

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA  
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL  
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL**

**CAMILA REINHEIMER**

**RESPOSTAS TÉCNICO-OPERATIVAS DO SERVIÇO SOCIAL NA ATENÇÃO  
BÁSICA DE SAÚDE: O CASO DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE EM  
PORTO ALEGRE**

**PORTO ALEGRE**

**2015**

CAMILA REINHEIMER

**RESPOSTAS TÉCNICO-OPERATIVAS DO SERVIÇO SOCIAL NA ATENÇÃO  
BÁSICA DE SAÚDE: O CASO DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE EM  
PORTO ALEGRE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito para a obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social pelo curso de Serviço Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Míriam Thaís Guterres Dias

PORTO ALEGRE  
2015

CAMILA REINHEIMER

**RESPOSTAS TÉCNICO-OPERATIVAS DO SERVIÇO SOCIAL NA ATENÇÃO  
BÁSICA DE SAÚDE: O CASO DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE EM  
PORTO ALEGRE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito para a obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social pelo curso de Serviço Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS.

Aprovado em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2015.

**BANCA EXAMINADORA:**

---

**Prof<sup>a</sup> Míriam Thaís Guterres Dias, UFRGS.  
Orientadora**

---

**Prof<sup>a</sup> Jussara Maria Rosa Mendes, UFRGS.  
1<sup>a</sup> Examinadora**

## AGRADECIMENTOS

A todos que vivenciaram comigo a dor e a delícia de uma segunda graduação.

Aos meus pais, Alcides e Eliza,  
e à minha irmã, Marília,  
por aceitarem e apoiarem minhas escolhas.

À professora Míriam Dias,  
e à supervisora Margarete Alessandrini,  
pelos conhecimentos transmitidos  
e pela tolerância com meus prazos elásticos.

Aos estudantes que deram vida ao Coletivo Saúde  
e me proporcionaram as experiências mais intensas  
e interessantes ao longo da graduação.

Aos colegas do setor de Políticas Afirmativas do Ministério da Saúde  
Stênio, Sila e Priscila,  
que enegreceram meus dias de estágio,  
com produtivos debates e muita parceria.

Às dez amigas que se tornaram minha família extensa,  
por escolha e por amor.  
Bárbara, Bruna, Francyclele, Juliane, Lauana,  
Manuela, Tais, Tassiane, Thaianne e Vanessa.

## RESUMO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso apreende, a partir da investigação dos instrumentos e procedimentos interventivos do assistente social na Atenção Básica de Saúde, a dimensão técnico-operativa da profissão, na sua necessária articulação com as dimensões teórico-metodológica e ético-política. São analisadas as respostas técnico-operativas do Serviço Social na Unidade Básica de Saúde Centro de Saúde Modelo, no município de Porto Alegre, a partir de uma pesquisa de campo. O estudo reflete o atual cenário sócio-histórico de implantação da Política Nacional de Atenção Básica de Saúde e as reconfigurações do exercício profissional decorrentes desse processo. Parte-se da perspectiva de que o acervo interventivo do assistente social não é neutro, elucidando-se que o exercício profissional está permeado pelas determinações históricas da política de Saúde, marcadas pelas relações sociais de produção.

**Palavras-chave:** Atenção Básica de Saúde. Serviço Social. Exercício Profissional. Técnico-Operativa.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Linha do tempo de constituição da Atenção Básica de Saúde no Brasil, a partir da década de 1990.....	19
Figura 2 - Eixos de açãoestruturantes do documento Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde. ....	28
Figura 3 - Distribuição dos dados de acordo com os eixos de ação dos Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde. ....	45
Figura 4 - Distribuição das ações dentro do eixo Atendimento direto aos usuários. ....	45
Figura 5 - Distribuição dos dados de acordo com os eixos de ação dos Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde. ....	52
Figura 6 - Distribuição das ações do eixo Atendimento direto aos usuários.....	53

