes, ainda versa em ações sem criticidade e que pouco fazem alusão aos projetos - da profissão e sanitário.

Sejam um centro de saúde ou um hospital de alta complexidade, os assistentes sociais, no fundo, estabelecem a mesma rotina: contato com usuário para levantamento das necessidades após o atendimento médico, para providenciar encaminhamentos e orientações necessárias à implementação da consulta (VASCONCELOS, 2002 apud MATOS, 2013, p. 60).

Percebe-se que ainda existe uma rígida estrutura para materializar o exercício profissional nas instituições de saúde, se configurando em atendimentos individuais, e que muitas vezes, constituem-se enquanto “único” contato com usuários (MATOS, 2013, p. 61)

Costa (2000) discute que o trabalho do assistente social na saúde se legitima a partir das contradições da política de saúde. É justamente nas lacunas da não efetivação do acesso ao direito a saúde, que o profissional tem sido demandado.

Portanto, cabe ao assistente social não flexibilizar suas ações, e permanecer firme na luta do projeto de reforma sanitária, visto que esse movimento não é dissociado do projeto profissional da categoria. Ainda, é importante que este profissional, dentro dos seus espaços sócio-ocupacionais “formule estratégias que busquem reforçar ou criar experiências nos serviços de saúde que efetivem o direito social à saúde”. (CFESS, 2011).

Nesta perspectiva, encontra-se a atenção básica, cuja organização de serviços básicos de saúde, demanda ao Serviço Social, por meio de uma atuação interdisciplinar, pautada na integralidade, articulada com a rede intersetorial, além de publicizar o direito a saúde, através da democratização das informações, fomentando a participação dos usuários.

A seguir, teceremos algumas considerações sobre as especificidades do trabalho do assistente social na atenção básica, particularmente, no NASF África Natal/RN.

4.2 - O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NO NASF ÁFRICA - NATAL/RN.

Atualmente, o trabalho do assistente social na atenção básica, está voltado, principalmente, ao NASF, o qual se mostra enquanto locus privilegiado de atuação profissional, contribuindo para atenção integral aos cuidados em saúde. Porém, é visível, embora não muito comum, atuação em Unidades de Saúde Mista e/ou Básica, Policlínicas, atuando sem vinculação com ESF/NASF.

Pormenorizando o processo de trabalho no NASF, o/a assistente social compõe a equipe, enquanto especialista apoiador, cuja urgência de sua atuação em questões que extrapolam o caso clínico em si é expressiva, e que tem rebatimentos nas condições de vida e de saúde dos usuários.

Portanto, as diretrizes do NASF dispõem como “Objetivos do Serviço Social no NASF”, às ações educativas através do contato direto com os usuários por meio da sua escuta e na educação permanente junto às equipes de referencia, na formulação de práticas voltadas para mobilização/participação popular, no compromisso com a humanização do atendimento e acolhida as demandas, e na articulação do seu trabalho com os demais profissionais da equipe. (BRASIL, 2010, p. 90)

No que concerne às “Ações do Assistente Social no NASF”, estão voltadas ao levantamento e diagnóstico dos aspectos socioculturais do assistente social acerca do território, e de sua população. Identificar, através de suas visitas domiciliares e reuniões com grupos, os aspectos epidemiológico do território em questão, e após esse diagnóstico propor formas de abordagem aos usuários, aludindo acerca de promoção a saúde e prevenção de doenças, o uso de álcool e outras drogas, e mediações e encaminhamentos diante de conflitos familiares. O profissional se mostra habilitado para lidar com as diversas situações de abuso/violência e, sobretudo, violação de direitos sofridos pela comunidade, apresentando enquanto suas primeiras providências, o encaminhamento para rede socioassistencial local. (BRASIL, 2010, p. 91)

Nas estratégias metodológicas utilizadas pelo assistente social no NASF, estão: Abordagem Grupal, Abordagem Familiar, Abordagem Individual e

da Rede Social, através da escuta qualificada e observação, bem como na importância do estabelecimento de laços e vínculos com a comunidade.

De acordo com Martinelli (2005) apud Fávero (2010) o assistente social conta com as dimensões, a saber: ético-político (poder), teórico-metodológica (saber) e técnico-operativa (fazer), os quais interagem e mediam sua prática profissional, nos mais diversos espaços de trabalho.

Dessa forma, o assistente social do NASF conta com a realização de Visitas Domiciliares, para leitura da realidade, compreendendo não só do diagnóstico de saúde, mas as muitas histórias e modos de vida dos indivíduos e das famílias. É responsável pela Elaboração e Coordenação de Grupos de Convivência e/ou Educativos, um importante espaço para proposição da participação social e para abordagem de assuntos/temáticas pertinentes aos usuários. Realiza Visitas Institucionais, no intuito de estabelecer parcerias e/ou firmar acordos/projetos com os equipamentos sociais locais, para fortalecimento da rede intersetorial comunitária. São feitos, também, Estudos Sociais²⁵, para conhecimento e análise situacional. Propõe o Aperfeiçoamento/Formação/Produção de conhecimentos, compreendendo a necessidade de uma base teórica e de um profissional qualificado para intervir. É também chamado a atuar na Intervenção Coletiva e Planejamento e Gestão das ações desenvolvidas. (BRASIL, 2010, p. 93-94)

Vemos na ação do profissional de Serviço Social, a possibilidade de uma atuação crítica, sem desvencilhar do cunho político, tão necessário, tendo em vista a proposta individual e curativa que ainda tem conquistado espaço nas ações e cuidados em saúde.

Além do mais, por meio da interdisciplinaridade, o assistente social, deve estabelecer uma interlocução com os demais profissionais que integram o NASF, e com isso, tem a oportunidade de transformar seu território de abrangência, em um palco de discussões e ações propositivas. Desta forma, possibilita aos atores sociais envolvidos, a construção de um debate,

²⁵ O estudo social é um processo de trabalho de competência do assistente social. Tem como finalidade conhecer e interpretar a realidade social na qual está inserido o objeto da ação profissional, ou seja, a expressão da questão social ou o acontecimento ou situação que dá motivo à intervenção. (FÁVERO, 2009, p. 12)

apontando novos horizontes, e estratégias que não se restrinjam, apenas, a melhoria das condições de saúde, mas que propicie a qualidade de vida da população numa perspectiva ampliada.

O profissional precisa ter clareza de suas atribuições e competências para estabelecer prioridades e estratégias, a partir de demandas apresentadas pelos usuários, de dados epidemiológicos e da disponibilidade da equipe de saúde para ações conjuntas (CFESS, 2011, p.41)

Após essa breve explanação de como o NASF se estrutura, considera-se que sua principal perspectiva é romper com a fragmentação no cuidado à saúde, o que pressupõe:

Construção de redes de atenção e cuidado, colaborando para que se alcance a plena integralidade do cuidado físico e mental aos usuários do SUS. [...] e a corresponsabilização e gestão integrada do cuidado, por meio de atendimentos compartilhados e projetos terapêuticos e que envolvam os usuários. (NASCIMENTO e OLIVEIRA, 2010:93)

A proposta de clínica ampliada, e demais ferramentas de gestão do NASF, contribuem para visão integral de saúde, para uma melhor compreensão de casos, e maior abrangência das ações de atenção básica.

