



Conselho Regional
de Serviço Social / RJ
www.cressrj.org.br

II Congresso de Assistentes Sociais do Estado do Rio de Janeiro

11 a 13 de maio de 2016



80
ANOS
SERVIÇO
SOCIAL
NO BRASIL

ALGUMAS CONSIDERAÇÕES, CONTRIBUIÇÕES E DESAFIOS PARA O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NO NÚCLEO DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA

GABRIELE GOMES FARIA

Natureza do Trabalho: Sistematização do trabalho profissional,
Eixo ii: política social e serviço social
- Seguridade Social (Assistência, Saúde, Previdência)

ASSISTENTE SOCIAL DA PREFEITURA DE ARMAÇÃO DOS BÚZIOS;
COORDENADORA DE SERVIÇO SOCIAL DO PAM CAVALCANTI - SES; MESTRE
EM POLÍTICA SOCIAL – UFF; ESPECIALIZAÇÃO EM FORMULAÇÃO E GESTÃO
DE POLÍTICAS EM SEGURIDADE SOCIAL – UFRJ

TEL: (21)99758-4494

E-MAIL: fwgf@bol.com.br



II Congresso de Assistentes Sociais do Estado do Rio de Janeiro

11 a 13 de maio de 2016



ALGUMAS CONSIDERAÇÕES, CONTRIBUIÇÕES E DESAFIOS PARA O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NO NÚCLEO DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA

RESUMO

O NASF previsto pela portaria 154/2008 se pauta no apoio matricial como aquele capaz de aumentar a resolutividade na rede de serviços. Contudo, tais núcleos são propostos num contexto de sucateamento da rede. Logo, o presente trabalho expõe como tem se dado tal construção em nível local, problematizando o processo de trabalho do assistente social em suas contradições, desafios e possibilidades.

PALAVRAS CHAVE: SUS; NASF; Serviço Social

ABSTRACT

The NASF provided by Ordinance 154/2008 is guided in the matrix support as the one able to increase the resolution in the network services. However, such cores are proposed in a network scrapping context. Thus, the present work as it has been given such a construction at the local level, discussing the work process of the social worker in their contradictions, challenges and possibilities.

KEYWORDS: SUS; NASF; Social Service



II Congresso de Assistentes Sociais do Estado do Rio de Janeiro

11 a 13 de maio de 2016



80
ANOS
**SERVIÇO
SOCIAL
NO BRASIL**

1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho pretende apresentar a experiência da implementação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) no Município de Armação dos Búzios, enquanto um espaço novo de ação, que objetiva apoiar as Equipes de Saúde da Família (ESF) por meio do matriciamento assumindo o objetivo de ampliar elementos como: abrangência, a resolutividade, a territorialização e a regionalização (BRASIL, 2009).

Reunindo elementos do meu cotidiano profissional na área da saúde, bem como o necessário aprofundamento teórico-metodológico para análise de processos de implementação de políticas sociais busquei entender com maior profundidade, limites e possibilidades ligados à operacionalização de programas e as relações entre os atores envolvidos em cena, visualizando assim, o que alguns autores apontam como um desafio, qual seja, identificar de que maneira funcionam, seus principais problemas.

Deste modo, partimos do pressuposto do necessário entendimento da política de saúde como espaço contraditório tensionado pela grande ofensiva de ajustes que interferem sobremaneira na qualidade dos serviços prestados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e que inevitavelmente recai sobre a Atenção Básica, de um lado considerada o “contato preferencial” do usuário de outro a “cesta básica” da saúde.

Neste sentido, apresentaremos a implementação do NASF, as ações desenvolvidas pelo serviço social, a qual requer o deciframento em suas contradições, potencialidades, particularidades e relações de trabalho nas quais se inscrevem.

Destarte, trata-se de um estudo pautado em uma análise bibliográfica, qualitativa da política de saúde a partir da experiência empírica, com vistas aos objetivos traçados.