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Comparativo da sistematização das ações do assistente social na UBS e no NASF, a partir dos eixos de ação dos Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde.....	53
Tabela 2 - Comparativo da distribuição das ações do eixo Atendimento direto aos usuários, na UBS e no NASF. ....	54

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Seleção das Ações socioassistenciais relacionadas à ABS. ....	29
Quadro 2 - Seleção das Ações de articulação com a equipe de saúde relacionadas à ABS. ....	30
Quadro 3 - Seleção das Ações socioeducativas relacionadas à ABS. ....	31
Quadro 4 - Seleção das Ações Mobilização, participação e controle social relacionadas à ABS. ....	32
Quadro 5 - Seleção das Ações de Investigação, planejamento e gestão relacionadas à ABS. ....	33
Quadro 6 - Seleção das Ações de Assessoria, qualificação e formação profissional relacionadas à ABS. ....	34
Quadro 7 - Ações do Serviço Social na UBS Centro de Saúde Modelo. ....	39
Quadro 8 - Sistematização dos dados coletados a partir dos eixos de ação dos Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde. ....	44
Quadro 9 - Principais demandas identificadas nos atendimentos individuais realizados na UBS Centro de Saúde Modelo. ....	46
Quadro 10 - Ações do assistente social no NASF. ....	49
Quadro 11 - Estratégias metodológicas para a área estratégica do Serviço Social. ....	50
Quadro 12 - Sistematização das ações do assistente social no NASF a partir dos eixos de ação dos Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde. ....	51



## LISTA DE SIGLAS

ABEPSS - Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social

ABESS - Associação Brasileira de Ensino em Serviço Social

ABS - Atenção Básica de Saúde

ACS - Agentes Comunitários de Saúde

CBO - Código Brasileiro de Ocupações

CEP - Código de Ética Profissional

CF/88 - Constituição Federal de 1988

CFESS - Conselho Federal de Serviço Social

CLS - Conselho Local de Saúde

COFIs - Comissões de Fiscalização

CRAS - Centro de Referência de Assistência Social

CRESS - Conselho Regional de Serviço Social

ESF - Estratégia de Saúde da Família

FNS - Fundação Nacional de Saúde

GT - Grupo de Trabalho

NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NASF - Núcleos de Apoio à Saúde da Família

NEST - Núcleo de Estudos e Pesquisas em Saúde do Trabalhador

NOB - Norma Operacional Básica

OS - Organizações Sociais

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PEP - Projeto Ético-Político Profissional

PET-Saúde - Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica de Saúde

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica de Saúde

PSF - Programa de Saúde da Família

RAS - Rede de Atenção à Saúde

EqSF - Equipe de Saúde da Família

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

USFs - Unidades de Saúde da Família

VERSUS - Estágio de Vivências no Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>2 FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....</b>	<b>13</b>
2.1 BREVE HISTÓRICO DO SURGIMENTO DO SUS .....	13
2.2 REDEFINIÇÃO DOS SERVIÇOS BÁSICOS E O NOVO MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE.....	14
<b>3 INSERÇÃO SÓCIO-PROFISSIONAL DOS ASSISTENTES SOCIAIS NO SETOR SAÚDE .....</b>	<b>20</b>
3.1 RELAÇÃO ENTRE O PROJETO ÉTICO-POLÍTICO PROFISSIONAL E A REFORMA SANITÁRIA .....	20
3.2 DIMENSÃO TÉCNICO-OPERATIVA DO SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE.....	23
3.3 PARÂMETROS DO CFESS PARA A ATUAÇÃO NO SETOR SAÚDE.....	27
<b>4 O PROCESSO DE TRABALHO DO SERVIÇO SOCIAL NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE CENTRO DE SAÚDE MODELO .....</b>	<b>35</b>
4.1 DIMENSÃO TÉCNICO-OPERATIVA EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE .....	35
4.2 REFLEXÕES SOBRE O EXERCÍCIO PROFISSIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE.....	46
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>57</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>59</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apreende, a partir de pesquisados instrumentos e procedimentos interventivos do assistente social na Atenção Básica de Saúde (ABS), a dimensão técnico-operativa da profissão, na sua necessária articulação com as dimensões teórico-metodológica e ético-política. Este material é resultado do processo de formação profissional em Serviço Social, na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