O NASF ainda traz à tona, o que Cecílio (2004) vai chamar de integralidade ampliada, ou seja, articulação das práticas profissionais, fazendo do acolhimento dos usuários uma atribuição em comum dentre os membros da equipe, não devendo ser atribuída apenas um profissional. Ainda,

a integralidade, tendo como pilares básicos a interdisciplinaridade e a intersetorialidade, possibilita uma inserção diferenciada do assistente social na área da saúde superando o estatuto de profissão paramédica, típico do modelo biomédico. (NOGUEIRA e MIOTO, 2011)

Porém, reitera-se que o NASF não é uma porta de entrada, ou seja, seu atendimento é especializado, e demandado pela equipe de Saúde da Família, além disso, não se articula de forma independente, mas sim, atua de maneira integrada com ESF e a rede intersetorial de saúde e assistência social.

Na particularidade do NASF África Natal/RN o que se observou, durante as entrevistas e reuniões, é que muitos dos dilemas os quais o NASF foi chamado a enfrentar, na verdade, constituem-se enquanto principais desafios para implementações de suas propostas e ações.

Refletir sobre a inserção do Serviço Social no NASF África supõe reconhecer seus limites - que podem ser estruturais da própria política do SUS

e da gestão dos serviços de saúde, quanto em sua relação enquanto trabalhador coletivo e “membro” de uma equipe multidisciplinar.

Dentre os principais desafios do assistente social neste processo de trabalho, elencamos dois: desafio do trabalho em equipe e dificuldade na pactuação entre as equipes ESF/NASF. O primeiro, no entanto, foi visto como principal elemento a ser refletido, no quanto difícil é compor uma equipe, reconhecendo as potencialidades de cada profissional, respeitando as diferenças e individualidades, sem esquecer os objetivos comuns - gestão dos processos de trabalho e qualificação do atendimento das ESF na atenção básica.

O assistente social, ao participar de trabalho em equipe na saúde, dispõe de ângulos particulares de observação na interpretação das condições de saúde do usuário e uma competência também distinta para o encaminhamento das ações, que o diferencia do médico, do enfermeiro, do nutricionista e dos demais trabalhadores que atuam na saúde. (CFESS, 2011, p. 46).

Costa (2000, p. 63) afirma que o modelo hegemônico curativo acaba desqualificando as atividades profissionais que não possuem práticas privilegiadas por tal modelo, o que incidirá no trabalho de muitos profissionais, sobretudo, o assistente social.

Sendo assim, o trabalho apesar de multiprofissional, acaba não significando interdisciplinaridade propriamente dita, ou apresenta poucas nuances e atrelamentos entre as diversas disciplinas que compõem a equipe. Matos (2013, p. 53) assinala que é impossível realizar um trabalho coletivo em saúde isoladamente.

Quando falamos em equipe interdisciplinar, subtende-se uma ação recíproca, que existe um fluxo contínuo e troca de saberes entre os profissionais envolvidos. O NASF apesar de apregoar a integralidade enquanto proposta principal, ainda padece da fragmentação do cuidado a saúde, muitas vezes, se configurando apenas enquanto “agrupamento” de vários profissionais, porém cada um responsável pelo seu núcleo, comprometendo o olhar integral.

Porém, há situações em que é possível, enxergar a interdisciplinaridade como na construção do PTS, PST e participação em

atividades de campo (reuniões com grupos, equipes ESF). No entanto, reitera-se que é um desafio conservar tais espaços para discussões.

Iamamoto (2002, p. 41 apud CFESS, 2011) afirma que as diferentes especializações do trabalho coletivo permitem atribuir uma identidade na equipe, porém, preservando as atribuições privativas de cada profissional e respeitando as diferenças existentes.

Quando falamos em gestão de processos de trabalho, também pressupõe ao NASF reconhecer-se e refletir-se enquanto equipe e como esta composição tem sido desenvolvida, evitando a fragmentação entre os profissionais, o que acaba tornando como seu objeto ações voltadas apenas as doenças do indivíduo.

Concorda-se com Matos (2013, p. 62) ao apresentar outro dilema do trabalho do assistente social na saúde, que é o tensionamento entre o projeto ético político e o projeto privatista. Descompasso este, que acaba por incidir na efetivação dos direitos, embora o SUS preconize acesso universal e integral.

Segundo Bravo e Matos (2012) o projeto privatista neoliberal vem exigindo do assistente social uma postura conservadora com aplicação de questionários socioeconômicos, por exemplo, usados não com o objetivo em conhecer suas demandas, mas com vistas para escolha da clientela a ser assistida. Além disso, favorece ao assistencialismo e fiscalização de usuários, papéis que não lhe cabem, e acabam por desqualificar a imagem da profissão.

O NASF se apresenta enquanto locus privilegiado da atuação do assistente social, uma vez que suas ações estão intrinsecamente relacionadas aos Parâmetros de Atuação do Assistente Social na Saúde, e são elas: à democratização do acesso e das informações, o trabalho interdisciplinar, o acolhimento humanizado, a formação de vínculos com usuários e equipes ESF, além do estímulo a participação social.

O Serviço Social NASF África, em particular, é muito requisitado no atendimento direto aos usuários; e apoio às equipes, principalmente, no fortalecimento de grupidades e ações de mobilizações sociais. Constituem-se enquanto suas principais demandas nos territórios: Negligencia e/ou Violência Intrafamiliar contra Idosos, Crianças e Mulheres; e articulação com a rede, principalmente assistencial, para provimento de benefícios.

o assistente social cumpre um papel fundamental de responder a demandas que se relacionam à dimensão local do território: atender vítimas de violência velada ou visíveis e encaminhá-las a serviços específicos, abandono de idosos, maus-tratos a crianças ou mulheres em situação de vulnerabilidade social ou a pobreza que se expressa na “falta de” — uma dimensão capturada nas visitas domiciliares (SODRE, 2014, p. 11).

