

O SERVIÇO SOCIAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: Análise da atuação do/a assistente social na equipe multidisciplinar no Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB)

Aline Braúna dos Santos¹

Francisca Elisangela Ferreira Lima²

Isabela Ferreira Menezes³

Jocélia Braz Ferreira⁴

Raquel de Sousa Ramos⁵

RESUMO

Desde sua implantação, o Sistema Único de Saúde (SUS) tem se constituído baseado nos ideais da equidade, integralidade, intersetorialidade, participação social e universalidade, com o propósito de construir uma rede de atenção favorável à promoção da saúde (BRASIL, 1988). Nessa conjunção, algumas propostas têm sido empreendidas, sobretudo aquelas vinculadas à Atenção Básica, que assume o papel de organizadora desse sistema, em função da sua proximidade com o território e com o usuário que o reside. Dentre as proposições introduzidas, salienta-se o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), oficialmente incorporado na Atenção Básica, mediante à Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que reitera a sua função de cooperar na expansão da capacidade de análise e de ingerência sobre os problemas de saúde do território, atendendo às proposições de uma clínica ampliada e do trabalho compartilhado junto às Equipes de Saúde da Família (eSF). Diante dessa conjuntura, de adversidades e desafios para a consolidação e continuidade do NASF-AB, esta pesquisa tem como objetivo geral: analisar a atuação do/a assistente social na equipe multidisciplinar no NASF-AB. E tem como objetivos específicos: apresentar a trajetória da Política de Saúde no Brasil; identificar as atribuições e competências do/a assistente social dentro da equipe multidisciplinar e compreender os desafios e limites que o profissional se defronta dentro desse espaço sócio-ocupacional. O presente estudo bibliográfico e documental possibilitou conhecer a atuação desenvolvida pelos/as assistentes sociais no NASF-AB, bem como o protagonismo de suas ações na qualidade de vida dos usuários.

Palavras-chave: Atenção Básica. NASF-AB. Serviço Social.

¹ Mestra em Ensino na Saúde pela Universidade Estadual do Ceará (UECE), Professora e Coordenadora do Curso de Serviço Social do Centro Universitário Ateneu. Orientadora. E-mail: aline.santos@uniateneu.edu.br

² Acadêmica de Graduação em Serviço Social do Centro Universitário Ateneu-Unidade Grand Shopping. E-mail: franciscaeflima@gmail.com

³ Acadêmica de Graduação em Serviço Social do Centro Universitário Ateneu-Unidade Grand Shopping. E-mail: isabelafmenezes@gmail.com

⁴ Acadêmica de Graduação em Serviço Social do Centro Universitário Ateneu-Unidade Grand Shopping. E-mail: jocelia.braz@hotmail.com

⁵ Acadêmica de Graduação em Serviço Social do Centro Universitário Ateneu-Unidade Grand Shopping. E-mail: rqlramos.rr@gmail.com

ABSTRACT

Since its implementation, the Unified Health System (SUS) has been grounded on equity, comprehensiveness, intersectoriality, social participation, and universality to build a care network conducive to health promotion (BRASIL, 1988). In this situation, some proposals have been made, especially those linked to Primary Care, which assumes the organizing role of this system due to its proximity to the territory and users residing there. We highlight the Expanded Family Health and Primary Care Center (NASF-AB) as one of the proposals officially incorporated into Primary Care through the National Primary Care Policy (PNAB), which reiterates its cooperating role in expanding the ability to analyze and intervene in the health issues of the territory, meeting the proposed broader clinic and shared work with the Family Health Teams (eSF). Thus, before this adverse and challenging situation for the consolidation and continuity of the NASF-AB, this study aims mainly to analyze the role of social workers in the multidisciplinary team within the NASF-AB. Its specific objectives are to present the trajectory of the Health Policy in Brazil, identify the social workers' attributions and competencies within the multidisciplinary team, and understand the professionals' challenges and limitations within this socio-occupational space. This bibliographic and documental study revealed the work developed by social workers in the NASF-AB, as well as the protagonism of their actions in the users' quality of life.

Keywords: Primary Care. NASF-AB. Social Service.

1 INTRODUÇÃO

A percepção de universalidade em saúde no Brasil alude a conjecturas de um sistema público-universal, o Sistema Único de Saúde (SUS). Sendo reiterada pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que intenta a organização de serviços abrangentes e acesso universal ao cuidado integral com trabalho inter e multiprofissional. A PNAB é um sistema resultante da experiência acumulada por um grupo de sujeitos implicados historicamente com a promoção e fortalecimento do SUS, bem como movimentos sociais, população, trabalhadores e gestores das 3 (três) instâncias do governo. Seu ordenamento em Redes de Atenção à Saúde (RAS) é delineada como estratégia para um cuidado integral e dirigido às necessidades de saúde da população, ressaltando a Atenção Básica como primeiro ponto de atenção e porta de entrada preferivelmente do sistema, que deve organizar os fluxos e contrafluxos de pessoas, produtos e informações em todos os pontos de atenção à saúde (BRASIL, 2017).

Nesse contexto o Núcleo de Apoio a Saúde da Família-NASF, posteriormente renomeado como Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB⁶), foi criado atendendo à Portaria GM nº 154 de 24 de janeiro de 2008, pelo Ministério da Saúde;

⁶ A partir da reformulação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em 2017, o NASF foi renomeado como Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB).

com a finalidade de apoiar a Estratégia da Saúde da Família (ESF) na rede de serviços e acrescer a abrangência, resolutividade, territorialização, regionalização, bem como a ampliação das ações da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil (BRASIL, 2008).

O NASF-AB é composto por uma equipe que engloba profissionais nas mais diversas áreas de conhecimento, na qual atuam em conjunto com os profissionais das equipes de Saúde da Família, compartilhando e apoiando as práticas em saúde nos seus receptíveis territórios. Tal constituição é determinada pelos próprios gestores municipais e equipes de SF, por critérios de prioridades identificadas a partir das necessidades locais e da disponibilidade de profissionais de cada uma das diferentes ocupações (BRASIL, 2014).

Dessa forma, a inclusão do serviço social no NASF-AB, está em consonância com os princípios éticos e políticos da profissão e do projeto de Reforma Sanitária, o qual alude que:

As ações de serviço social deverão se situar como espaço de promoção da cidadania e de produção de estratégias que fomentem e fortaleçam redes de suporte social, propiciando maior integração entre serviços sociais e outros equipamentos públicos e os serviços de saúde nos territórios adscritos, contribuindo para o desenvolvimento de ações intersetoriais que visem ao fortalecimento da cidadania (BRASIL, 2014).

Sendo essas ações desenvolvidas mediante um dos princípios norteadores da Estratégia de Saúde da Família (ESF), a integralidade implica na abordagem do indivíduo e da comunidade numa visão abrangente, que deve levar em conta os aspectos sociais, culturais e econômicos. Deparando-se ainda, com as mais extremas expressões da exclusão social, com negação dos direitos humanos e sociais (BRASIL, 2014).

Portanto, o (a) assistente social neste espaço sócio-ocupacional apresenta-se como integrante essencial na equipe multiprofissional cabendo como um papel fundante analisar, investigar e perceber as mudanças estruturais do processo capitalista e as expressões da questão social e suas particularidades. Compreendendo, também os desafios e limitações que estes profissionais enfrentam por conta das vulnerabilidades sociais e econômicas apresentadas como demandas diárias tanto pela instituição como pelos usuários (BRASIL, 2010a).

Face ao exposto, a escolha da temática foi movida pela curiosidade de conhecer como se dá a atuação do/a assistente social na equipe multidisciplinar no NASF-AB e, conseqüentemente, enfatizar a relevância da presença do profissional dentro desse espaço sócio-ocupacional.

De acordo com a Portaria nº 3.124/2012, criada pelo Ministério da Saúde, existem hoje três modalidades de NASF-AB: o NASF 1 que deve estar vinculado a no mínimo 5 e no máximo 9 equipes de saúde da família; o NASF 2, a no mínimo 3 e no máximo 4 equipes e, por fim, o NASF 3, o qual deve estar vinculado a 1 ou 2 Equipes de Saúde Da Família (eSF) (BRASIL, 2012). No Estado do Ceará, em 2019, 175 municípios possuíam equipes do NASF-AB (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

Destarte, em Fortaleza, segundo o Jornal Diário do Nordeste, no ano de 2020 o programa contava com 170 profissionais, distribuídos em 26 (vinte e seis) equipes, divididas nas respectivas regionais. Na Regional I, II e IV com 4 equipes, na Regional III com 3 equipes, Regional V com 5 equipes e Regional VI com 6 equipes. Cada uma delas era responsável por até nove equipes de saúde da família, de modo que, segundo o gerente das unidades, cerca de 807 mil fortalezenses eram cobertos e beneficiados pelo trabalho dos núcleos ampliados (METRO, 2020).

A partir desse estudo se intenta compreender o conhecimento técnico-operativo do profissional, buscando salientar a necessidade da inserção dos/as assistentes sociais no campo da saúde; ponderando ainda a dinâmica de Estado no qual está colocado, que manifesta proposições políticas de enfrentamento às expressões da questão social, configurando-se como meios de controle social e não pela busca da emancipação humana, no qual o Estado deveria ofertar oportunidade proporcional aos serviços que são concedidos a toda população e como podemos assistir, ao longo dos anos, os responsáveis pela gestão do país não cumprirem as prerrogativas constitucionais da Carta Constitucional.

Assim, estudar o serviço social no NASF-AB, faz-se imprescindível para apreender o funcionamento da prática profissional embasada no seu Código de Ética, na Lei de Regulamentação da Profissão e no seu Projeto Ético-Político, ponderando para um espaço sócio-ocupacional que contemple a integralidade da saúde, dos seus funcionários, e dos seus usuários. No qual, é primordial que todos os setores nele introduzidos consigam responder a suas próprias demandas, possibilitando o pleno exercício institucional, oportunizando o trabalho de todos os profissionais que atuam nesse espaço sócio-ocupacional (BRASIL, 2010a).