2. SURGE O NASF



II Congresso de Assistentes Sociais do Estado do Rio de Janeiro

11 a 13 de maio de 2016



O processo de implementação e organização do Sistema Único de Saúde – SUS detona novas bases para reorganização do modelo assistencial, agora fincado sob práticas preventivas, promocionais e educativas em detrimento do antigo modelo curativo e hospitalocêntrico. Assim, ganha centralidade enquanto um projeto dinamizador do Sistema o Programa Saúde da Família, que assume o lugar de estratégia estruturante dos sistemas de saúde municipais onde os princípios que orientam a Atenção Básica dizem respeito à universalidade, acessibilidade, coordenação do cuidado, do vínculo, da integralidade, da humanização, da equidade, da participação e controle social, impondo a esta, o papel central na garantia à população de acesso a uma atenção à saúde de qualidade.

Sendo a Atenção Básica a porta de entrada do SUS¹, além de intencionar ser o “contato preferencial do usuário”, seu objetivo é o de ser resolutiva e coordenadora do cuidado. Esta concepção se assenta em práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, organizadas sob a forma de trabalho em Equipes de Saúde da Família² (ESF), dentro de territórios específicos³, agora sob seu encargo, sendo então, responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, atuando, com ações de promoção da saúde, prevenção, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, bem como na manutenção da saúde comunitária (BRASIL, 2006).

Diante disto, tenciona estratégias que dêem conta das refrações da questão social as quais demandam uma perspectiva integral, haja vista as profundas transformações societárias no cenário brasileiro, que indubitavelmente recaem sobre o processo saúde-doença e condições de vida dos indivíduos, assinalando uma complexidade dinâmica pouco eficaz se analisada sob a perspectiva de um cuidado integral.

No sentido de ampliar este escopo da Atenção Básica, o Ministério da Saúde criou a partir da portaria GM nº154, de 24 de janeiro de 2008 os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF, legitimando a importância de novas especialidades que vão apoiar a inserção da Estratégia de Saúde da Família – ESF na rede de serviços sob o apoio matricial, com retaguarda especializada. Mas do que se trata isto?

O conceito de apoio matricial surge atrelado ao conceito de equipe de referência discutidos por Campos (1999). Tal mecanismo interpõe uma crítica ao clássico modelo de

¹ O Sistema Único de Saúde é composto por diferentes serviços, práticas, projetos e programas que são implantados em níveis de atenção básica, de média complexidade e alta complexidade. (BRASIL, 2009)

² Em função de ser avaliado como “cesta básica da saúde” por tendências teóricas-políticas, o PSF em 2006 passa a ser nomeado de Estratégia Saúde da Família – ESF, porém mantendo o mesmo viés da criação (KRÜGER ET AL, 2010)

³ Cada equipe se responsabiliza pelo acompanhamento de, no máximo, 4 mil habitantes, sendo a média recomendada de 3 mil habitantes de uma determinada área, e estas passam a ter co-responsabilidade no cuidado à saúde (BRASIL, 2006)



II Congresso de Assistentes Sociais do Estado do Rio de Janeiro

11 a 13 de maio de 2016



gestão do trabalho hierarquizado e propõe a construção compartilhada com outros atores. Assim, visa assegurar retaguarda especializada a equipes de profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde sob o paradigma de uma abordagem integral, que requer o envolvimento não apenas de um especialista, mas profissionais essenciais, porém, distintos, todavia com o mesmo objetivo.

O NASF é uma estratégia inovadora que tem por objetivo apoiar, ampliar, aperfeiçoar a atenção e a gestão da saúde na Atenção Básica sob a perspectiva de mudanças de atitudes e na atuação de profissionais envolvidos. Construído a partir da inserção de profissionais de diversas áreas de conhecimento⁴ para atuarem junto às equipes de referência, tem na expressão “apoio” sua centralidade.

O apoio matricial apresenta as dimensões de suporte: assistencial e técnico-pedagógico. A dimensão assistencial é aquela que vai produzir ação clínica direta com os usuários, e a ação técnico-pedagógica vai produzir ação de apoio educativo com e para a equipe. Essas duas dimensões podem e devem se misturar nos diversos momentos. (BRASIL, 2009)

Sendo assim, toma em seu processo de trabalho a tecnologia do apoio matricial que se dará por profissionais que não têm necessariamente, relação direta e cotidiana com o usuário, mas cujas tarefas serão de prestar apoio às equipes de referência - ESF.