A Visita Domiciliar e o Prontuário são principais instrumentos utilizados pelo assistente social do NASF, a fim de conhecer e aproximar-se dos usuários e de suas realidades. Sendo assim, faz-se saber que:

a) A Visita Domiciliar é uma oportunidade em dialogar e conhecer o contexto sociocultural e familiar dos usuários a partir do seu espaço de convivência. (FÁVERO, 2009, p. 14) No caso do NASF, ocorre tão somente, após discussão com equipes apoiadas, e a partir disso, vê necessidade da visita do profissional do Serviço Social. Refletindo acerca da importância deste procedimento, Fávero (2009) ressalta o reconhecimento do território e de seus hábitos, no acesso aos serviços, não só de saúde, mas todos que compõe a rede intersetorial, e como uma forma de complementação de estudo e não no ponto de vista fiscalizador.

b) o Prontuário é utilizado para anotações das impressões e encaminhamentos a serem feitos, se apresenta enquanto instrumento muito utilizado nos serviços de saúde a fim de facilitar a comunicação e o registro. (MATOS, 2013, p. 130). No que se refere ao NASF, o mesmo deve ser retornado à equipe de referência e equipe apoiadora, para discussão de práticas e procedimentos posteriores.

No caso de encaminhamentos, o profissional se articula junto aos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) de cada território, programando e participando das ações junto a comunidade. Encaminha e acompanha os usuários do Programa Bolsa Família, que também apresenta enquanto condicionante do benefício registrar-se na UBS/USF com seus dependentes - um trabalho que deve ser feito em conjunto com os ACS. Além disso, encaminha e acompanha os usuários do Benefício de Prestação Continuada (BPC), bem como orienta aos familiares/cuidadores como este benefício deve ser revertido ao beneficiário.

Matos (2013, p. 65) ressalta que as condições de vida dos usuários, principalmente a pauperização, a velhice e ausência de laços familiares vêm se apresentando como problemas de saúde. E o profissional requisitado a responder tais demandas tem sido o assistente social, entretanto, é visto como atribuição exclusiva, o que não pode ser encarado dessa maneira.

Usuários com alguma dificuldade de sua autonomia na sociedade capitalista em que vivemos são vistos como alvos exclusivos de intervenção do assistente social. Essa cobrança expressa duas reduções: a primeira de por para o assistente social a resolução destes problemas que são próprios do capital, e segundo, a crença que é possível resolvê-los por meio de políticas sociais do próprio sistema capitalista (MATOS, 2013, p. 65)

Sabemos que devido à desigualdade crescente, as políticas sociais se constituem como elementos fundamentais e, cabe-nos, a sua defesa constante e intransigente, uma vez que muitos direitos sociais estão preconizados na Constituição de 1988. Entretanto, compreendemos que tais políticas sociais são produtos do capitalismo, enquanto resposta à questão social. “Nunca é demais afirmar que defender no capitalismo as políticas sociais é uma estratégia, e não um fim em si mesmo.” (MATOS, 2013, p. 65).

É bem verdade, que muitos destes problemas têm suas raízes nas histórias de vida de cada indivíduo, e durante a visita domiciliar, percebe-se que a família - até então, vista como negligente, é quem necessita de ajuda/respaldo, no ponto de vista financeiro e/ou psicossocial.

Fávero (2009) discute nesse sentido, a importância em se distanciar e/ou rever concepções os quais julgamos a partir de nossas ações, nossas vivências, de modo a compreender a dinâmica desta outra família, embora seja completamente oposta ao do assistente social. Isto respalda o profissional de possíveis equívocos ao culpabilizar o indivíduo, em detrimento da estrutura social.

O NASF, assim como ESF, norteiam suas ações junto às famílias, e sendo assim, é necessária a compreensão das condições objetivas que permeiam e afetam a subjetividades dos sujeitos/usuários. O assistente social não está fora desta realidade, e tem sua subjetividade afetada, porém, sua postura crítica e, sobretudo, ética, irá incidir diretamente na postura que esse profissional terá ao lidar com diversos contextos familiares, tais como:

famílias chefiadas por mulheres, muitas delas avós; do crescente – mesmo que ainda não tão expressivo – número de homens chefiando famílias sozinhos; das uniões consensuais sem vínculo legal, das uniões homoafetivas, das famílias extensas, das famílias unidas por laços consanguíneos e das famílias unidas por laços de afetividade etc. Da circulação de crianças, decorrente de elementos culturais ou enquanto estratégia de sobrevivência¹⁴; do desenraizamento familiar provocado por separações, distâncias geográficas, migrações etc. (FÁVERO, 2009, p. 08).

Reiterando, somente a postura reflexiva e ética, necessárias ao fazer profissional, irão nortear ações que coadunam com o compromisso do Código de Ética, cujos princípios, tais como: liberdade, democracia, emancipação humana e defesa dos direitos são elementos centrais.

Retomando a discussão sobre as diretrizes norteadoras do NASF, as entrevistas evidenciaram que o apoio e gestão sobre diversas equipes de referência, acabam limitando seus profissionais a responder inúmeras demandas que lhes são atribuídas, inclusive o assistente social. O que não permite tempo hábil para reuniões e organizações das agendas, e principalmente, para estudo dos cadernos/diretrizes, isto porque a educação permanente é algo extremamente importante, não podendo ser desconsiderado.

O desconhecimento acerca da proposta do NASF também funciona enquanto fator limitante do trabalho do assistente social, já que muitas equipes de referência não se atentam para importância da pactuação dos serviços e na responsabilidade em trazer a tona os casos clínicos que merecem atenção. Assim como foi visto no capítulo anterior, ainda se tem a ideia “fiscalizadora” do NASF e não atuando enquanto “apoio”.

Ainda sobre a relação entre NASF e ESF, um profissional pontua o seguinte aspecto:

O NASF faz muito esse movimento de buscar se articular, na verdade, acho que estamos numa relação inversa. O NASF chega para apoiar, mas seria interessante que elas não solicitassem somente o serviço feito, mas como uma forma de pensar junto, pensar os processos de trabalho, pensar as organizações dos serviços. Essa relação ainda parece ser de cobrança, porque as equipes estão longe da missão da Estratégia Saúde da Família, onde o foco é a promoção em saúde. Ela se caracteriza muito no curativo, na queixa conduta, e tem suas ações voltadas para dentro da unidade e não para território. (S6)

Nesse sentido, quando o NASF se propõe a refletir sobre a oferta e o território junto às equipes de ESF- requisitos de uma Clínica Ampliada, tais propostas soam como discurso totalmente distante da realidade. A relação se torna tensionada por relações de exigências, cobranças e monitoramento de processo de trabalho ou de condutas profissionais. Não é visto como qualificação do serviço, e sim, como mais uma atribuição dada às equipes apoiadas, diante de tantas outras que lhes são atribuídas.

Ainda, pontuando a relação entre equipes apoiadas e Serviço Social do NASF, alguns casos encaminhados ao assistente social são tidos como “resolvidos” pela equipe, embora não seja o procedimento indicado. Isto porque, apesar do encaminhamento ao NASF, a responsabilidade pelo caso permanece sendo da equipe de referência, devendo a esta, o cuidado longitudinal. Portanto, exige-se a necessidade pelo compartilhamento das estratégias/encaminhamentos, e a responsabilização dos acompanhamentos de caso e seus retornos.