A significância desse estudo transcorre pela construção profissional e a desvalorização do/a assistente social, em seu local de trabalho. Essa desvalorização pode ser resultante de outros profissionais da equipe da Saúde da Família que não compreendem as atribuições e competências do/a assistente social e aspiram a ter um juízo antecipado diante daquilo que pressupõe ser atribuição do serviço social. Desta forma, Iamamoto (1998) enfatiza que é

imprescindível que a/o assistente social tenha a compreensão das atribuições e competências no seu fazer profissional, atuando dentro dos preceitos do Código de Ética para não incidir nem no voluntarismo político-profissional para o qual à boa vontade e um ideal para se modificar a realidade satisfaz, sequer no fatalismo para o qual não há possibilidades na situação posta, visto que essa seria um dado factual e imudável. Logo, o/a assistente social deve compreender o significado social da profissão, apreendendo o sentido da sua intervenção no seu fazer profissional, para assim contrapor-se a discursos errôneos praticados a atuação do serviço social.

Ademais, ponderar o trabalho do/a assistente social na atualidade, especificamente na Política de Saúde, é salientar que esta categoria está introduzida num processo de especialização, isto é, está incluso da divisão sociotécnica do trabalho, sendo crucial debater sobre o processo de flexibilização desse trabalho, que se apresenta no contexto atual em condições variadas, que vão se concedendo formas, contensões e possibilidades ao exercício da profissão (IAMAMOTO, 2001).

Deste modo, o estudo se justifica ainda pela valia do conhecimento e da orientação social, face ao usuário que carece de múltiplos benefícios ou mesmo algum objeto que propicie a sua recuperação, onde o/a assistente social tem parte imprescindível nesse processo. Contudo, é sabido que no contexto da saúde há uma grande demanda, na qual as expressões da questão social se fazem presentes em diversos atendimentos. E, para que tanto os usuários dos serviços de saúde, quanto os seus familiares, possam estar recebendo um atendimento de qualidade, é fundamental que usuários e demais profissionais assimilem o quanto é significativo o trabalho do/a assistente social.

Assente, dessa consciência, a problemática do estudo refere-se a analisar: “Como se dá a atuação do serviço social na equipe multidisciplinar no Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB)?”. As demais questões norteadoras são: “Qual é a trajetória da Política de Saúde no Brasil?”; “Quais as atribuições e competências do/a assistente social dentro da equipe multidisciplinar?”; “Quais os desafios e limites que o profissional se defronta dentro desse espaço sócio-ocupacional?”.

Outrossim, o objetivo geral desse artigo é: analisar a atuação do/a assistente social na equipe multidisciplinar no NASF-AB. E objetivos específicos são: apresentar a trajetória da Política de Saúde no Brasil; identificar as atribuições e competências do/a assistente social dentro da equipe multidisciplinar e compreender os desafios e limites que o profissional se defronta dentro desse espaço sócio-ocupacional.

Para desenvolver esta pesquisa, optou-se por uma abordagem qualitativa e de caráter exploratório, através dos procedimentos técnicos bibliográficos, lançando mão de autores que abordam o tema em análise, assim como produções científicas (artigos, monografias, dissertações) disponibilizadas na internet e revistas especializadas. Bem como, pesquisa documental, por meio de análise de leis, portarias, instruções normativas e cadernos de orientações que norteiam a intervenção do/a assistente social no NASF-AB e a gestão da política de saúde na Atenção Primária à Saúde (APS).

Posto isto, o artigo está estruturado em 5 (cinco) tópicos. O primeiro constitui a parte introdutória. O segundo tópico, se divide em 4 (quatro) subtópicos na qual fazemos um resgate sócio-histórico sobre a Política de Saúde no Brasil, abordamos sobre o Serviço Social na Saúde, bem como tratamos sobre o NASF-AB e a atuação do Serviço Social nesse espaço sócio-ocupacional. No terceiro tópico, informamos o percurso metodológico da pesquisa. E no quarto tópico discutimos e analisamos as proposições dos referidos autores e autoras elencados. Por fim, no quinto tópico, traçamos algumas considerações finais acerca deste estudo.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Diversos teóricos e especialistas dedicaram-se a pesquisar sobre a Política de Saúde no Brasil e os fenômenos que a constituem e também a atravessam. Nesse sentido, apresentamos concepções e conceitos compartilhados no artigo para compreender a significância do trabalho do NASF-AB, com direcionamento para a atuação do Serviço Social na equipe multiprofissional. Assim, o seguinte tópico está estruturado em quatro subtópicos que respectivamente são as categorias de análise: a Política de Saúde no Brasil, o Serviço Social na Saúde, o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e o Serviço Social no NASF-AB.

Para a primeira categoria, elencamos os autores(as) Behring (2009), Bravo (2006) e Costa (1997). Na segunda categoria, foram abordadas as temáticas segundo os/as autores(as): Abreu (2004), Brasil (1990), Brasil (2010a), Correia (2005) e Netto (1990). Na terceira categoria, Brasil (2014), Lima (2018) e Starfield (2004). E para a última categoria, abordamos os seguintes autores(as): Brasil (2010); Garcia (2016) e Netto e Carvalho (2012).

2.1 A Política de Saúde no Brasil

A Política de Saúde no Brasil se apresenta historicamente em virtude da assistência à saúde aos trabalhadores nos países centrais com o nascimento e desenvolvimento da medicina social devido à forte industrialização que esses países estavam passando, de forma que se destacam, países como Alemanha, França e Inglaterra (BRAVO, 2006). Observa-se que em um contexto geral, as políticas sociais se multiplicam nos períodos de 1914 e 1939 e se generalizam após a Segunda Guerra Mundial, principalmente, nos países desenvolvidos no período de Pós-Segunda Guerra.

No Brasil, a intervenção estatal na saúde tardará a ocorrer, realizando-se somente de forma mais efetiva no século XX em meados da década de 1930 com as seguintes ações: “ênfase nas campanhas sanitárias; coordenação dos serviços estaduais de saúde dos estados de fraco; interiorização das ações para as áreas de endemias rurais; criação de serviços de combate às endemias; e reorganização do Departamento Nacional de Saúde” (BRAVO, 2006, p. 4).

Desse modo, ao longo da história, a Política de Saúde no Brasil sofreu processos, em maior parte movidos para atender aos interesses e preceitos da burguesia vinculada ao Estado e aos organismos internacionais. Segundo Bravo (2006), no período de 1923, destaca-se a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs), conhecida como Lei Elói Chaves, um modelo de intervenção na área social relacionado à conjuntura do trabalho, as quais eram mantidas pelas empresas empregadoras e pelos empregados de tal forma que só os grandes estabelecimentos tinham condições de tê-las, resultando na luta dos trabalhadores vinculados ao setor urbano pela conquista da organização das Caixas em suas empresas também, assim como já ocorriam com os grandes estabelecimentos.

Na década de 1930, teremos a criação da medicina previdenciária com os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), que buscaram atender um número maior de categorias de assalariados urbanos. Assim, já se começa a observar as contradições das políticas sociais que, muitas vezes, serão respostas setorializadas e fragmentadas às expressões da questão social, se revelando como uma refração do capitalismo (BRAVO, 2006).

Ademais, o contexto dos anos de 1945 a 1964 terão poucas variações, visto que o país não conseguiu erradicar as doenças infecciosas e as altas taxas de mortalidade infantil, bem como a mortalidade geral que se apresentava. Isso favorecerá diretamente o crescimento do atendimento hospitalar privado com fins lucrativos, sendo está a corporação mais organizada naquela conjuntura (BRAVO, 2006).

Essa situação tende a mudar um pouco com a ditadura militar que lançou a estratégia de suavizar as tensões sociais e conseguir legitimidade para o regime com a unificação da

previdência social com a junção dos IAPs em 1966, porém a atenção ainda era dirigida para assistência médica-curativa, privada e excludente. Destarte, somente nos anos de 1980, o país passa por um processo de democratização política superando a ditadura militar, momento em que a saúde passa a ser defendida como política pública e de direito de todos através dos movimentos sociais, que refutavam esse modelo de atenção até então preponderante (BRAVO, 2006).

Por conseguinte, a saúde neste período contou com novos atores sociais que trouxeram à tona a questão da saúde da população brasileira, entrando em cena os profissionais da saúde, que aproveitam o Centro Brasileiro de Estudo de Saúde (CEBES) como veículo de difusão e ampliação do debate em torno da Saúde e Democracia. Assim,

As principais propostas debatidas por esses sujeitos coletivos foram a universalização do acesso, a concepção de saúde como direito social e dever do Estado, a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva, a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde (BRAVO, 2006, p. 9).

Nesse ínterim, ao longo das décadas de 1970 e 1980, delineia-se o Movimento da Reforma Sanitária tencionando romper com o modelo de atenção hegemônico. Como fator marcante nesse período, tem-se a 8ª Conferência Nacional de Saúde realizada em março de 1986, em Brasília – DF, momento que foi decisivo na história da política de saúde brasileira, não só procedendo do contexto técnico-administrativo e financeiro, mas também uma revolução na percepção de saúde, igualmente pela via jurídico-institucional, que propiciou uma maior apreensão do processo saúde-doença, versando sobre: “A Saúde como direito inerente a personalidade e à cidadania; a Reformulação do Sistema Nacional de Saúde e o Financiamento setorial” (BRAVO, 2006, p. 9). Posto isto, a conferência contou com participação de cerca de quatro mil e quinhentas pessoas, dentre as quais mil delegados, e teve a sua afirmação na Constituição de 1988 que introduziu avanços e buscou corrigir as injustiças sociais do país, no qual um dos principais pontos da nova Constituição era o direito universal à Saúde e o dever do Estado para sua efetivação.