Esta proposta visa transformar a lógica tradicional por meio de ações que integrem saberes. Em função da horizontalização proposta pelo matriciamento, o sistema de saúde irá se reestruturar em dois tipos de equipe: equipe de referência e equipe de apoio matricial, este último posto como processo de trabalho do NASF⁵ - apesar de não ser sua proposta única. A equipe de referência se necessário acionará uma rede assistencial para cada caso,

⁴ Tal composição deve ser definida pelos próprios gestores municipais e as equipes de ESF, mediante critérios de prioridades identificadas a partir das necessidades locais e da disponibilidade de profissionais de cada uma das diferentes ocupações (BRASIL, 2009)

⁵ Existem duas modalidades de NASF: o NASF 1 que deverá ser composto por no mínimo cinco das profissões de nível superior (Psicólogo; Assistente Social; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Profissional da Educação Física; Nutricionista; Terapeuta Ocupacional; Médico Ginecologista; Médico Homeopata; Médico Acupunturista; Médico Pediatra; e Médico Psiquiatra) vinculado de 08 a 20 Equipes Saúde da Família e o NASF 2 que deverá ser composto por no mínimo três profissionais de nível superior de ocupações não-coincidentes (Assistente Social; Profissional de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Nutricionista; Psicólogo; e Terapeuta Ocupacional), vinculado a no mínimo 03 Equipes Saúde da Família, fica vedada a implantação das duas modalidades de forma concomitante nos Municípios e no Distrito Federal. Excepcionalmente, nos Municípios com menos de 100.000 habitantes dos Estados da Região Norte, cada NASF 1 poderá realizar suas atividades vinculado a, no mínimo, 5 (cinco) equipes de Saúde da Família, e a, no máximo, a 20 (vinte) equipes de Saúde da Família. A definição dos profissionais que irão compor os núcleos é de responsabilidade dos gestores municipais, seguindo os critérios de prioridade identificados a partir das necessidades locais e da disponibilidade de profissionais de cada uma das diferentes ocupações. (BRASIL, 2009)



II Congresso de Assistentes Sociais do Estado do Rio de Janeiro

11 a 13 de maio de 2016



e em tal rede estarão equipes ou serviços como o NASF que nesta lógica desempenham a responsabilidade central de atuar e reforçar 9 diretrizes na atenção à saúde, qual seja: a interdisciplinaridade, a intersetorialidade, a educação popular, o território, a integralidade, o controle social, a educação permanente em saúde, a promoção da saúde e a humanização (BRASIL, 2009).

Contudo, cabe sinalizar que apesar da “boa” intenção, no sentido de aumentar a resolutividade e apoiar a ESF na rede de serviços, tais núcleos são propostos num contexto em que se prioriza um projeto privatista em detrimento da saúde como direito.

2.1. A Política de Saúde no cenário da contrarreforma: desafios ao NASF

O aprofundamento da ideologia neoliberal a partir da década de 1990 põe em cheque tudo que havia sido proposto pela Constituição Federal de 1988. O Estado sob o discurso de “ineficácia” desta dá enfoque à expansão da rede privada, uma das prerrogativas da contrarreforma⁶. Desde então, os serviços de saúde tornaram-se cada vez mais espaços de superinvestimentos e lucratividade capitalista.

Collor de Mello e Itamar Franco iniciam os ajustes conforme os preceitos neoliberais inviabilizando ou criando obstáculos à efetivação do SUS. Segundo Bravo (2006) gesta-se então, dois projetos em disputa, qual seja, o *Projeto de Reforma Sanitária*, pautado no Estado democrático, responsável pela saúde e o *Projeto Privatista*, de caráter focalizado, através de pacotes básicos, com estímulo ao setor privado.