Um problema visualizado, também, é UBS/USF não possuem catálogos dos pontos de atenção à rede, tanto especializado quanto de proteção, o que fragiliza o atendimento integral a saúde, já que nestes locais, estão restritos apenas ao atendimento do usuário e sua doença. E mais uma vez, o desconhecimento da rede intersetorial, suprime muitos encaminhamentos que a própria equipe podia responsabilizar-se, onde se espera que o assistente social forneça tal informação - que é nossa atribuição, porém, como discutido anteriormente, as problemáticas são delegadas apenas ao profissional do Serviço Social.

Agora, vamos nos reportar a promoção em saúde, que é um dos componentes estruturantes do NASF e da própria Atenção Básica. Muitas atividades grupais nos territórios são requisitadas aos profissionais de diversas disciplinas do campo saúde a fim de contribuir com os hábitos e estilos de vida. Nesse sentido, têm sido demandadas, principalmente, ao assistente social ações abrangendo esta temática a partir de encontros e palestras com a população usuária (SODRÉ, 2014, p. 08).

O Serviço Social do NASF África reconhece o equivoco em enxergar o usuário como apenas receptor de informações. Deve-se levar em

consideração as reais necessidades e dúvidas daquelas pessoas, acreditando que uma palestra não irá mudar os hábitos culturais locais, mas propiciando espaços dialógicos, discutindo tais comportamentos em uma linguagem aproximada ao entendimento e promovendo a troca de saberes e conhecendo os contextos de vida locais. Somente, assim, a “palestra” deixará de ser informativa, e irá ensejar a prática reflexiva dos usuários,

possibilitando análise e desvendamento das situações vivenciadas por meio de reflexão crítica estimulada pelo assistente social, de forma que o usuário consiga captar, na medida do possível, o movimento da realidade social e, conseqüentemente, participar, de forma consciente, do processo de transformação dessa realidade enquanto ser histórico. Esse processo deve priorizar a atenção coletiva, em grupo, o que possibilita a troca de experiência entre os sujeitos, a manifestação da força que a organização tem e da condição de classe dos sujeitos envolvidos (VASCONCELOS, 1993 apud CFESS, 2011, p. 56).

Abreu (2003) levanta a discussão acerca da dimensão pedagógica do assistente social, diretamente condicionado aos vínculos que o profissional estabelece com as classes sociais. Miotto (2010, p. 03) em sua discussão sobre a orientação e acompanhamento de indivíduos/grupos, as apresenta enquanto ações socioeducativas e quando coadunam com o PEP podem representar um importante espaço para o fortalecimento dos processos emancipatórios.

No que diz respeito às ações socioeducativas, Miotto (2009, p. 05) menciona: a socialização de informações e o processo reflexivo. A primeira condiz com o direito à informação, um componente fundamental para materialização da cidadania. Além disso, a busca por direitos pressupõe o saber e o reconhecer-se enquanto sujeito de direitos, portanto, constitui-se em uma estratégia para mudança de realidade. Já o processo reflexivo faz parte do percurso investigativo entre o assistente social e usuários, perpassando a análise das respostas as suas demandas, e tem como principal objetivo a formação da consciência crítica. Na área da saúde, a prática reflexiva propicia a politização do usuário e os constitui enquanto sujeitos coletivos.

Trazendo a tona à discussão sobre gestão, outra diretriz do NASF, o assistente social é apontado como principal responsável pela interlocução entre as instituições, trabalhadores e usuários, o que se revela espaço para defesa da democracia, do acesso e luta pelo direito a saúde e participação social.

No que diz respeito às contribuições do assistente social como integrante da equipe multidisciplinar, pergunta esta feita a equipe NASF, todos reconhecem a importância, sendo dois sujeitos apresentando dificuldades em verbalizar tais contribuições, e os demais, apontando com mais clareza suas visões acerca do Serviço Social neste processo de trabalho:

É fundamental dentro da equipe do NASF, pois ele tem uma das maiores demandas, e todas as questões sempre estão envolvendo este profissional. É uma das pessoas mais preparadas para estar neste local, que entende o que é o apoio matricial realmente. (S2)

Como contribuição do Serviço Social, eu visualizo muito como apoio da gestão, ela consegue fazer este movimento de articulação entre o NASF e gestão, o NASF e as Equipes. [...] Muitas coisas acontecem porque ela “provocou” determinada reunião e discussão. [...] Realmente, acho que ela tem um “olho” muito bom, pois quando atendo um determinado paciente, algo que para mim passa despercebido, ela consegue captar. (S3)

Quando estamos discutindo casos, o assistente social traz coisas, que somente ela para trazer mesmo. O lado humano/social da saúde. A contribuição dos direitos, conhecimento sobre tudo que pode ser ofertado da rede, como ser cidadão. (S4)

Dentre as falas, é possível notar as características “humanas e sociais” que são atribuídas à profissão do assistente social, mas não devendo ser somente dele. Essa discussão nos remete as raízes do conservadorismo do Serviço Social Tradicional e, que até os dias atuais, reforça uma ideia equivocada acerca da subalternidade da profissão²⁶, no qual apregoava um profissional bondoso, caridoso, por vezes, mais moral que intelectual.

Ainda, durante uma das entrevistas acerca do trabalho do assistente social, a fala de um profissional chamou atenção ao fez a seguinte assertiva:

Não acho que o campo da saúde mental é serviço social, pode ser até ignorância minha, mas não enxergo. (S4)

Respondendo a esta fala, que talvez reflita a opinião de outros profissionais da área, quando falamos em saúde mental, cabe ao NASF estabelecer estratégias de comunicação e integração com as equipes de SF,

²⁶ Historicamente, a subalternidade profissional no Serviço Social encontra-se relacionada a muitos elementos, entre eles: sua origem ligada à caridade e à filantropia de origem religiosa -, forjando um perfil profissional mais moral que intelectual - e o perfil predominantemente feminino que se soma ao perfil religioso-moral, criando uma imagem social da profissão relacionada a boa vontade, a características femininas e a caridade. Tal imagem tem se reproduzido e ainda hoje a profissão é predominantemente feminina. (LIMA; SANTOS, s/a, p. 02)

cuja finalidade é promover a interação entre o usuário com sofrimento psíquico e sua família. É o que visualizamos na fala do profissional de Serviço Social do NASF,

Um caso de saúde mental vai exigir um apoio de vários profissionais, não quer dizer que, ao discutir o cuidado, se precise só do Psiquiatra, Psicólogo, eles são importantes, mas eles não são exclusivos. O cuidado não vai se dar, somente por esses saberes da área Psi. Eles vão precisar de outros saberes, de outras formas de cuidado, inclusive do ACS, pois ele também é o profissional fundamental, por que possui um vínculo mais forte, conhece mais sobre a vida e nos ajuda a pensar sobre as estratégias neste caso. (S6)

Aliado as práticas e discussões, temos a articulação com a rede psicossocial - CAPS, espaços cujas dinâmicas institucionais propiciam a discussão de casos, saberes e construção de projetos terapêuticos singulares, desconstruindo a lógica manicomial que permeia a saúde mental. Caso seja necessário um acompanhamento de alta complexidade; a recuperação e continuidade tratamento se darão no núcleo familiar, situados nos territórios que possuem (ou deve possuir) uma rede básica que ampare esse paciente e sua família.