Outro marco importante na consolidação do direito à saúde ocorreu no contexto da década de 1990, na qual houve a criação da Lei Orgânica de Saúde (LOS nº 8.080/1990) que consolidou o conceito ampliado de saúde entendendo-a como resultante de condições e

determinantes sociais da vida de cada sujeito que deveria dispor de forma gratuita da assistência. Seus princípios apontam para a democratização nas ações e nos serviços de saúde que deixam de ser restritos e passam a ser universais. Nessa conquista foi inclusa a construção de Unidades Básicas de Saúde (UBS), para que houvesse uma proximidade maior com a população e um melhor atendimento com mais profissionais envolvidos. Nesse panorama, o Ministério do Planejamento descreve as UBS como o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde, sendo instalada perto de onde as pessoas moram, trabalham, estudam e vivem (NUNES; MATTA, 2020).

A vista disso, no Brasil o neoliberalismo tardará a chegar, devido a processos de redemocratização pós-ditadura militar e questões político-econômicas internas. Vale lembrar, que o país, não chegou a estruturar um Estado de Bem-Estar semelhante aos países mais desenvolvidos, entretanto, nota-se um grau de intervenção estatal (BEHRING, 2009). Ademais, em 1990 também houve o crescimento da pobreza, do desemprego e da desigualdade, ao lado de uma enorme concentração de renda e riqueza no mundo na mão de poucos, contexto em que, conforme Bravo (2006) aprofundou-se a crise da democracia, esvaziamento das instituições democráticas por uma lógica economicista, autoritária e tecnocrática, com o exaurimento do individualismo, do consumismo e do pensamento único.

Salienta-se, consoante Bravo (2006), que no governo Lula⁷ houve apontamentos de algumas inovações como a defesa da Reforma Sanitária que foi deixada nos anos 1990 e a estruturação do Ministério da Saúde com a criação das Secretarias de Gestão Estratégica e Participativa e Educação em Saúde. Contudo, apesar desses avanços, o governo Lula continuou com a precarização de terceirização de recursos humanos, o que favoreceu a contrarreforma na saúde, assim como das políticas sociais.

Por conseguinte, de acordo com Behring (2009, p. 22), esse cenário traz as tendências que operam no campo das políticas sociais, em que:

[...] a desresponsabilização do Estado e do setor público com uma política social de redução da pobreza articulada coerentemente com outras políticas sociais (de trabalho, emprego, saúde, educação e previdência); o combate à pobreza opera-se como uma política específica; a desresponsabilização do Estado e do setor público, concretizada em fundos reduzidos, corresponde à responsabilização abstrata da “sociedade civil” e da “família” pela ação assistencial; enorme relevo é concedido às organizações não-governamentais e ao chamado terceiro setor; desdobra-se o sistema de proteção social: para aqueles segmentos populacionais que dispõem de alguma renda, há a

⁷ Luiz Inácio Lula da Silva (1945, 76 anos) presidente do Brasil pelo Partido dos Trabalhadores (PT) entre os anos 2003 e 2010.

privatização/mercantilização dos serviços a que podem recorrer; para os segmentos mais pauperizados, há serviços públicos de baixa qualidade; a política voltada para a pobreza é prioritariamente emergencial, focalizada e, no geral, reduzida à dimensão assistencial.

Destarte, segundo Behring (2009), as despesas do Estado brasileiro são importantes para a garantia de direitos, não significando que ao garantir vinculação dessas políticas, se garante a justiça social e a expansão de benefícios e serviços de forma universal para a erradicação das desigualdades sociais. E, além disso, a regressividade tributária se torna um limitador da capacidade redistributiva do orçamento público.

A vista disso, a Política de Saúde Brasileira resiste continuamente num contexto de retrocessos sociais, no qual o Projeto de Reforma Sanitária prossegue com suas lutas para uma perspectiva de saúde universal e gratuita para a população (BRAVO, 2001), mas continua comprometida com o Projeto voltado para o mercado, em que é subordinada à lógica econômica, de cunho focalizado para atender às populações vulneráveis por intermédio do pacote básico para a saúde (COSTA, 1997).

2.2 O Serviço Social na Saúde

A saúde foi a área que mais absorveu o profissional de serviço social no Brasil a partir da década de 1940, mas somente em meados de 1990, assinalado pela tensão entre Reforma Sanitária e o Projeto Privatista⁸, é que o serviço social tem sua integralidade reconhecida. Assim, a atuação dos/as assistentes sociais no período de 1940 se localizou principalmente nos hospitais, sendo o Hospital das Clínicas de São Paulo – com o chamado Serviço Social Médico – o pioneiro na contratação desses profissionais (CORREIA, 2005).

Contudo, somente em 1948, é que a área da saúde se converte no principal campo de absorção profissional devido, principalmente, à elaboração de um conceito de saúde que trouxe os aspectos biopsicossociais como seus determinantes e também a elaboração de uma política de saúde centrada na assistência médica, hospitalar e curativa (CORREIA, 2005).

Desse modo, a partir da década de 1960, em plena ditadura militar, o Serviço Social passou por um período de renovação profissional, que exigiu uma maior intervenção do estado

⁸ O Projeto Privatista da saúde traz em seu discurso uma política de ajuste nas contenções de gastos públicos, apostando na proposta da competitividade e no triunfo do individualismo. No qual, tem sua lógica orientada pelas regras de mercado, com a articulação de interesses do setor privado nacional na área de saúde e do capital internacional (SEPÚLVEDA; CARDOSO, 2019).

no âmbito da sociedade. Segundo Netto (1998), esse fenômeno se deu em três vertentes, que são: a modernizadora; a reatualização do conservadorismo e a intenção de ruptura.

A vertente modernizadora foi atuante entre meados dos anos de 1960 e 1970, face às exigências do mercado de trabalho e do modelo autocrático da época, sendo que na área da saúde, essa perspectiva sedimenta a prática profissional na dimensão curativa, dando ênfase às técnicas de intervenção, burocratização das atividades e concessão de benefícios. Dessa forma, no âmbito da saúde, a perspectiva modernizadora prevaleceu até a abertura política, na segunda metade da década de 1970, apesar da emergência de novas direções teórico-metodológicas na profissão e do surgimento do Movimento da Reforma Sanitária ⁹. A partir dessa data, a renovação do serviço social passou a ser direcionada pela vertente da intenção de ruptura, que buscava romper com o tradicionalismo e suas implicações teórico-metodológicas e prático-profissionais (NETTO, 1998).

Por conseguinte, com a Constituição Federal de 1988 é concebida a Seguridade Social, um sistema de proteção social que atende a históricas reivindicações da classe trabalhadora, no qual é constituída pelo tripé Assistência Social, Previdência Social e Saúde. Em que significou um dos maiores avanços da Constituição nesse âmbito, expressando o compromisso de afirmação e ampliação de direitos sociais no país, em concórdia com as transformações sociopolíticas que se procederam. Deste modo, a Seguridade Social é tracejada por alguns princípios norteadores como a universalização, a concepção de fontes de financiamento estipuladas, gestão democrática e descentralizada com iniciativas para a participação social, mediante sobretudo dos conselhos e conferências. Assim, a Seguridade Social parte do preceito da percepção de política social enquanto dever do Estado e direito social (BRASIL, 1998).

Deste modo, a saúde foi uma das áreas no qual os avanços constitucionais foram mais consideráveis. O Sistema Único de Saúde (SUS) regulamentado em 1990 pela Lei Orgânica da Saúde (LOS), constituinte da Seguridade Social e uma das premissas do Projeto de Reforma Sanitária, concerniu num projeto que fomentou a política de saúde, se caracterizando como uma estratégia com base no Estado democrático de direito, bem como produziu uma percepção ampliada de saúde (BRAVO, 1999; BRAVO; MATOS, 2001). Outrossim, o Art. 196 da Carta Magna versa que a” saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso

⁹ O Movimento da Reforma Sanitária, nasceu na década de 1970, constituiu-se no processo de amplas mobilizações da sociedade brasileira. Que tinha como objetivo mudanças e transformações necessárias na área da saúde. Vários profissionais integraram a esse movimento, o que resultou, finalmente, na universalidade do direito à saúde, garantido e oficializado na Constituição de 1988 (SILVA, 2009).

universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL,1998). Em que, o direito à saúde deve ser concedido mediante políticas que assegurem “acesso universal e igualitário”, mais “promoção e proteção”, ao lado da “recuperação” da saúde. Compreendendo, a saúde como algo mais abrangente do que o desprovimento de doença, e sim correlaciona-la ao que se denomina de determinantes sociais da saúde, visando para o caráter multidimensional da saúde (BARDANACHVILI, 2015).

Todavia, com a regulamentação do SUS em 1990, pelas Leis Orgânicas 8.080/90 e 8.142/90 como referido linhas acima, ainda mais inovações para a área da saúde foram propostas, como a ampliação do conceito de saúde, que passou a considerar fatores como “a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais”, conforme o Art. 3 (BRASIL, 1990), como condicionantes e determinantes da saúde. Destarte, essas reestruturações provocaram mudanças no exercício profissional, ou seja, o/a assistente social passa a ter subsídios para realizar seu trabalho na perspectiva da universalidade de acesso e da integralidade da assistência. Por conseguinte, após a criação do SUS e dos avanços trazidos pelo mesmo, os campos de atuação do/a assistente social ampliam-se gradativamente e cada vez mais esse profissional é chamado para atuar nas políticas públicas realizando intervenções que sejam permeadas e orientadas pela noção de direito social (BRASIL, 2010a).

Assim, as mudanças internas na profissão influenciaram o exercício profissional do/a assistente social principalmente através do movimento de reconceituação profissional, consolidando seu projeto profissional baseado nas lutas sociais da classe trabalhadora na construção de uma nova ordem societária (ABREU, 2004). Logo mais, teve no Código de Ética profissional de 1993, na Lei que regulamenta a profissão de 1936 e na própria reforma curricular de 1996, respaldo para esse projeto.