O percurso acadêmico foi fortemente marcado por experiências relacionadas ao setor saúde. Envolveu, além da sala de aula, vivências em Pesquisa – como bolsista de Iniciação Científica no Núcleo de Estudos e Pesquisas em Saúde do Trabalhador (NEST); Extensão – pela participação no Estágio de Vivências no Sistema Único de Saúde (VERSUS) e como bolsista do PET-Saúde, no projeto PET Observatório de Saúde; no movimento estudantil – por meio do Coletivo Saúde UFRGS; e na militância em defesa do Sistema Único de Saúde (SUS) – motivada pelos conhecimentos adquiridos na graduação e materializada em espaços de Controle Social da Saúde institucionalizados e não institucionalizados.

As reconfigurações do exercício profissional do assistente social na ABS, ocasionadas pela implantação da Política Nacional de Atenção Básica de Saúde (PNAB), foram observadas durante o período de Estágio Curricular Obrigatório, realizado na Unidade Básica de Saúde (UBS) Centro de Saúde Modelo, em Porto Alegre. Na ocasião, o tema não foi explorado com profundidade, pois não figurou como objeto do projeto de intervenção desenvolvido.

Entretanto, na construção deste TCC, foi possível retomar e repercutir as reflexões originadas na época, buscando dados para análise e aportes teóricos para a sua fundamentação. Dessa forma, o processo investigativo aqui expresso dialoga com a trajetória universitária trilhada, atribuindo significado ao movimento teórico/prático que constitui a formação profissional.

Optou-se pelo desenvolvimento de uma pesquisa de campo nos registros do cotidiano de trabalho profissional do Serviço Social na UBS citada. A coleta de dados foi viabilizada por um projeto de pesquisa, com a orientadora Míriam Dias como responsável, cadastrado na Pró-Reitoria de Pesquisa (PROPESQ) da UFRGS e aprovado pelos Comitês de Ética do Instituto de Psicologia da mesma universidade (em

dezembro de 2014) e da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (em abril de 2015). O material foi complementado com a realização de entrevista sobre o tema com a assistente social em atividade na UBS.

Adotou-se a perspectiva crítica, considerando-se a historicidade da inserção sócio-profissional dos assistentes sociais nos diferentes contextos e, também, na conformação dos significados do caráter interventivo da profissão. Com o objetivo de delinear a dimensão técnico-operativa do Serviço Social na ABS, parte-se da perspectiva de que o acervo interventivo do assistente social não é neutro, elucidando-se que seu exercício profissional está permeado pelas determinações históricas da política de saúde, diretamente influenciadas pelas relações sociais de produção.

Após essa introdução, o presente estudo apresentará três capítulos. Um breve histórico do SUS inicia o capítulo 2, abrindo caminho para a contextualização das transformações sofridas pela ABS nas últimas décadas, com as legislações correspondentes. São apresentadas as redefinições dos serviços básicos, em uma organização cronológica, e o novo modelo assistencial em conformação no país.

No capítulo 3, é explicitada a relação entre o Projeto Ético-Político da profissão e o projeto da Reforma Sanitária, a partir da trajetória de Reconceituação do Serviço Social. Partindo da inserção dos assistentes sociais no setor saúde, aborda-se a dimensão técnico-operativa da competência profissional. O acúmulo da categoria sobre o tema está concentrado no documento Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde (CFESS, 2010), que é detalhado e contextualizado a partir das atribuições e competências identificadas no cotidiano da ABS.