Portanto, é mais que claro a necessidade do assistente social - bem como outros profissionais, na formação dos vínculos entre equipes, bem como com usuários junto à família, trabalhando a humanização do cuidado e promoção do acesso integral e qualificado na rede. Concorda-se com Brasil (2010, p. 44) que cita a educação permanente como o principal impulsionador na mudança destas práticas. Entretanto, é necessário trabalhar a concepção de saúde dos profissionais, e principalmente, como este se responsabiliza enquanto apoiador, enxergando seu campo, e as contribuições do campo do outro, um debate que perpassa a formação deste a universidade, e que incidirá na atuação posteriormente.

Além disso, o profissional de Serviço Social não só deve fazer parte do núcleo de saúde mental, mas da própria proposta de ESF, cujos profissionais são mínimos, e por isso, precisam se articular com NASF para oferecer serviços mais amplos.

Infelizmente, o Distrito Sanitário Norte I ainda carece de uma rede psicossocial composta por CAPS; o que não permite uma retaguarda os atendimentos. Atualmente, muitos encaminhamentos são feitos diretamente ao

Hospital Psiquiátrico de referência no estado, Dr. João Machado, cujo tratamento ofertado aos usuários é bem distante da perspectiva de pactuação de práticas, cuidado contínuo, e defesa da proposta antimanicomial.

Discutindo as estratégias metodológicas do Serviço Social, apresentamos duas principais: a Intervenção Coletiva e o Planejamento e Gestão. A primeira representa uma articulação com movimentos sociais do território, propondo e difundindo informações, objetivando assessorar e mobilizar os sujeitos acerca das fragilidades e potencialidades locais, e como o NASF pode ajudar nesse sentido. Já a segunda, exige do assistente social e demais equipe NASF/ESF/AB conjunto de ações desenvolvidas junto com a comunidade, promovendo a gestão democrática e participação do SUS.

De acordo com Brasil (2010, p. 96) o assistente social tem o desafio em desvelar a questão social e suas expressões, com enfrentamento crítico e propositivo, aliada a uma direção política firme e alicerçada na luta pela integralidade a saúde, e capaz de reconhecer as tramas conjunturais e as forças sociais presentes.

Feitas as considerações, cabe implicar que devemos reconhecer os diversos entraves que perpassam no cotidiano profissional do assistente social, desde o tensionamento entre o projeto privatista *versus* projeto SUS, até as fragilidades institucionais e, no caso do NASF África, em particular, as inúmeras dificuldades na gestão do distrito sanitário norte I.

Nesse sentido, Bravo e Matos (2011) revelam que este profissional deve buscar respaldo em suas ações, baseadas no projeto de reforma sanitária e Projeto Ético Político, pois somente assim, terá a certeza que as respostas dadas às demandas estão sendo qualificadas. E deve ainda,

- a) Estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS;
- b) Facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da Instituição, bem como de forma comprometida e criativa não submeter a operacionalização de seu trabalho aos rearranjos propostos pelos governos que descaracterizam a proposta original do SUS de direito, ou seja, contido no projeto de Reforma Sanitária;
- c) Tentar construir e/ou efetivar, conjuntamente com outros trabalhadores da saúde, espaços nas unidades que garantam a participação popular e dos funcionários nas decisões a serem tomadas;
- d) Elaborar e participar de projetos de educação permanente, buscar assessoria técnica e sistematizar o trabalho desenvolvido, bem como

estar atento sobre a possibilidade de investigações sobre temáticas relacionadas à saúde. (BRAVO; MATOS, 2011, p. 18)

Finalizando, exige-se um profissional comprometido com categoria e, sobretudo, com seus usuários, não devendo adotar nenhuma postura messiânica, tampouco fatalista, frente aos inúmeros entraves institucionais e estruturais postos ao exercício profissional do Serviço Social. Se o caminho da luta, nos parece tortuoso, imagine como estaríamos se estivéssemos resignados. Comemoramos a preconização dos direitos sociais na Constituição de 1988, e hoje, a luta se concentra na sua efetivação. E no campo da saúde, a luta está na superação do modelo médico hegemônico, que tanto influencia os processos de trabalho em saúde, e inviabiliza o cuidado integral e universal aos usuários da saúde pública, e mais especificamente na atenção básica.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho aqui apresentado analisou como se dá o apoio matricial, nos seus aspectos conceituais e práticos, e como o NASF materializa tais princípios. Além disso, trouxe a luz o lugar do Serviço Social neste espaço de trabalho, problematizando seu cotidiano profissional, instrumentos e desafios frente a sua atuação.

A fim de responder tais objetivos, se fez necessário desvelar os determinantes históricos envolvidos neste processo. Assim como o homem se constitui enquanto sujeito histórico, o campo da saúde também foi influenciado pela sua historicidade ao longo do tempo.

A partir disto, cabe ressaltar algumas reflexões a começar pelo papel do Estado, cuja política de saúde não obteve papel de centralidade, estando sempre subordinada ao avanço da lógica capitalista, sob suas mais diversas “versões”.

O cenário só esboçou mudanças, a partir da década de 1930, no entanto, cabe-se inferir que a história da saúde pública no Brasil se confunde e permeia a história da previdência em muitos períodos. Sendo relegada, por muito tempo, nas agendas governamentais, e servindo, apenas para aqueles que possuíam trabalho. Aos pobres/desempregados, cabia a filantropia e casas de caridade, enquanto única forma de acessar a saúde.

Na década de 1980, a sociedade tornou-se palco de lutas e enfrentamentos as políticas insipientes de saúde. Sendo assim, gestou-se uma série de proposições, que mais tarde, formularia o Projeto de Reforma Sanitária, sendo incorporado pelo Estado, assim como todas as políticas sociais situadas no contexto capitalista, atuando enquanto resposta a classe trabalhadora.

O projeto de Reforma Sanitária, mais tarde, se transformaria no SUS, um dos maiores e mais bem organizados sistemas de saúde do mundo. O SUS apregoa princípios tais como: universalidade; descentralização; hierarquização; integralidade; regionalização; e a participação popular. No entanto, a dificuldade entre a coexistência de tais princípios sob o advento do

neoliberalismo, a partir dos anos 1990, se apresenta enquanto fator limitante do acesso e integralidade ao direito a saúde.

Não dissociada a esta lógica, temos a atenção básica, o que representa, no ponto de vista teórico, uma reorganização dos serviços de atenção, e se configura a principal porta de entrada do SUS. No entanto, esta se desenvolve em meio ao maciço incentivo ao privado, aliado as práticas do modelo médico curativo - que condiciona, principalmente, os processos de trabalho nos espaços de média e alta complexidade.