Mas, é no governo Fernando Henrique Cardoso (FHC) que se materializa a ruptura aos avanços obtidos, pondo em prática a expansão da rede privada, a saúde na lógica do seguro em detrimento da seguridade social.

Nos anos 2000 gestam-se esperanças de uma retomada ao projeto de reforma sanitária a partir da chegada de um trabalhador ao poder, no entanto, as alianças que levam Luiz Inácio à posse já sinalizavam o compromisso com o grande capital pondo em prática às ações ainda pendentes e seguimento à política focalizada e precarizada. Se no início do governo há uma possibilidade para as conquistas da reforma sanitária, paulatinamente estas vão dando lugar a propostas que segundo Soares (2012) sugerem neste momento histórico a existência de três grandes projetos em confronto na política da saúde, sendo o terceiro, o *projeto do SUS possível* que defende a flexibilização da reforma sanitária.

⁶ Processo tratado por Behring (2003), cuja centralidade é o ajuste fiscal recomendado pelos organismos internacionais.



II Congresso de Assistentes Sociais do Estado do Rio de Janeiro

11 a 13 de maio de 2016



Registra-se, portanto, uma perpetuação no Governo Dilma deste cenário, que nos coloca a ponderar sobre o “verdadeiro” SUS, que segue sendo amputado, desviado do rumo proposto, demarcando a saúde como um importante setor de investimento público/privado conflitando por sua vez, o SUS histórico, com o SUS possível que engendra tendências como alternativa de “modernização” do sistema, dentre elas: inovação nos espaços de gestão, por meio das organizações sociais e fundações de saúde; contratos temporários, racionalidade produtivista; expansão focalizada por pressão da demanda, cujo discurso é o limite orçamentário; ênfase na saúde centrada no indivíduo, de caráter curativo e emergencial; responsabilização do indivíduo sobre o processo saúde-doença.

Há neste cenário, uma perda contínua da organicidade proposta pela reforma sanitária, conferindo repercussão sobre as práticas sociais no interior do SUS que pela pressão da própria demanda - hoje muito maior do que a estrutura pode suportar – vem optando pelo atendimento emergencial.

É justamente neste cenário de racionalização dos gastos estatais que a atenção básica vem ganhando centralidade e nesta lógica caberá ao NASF - após inúmeras reivindicações em conferências, discussões sobre os limites orçamentários dos municípios para contratação de outros profissionais não tradicionais - engendrar à ESF possibilidades de obtenção de resolutividade - seguindo a lógica do matriciamento - tarefa esta nada fácil se levarmos em conta as dificuldades de acesso, o grande número de famílias sob responsabilidade das equipes em cada território, o pífio número de profissionais efetivos, grande número de profissionais na ESF e demandas a serem referenciadas pelo NASF. Questões que somam-se aos desafios na agenda contemporânea da política de saúde.

2.2. O NASF no município de Armação dos Búzios

Armação dos Búzios está localizada na posição sudeste do Estado do Rio de Janeiro, ocupando uma área de 70,278Km². A pequena cidade possui uma extensão continental e outra peninsular com mais de vinte praias, fato relevante para o turismo local e externo. Atualmente possui 27.560 habitantes, segundo dados estatísticos do IBGE/2010. Apresenta uma cobertura de ESF correspondendo a 70% da população. Dispõe de 9 unidades básicas instaladas em áreas periféricas consideradas de maior vulnerabilidade, onde atuam 12 equipes composta por 64 profissionais⁷. Além disso, a rede conta com uma

⁷ 10 Médicos; 7 Enfermeiros; 10 Técnicos de Enfermagem; 10 Administrativos e 27 Agentes comunitários de saúde. Fonte: Dados da Secretaria de Saúde de Armação dos Búzios/2014.



Conselho Regional
de Serviço Social / RJ
www.cressrj.org.br

II Congresso de Assistentes Sociais do Estado do Rio de Janeiro

11 a 13 de maio de 2016



80
ANOS
SERVIÇO
SOCIAL
NO BRASIL

policlínica para atendimento secundário, que também funciona como referência para a população descoberta da ESF. Outro serviço que dá apoio à população é o Programa de Atenção Domiciliar (PAD), ofertando cuidado contextualizado a cultura, rotina e dinâmica familiar de pacientes, bem como evitando hospitalizações, mas que limita-se a atender apenas as demandas da área da policlínica.