Posto isto, com a Constituição de 1988 e a implantação do SUS, a saúde passa a ser considerada direito de todos e dever do estado, e os princípios da descentralização, da universalização, da integralidade, e da participação da comunidade passam a ser diretrizes do novo sistema. Dessa forma, o Serviço Social vai desenvolvendo uma atuação teórico-metodológica mais crítica na saúde, com atribuições e competências concernentes com o conceito de saúde ampliado, que considera os determinantes sociais (BRASIL, 2010a). Nesse sentido, os assistentes sociais ganham força e espaço, sendo hoje considerados como profissionais de saúde, conforme publicado na Resolução nº 218/1997 do Conselho Nacional de Saúde e na Resolução nº 383/1999 do Conselho Federal de Serviço Social.

Portanto,

[...] o trabalho dos/as assistentes sociais não se desenvolve independentemente das circunstâncias históricas e sociais que o determinam. A inserção do serviço social nos diversos processos de trabalho, encontra-se profunda e particularmente enraizado na forma como a sociedade brasileira e os estabelecimentos empregadores do serviço social recortam e fragmentam as próprias necessidades do ser social e a partir desse processo como organizam seus objetivos institucionais que se voltam a intervenção sobre essas necessidades (ABESS, 1996, p. 36).

Dessa forma, o Serviço Social nos anos 1990 é marcado pela intenção de ruptura e pelo início da maioria intelectual da profissão, quando as (os) assistentes sociais iniciam o rompimento com sua identidade conservadora, provocando, no âmbito da saúde, um claro embate entre a crítica ao projeto hegemônico da profissão que passava pela cisão entre o estudo teórico e a prática, marcado pela desesperança da chance de existência de políticas públicas efetivas e, acima de tudo, a proposta de construção de um saber específico na área, que negaria a formação original do Serviço Social. Netto (1990) denominou esse fato como a execução terminal da política social, considerando que o (a) assistente social somente exerceria atividades direcionadas à unidade de saúde, controle dos dados epidemiológicos, dentre outras ações.

A vista disso, o exercício profissional do (a) assistente social não é delimitado à ação exclusiva sobre as questões subjetivas vividas pelo usuário e nem pela defesa de uma particularidade entre o trabalho feito pelo (a) assistente social nas diferentes esferas da saúde. Com isso, compreende-se que o Serviço Social deve formular métodos que reforcem ou efetivem o direito social à saúde. O código de ética da profissão e os parâmetros para atuação do/a assistente social na saúde, reforçam as ferramentas necessárias para o trabalho da (o) assistente social nessa área em todas as suas dimensões (BRASIL, 2010a).

Diante disso, segundo os Parâmetros de Atuação do Serviço Social na Política de Saúde (2010), os/as assistentes sociais atuam em quatro grandes eixos: atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional. Tencionando, nessa perspectiva, externar a totalidade das ações que são desenvolvidas por esses profissionais na saúde, atentando à singularidade das ações concebidas nos programas de saúde, bem como na atenção básica, média e de alta complexidade em saúde. Além disso, Bravo e Matos (2004) aludem que o Projeto da Reforma Sanitária requer dos mesmos a busca da democratização da admissão às unidades e aos serviços de saúde, atendimento humanizado, estratégias de interação da instituição de saúde com a realidade, interdisciplinaridade, ênfase nas abordagens grupais, acesso democrático às informações e estímulo a participação cidadã.

Igualmente, fazem parte das atribuições do Serviço Social na saúde: receber de forma acolhedora os cidadãos; conhecer e formular um perfil socioeconômico do usuário, por meio da elaboração da entrevista social; orientar os familiares e pacientes sobre seus direitos e deveres, sobre as normas e rotinas da referida unidade de saúde; realizar abordagem grupal, por meio de palestras que envolvam os usuários e profissionais da unidade de saúde; ampla autonomia no exercício da profissão, não sendo obrigado a prestar serviços profissionais incompatíveis com as suas atribuições, cargos ou funções; realizar abordagem individual, para que possa identificar as particularidades de cada situação para um melhor atendimento e/ou encaminhamento; realizar ações articuladas junto as entidades governamentais que compõe a rede de proteção social, tais como Delegacia da Criança e do Adolescente, Conselho Tutelar, acolhimento institucional, dentre outros; orientações sobre benefícios diversos (previdenciários, DPVAT, entre outros); e atividades extras, como oficinas de capacitação com colaboradores apoiados na política de humanização (BRASIL, 2010a).

Sabe-se que a nova configuração da Política de Saúde vai impactar o trabalho do/a assistente social nas mais diversas dimensões, seja nas condições de trabalho, na formação profissional, nas influências teóricas, na ampliação da demanda e na relação com os demais profissionais, bem como com os movimentos sociais. Seu objeto de trabalho, se define estritamente na contradição capital versus trabalho que concomitantemente se expressa na área da saúde, na qual observamos continuamente os desmontes dos direitos sociais ampliarem-se cada vez mais com o trabalho precarizado, onde os profissionais são chamados a amenizar a situação da pobreza absoluta a que a classe trabalhadora é submetida (SILVA, 2019).

2.3 Núcleo Ampliado à Saúde da Família e Atenção Básica / NASF-AB

Nos últimos anos, com a crescente cobertura da população brasileira e a melhoria da assistência e da gestão à frente dessas unidades, o número de equipes de Saúde da Família (eSF) expandiu, expressando avanços do SUS no Brasil desde sua concepção pela Constituição de 1988.

Assim, a Atenção Primária à Saúde (APS) configura-se como a primeira interação na rede assistencial dentro do sistema de saúde, correspondendo como o primeiro contato de acesso do indivíduo, a sua continuidade e a integralidade da atenção, bem como a coordenação da atenção dentro do sistema (STARFIELD, 2004).

Por sua vez, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como elemento estruturante do sistema de saúde brasileiro, tem como finalidade mudar o modelo tradicional e remodelar a prática da atenção à saúde em novas bases, direcionando a saúde para mais perto das famílias, melhorando assim, a qualidade de vida da população. Além disso, denota como sendo a porta de entrada prioritária de um sistema de saúde constitucionalmente instituído no direito à saúde e na equidade do cuidado, ocasionando um significativo movimento de recondução do modelo de atenção à saúde no país (BRASIL, 2014).

Assim, o Ministério da Saúde através da Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, republicada em 4 de março de 2008, concebe os Núcleos Ampliados à Saúde da Família -NASF, a posteriori renomeado como Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), a partir da reformulação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em 2017, com o objetivo de dar suporte à incorporação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) na rede de serviços, bem como a expansão da capacidade da resolutividade aos problemas de saúde apresentados pela população no contexto da Atenção Básica, tal como das conjunções implicadas (BRASIL, 2014).

Deste modo, o NASF-AB busca contrapor-se à lógica dos modelos estabelecidos de prestação de cuidados através de uma política ousada, que se afasta do modelo fragmentado e objetiva a construção de redes de atenção e prevenção, contribuindo para o alcance da integralidade do cuidado dos usuários no SUS. Nesse sistema, os profissionais procuram estratégias para defrontarem com a realidade e incorporarem práticas colaborativas no campo da Saúde Coletiva, com destaque na partilha de saberes entre a própria equipe e as de Saúde da Família (SF), desassociando-se das constituições tradicionais em saúde (ALMEIDA, 2021).

Assim, o NASF-AB caracteriza-se como equipe multidisciplinar que trabalha de modo integrado com a equipe de Saúde da Família e de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais) e com o Programa Academia da Saúde. Oportuniza a prática de discussões de casos clínicos, atendimento partilhado entre profissionais, tanto na Unidade de Saúde como nas visitas domiciliares, propiciando a produção concomitante de projetos terapêuticos de maneira a crescer e qualificar as ingerências no território e na saúde de grupos populacionais, podendo também ser intersetoriais com cerne prioritário nas ações de prevenção e promoção da saúde (BRASIL, 2014).

Desta forma, a organização de cada NASF-AB será delineada por gestores municipais, respeitando os parâmetros de prioridade detectado com base nos dados epidemiológicos, das necessidades locais e das equipes de saúde que serão apoiadas. A equipe engloba diversos

profissionais como: assistente social; profissional/professor de educação física; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; médico – acupunturista; geriatra; ginecologista/obstetra; homeopata; internista (clínica médica); pediatra; psiquiatra do trabalho; veterinário; nutricionista; psicólogo; terapeuta ocupacional; profissional com formação em arte e educação (arte educador) e profissional de saúde sanitaria. Ou seja, são profissionais graduados diretamente em uma dessas áreas ou na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva (BRASIL, 2017). Além disso, o mesmo é pautado no apoio matricial, que apreende a técnica de gestão em que agrega o processo de trabalho em “equipes de referência”, que são constituídas por um grupo de profissionais tidos como imprescindíveis na condução de problemas de saúde dos pacientes, os quais terão de acionar a rede assistencial necessária a cada caso para a resolução da demanda apresentada (BRASIL, 2014).

Por conseguinte, com a publicação da Portaria 3.124, de 28 de dezembro de 2012, o Ministério da Saúde gerou uma terceira modalidade de conformação de equipe: o NASF-AB 3, estabelecendo a oportunidade de qualquer município brasileiro incorporar à introdução de equipes NASF-AB, sob condição de que tenha ao menos uma (01) equipe de Saúde da Família. Dessa forma, as modalidades de NASF-AB estão atualmente definidas como NASF-AB 1 comportando de 5 a 9 equipes vinculadas a eSF e/ou eAB para populações específicas (eCR, eSFR e eSFF¹⁰); NASF-AB 2, abrangendo de 3 a 4 equipes vinculadas a eSF e/ou eAB para populações específicas (eCR, eSFR e eSFF) e NASF -AB 3, englobando de 1 a 2 equipes vinculadas a eSF e/ou eAB para populações específicas (eCR, eSFR e eSFF).

Consequentemente, o NASF-AB é constituído de nove áreas estratégicas, são elas: saúde da criança/do adolescente e do jovem; saúde mental; reabilitação/saúde integral da pessoa idosa; alimentação e nutrição; serviço social; saúde da mulher; assistência farmacêutica; atividade física/práticas corporais; práticas integrativas e complementares. Essas áreas funcionam dentro de algumas diretrizes concernentes à APS, a saber: ação interdisciplinar e intersetorial; educação permanente em saúde dos profissionais e da população; desenvolvimento da noção de território; integralidade; participação social; educação popular; promoção da saúde e humanização. Sua estruturação e promoção do processo de trabalho sujeita-se a algumas ferramentas bastantes experienciadas na realidade brasileira, como é o caso do Apoio Matricial, da Clínica Ampliada, do Projeto Terapêutico Singular (PTS), do Projeto de Saúde no Território (PST) e da Pactuação do Apoio (BRASIL, 2014).