Temos configurado, a criação de uma proposta que não coaduna com a conjuntura neoliberal a qual vivemos, e por isso, vem sendo desmontada e desqualificada gradativamente, sob a força de poucos recursos destinados a este fim e, o sucateamento dos serviços, falseando a ideia de que o privado é mais rentável.

Há muito se discute a eficiência de um sistema de saúde cuja organização seja fundamentada na atenção básica. Entretanto, a superação da lógica fragmentada que norteia os serviços de saúde ainda é posto como desafio. Por se constituir na “principal porta de entrada” do SUS, atenção básica ainda precisa-se expandir muito a oferta e serviços, deixando de promover, apenas, práticas focalizadas e destinadas as populações mais pauperizadas.

Tal perspectiva se confirma ao verificar o mapa de cobertura dos serviços de atenção básica - com enfoque na saúde da família, se fazerem presentes apenas nos bairros periféricos da Capital e Região Metropolitana. Isso evidencia a proposta de “pacote mínimo” aqueles que têm pouco ou nenhum acesso à saúde, enquanto a esfera privada se responsabiliza pelos demais.

Ademais, cabe discutir que o trabalho interdisciplinar, proposto pelo NASF, ainda se constitui enquanto principal desafio às equipes, uma vez que não pressupõe apenas a junção de saberes, mas a interlocução destes a fim de contribuir para perspectiva de integralidade a saúde.

O método Paidéia se mostra enquanto instrumento primordial neste processo, que supõe a troca e fluxo de informações/olhares profissionais, devendo ser promovido cada vez mais nestes espaços. No entanto, esbarra-se

nos próprios profissionais, que cristalizam suas ações em seus próprios lócus de atuação, e não se coloca (e/ou não se percebe enquanto apoiador).

O desconhecimento acerca do papel do NASF não se faz presente apenas as equipes apoiadas, mas dentro da própria equipe NASF, uma vez que não conseguem ultrapassar as barreiras de suas subjetividades, sendo assim, temos como reflexo disto, a fragmentação do sujeito e dificuldades na cogestão e na corresponsabilização do cuidado.

Percebemos que o NASF, até pela sua perspectiva de matriciamento, se releva enquanto a instância de cunho democrático, uma vez que sua gestão é (ou ao menos, deve ser) compartilhada. No entanto, é permeado por tensionamentos e correlações de forças que acabam dificultando suas práticas e suas respostas àquilo que foi chamado a fazer - qualificar o serviço de atenção básica.

Situando o assistente social, enquanto trabalhador da saúde e dentro deste conceito de multidisciplinaridade, compreende-se que este é chamado a responder as lacunas do direito a saúde, se apresentando enquanto elo entre os usuários e o SUS. Além disso, o trabalho do assistente social, no contexto de atenção básica, exige o trabalho voltado a prevenção e promoção em saúde, propondo um diagnóstico dos aspectos socioeconômicos e culturais, que perpassam o processo saúde-doença do território, a fim de propor alternativas emancipatórias de modo a fortalecer seus laços com usuários, compreendendo-os como sujeitos de direitos.

Destarte, como materializar o projeto ético político, que abarca muitos conceitos da reforma sanitária, frente aos desafios do cotidiano profissional? A importância da dimensão investigativa do exercício profissional, propondo a constante reflexão acerca da realidade se revela como possibilidades para suplantar as impossibilidades, enfrentando-as e muitas vezes, transformando-as em possibilidades.

Assim, finalizo, respondendo algumas indagações, e deixando algumas proposições que vieram a surgir no processo de pesquisa, assumindo o desafio proposto por Matos (2013), em “ser concretamente propositiva sem esbarrar a imprescindível criatividade que a realidade exige”.

REFERÊNCIAS

- ALEIXO, J.L.M. **A Atenção Primária a Saúde e o Programa Saúde da Família: perspectiva de desenvolvimento no início do terceiro milênio.** In: Revista Mineira de Saúde Pública. nº 1, v. 1, 2002.
- ANDERSON, Perry. **Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático. Balanço do neoliberalismo.** Ed. Paz e Terra S/A. São Paulo, 2007.
- ANDRADE, L. O. M; BARRETO, I. C. H. C; BEZERRA, R.C. **Atenção Primária a Saúde e Estratégia Saúde da Família.** Tratado de Saúde Coletiva. Editora Hucitec/Fiocruz, 2012.
- BRAGA, J.C.S; PAULA, S.G. **Saúde e Previdência: estudos de política social.** São Paulo: CEBES - Hucitec, 1981.
- BRASIL. **8º CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE:** relatório final. 1986.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA GM Nº 154, de 24 de Janeiro de 2008.** Da criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **CADERNO DE ATENÇÃO BÁSICA.** Diretrizes do NASF. **Núcleo de Apoio a Saúde da Família.** Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica, n. 27. Brasília – DF. 2010
- BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **NASF - Núcleo de Apoio a Saúde da Família: ferramentas para gestão do trabalho cotidiano.** Caderno de Atenção Básica nº 39. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- _____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil. Promulgada em 5 de outubro de 1988.** Brasília, DF: Senado Federal, 1988.
- _____. Código de ética do/a assistente social. **Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão. 10ª. ed. rev. e atual.** - [Brasília]: Conselho Federal de Serviço Social, [2012].
- _____. Conselho Nacional dos Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção a Saúde - CONASS.** Brasília: 2011.

BEHRING, Elaine Rossetti. BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social: fundamentos e história** - 9 ed. São Paulo: Cortez, 2011.

BRAVO, Maria Inês Souza. SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE: Formação e trabalho profissional. **Política de saúde no Brasil**. 4ªed. São Paulo; Cortez; Brasília – DF: OPAS, OMS, Ministério da saúde, 2009.

_____. **Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. 4ª Ed. São Paulo: Cortez, 2011.

_____. MATOS, M. C. de. A SAÚDE NO BRASIL: **Reforma sanitária e Ofensiva neoliberal**. Política Social e Democracia, São Paulo: Cortez, Rio de Janeiro, 2001.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para cogovernar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, Oct. 1997.

CAMPOS, G.W.S. **Um método para análise e cogestão de coletivos: a construção do sujeito, a produção do valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda**. São Paulo, Hucitec, 2000.

CAMPOS, G.W.S. **PAIDÉIA E GESTÃO: Um ensaio sobre o Apoio Paidéia no trabalho em saúde**, 2003.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. DOMITTI, Ana Carla. **Apoio Matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde**. Cad. Saúde Pública. V. 23, Rio de Janeiro, 2007.

CARVALHO. Maria do Carmo Brant. **Cotidiano: conhecimento e crítica**. São Paulo: Ed. Cortez, 2012.