Os dados coletados durante a pesquisa de campo, na UBS Centro de Saúde Modelo, são expostos e sistematizados no capítulo 4, que traz o delineamento do processo de trabalho do assistente social na UBS. Na sequência, demonstram-se as ações previstas para o Serviço Social nas Diretrizes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e realiza-se a sistematização dos dados a partir dos mesmos indicadores da pesquisa de campo. O desfecho do capítulo traz uma rápida comparação entre os dois modelos assistenciais e as ações profissionais a eles correspondentes.

As considerações finais retomam as questões expostas, propondo uma reflexão acerca da diversidade de modelos de ABS no país e as consequentes formas de inserção dos assistentes sociais nesses contextos. Sinaliza para a necessidade de se discutir o projeto de ABS que a categoria defende para subsidiar a participação no debate político da saúde e na luta pela ampliação de vagas no setor.

## **2 FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

### **2.1 BREVE HISTÓRICO DO SURGIMENTO DO SUS**

Os anos de 1980, no Brasil, foram marcados tanto por grande mobilização política, quanto por aprofundamento da crise econômica que se evidenciou com os governos militares, durante a ditadura. No que tange ao modelo de proteção social, a Constituição Federal de 1988 (CF/88) trouxe avanços no ordenamento legal dos direitos sociais. Inovou ao institucionalizar o conceito seguridade social para designar uma forma nova e ampliada de implementar e articular políticas já existentes no país desde o início do século XX.

Está expresso no artigo 194: “A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (BRASIL, 1988, Art. 194). Estabelecia-se, assim, a perspectiva de direitos sociais universais como parte da condição de cidadania.

A saúde foi uma das áreas em que os avanços constitucionais foram mais significativos, devido ao aspecto histórico de formação do movimento da Reforma Sanitária, protagonizado por diversos segmentos e forças políticas da sociedade civil organizada. Expandiu-se e ganhou força política durante a redemocratização do país, objetivando a construção de um projeto alternativo de reforma do sistema de saúde, tendo como base um Estado democrático de direito, responsável pelas políticas sociais e, conseqüentemente, pela saúde.

Ressalta-se como marco importante da construção desse movimento, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986. O evento caracterizou-se pela direção política das discussões, que expressavam o amadurecimento frente às demandas na área de saúde. Bravo (2011) refere que esta conferência contou com a participação de cerca de 4.500 pessoas, apesar da ausência completa dos setores empresariais da saúde. Seu não comparecimento ocorreu em protesto contra os princípios da conferência, fundamentada no conceito de saúde como direito do cidadão e dever do Estado.

Portanto, o movimento da Reforma Sanitária esteve articulado à intensa transformação da sociedade brasileira, principalmente nos anos 1980, quando o modelo

das relações Estado-sociedade foi duramente criticado, além de cobrada a enorme dívida social acumulada durante as décadas precedentes. A inscrição do direito à saúde como direito de cidadania, integrante da seguridade social, e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) são resultados desse processo.

Como conquista, a saúde foi formalizada como um dos direitos sociais. Também as competências do Estado acabaram firmadas legalmente, através de um detalhamento sobre as ações e serviços de saúde, que instituem o SUS. Ele foi criado a partir da CF/88 e regulamentado pela lei 8.080/1990, Lei Orgânica da Saúde, e pela lei 142/1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS. Tem como princípios básicos a universalidade, equidade, atenção integral à saúde, participação social, descentralização e comando único em cada esfera de governo.

O contexto político na época da criação do SUS era de luta, onde as classes trabalhadoras conseguiram significativas vitórias de cunho político e social. No final da década de 1980, foram muitas as conquistas no campo de ação política, o que não ocorreu no contexto econômico. Sustentado na defesa da privatização em diversos setores, houve uma intensa crítica às conquistas sociais na CF/88. Surgiram, assim, medidas para estimular a saúde privada, que possuíssem ações mínimas por parte do Estado, fazendo com que o SUS assumisse uma identidade incorreta, restrita aos pobres.