¹⁰ Equipe de Saúde da Família (eSF); Equipe de Atenção Básica (eAB); Equipe Consultório na Rua (eCR); Equipe Saúde da Família Ribeirinha (eSFR) e Equipe Saúde da Família fluvial (eSFF).

Lima (2018) aduz que a Atenção Básica tem como principal desafio justamente essa multidisciplinaridade que perfaz na integralidade do acesso, assistência e cuidado, e o NASF-AB enquanto eixo subjugado a ESF partilha desse desafio. Assim, o apoio à ESF conjuntamente a efetivação da atenção básica é o principal propósito do NASF-AB, onde, como citado linhas acima, esse suporte se efetua fundamentado no “apoio matricial”, que é constituído por um grupo de profissionais que não necessariamente detêm de contato direto e contínuo com o usuário, mas, ao fornecer apoio técnico, estratégico e gerencial as equipes de referência da ESF atuam de modo direto com as necessidades e problemas de saúde da população usuária a partir de ações e estratégias concomitantes.

Portanto, o trabalho desenvolvido pelo NASF-AB é embasado na construção coletiva de estratégias de apoio à ESF de forma compartilhada, promovendo positivamente o apoio necessário à Atenção Primária a Saúde, proposta que foi firmada desde sua criação.

2.4 O Serviço Social no NASF-AB

Conforme prevê a portaria nº 154, de 2008, que regulamenta a criação do NASF-AB, a inclusão do Serviço Social é de fundamental importância para a Atenção Primária a Saúde. Suas ações devem pautar-se em conformidade com os princípios éticos e políticos da profissão e do Projeto de Reforma Sanitária, intervindo como espaço de promoção da cidadania e de produção de estratégias que possam fortalecer a rede de suporte social, proporcionando, dessa forma, maior integração entre os serviços nos territórios de sua responsabilidade, contribuindo para o desenvolvimento de ações intersetoriais e visando o fortalecimento da cidadania.

Dessa maneira, a atuação do/a assistente social inserido no NASF-AB, seguindo os Parâmetros para Atuação dos Assistentes Sociais na Política de Saúde, deve pautar-se na formulação de estratégias para reforçar ou criar experiências nos serviços de saúde, que efetivem o direito social à mesma, respeitando o projeto-ético-político da profissão. E essa atuação ocorrerá por meio de ação articulada com outros segmentos que defendem o aprofundamento do SUS (BRASIL, 2010b).

Logo,

O Serviço Social no NASF deve ser desenvolvido de forma interdisciplinar e integrado com as demais equipes, para prestar apoio no trato da questão social nas suas mais variadas expressões cotidianas na área da saúde. O Assistente Social é um profissional que trabalha permanentemente na relação entre estrutura, conjuntura e cotidiano, contribuindo com as equipes na apreensão e na ação em face do cotidiano, no qual as determinações conjunturais se expressam e a prática se realiza (BRASIL, 2010, p. 88).

Em vista disso, a área estratégica do Serviço Social constrói-se no espaço do território, onde se encontram a comunidade, as famílias, os indivíduos, os equipamentos sociais necessários (público e privado), bem como o poder local e as redes de atendimento que fazem daquele território um espaço dinâmico para o desenvolvimento e definição das competências de cada profissional. Assim sendo, o Serviço Social depara-se com as mais diversas e extremas expressões da questão social, tendo que criar estratégias em defesa dos direitos humanos e sociais (BRASIL, 2010b).

É neste contexto que o/a Assistente Social, em conjunto com demais profissionais de outras categorias, procura conduzir-se no sentido de compreender, intervir, antecipar e planejar ações, projetos sociais que vão para além da dimensão biomédica. Deste modo compõem-se uma prática de integralidade e intersetorialidade, proporcionando para o/a Assistente Social uma inserção diferenciada na área da saúde, superando o estado tradicional de profissão paramédica (BRASIL, 2014).

Assim, o Serviço Social no NASF-AB tem objetivos bastante variados e numerosos, que devem adaptar-se às diversas realidades onde ocorrem as práticas. A partir de tais objetivos, é possível planejar detalhadamente as ações que o profissional desempenhará, respeitando os termos previstos na portaria de criação do núcleo. Segundo o Ministério da Saúde (2008), as ações apresentadas não devem ser interpretadas como específicas do/a Assistente Social, mas sim como sendo um resultado da interação do mesmo com os demais profissionais na sua interface com a área estratégica do Serviço Social. Assim, a saúde da família na organização do seu processo de trabalho elenca dentro dos objetivos propostos para a área do Serviço Social algumas estratégias metodológicas que devem ser vistas como dialeticamente articuladas, relacionando-se intimamente com cada realidade e suas demandas em cada momento histórico e para um agir crítico e reflexivo.

Nesse contexto, o NASF-AB ganha legitimidade diante dos desafios que enfrenta diariamente pelos profissionais, no qual dentre eles está o/a Assistente Social. Ressalta-se que este profissional “não se constitui em porta de entrada do sistema, e deve atuar de forma integrada à rede de serviços da saúde, a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes de Saúde da Família” (BRASIL, 2008, p. 2). Bem como, “o NASF deve buscar instituir a plena integralidade do cuidado físico e mental aos usuários do SUS por intermédio da qualificação e complementaridade do trabalho das equipes Saúde da Família” (BRASIL, 2008, p. 2).

Desse modo, conjuntamente com a universalidade do acesso, do cuidado organizado em rede, da prioridade das ações preventivas, sem detrimento das assistenciais, bem como da equidade da oferta e das oportunidades em saúde, a integralidade dentre os princípios e diretrizes gerais do NASF-AB, pode ser considerada a principal diretriz a ser praticada. Isso se ratifica porque ela é compreendida pela abordagem integral do indivíduo levando em consideração: seu contexto social, familiar e cultural; as práticas de saúde organizadas a partir da integração das ações de promoção, prevenção, reabilitação e cura; e a organização do sistema de saúde de forma a garantir o acesso às redes de atenção, conforme as necessidades de sua população, englobando desta forma, uma pluralidade de ações que não se limitam apenas à visão clássica de acessibilidade, reconhecendo o ser humano como um sujeito de direito (BRASIL, 2010b).

Diante disso, os núcleos, constituídos por uma equipe multiprofissional, seguem a lógica do apoio matricial, apresentando as dimensões de suporte: assistencial e técnico-pedagógico. A dimensão assistencial é aquela que vai produzir ação clínica direta com os usuários; já a ação técnico-pedagógica visa produzir ação de apoio educativo com e para a equipe. Essas duas dimensões podem e devem se combinar nos diversos momentos, ficando claro, portanto, que o conceito de apoio matricial tem uma dimensão sinérgica ao conceito de educação permanente (BRASIL, 2010b).

Assim, além do matriciamento que compreende em organizar as equipes para atender com qualidade as demandas dos usuários e comunidade em geral que trazem consigo a experiência das expressões da questão social para o atendimento, o/a assistente social juntamente com às equipes de saúde da família, quanto individualmente, empreende também um atendimento direto aos usuários, desenvolvendo e fortalecendo o trabalho com a comunidade e com a rede (GARCIA, 2016).

A vista disso, o NASF-AB organizará em conjunto com as equipes Saúde da Família (eSF) o seu processo de trabalho com foco no território de sua responsabilidade, priorizando ações subscritas em três eixos, sendo elas: atendimento compartilhado; intervenção interdisciplinar com troca de saberes; capacitação e responsabilidades mútuas, gerando experiência para ambos os profissionais envolvidos; intervenções específicas do profissional do NASF-AB com os usuários e/ou famílias, de forma que o atendimento individualizado pelo NASF-AB se dê apenas em situações extremamente necessárias; e ações comuns nos territórios de sua responsabilidade desenvolvidas de forma articulada com as equipes de SF (BRASIL, 2014).

Nesse contexto, a atuação do profissional de Serviço Social, se realiza no âmbito das particularidades dos usuários, pois sua especificidade está no fato de atuar sobre todas as necessidades humanas de uma dada classe social, aquela formada pelos grupos subalternos, pauperizados ou excluídos dos bens, serviços e riquezas dessa mesma sociedade (NETTO; CARVALHO, 2012).

Outrossim, as ações pensadas ao profissional de Serviço Social na equipe do NASF-AB conforme as orientações do Ministério da Saúde (2008) são: desenvolver programas e ações de promoção da cidadania e produzir estratégias que fomentem e fortaleçam as redes de suporte social, com vistas a uma maior integração entre os serviços de saúde, sua área de atuação e outros equipamentos sociais; desenvolver programas e ações com vistas à redução das desigualdades sociais e de informação acerca dos direitos dos cidadãos, promovendo ações intersetoriais que visem ao fortalecimento da cidadania; e desempenhar no exercício do cargo as demais atribuições definidas legalmente como privativas da profissão de assistente social ou conferidas aos profissionais pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS).

Nesse âmbito, cabe destacar que “a equipe de saúde e/ou os empregadores, frente às condições de trabalho e/ou falta de conhecimento das competências dos/as assistentes sociais, têm historicamente requisitado a eles diversas ações que não são atribuições dos mesmos” (BRASIL, 2010a, p. 46). Conforme os Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde algumas dessas ações tem caráter técnico-administrativo ou demandam uma função específica da área da saúde que não é contemplada na formação dos/as Assistentes Sociais. Por isso, o/a assistente social tem tido, muitas vezes, dificuldades de compreensão por parte da equipe de saúde das suas atribuições e competências face à dinâmica de trabalho imposta nas unidades de saúde determinadas pelas pressões com relação à demanda e à fragmentação do trabalho ainda existentes (BRASIL, 2010a).