CECILIO, L. C. O. **As necessidades de saúde como conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção à Saúde**. LAPPIS - Laboratório de Pesquisa sobre Práticas de Integralidade em Saúde. Rio de Janeiro: ENSP, 2004.

CFESS. RESOLUÇÃO Nº 383/99 de 29/03/1999 - O Serviço Social na Saúde.

COHN, Amélia. **O SUS e o Direito à Saúde: universalização e focalização nas políticas de saúde.** In. LIMA. N.T; GERSCHMAN. S; EDLER. F. C; SUÁREZ. J.M (orgs.) Saúde e Democracia: História e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005.

COSTA, Maria Dalva Horácio. **O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos(as) assistentes sociais.** Serviço Social e Sociedade nº62. São Paulo, Cortez, 2000.

COLMAN, Evaristo. POLAN, Karina Dala. **Trabalho em Marx e Serviço Social.** In: Revista de Serviço Social da UEL, 2009.

CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE. **Declaração de Alma Ata.** URSS: 1978. Disponível em: <www.saude.mt.gov.br/arquivo/2224> Acesso em: fev/14.

DALLARI, S. G. **A Constituição Brasileira e o Direito à Saúde.** Incentivo a Participação Popular e Controle Social no SUS: textos técnicos para conselheiros. Brasília:IEC, 1994.

DIAS, M. T. G. **A Reforma Psiquiátrica Brasileira e os direitos dos portadores de transtorno mental: uma análise a partir do serviço residencial terapêutico morada São Pedro.** (Dissertação de Mestrado/PUC/RS) 2007.

FALEIROS, V.P. [et al] **Histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

FAUSTO, M.C.R; MATTA, G.C.. **Atenção Primária a Saúde: histórico e perspectivas.** Modelos de Atenção e a Saúde da Família (Org) Morosini, M.V. G.C. Fiocruz, 2007.

FILHO, Cláudio Bertolli. **História da saúde pública no Brasil.** 4a edição. Ed: UNESP. 2004 (Coleção: História em movimento).

FIGUEIREDO, E. N. **Estratégia Saúde da Família e Núcleo de Apoio a Saúde da Família: diretrizes e fundamentos.** Modulo Gestor. s/a. Disponível em: <www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/.../Unidade_5.pdf> Acesso em: Abril/2014.

FLEURY, S. M. T. **Retomar o debate da Reforma Sanitária para avançar no SUS.** In: Revista de Administração de Empresas, v. 49, nº 4, 2009.

GIOVANELLA, Ligia. **A atenção primária à saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990.** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, 2006.

GOMES, V.G. **Apoio Matricial: estratégia de interlocução na rede de saúde de Campinas/SP.** Campinas, 2006. (Trabalho de Conclusão de Curso de Aprimoramento Saúde Mental da Faculdade de Ciências Médicas UNICAMP).

HOFFMANN, Edla. **O trabalho das assistentes sociais no Programa Saúde da Família - PSF na região norte do estado Rio Grande do Sul.** (Dissertação de Mestrado - PUC/RS) 2007.

IAMAMOTO, Marilda Villela. CARVALHO, Raul de. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica** - 33 ed. São Paulo: Cortez, 2011.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social.** 4ed. São Paulo: Cortez, 2010.

_____. **O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional.** 13ª Ed. São Paulo: Cortez, 2007.

_____. **Projeto Profissional, espaços ocupacionais e trabalho do assistente social na atualidade.** In: Atribuições privativas do/a assistente social em questão. CFESS, 2012.

KOBORI, Marcio. **A política de saúde no Brasil: dilemas entre o público e privado.** Campinas: Unicamp, 2008 (monografia).

MARX, K. **O Capital: crítica da economia política.** Tradução por Regis Barbosa e Flávio R. Kothe. São Paulo: Abril Cultural, 1985. Livro 1, v.1, t.1. (Os economistas).

MARX, Karl. **O Capital: crítica da economia política.** Livro I: O processo de produção do capital. v. I. 20. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002. Cap.I.

MACHADO, R.R. [et al]. **Entendendo o Pacto pela Saúde na Gestão do SUS e refletindo sua implementação.** In: Revista Eletrônica de Enfermagem, 2009.

MATOS, Maurílio Castro de. **Serviço Social, ética e saúde: reflexões para o exercício profissional.** São Paulo: Cortez, 2013.

MELLO, C. F. Q. **O trabalho do assistente social no contexto hospitalar: uma análise na perspectiva do trabalho em equipe.** (Dissertação de Mestrado/PUC/RS) 2012.

MOROSINI, Márcia Valéria G.C. (Org). **Modelos de atenção e a saúde da família /** Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

MOTA, Ana Elizabete (orgs.). **SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE: Formação e trabalho profissional**. 4ªed. São Paulo; Cortês; Brasília – DF: OPAS, OMS, Ministério da saúde, 2009.

_____. **A Cultura da Crise e Seguridade Social: um estudo sobre as tendências da previdência e da assistência social brasileira nos anos 80 e 90**. São Paulo: Cortez, 1995.

MEDEIROS, Larissa. **O Serviço Social no NASF: Demandas, Respostas e Desafios Profissionais**. (Trabalho de Conclusão de Curso - UFSC) Florianópolis - SC, 2012.

NASCIMENTO, Débora D. G. OLIVEIRA, Maria Amélia de C. **Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família**. In: Rev. O mundo da Saúde, São Paulo, 2010.

NETTO; J.P. BRAZ, M. **Economia Política: uma introdução crítica**. 6ª Ed. São Paulo, 2010.

NOGUEIRA, V.M; MIOTO, R.C. **Desafios atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as Exigências para os Assistentes Sociais**. In: MOTA. A. E, BRAVO. M. I, UCHÔA. R, NOGUEIRA. V. M, MARSIGLIA. R, GOMES. L, TEIXEIRA. M (orgs.) Serviço Social e Saúde: Formação e trabalho profissional. São Paulo: Ed. Cortez, 2011.

PAIM, J. S. **Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para apreensão crítica**. (Tese de Doutorado). Salvador -BA, 2007.

PARÂMETROS PARA ATUAÇÃO DE ASSISTENTES SOCIAIS NA POLÍTICA DE SAÚDE. Série: Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas sociais. CFESS. Brasília. 2011.

PEREIRA, Potyara Amazoneida Pereira. **A saúde no sistema de seguridade social brasileiro**. Ser Social, Brasília, n.10, p. 33-55. 2002. Disponível em: <http://seer.bce.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/93/87>. Acesso em: 29 mar. 2014.

PEREIRA, I. A. **Atenção Primária, Promoção a Saúde e o Sistema Único de Saúde: um diálogo necessário**. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP, 2014.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. **Histórias das Políticas de Saúde no Brasil: Uma Pequena Revisão**. Cadernos do Internato Rural - Faculdade de Medicina/UFMG, 2001.

RACHELLIS, R. **O assistente social como trabalhador assalariado**. In: Ver Serviço Social e Sociedade, nº 107, 2011.