Com o objetivo de provocar mudanças no processo de trabalho das equipes, bem como potencializar a superação da fragmentação por meio do apoio matricial, no final de 2009 iniciou-se um movimento para adesão do Município ao NASF, ocorrendo em 2010 a implantação do NASF 1, incluindo como apoiadores inicialmente os seguintes profissionais: Assistente social; fisioterapeuta; educador físico; pediatra; psicólogo; psiquiatra; terapeuta ocupacional. Destes, apenas os assistentes sociais (2) e nutricionista eram concursados - e mesmo com o concurso público em 2012, apenas 1 nutricionista fora convocada. Sendo assim, a equipe passou a atuar nos territórios adstritos a ESF, e a partir desta proposta os problemas e as soluções passaram a ser divididos entre os profissionais no sentido de contribuir para o aumento da capacidade de respostas.

Iniciado o trabalho, a equipe NASF sob organização da coordenação de Atenção Básica dirigiu-se aos módulos de saúde - mantendo uma organização de dias específicos para cada território – e logo ficou evidente o pouco conhecimento das ESF sobre o NASF e até mesmo resistência de alguns profissionais que entendiam tal processo como novas atribuições. Além disso, a equipe se deparou com ausência de espaço físico e equipamentos para reuniões de equipe, ações sócio-educativas nas unidades; alta rotatividade de profissionais e uma enorme demanda, pois à medida que o serviço público se aproxima as demandas reprimidas se explicitam e na maioria das vezes são questões de extrema complexidade e que perduram anos naquela comunidade.

Apesar do incentivo financeiro Federal de R\$20.000,00⁸ mensais ao município para custeio do NASF, tal verba não tem se refletido em otimização das ações uma vez que desde a criação a equipe não dispõe de transporte para locomoção dos profissionais até os territórios adstritos, sendo comum principalmente por parte daqueles com vínculos trabalhistas mais frágeis, o uso de transporte próprio para o “bom andamento” das ações.

O número de trabalhadores em cada unidade é perpassado pela alta rotatividade, sendo comum ainda, o desvio de funções, ou seja, técnicos fazendo trabalhos administrativos sob a justificativa do “comprometimento”. Tal questão nos aponta uma

⁸ Valor previsto na Portaria n. 548 de abril de 2013, a qual define o financiamento do piso de Atenção Básica variável para os NASF's.



II Congresso de Assistentes Sociais do Estado do Rio de Janeiro

11 a 13 de maio de 2016



fragilização do apoio matricial a ser desenvolvido pelo NASF, à medida que o espaço técnico é tomado pela burocracia e pela não priorização.

Atualmente o NASF já encontra maior adesão das equipes e um processo de trabalho melhor organizado, mas persistem inúmeros desafios que vão desde as dificuldades em desenvolver um trabalho coletivo entre os profissionais e suas especificidades até a ausência de reuniões e avaliações. Além disso, se depara com a enorme demanda; falta de condições institucionais e de gestão que tropeçam em aspectos culturais e numa descentralização com desresponsabilização da união, posta de forma enviesada e que deixa o município sem condições objetivas de ofertar a gama de serviços propostos pelo SUS, haja vista inclusive os limites postos pela lei de responsabilidade fiscal⁹ que restringe gastos com pessoal, todavia limita municípios a efetivar a organização do SUS de caráter público reforçando a complementação pelo setor privado.

Destarte, sob a vigência da ideologia neoliberal a saúde encontra muitos obstáculos e o NASF é entremeado por este processo junto aos demais serviços e projetos do SUS que tem funcionado de maneira limitada sem conseguir muitas vezes ultrapassar ações emergenciais, individualizadas.