Ainda, o/a assistente social deverá, sem prejuízo de outras funções coordenar os trabalhos de caráter social adstritos às equipes de Saúde da Família (eSF); estimular e acompanhar o desenvolvimento de trabalhos de caráter comunitário em conjunto com as eSF; discutir e refletir permanentemente com as eSF a realidade social e as formas de organização social dos territórios, desenvolvendo estratégias de como lidar com suas adversidades e potencialidades; atender as famílias de forma integral, em conjunto com as eSF, estimulando a reflexão sobre o conhecimento dessas famílias, como espaços de desenvolvimento individual e grupal, sua dinâmica e crises potenciais; identificar, articular e disponibilizar com as eSF uma

rede de proteção social; apoiar e desenvolver técnicas de educação e mobilização em saúde (BRASIL, 2010b).

Portanto, o Serviço Social no NASF-AB busca acrescer a saúde como direito social, assim como perfazer esse direito na vida da classe trabalhadora, para com isso fortalecer a cidadania das e dos usuários. Além de fortalecer o direito da saúde, também deve informar a classe trabalhadora a respeito de seus direitos sociais e num trabalho de socio-educação esclarecer sobre o projeto de Estado e de sociedade o qual vivenciamos, afinal, ser cidadão excede o acesso focal a estipuladas políticas, o fato é que a soma de todas elas viabilizam o acesso efetivamente ao direito social. Para tal, é imprescindível o reforço das ações de intersetorialidade. Todas as probabilidades de ação e objetivos apresentados evidenciam a grandeza desse locus de trabalho, que tem grande abertura para o trabalho intersetorial, interdisciplinar, que excede as paredes institucionais (GARCIA, 2016).

3 METODOLOGIA

Para atender aos objetivos propostos desse estudo, realizou-se uma pesquisa de natureza qualitativa, pois está se define como um tipo de investigação direcionada para os aspectos qualitativos de uma determinada questão, ou seja, representa que ela é capaz de identificar e analisar dados que não podem ser mensurados numericamente (MINAYO, 2001).

Ainda para Minayo (2001), a pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, conferindo um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser diminutos à operacionalização de variáveis.

A pesquisa de natureza exploratória, por sua vez, apresenta como principal intento propiciar maior familiaridade com o problema, com propósito de torná-lo mais explícito ou a instituir hipóteses (GIL, 2002). Ainda segundo Gil (2008) o estudo exploratório tem como objetivo o aperfeiçoamento de convicções ou a descoberta de intuições.

Desta forma, utilizou-se como delineamento do estudo as pesquisas bibliográfica e documental. Segundo Gil (2008), a pesquisa bibliográfica é efetuada mediante conteúdos já existentes, constituídos sobretudo de materiais científicos, podendo essas informações serem encontradas em artigos e livros. Ademais, a pesquisa bibliográfica é imprescindível, pois viabiliza ao investigador o alcance de uma gama de fenômenos muito mais abrangentes do que aquela que poderia pesquisar diretamente (GIL, 2008).

A pesquisa documental dispõe-se de materiais que não recebem ainda um tratamento analítico, ou que ainda podem ser refeitos de acordo com os objetos da pesquisa. Assim, os documentos consistem em fonte rica e estável de dados (GIL, 2002).

Assim, o levantamento bibliográfico foi realizado através de uma busca nas bases de dados dos portais científicos *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), Biblioteca Virtual em Saúde-BVS (BIREME), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Portal de Periódicos CAPES, o qual reúne e disponibiliza produções científicas nacionais e internacionais, desde livros, capítulos de livros, relatórios, materiais monográficos, normas técnicas, teses, capítulos de teses, anais de congressos ou conferências, relatórios técnico-científicos e publicações governamentais, publicados no período de 2017 a 2022.

Dessarte, o artigo consiste no respeito aos princípios éticos para a construção e desenvolvimento de pesquisa científica, não necessitando da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) para a sua construção por se tratar de uma revisão bibliográfica, sem envolver seres humanos em nenhuma fase de sua produção.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Consoante apreendido nos achados científicos deste artigo, esse tópico explana os resultados percebidos pelas discussões realizadas pelos (as) autores (as), considerando a relevância da atuação do NASF-AB na ampliação, especialização e multidisciplinaridade na assistência à saúde, no qual observou-se que sua implementação provê a Atenção Básica um incremento na resolutividade de suas demandas.

Desta forma, a Saúde Pública logra sobremodo com a introdução de Assistentes Sociais no NASF-AB, pois estes cooperam como imprescindíveis recursos e viabilizadores no que concerne à garantia de direitos sociais e acesso universal, equânime e integral à saúde. Onde estes são instigados a desenvolver aptidões e habilidades para atuar defronte das refrações da Questão Social. Assim, os Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde frisam que a ação do profissional inserido nesse espaço sócio-ocupacional tem de fomentar o projeto ético-político que tenciona a liberdade, a defesa dos direitos humanos, a emancipação democrática dos sujeitos com justiça e equidade.

Para Medeiros (2012), a atuação profissional do/a Assistente Social na saúde norteia-se em seu enfoque legal/institucional, acadêmico e político, na construção do projeto ético-político da profissão firmado nos princípios do estado democrático de direito legitimado em 1988, pelos

fundamentos do SUS, pelo Código de Ética de 1993, na Lei de Regulamentação da Profissão (Lei 3.662/93) e nas Diretrizes Curriculares para os cursos de graduação aprovadas em 1996.

Nessa perspectiva, a inserção do Serviço Social no NASF-AB é imprescindível para o processo de promoção da cidadania, articulações intersetoriais, educação permanente, mobilização em saúde e formação de redes de proteção social, pois, “[...] tem o objetivo de colaborar para que os determinantes sociais do processo saúde e doença sejam reconhecidos e tratados não apenas de maneira clínica, mas por um conjunto de saberes das demais profissões da área da saúde” (MEDEIROS, 2012, p. 10).

Por conseguinte, salientando as discussões de Hoffmann (2011) e Mota (2020), reforçamos que embora ocorra dubiedades e limitações no modelo existente, o NASF-AB produziu uma significativa colaboração para a estruturação da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil. Inúmeras são as ponderações que indicam resultados positivos empreendidos pelo NASF-AB na Atenção Primária à Saúde brasileira em sua primeira década, tanto na expansão do acesso a ações e serviços de saúde quanto na melhoria da qualidade da atenção, da integralidade do cuidado e da resolubilidade da APS.

Consequentemente, Dal Prá e Maritini (2018) aduzem que, com a concepção do NASF-AB, o/a assistente social galgou uma maior participação na APS e que os desafios para a sua atuação profissional nesse novo espaço fizeram-se mais perceptíveis, transitando pela defesa da categoria para que o profissional fosse introduzido na equipe mínima da Estratégia de Saúde da Família (ESF), pela lógica do matriciamento e pela crítica ao papel de paramédico.

Nesse sentido, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2017 denotou pertinentes modificações para o NASF-AB, como a remoção do termo “apoio” de sua nomenclatura e o ampliamto do trabalho do NASF-AB para equipes tradicionais de APS. Entretanto, o novo modelo de financiamento da APS, denominado Programa Previne Brasil concebido em 2019, excluiu o programa das ações estratégicas vinculadas ao repasse de recursos federais, ocasionando gargalos, como por exemplo: o município detém do mando para a escolha de quais profissionais integram a equipe, resultando na diminuição e instabilidade de profissionais para uma maior eficácia do trabalho.

Igualmente, Pereira (2018) nos informa que é cabível ponderar os desdobramentos da implementação do NASF-AB a datar de 2008, com ênfase para análises quanto aos impactos da PNAB de 2017 e do Previne Brasil sobre o NASF-AB e a APS brasileira, dado que podem acarretar resultados negativos tanto na cobertura de equipes do NASF-AB quanto no escopo de

práticas da APS, ambos referentes a uma precarização das particularidades elementares da APS, principalmente no que tange ao acesso, a integralidade e a coordenação do cuidado.

Assim, a partir dos artigos ponderados nos principais periódicos científicos que têm em seu conteúdo produções do Serviço Social, pontua-se como limitações para este estudo, a quantidade de artigos sobre a identidade profissional que ainda é insuficiente e que a própria temática é carente de discussões dentro da categoria. Salienta-se também, que a conjuntura atual se organiza com a óptica do conservadorismo, sendo difícil e primordial transcender e transgredir a linha de valores já dispostos pelos meios de produção capitalista e o enrijamento dos espaços sócio-ocupacionais, que convertem a intervenção profissional precarizada nesse âmbito. Além disso, há o desafio de diariamente avigorar a identidade profissional do Projeto Ético-Político (PEP) juntamente aos usuários e a equipe, em que o/a assistente social recebe uma demanda institucional e é desafiado a convertê-la para uma demanda do Serviço Social.

Dentre as atividades desempenhadas pelo Serviço Social como já citado, enfatizamos o atendimento e orientações aos pacientes e familiares; visita domiciliar; abordagem psicossocial (psicologia e serviço social); acolhimento aos usuários e familiares para esclarecer alguns de seus direitos; encaminhamentos ao Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) e/ou Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) de acordo com as demandas sociais apresentadas durante o atendimento; orientar em relação a benefícios socioassistenciais (Benefício de Prestação Continuada (BPC), Bolsa Família e Benefícios Eventuais) quando avaliado risco social, vulnerabilidade por privação de renda (ausência de renda familiar); acionar para discussão de caso e possíveis intervenções o Conselho Tutelar em casos de violência e maus-tratos a criança e adolescente, tal como o Conselho do Idoso a partir de maus-tratos e violência etc. (PACHECO; AZZOLIN, 2018).

Contudo, é crucial sugerir a problematização da identidade do/a assistente social nesse campo enquanto mote da agenda profissional, dado que, consoante os resultados deste trabalho e enfatizado linhas acima, é diminuto a produção acadêmica que discorra sobre a temática. Concomitantemente, compreende-se que a formação acadêmica e profissional são uma unidade e são indivisíveis, salientando assim para o universo acadêmico prosseguir com essa problematização que tem sua significância social e é diretamente interligada no cotidiano da profissão.