RIZZOTTO, M.L.F. **O Banco Mundial e as políticas de saúde nos anos 90: um projeto de desmonte do SUS**. Campinas: Unicamp, 2000 (tese). Campinas (SP): Faculdade de Ciências Médicas; 2000.

SAUPE, Rosita et al. **Competência dos profissionais da saúde para o trabalho interdisciplinar**. Interface, 2005, v. 9, n.18, p. 521-536, dez/ 2005.

SILVA, A. X. **Reforma Sanitária Brasileira em debate**. V Jornada Internacional de Políticas Públicas (JOIMPP - UFMA) 2011.

SODRÉ, Francis. **O Serviço Social entre a prevenção e a promoção em saúde: tradução, vínculo e acolhimento**. Revista Serviço Social e Sociedade, nº 117, 2014.

STAUDT, Dirce Terezinha. **A interdisciplinaridade em atenção básica a saúde**. In: Revista Boletim da Saúde. V. 22, n. 1. Porto Alegre, 2008.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidade em saúde, serviços e tecnologia**. UNESCO, Ministério da Saúde, 2002

VASCONCELOS; C. M. PASCHE, D. F. **O Sistema Único de Saúde**. Tratado de Saúde Coletiva. Editora Hucitec/Fiocruz, 2012.

VIOLIN, T. C. **A Sociedade Civil e o Estado Ampliado por Antonio Gramsci**. 2006. Disponível em: <ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cejur/article/view/14846/9966> Acesso em: maio/2014.

APENDICES

APENDICE A

FORMULÁRIO APLICADO À EQUIPE NASF ÁFRICA NATAL/RN

- 1- Há quanto tempo você trabalha no NASF/África?
- 2- Qual sua concepção de saúde?
- 3- O que você entende por apoio matricial?
- 4- Em quantas Unidades de Saúde e Equipes de Referência, vocês trabalham?
- 5- Quais as principais demandas dos usuários?
- 6- Quais as principais demandas das Equipes de Referência do Distrito Norte I?
- 7- Como você avalia a articulação entre o NASF África e as Equipes de Referências assistidas?
- 8- Como você avalia a articulação do NASF África e seus profissionais?
- 9- Quais suas principais críticas a esta metodologia de trabalho (Apoio Matricial)? Justifique-as.
- 10- O NASF aposta no trabalho interdisciplinar em saúde compreendendo-a de forma integral. Como você percebe o seu trabalho dentro desta proposta de interdisciplinaridade?
- 11- Existe algum tipo de “correlação de forças” entre a equipe, ou até mesmo, entre o NASF e equipes de referência? Exemplifique.
- 12- Quais as contribuições do fazer profissional do Assistente Social do NASF?
- 13- Quais suas críticas/proposições acerca da Política de Atenção Básica no Brasil?
- 14- Você participa dos Conselhos Municipal/Estadual de Saúde ou de outro movimento social e/ou organização sindical ligado à saúde?
- 15- Você deseja considerar mais alguma coisa?

APENDICE B

FORMULÁRIO APLICADO A/O ASSISTENTE SOCIAL DO NASF ÁFRICA NATAL/RN

- 1- Há quanto tempo trabalha no NASF África?
- 2- Qual sua concepção de saúde?
- 3- O que você entende como apoio matricial?
- 4- Como você avalia a articulação entre o NASF África e as Equipes de Referências do Distrito Norte I?
- 5- Como você avalia a articulação do NASF África e seus profissionais?
- 6- Quais suas principais críticas a esta metodologia de trabalho (Apoio Matricial)? Justifique-as.
- 7- O NASF aposta no trabalho interdisciplinar em saúde compreendendo-a de forma integral. Como você percebe o seu trabalho dentro desta proposta de interdisciplinaridade?
- 8- Você percebe entre a equipe NASF, equipes de referências e/ou usuários, desconhecimento das atribuições e competências do Serviço Social?
- 9- Quais as principais demandas para o Serviço Social no NASF África?
- 10- Quais os instrumentais você utiliza no seu processo de trabalho? Por que da escolha destes?
- 11- Quais as principais contribuições do fazer profissional do assistente social neste processo de trabalho?
- 12- Como você articula o Projeto Ético-Político (PEP) e Código de Ética no seu fazer profissional?
- 15- Você conhece os Parâmetros do Assistente Social na Saúde? Se sim, você se utiliza do mesmo para suas ações/estratégias no fazer profissional?
- 16- Quais os principais limites do fazer profissional do assistente social no NASF África?
- 17- Quais as possibilidades da sua atuação profissional no NASF África? Você as enxerga como uma forma de materializar o Projeto Ético Político da profissão? Justifique-as.
- 18- Você participa dos Conselhos Municipal/Estadual de Saúde ou de outro movimento social e/ou organização sindical ligado à saúde?
- 19 - Deseja fazer mais alguma consideração?

APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, RG nº _____, abaixo assinado, declaro que, de livre e espontânea vontade e de forma gratuita, aceito participar da pesquisa, realizada por NAIARA ESTEFÂNIA ALVES CARNEIRO, acadêmica(o) do curso de Serviço Social da UFRN, orientada pela Prof^a. JOSIVÂNIA ESTELITA DE SOUSA, autorizo o uso do conteúdo das informações dadas para que seja utilizado parcial ou integralmente, sem restrições de prazos e citações, a partir da presente data. Fui informado(a) dos objetivos da pesquisa que consiste em: Analisar de que forma o apoio matricial se organiza na equipe de NASF África Natal RN, destacando o fazer profissional do assistente social neste espaço, a partir da sua inserção na equipe multidisciplinar de Saúde da Família. A entrevista terá a duração aproximada de 1 hora e eu poderei interromper a qualquer momento, não sendo obrigado a responder qualquer pergunta que julgar inconveniente. Estou plenamente ciente de minha participação nesse estudo e sobre a preservação do meu anonimato. Fico ciente, ainda, sobre a minha responsabilidade em comunicar ao pesquisador qualquer alteração pertinente a esse estudo, podendo dele sair a qualquer momento, sem acarretar prejuízos no meu atendimento na instituição da qual participo. Os dados coletados poderão ser utilizados para publicação de artigos, apresentação em seminários e similares. Declaro, outrossim, que este Termo foi lido e recebi uma cópia.

Abdicando direitos autorais meus e de meus descendentes, firmo o presente documento. Quaisquer dúvidas em relação à pesquisa podem ser esclarecidas pela acadêmica pesquisadora pelo fone (84) 9449-0720/9922-3028 e/ou ainda pelo/a Prof^a. Orientador(a) (84) 8808-3160/9937-7168. .

Natal (RN), ___ de _____ de 2014.

Entrevistado(a) _____

Pesquisador (a) Naiara Estefânia Alves Carneiro

Orientadora: Prof^a Josivânia Estelita Gomes de Sousa (CRESS 3397).