2.3. Serviço Social no NASF: a experiência buziana

É no cenário até aqui apresentado que se insere o assistente social. A inclusão deste profissional está em consonância com os princípios éticos-políticos da profissão e do projeto de reforma sanitária. Logo, sua prática deverá situar-se como espaço de promoção da cidadania; de fortalecimento da rede; de articulação intersetorial; de educação e mobilização em saúde.

Sendo assim, a rotina de trabalho do assistente social no NASF tem se delineado através das *reuniões* com os profissionais que atuam nos PSF's, onde a partir de um texto, ou vídeo se discute o tema, problematizam-se questões do cotidiano da equipe, sendo comum neste espaço surgirem também questões referentes a insatisfações ocasionadas por sobrecarga de trabalho e vínculos precarizados.

O assistente social e os demais profissionais do NASF têm um cronograma de reuniões entre a equipe e outro com os demais profissionais de cada unidade - o qual rotineiramente fica comprometido pela ausência de transporte – que objetiva o *apoio*

⁹ Para melhor entendimento ver: Khair (2000)



Conselho Regional
de Serviço Social / RJ
www.cressrj.org.br

II Congresso de Assistentes Sociais do Estado do Rio de Janeiro

11 a 13 de maio de 2016



80
ANOS
SERVIÇO
SOCIAL
NO BRASIL

matricial, onde são selecionados casos mais complexos para discussão. Uma das grandes dificuldades observadas ainda no que tange a tecnologia do apoio, diz respeito ao fato de à medida que a ESF divide o caso com o NASF parece ficar subentendido que este torna-se de responsabilidade dos matriciadores o que demonstra ainda pouco entendimento sobre a ação.

Outrossim, são frequentes as dificuldades de compreensão por parte das equipes ESF, quanto aos atribuições e competências do assistente social, tendo em vista a enorme demanda e ainda uma leitura conservadora da profissão, fato este que vem sendo constantemente trabalhado em reuniões, bem como a partir do estabelecimento de rotinas de trabalho.

Ainda no que tange as ações desenvolvidas, o assistente social se insere *em grupos temáticos* referentes às necessidades de saúde e sociais, criados pelas equipes a partir da demanda do território. É comum a partir destes grupos surgirem atendimentos individualizados com demandas de usuários que não conseguem acessar os serviços de saúde, quer seja pela enorme fila e/ou burocratização, ausência ou focalização. Contudo, tomamos o cuidado para não responsabilização dos sujeitos por suas dificuldades. Assim, as expressões da questão social são trabalhadas em conjunto com os Centros de Referência da Assistência Social (CRAS); Centro de Referência Especializada em Assistência Social (CREAS); Centro de Atenção Psicossocial (CAPS); Educação tendo como propósito uma construção coletiva do SUS.

Entretanto, para realização de tais ações torna-se mister o planejamento, a mobilização que esbarram nas contradições postas pela contrarreforma na saúde, implicando em algumas dificuldades operativas dentre elas, a falta de espaço físico adequado às ações, precariedade de recursos, burocratização, rotatividade, dentre outros.

Outra ação rotineiramente desenvolvida junto à equipe são as *visitas domiciliares* com vistas a estreitar vínculos, conhecer a realidade, bem como facilitar a adesão ao atendimento ou ao encaminhamento à rede. Tal demanda em geral é expressa a partir da condição de vida dos usuários e posta enquanto competência do assistente social inclusive nos parâmetros para atuação na Política de Saúde (CFESS, 2010:42).

Quanto à inserção em espaços de controle social, lamentavelmente o NASF ainda não os ocupou. Contudo, se insere no comitê intersetorial que tem facilitado à identificação da rede, o diálogo da Saúde com a Assistência Social e Educação, bem como publicizado o trabalho do Núcleo.



II Congresso de Assistentes Sociais do Estado do Rio de Janeiro

11 a 13 de maio de 2016



É fato que o NASF se coloca como um espaço profícuo para a prática do serviço social na Atenção Básica, mas apesar disso, encontra desafios frontais vivenciados pelo setor saúde que rotineiramente viola direito, reproduz opressão, pulveriza a questão social. Logo, se o profissional não estiver atento, comprometido em apreender e revelar as novas faces da questão social que o desafia, de certo não trabalhará em prol da emancipação humana (IAMAMOTO, 2002).