Por fim, espera-se que os efeitos desse artigo, consigam resultar em reflexões aos discentes de Serviço Social e aos profissionais da área, para que possam apreender que a prática para se objetivar não é uma tarefa fácil, mas que é plausível ver maneiras de empreender

transformações segundo o cenário atual, procurando mediante instrumentos de trabalho deslindar demandas e sobrepujar reveses, ao passo que se tem o comprometimento com as camadas populares e o conhecimento técnico-operativo, teórico-metodológico para executar um trabalho eficiente e de qualidade.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente artigo evidenciou e possibilitou através das pesquisas empreendidas que a atuação do serviço social no NASF-AB está posto em uma estratégia arrojada da política de saúde, simultaneamente em que subsiste a incontáveis desafios pelas condições de trabalho e de uma conjunção nacional prejudicial aos direitos sociais e dos trabalhadores, que inquietam igualmente, o próprio seguimento do SUS consoante prerrogativas constitucionais.

Diante da atual conjuntura política do governo marcado fortemente pela corrente econômica do neoliberalismo, defesa do estado mínimo, privatizações de empresas estatais, pelo retrocesso dos direitos sociais que foram obtidos no decorrer da história, esta pesquisa intentou aduzir as atribuições e competências do/a assistente social no NASF-AB nesse contexto de avanços, recuos e desafios tanto para profissionais, usuários do sistema de saúde, bem como para o espaço sócio-ocupacional referido.

A análise da bibliografia propiciou a compreensão de que há poucas obras específicas do Serviço Social concernente ao fazer profissional do/a assistente social no NASF-AB. O estudo realizado, ocasionou uma inquietude sobre a carência de materiais na literatura que aprofundem as discussões sobre o processo de trabalho nesse âmbito. Observou-se ainda, a necessidade de explanar mais a temática com o intuito de contribuir para os/as assistentes sociais desse campo de atuação, bem como para estudantes e pesquisadores da área, a visibilidade da significância do trabalho na esfera da atenção básica de saúde.

A presente pesquisa possibilitou também examinar inúmeras intervenções do/a assistente social, fundamentados na saúde para além do método curativo, uma metodologia possível de atender os determinantes sociais na concepção dos direitos do usuário; da relevância do trabalho intersetorial, através de articulações na rede de atendimento para acompanhamento das necessidades do usuário, e do trabalho interdisciplinar entre profissionais do NASF-AB e da Estratégia de Saúde da Família (ESF); bem como o trabalho em grupo de atividades de promoção de saúde e prevenção de doenças. Salienta-se também a necessidade de fortificar as atividades de promoção de saúde e prevenção de doenças, tal como de se acentuar a mobilização

da comunidade para as atividades de controle social, assim como a participação nos conselhos de saúde.

Assim, o/a assistente social experiencia as limitações do trabalho precarizado, onde há uma avultada quantidade de diversificadas demandas, desde problemas estruturais, tal como a questão do sigilo profissional, dentre outros fatores que são inconvenientes que implicam no seu exercício profissional. Outro aspecto instigante tange à fragilidade das políticas públicas, que detêm de impedimentos para serem empreendidas e muitas vezes não são capazes de deslindar as necessidades do usuário. Todavia, em contrapartida sua atuação promove proximidade com a equipe, a instituição de vínculos, melhoria das relações entre os componentes da equipe, e o atendimento das demandas dos usuários no que concerne a encaminhamentos e garantia de direitos (HOFFMANN, 2011).

Todavia, no desenvolvimento da elaboração deste estudo, foi permissível experenciar também o movimento de construção e/ou desconstrução de políticas públicas, no qual a nota técnica nº 3/2020-DESF/SAPS, de 28 de janeiro de 2020, do Ministério da Saúde, alude que não haverá mais incentivos financeiros pelo Governo Federal para os municípios constituírem as equipes multiprofissionais para além dos profissionais básicos (BRASIL, 2020).

Dessarte, era pressentido esses desmontes no modelo universal de saúde do país, considerando o atual governo¹¹, que se embasa pela perspectiva neoliberal, onde a lógica de sucateamento, em específico o financiamento é notório. Acentua-se, deste modo o retrocesso no Sistema Único de Saúde, dando continuidade ao desfinanciamento, as parcerias público-privadas, ocorrendo assim, políticas voltadas à precarização das condições de vida e saúde da população (MATOS, 2021). Portanto, reitera-se a necessidade do fortalecimento dos sindicatos, dos movimentos sociais, tal como da população, para frear as forças do regime bolsonarista no campo do conservadorismo da ultradireita em alta no país, para assim, conceber um Governo com perspectivas na garantia a defesa da saúde pública e do fortalecimento do SUS público, gratuito e universal.

A vista disso, Mota (2020) cita Ligia Giovanella, que discorre que o incentivo financeiro federal foi imprescindível para efetivação da política de atenção básica de saúde, dirigida a um modelo assistencial e de atenção integral. Dessa forma, essa publicação permitirá que os municípios disponham de uma maior autonomia para estruturarem as equipes de Saúde da Família, segundo as necessidades de cada território. No entanto, tal autonomia já era assegurada pelas diretrizes que regimentam o NASF-AB.

¹¹ Jair Messias Bolsonaro (1955, 67 anos) atual presidente do Brasil, Sem Partido (2019-atualmente).

Dessa forma, sem o fomento específico, a probabilidade de demissões amplia-se, ocasionado contenção na composição das equipes, o que é um retrocesso, pois, representa regressar ao modelo biomédico, fragilizando o modelo assistencial biopsicossocial que trata o indivíduo na sua totalidade. Externando uma política destoante da política do NASF-AB, que é acolhida tanto por profissionais, como por usuários que demandam do atendimento.

Desse modo, o campo de atuação do/a assistente social é deveras inquietante e desafiador, em virtude do atual cenário político e social brasileiro, no qual o Estado retira sua obrigação com a esfera social, instigando inúmeras desigualdades e uma acrescida pauperização (MARQUES, 2016).

Nesse enquadramento, Iamamoto (1998) nos reaviva em suas palavras que o desafio da prática profissional se apresenta de forma propositiva e não só executiva. E que é crucial compreender a realidade e desenvolver propostas de trabalho criativas capazes de preservar e se efetivar, a partir de demandas emergentes no cotidiano. Para isso, a prática profissional deve ser traçada nos fundamentos teórico-metodológicos, ético-político e técnico-operativo a fim de que o profissional disponha de um olhar crítico para o enfrentamento da realidade, promovendo estratégias criativas e inovadoras no campo da atenção básica de saúde.

Por conseguinte, a pesquisa pode colaborar para a reconhecença da atuação do/a assistente social no NASF-AB. Servindo como um recurso para salientar a necessidade da melhoria contínua do processo de trabalho e incitar discussões sobre seu exercício profissional na área da saúde na atenção básica. Dessa forma, profissionais, estudantes, bem como sociedade, poderão refletir e reorganizar a prática profissional de forma mais eficaz, cooperando para o avanço e qualidade dos serviços de saúde.

Portanto, cabe enfatizar que a conjunção política e social está em contínua construção e desconstrução de direitos. Deste modo, tem-se a precisão de prosseguir pesquisando sobre essa realidade social de modo a fortalecer sobre a relevância da atuação do/a assistente social para assegurar a sociedade o acesso integral a saúde, consoante preconizado na política do Sistema Nacional de Saúde (SUS).

REFERÊNCIAS

ABESS, Associação Brasileira de Escolas de Serviço Social. **Proposta básica para o projeto de formação profissional**: novos subsídios para o debate. Recife, CEDEPSS, 1996.

ABREU, Marina Maciel. A dimensão pedagógica do Serviço Social: bases históricas conceituais e expressões particulares na sociedade brasileira. **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, n.79, set. 2004.

BARDANACHVILI, Eliane. Os brasileiros e o artigo 196 da Constituição – reflexão para a 15ª Conferência Nacional de Saúde. **Centro de Estudos Estratégicos Fiocruz**, 2015. Disponível em: < <https://cee.fiocruz.br/?q=node/90> >. Acesso em: 23 jun. 2022.

BEHRING, Elaine Rossetti. Política Social no contexto da crise capitalista. *In*: Conselho Federal de Serviço Social (Org.) **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. [S. l.]: CFESS/ABEPSS, 2009.

BENVINDO, Vinícius Vieira; NUNES, Lélia Cápua; ALMEIDA, Nizia Araujo Vieira. Núcleo ampliado de saúde da família e atenção básica: formação e atuação em saúde. **Revista Saúde em Redes**. Governador Valadares, MG, v. 7, n. 3. 2021. Disponível: <<http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/3302>>. Acesso em: 10 maio 2022.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições de promoção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Senado Federal, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008**. Brasília, DF: Gabinete do Ministro, 2008. Disponível em: < https://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau delegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html >. Acesso em: 28 abr. 2022.

BRASIL. Conselho Federal de Serviço Social. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. Brasília, DF: Conselho Federal de Serviço Social, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes do Núcleo de Apoio Saúde da Família**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010b. (Cadernos de Atenção Básica, n. 27) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Código de ética do/a assistente social. **Lei de Regulamentação da Profissão de Assistente Social**. Lei nº 8.662, de 7 de junho de 1993. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências. 10. ed. Brasília, DF: Conselho Federal de Serviço Social, 2012. Disponível em: <https://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_CFESS-SITE.pdf>. Acesso em: 27 abr. 2022.

BRASIL. Código de ética do/a assistente social. **Resolução CFESS nº 273, de 13 de março de 1993**, com as alterações introduzidas pelas Resoluções CFESS nº 290/1994 e n. 293/1994. 10. ed. Brasília, DF: Conselho Federal de Serviço Social, 2012. Disponível em: <https://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_CFESS-SITE.pdf>. Acesso em: 27 abr. 2022.