Desde a aprovação da Reforma Sanitária, a implementação do SUS vem sofrendo tentativas de sucateamento e privatização. Entre outras situações, pela submissão da política social em geral, e de saúde em particular, aos ajustes macroeconômicos característicos do período neoliberal vivenciado na atualidade.

## 2.2 REDEFINIÇÃO DOS SERVIÇOS BÁSICOS E O NOVO MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE

A década de 1990 foi palco de mudanças significativas no desenho organizacional da política de saúde brasileira. O tensionamento entre o avanço da contrarreforma e a preservação do SUS e suas diretrizes fez o Ministério da Saúde adotar mecanismos indutores da descentralização da gestão, tendo como eixo central o aprofundamento do processo em direção aos municípios. Isso viabilizou, de forma inédita, a transferência da responsabilidade da atenção – no âmbito da gestão e provisão dos serviços – para os governos municipais, fortalecendo e expandindo o primeiro nível de atenção, segundo as necessidades da população em cada território.

Assim, a ABS passou a receber destaque na estratégia governamental para a reestruturação do modelo assistencial do SUS. Impulsionada por esse processo de descentralização e apoiada pela criação de novos programas – como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF)–, a ABS passa a utilizar outros formatos de repasses financeiros federais e assume objetivos mais amplos. Pretende oferecer acesso universal e serviços abrangentes, coordenar e expandir a cobertura para níveis mais complexos de cuidado, além de implementar ações intersetoriais de promoção à saúde e prevenção de doenças.

Areorganização dos serviços de saúde, sustentada pela efetivação dos novos programas, abriu caminho para a posterior formulação da Política Nacional de Atenção Básica de Saúde (PNAB), nos anos 2000. O início do processo de reordenamento está na implantação do PACS, pela Fundação Nacional de Saúde (FNS), em 1991. Ocorreu em caráter emergencial, para combater a epidemia do Cólera nas regiões Norte e Nordeste. Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) eram recrutados por processos seletivos locais e se subordinavam às unidades básicas, supervisionados por enfermeiros. A meta era dar suporte onde não houvesse condições de interiorização da assistência médica.

Segundo Giovanella e Mendonça (2012), a institucionalização dos ACS no âmbito da política nacional precisou superar duas questões principais. O entendimento de que suas ações não são alheias aos serviços de saúde, mesmo que sejam executadas fora das unidades; e a ruptura do preconceito quanto à realização da atenção à saúde por pessoal da comunidade, sem formação profissional específica, desde que habilitado por seleção pública e com posterior capacitação em processo de educação permanente. O reconhecimento legal da condição de trabalhador de saúde para os ACS veio com as leis federais 10.570/2002 e 11.350/2006.

Por esses antecedentes, o Ministério da Saúde fortaleceu as ações de caráter preventivo, formulando um plano principal de estruturação dos sistemas locais de saúde: o Programa Saúde da Família (PSF), materializado pela Portaria nº 692, de dezembro de 1993. Em sua primeira fase, estava voltado para a qualidade de vida dos grupos excluídos, dando prioridade aos usuários mais expostos aos riscos de adoecer e morrer, permitindo-lhes o acesso aos serviços de saúde locais, mas sem capacidade de garantir a continuidade da atenção.

Sua ênfase inovadora estava na reorganização das unidades de saúde para que se concentrassem nas famílias e comunidades de maior vulnerabilidade social, e na

criação de equipes mínimas de saúde nos municípios, contribuindo para a prioridade de interiorização e municipalização do SUS. As práticas de trabalho foram reorganizadas na medida que se iniciou a integração da assistência médica à promoção de saúde e às ações preventivas. Além disso, a articulação entre os serviços de saúde e as comunidades cooperou para a participação popular, construindo um marco de referência para o exercício do controle social como direito de cidadania.