3. CONCLUSÃO

Diante disto, é possível inferir as enormes dificuldades que envolvem a implementação de um programa, principalmente quando este é concebido com poucas condições para se espraiar pela rede pública, configurando um quadro bastante comum de atividades limitadas pela inadequada estrutura institucional e de gestão; recursos humanos reduzidos e precarizados, bem como pela fragilidade enfrentada hoje pelo SUS.

A proximidade empírica com tal realidade nos possibilitou observar que a Atenção Básica tem se mostrado insuficiente para dar conta do conjunto de necessidades da população. Contudo, problemas potencialmente vivenciados para a execução das ações, sinalizam a necessária construção de um fazer profissional com foco na participação popular, já que estes tem o potencial de pressionar a demanda sobre os serviços, o que, de certa forma, pode representar um oportunidade ímpar para ampliar o princípio da integralidade, considerando a pessoa como um todo, ampliando as ações, o acesso de um contingente importante da população aos circuitos de oferta de serviços sociais, tendendo a uma resolutividade otimizada.

Por fim, apesar de o matriciamento localizar-se enquanto parte do processo de trabalho do assistente social, este não aparece nos Parâmetros de Atuação do Assistente Social na Política de Saúde (CFESS, 2010), tampouco o NASF se institui como espaço sócio-ocupacional o que reforça algumas incertezas e inseguranças por parte dos profissionais diante deste campo novo, que a meu ver se inscreve na perspectiva do controle e participação popular, logo, precisa ser fortalecido no que tange a trabalho coletivo, cabendo defender o potencial, as particularidades e competências do assistente social no espaço do NASF, sobretudo no âmbito da educação, promoção e prevenção da saúde, no fortalecimento dos espaços participativos, onde pode sustentar reflexões sobre o contexto e as condições sociais que impactam o processo saúde-doença, e principalmente quanto às respostas que vem sendo dada a política de saúde na atual conjuntura sob o jugo



II Congresso de Assistentes Sociais do Estado do Rio de Janeiro

11 a 13 de maio de 2016



desta orientação que trata de pulverizar e fragmentar a questão social atribuindo aos indivíduos a responsabilidade por suas dificuldades e até mesmo situação de saúde.

BIBLIOGRAFIA

BEHRING, E.R. Brasil em Contrarreforma: desestruturação do Estado e perda de direitos. São Paulo: Cortez, 2003

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria, nº 154 de 2008.

BRASIL, Portaria, nº 548 de 4 de abril de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Normas e Manuais Técnicos. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde na escola / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil. In: Mota, A. E. et al. (Orgs) Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2006

BRAVO, Maria Inês, MENEZES, Juliana (Org). Saúde, Serviço Social, Movimentos Sociais e Conselhos: desafios atuais. São Paulo: Cortez, 2012

CAMPOS, G. W.S.; DOMITTI, A.C. Apoio Matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad. Saúde Pública: Rio de Janeiro, 23(2): 399-407, fev. 2007

CFESS. Parâmetros para atuação do Assistente Social na Saúde. 2010

IAMAMOTO. Marilda Villela. Projeto Profissional, Espaços ocupacionais e Trabalho do Assistente Social na Atualidade. Atribuições Privativas do(a) Assistente social em questão. Brasília: CFESS, 2002

IBGE, CENSO Demográfico, 2010

Khair, Amir Antônio. Lei de Responsabilidade Fiscal : guia de orientação para as prefeituras. Brasília : Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; BNDES, 2000.

KRÜGER, Tânia R. et al. O exercício profissional do Assistente Social no NASF de Florianópolis. In: Anais XII Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social. Rio de Janeiro. 2010

SORES, Raquel C. A racionalidade da contrarreforma na política de saúde e o serviço social. In: BRAVO, Maria Inês, MENEZES, Juliana (Org). Saúde, Serviço Social, Movimentos Sociais e Conselhos: desafios atuais. São Paulo: Cortez, 2012