BRASIL. Código de ética do/a assistente social. **Resolução CFESS nº 383, de 29 de março de 1999**. Caracteriza o assistente social como profissional de saúde. 10. ed. Brasília, DF: Conselho Federal de Serviço Social, 2012. Disponível em: <https://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_CFESS-SITE.pdf>. Acesso em: 27 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012. **Diário oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, seção 1, 3 jan. 2013. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3124_28_12_2012.html> Acesso em: 14 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. v. 1. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. (Cadernos de Atenção Básica, n. 39).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Brasília, DF: Gabinete do Ministro, 2017. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em: 28 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica Nº 3/2020-DESF/SAPS/MS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <<https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/01/NT-NASF-AB-e-Previne-Brasil-1.pdf>>. Acesso em: 16 maio 2022.

BRAVO, Maria Inês Souza. A Política de Saúde no Brasil: trajetória histórica. **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. Rio de Janeiro: UERJ/DEPEXT/NAPE, 2001. Disponível em: <http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/Politica_de_Saude_no_Brasil_Ines_Bravo>. Acesso em: 02 mar. 2022.

BRAVO, Maria Inês Souza. MATOS, Maurílio Castro. **A Saúde no Brasil: Reforma Sanitária e Ofensiva Neoliberal**. In: BRAVO, Maria Inês Souza; PEREIRA, Potyara Amazoneida (Org.). **Política Social e Democracia**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2001.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, Ana *et al* (Orgs.). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo, Cortez, 2006. Disponível em: <http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/sumario.htm> Acesso em: 16 abr. 2022.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro. **Reforma sanitária e o projeto ético-político do serviço social: elementos para o debate**. In: BRAVO, Maria Inês Souza; VASCONCELOS, Ana Maria; GAMA, Andréa de Souza; MONNERAT, Gisele Lavinias (Orgs.) **Saúde e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2004.

BRAVO, Maria Inês Souza. A política de saúde na década de 90: projetos em disputa. **Revista Superando Desafios – Cadernos do Serviço Social do Hospital Universitário Pedro Ernesto**, Rio de Janeiro, nº 4, UERJ /HUPE, 1999.

CORREIA, Maria Valéria Costa **Desafios para o Controle Social: subsídios para capacitação de conselheiros de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

COSTA, Nilson de Rosário. O Banco Mundial e a Política Social nos Anos 90: Agenda para reforma do setor saúde no Brasil. In: **Política de Saúde e Inovação Institucional: uma agenda para os anos 90**. Rio de Janeiro: ENSP, 1997.

DAL PRÁ, Keli Regina; MARTINI, Débora. A inserção do assistente social na atenção primária à saúde. **Argum.**, Vitória, ES, v. 10, n. 1, p. 118-132, jan./abr. 2018.

GARCIA, Raísa Nunes dos Santos. **Serviço Social nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASFS do Distrito Federal**. 2016. Monografia (Bacharel em Serviço Social) - Departamento de Serviço Social, Instituto de Ciências Humanas, Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2016. Disponível em: <https://bdm.unb.br/bitstream/10483/17451/1/2016_RaisaNunesGarcia_tcc.pdf>. Acesso em: 10 maio de 2022.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

HOFFMANN, Edla. **A integralidade e o trabalho do assistente social: limites e possibilidades na Estratégia Saúde da Família**. 2011. 161 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

IAMAMOTO, Marilda. **O Serviço Social na contemporaneidade**. 5 ed. São Paulo: Cortez, 1998.

IAMAMOTO, Marilda. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. Cortez. 2001.

LIMA, Mirian Santos; MOURA, Rachel Luíza Santos; PORTELA, Beatriz Pacheco. O NASF e o serviço social: contribuições do trabalho profissional. SEMOC, 21. **Anais...** Salvador, 22 a 26 de outubro de 2018. Disponível em: <<http://ri.ucsal.br:8080/jspui/bitstream/prefix/1100/1/O%20NASF%20e%20o%20servi%C3%A7o%20social%20e%20as%20contribui%C3%A7%C3%B5es%20do%20trabalho%20profissional.pdf>>. Aceso em 22 maio 2022.

MARQUES, Glenda Linaura. **O Serviço Social no NASF: as condições de trabalho e as demandas do exercício profissional**. 2016. Monografia (Bacharelado em Serviço Social) - Curso de Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/175296/TCC%20Glenda%20L%20Marques.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 29 mar 2022.

MATOS, Maurílio Castro de. O neofascismo da política de saúde de Bolsonaro em tempos perigosos da pandemia da covid-19. **Revista Humanidades e Inovação** v.8, n.35, 2021. Disponível em: < [file:///D:/Downloads/5340-Texto%20do%20artigo-17739-1-10-20210629%20\(1\).pdf](file:///D:/Downloads/5340-Texto%20do%20artigo-17739-1-10-20210629%20(1).pdf) >. Acesso em: 24 jun. 2022.

MEDEIROS, Larissa. **O serviço social no NASF: demandas, respostas e desafios profissionais**. Florianópolis: UFSC, 2012. Monografia (Bacharelado em Serviço Social) – Departamento de Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, 2012. Disponível em:<<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/103590/TCC%20-%20Larissa%20Medeiros.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 01 abr. 2022.

METRO. Governo Federal congela ampliação de núcleos de saúde da família. **Diário do Nordeste**, Fortaleza, 04 fevereiro de 2020. Disponível em: <<https://diariodonordeste.verdesmares.com.br/metro/governo-federal-congela-ampliacao-de-nucleos-de-saude-da-familia-1.2207063>>. Acesso em: 02 abril 2022.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa Social**. Teoria, método e criatividade. 18 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2001. Disponível em: <<https://wp.ufpel.edu.br/franciscovargas/files/2012/11/pesquisa-social.pdf> >. Acesso em: 11 abr. 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Núcleo Ampliado de Saúde da Família**, 2008. Disponível em: <<https://aps.saude.gov.br/ape/nasf>>. Acesso em: 15 abr. 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual Instrutivo para as Equipes de Atenção Básica e Nasf**. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) – Terceiro ciclo. Brasília, DF, 2017. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/programa-nacional-de-melhoria-do-acesso-e-da-qualidade-da-atencao-basica/ciclos-do-pmaq-ab/3o-ciclo/manuais-pmaq/manual_instrutivo_3_ciclo_pmaq.pdf/view>. Acesso em: 28 mar 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE **Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica (SISAB)**. Panorama Estadual da Atenção Primária à Saúde. Fortaleza, CE, 2019. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/apresentacoes/panorama_estadual_aps.pdf >. Acesso em: 02 maio 2022.

MOTA, Beatriz **O fim do modelo multiprofissional na saúde da família?** Disponível em: <<https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/o-fim-do-modelo-multiprofissional-na-saude-da-familia> >. Acesso em: 10 maio 2022.

NETTO, José Paulo. **Ditadura e Serviço Social**: uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64. 4. ed. São Paulo: Cortez, 1998.

NETTO, José Paulo. **Democracia e Transição socialista**: Escritos de teoria e política. Belo Horizonte, Oficina de Livros. 1990.

NETTO, José Paulo; CARVALHO, Maria do Carmo Brant. **Cotidiano**: conhecimento e crítica. São Paulo: Cortez, 2012. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/175296/TCC%20%20Glenda%20L%20Marques.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 06 maio 2022.

NUNES, Jonny Beatto; MATTA, Isabela Braga. Os efeitos da implantação da estratégia da família (ESF). **RED**, v..04, n. 01, 2020.

PACHECO, Andressa; AZZOLIN, Gabriela Marchiori Carmo Azzolin. A experiência do profissional de serviço social na atenção básica de saúde. **Revista Humanidades e Inovação**, v. 5, n. 11, 2018. Disponível em: <[file:///D:/Downloads/981-Texto%20do%20artigo-3875-1-10-20181221%20\(1\).pdf](file:///D:/Downloads/981-Texto%20do%20artigo-3875-1-10-20181221%20(1).pdf) >. Acesso em: 10 maio 2022.

PEREIRA, Elane Souza de Oliveira. **O trabalho do NASF na estratégia de saúde da família e as contribuições do serviço social**: uma revisão integrativa. 2018. 24 f. Trabalho

de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família) – Instituto de Educação a Distância, Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, São Francisco do Conde, BA, 2018. Disponível em: <
https://repositorio.unilab.edu.br/jspui/bitstream/123456789/1378/1/2018_mono_epereira.pdf>
. Acesso em: 22 maio 2022.

SEPÚLVEDA, Bárbara Terezinha; CARDOSO, Ângela Ernestina. A política de saúde sob o governo Temer: aspectos ideológicos do acirramento do discurso privatista. **O Social em Questão**, v. 21, n. 44, 2019, p. 67-86.

SILVA, Edson Junio Ferreira da. **O Serviço Social no ambiente hospitalar**: Um estudo de caso no HSJB de Viçosa-MG. 2019. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Serviço Social) – Universidade Federal de Viçosa, Minas Gerais, 2019.

SILVA, Jairnilson Uma análise sobre o processo da Reforma Sanitária brasileira Saúde em Debate. **Centro Brasileiro de Estudos de Saúde Rio de Janeiro, Brasil**, v. 33, n. 81, 2009, p. 27-37.

SILVA, Rúbia Denise da Fonseca da. **O serviço social no NASF**: as contribuições do trabalho do assistente social no processo de apoio às Unidades Básicas de Saúde realizado pelo NASF de Ijuí. 2012. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Serviço Social) – Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, Unijuí, RS, 2012. Disponível em:<
<https://bibliodigital.unijui.edu.br:8443/xmlui/bitstream/handle/123456789/1147/MONOGRFIA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 28 abr. 2022.

SOUZA, Simone Moreira dos Santos; ÁVILA, Heleni Duarte Dantas de. Atuação do serviço social no núcleo de apoio à saúde da família – NASF. **REVISE**, [S. l.], v. 2, n. fluxo contínuo, 2021. DOI: 10.46635/revise.v0iDossiê de.1406. Disponível em:
<<https://www3.ufrb.edu.br/seer/index.php/revise/article/view/1406>>. Acesso em: 2 jun. 2022

STARFIELD, Bárbara. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.