O PSF foi impulsionado pela Norma Operacional Básica do SUS de 1996 (NOB SUS 01/96) que, entre outras providências, estabeleceu um novo modelo de transferência de recursos financeiros federais para os estados e municípios. Trata-se do Piso da Atenção Básica, que pode ser fixo (*per capita* por habitante) ou variável (correspondente à adesão aos programas de saúde), contribuindo para o fortalecimento da capacidade gestora do Estado em nível local.

A existência prévia do PACS facilitou a estruturação do PSF. Giovanella e Mendonça (2012) citam alguns aspectos importantes, como o diagnóstico da saúde da comunidade, planejamento e programação local, complementaridade entre ações de saúde pública e atenção médica individual, estímulo à intersetorialidade e acompanhamento e avaliação. Todavia, o PSF inicialmente foi implantado como programa focalizado em populações muito pobres, com baixa articulação com o restante da rede assistencial e cesta restrita de serviços. A transição para o status de Estratégia é que atribuiu uma característica mais abrangente para a Saúde da Família.

Passou-se a utilizar, então, o termo Estratégia de Saúde da Família (ESF), por não se restringir mais ao corpo de um programa e, sim, objetivando ser uma estratégia de inserção, atuação e transformação do modelo assistencial da ABS. Com a mudança de foco, a família se tornou o objeto da atenção, no ambiente em que vive, facultando uma compreensão ampliada e abrangente do processo saúde/doença.

O programa/estratégia prevê a equipe multiprofissional, chamada Equipe de Saúde da Família (EqSF), composta por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro a seis ACS. Desde 2004, também passou a abranger equipes de saúde bucal. O trabalho preconiza definição de território de abrangência, adscrição de clientela, cadastramento e acompanhamento da população residente na área. Para isso, os serviços e as atividades de promoção à saúde ocorrem nas unidades, nas casas dos pacientes e nos territórios das comunidades.

Apesar das mudanças instaladas, a Saúde da Família só é reconhecida oficialmente como modelo substitutivo e de reorganização da ABS a partir de 2006,



quando o Ministério da Saúde edita a PNAB, pela portaria ministerial nº 648/GM, de 28 de março. A PNAB coloca a ABS como porta de entrada preferencial do SUS e ponto de partida para a estruturação local dos sistemas de saúde. Com isso, revê as funções das UBSs – que constituem o modelo de atenção predominante –, considerando UBSs com ou sem EqSF.

A política propõe a uniformização do processo de trabalho da equipe multiprofissional – a mesma equipe restrita, constituída de médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e ACS – e legitima a educação permanente dos profissionais da ABS. Detalha modalidades de implantação e incentivos financeiros para as EqSF, saúde bucal e o PACS. Na PNAB, está apresentada a seguinte definição de ABS:

Caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. (BRASIL, 2006, p. 10)

A responsabilização pela saúde de toda a população de determinado território, no entanto, se mostrou inviável com as ações estratégicas definidas pela PNAB para a operacionalização da ABS. A fim de ampliar a resolutividade das EqSF, o Ministério da Saúde passou a incentivar financeiramente, desde 2008, a criação de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), com base na Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro daquele ano. A meta principal foi apoiar a inserção da ESF na rede de serviços, além de ampliar a abrangência e o escopo das ações de ABS, reforçando os processos de territorialização e regionalização em saúde.

De acordo com as diretrizes do NASF publicadas pelo Ministério da Saúde (2009), o NASF deve ser constituído por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, para atuarem no apoio e em parceria com os profissionais das EqSF, com foco nas práticas em saúde nos territórios. Logo, não se constitui como serviço com unidades físicas independentes ou especiais, nem de livre acesso para atendimento individual ou coletivo.

Há duas modalidades de NASF. O NASF 1, deve ser vinculado a no mínimo oito e no máximo vinte EqSF, e ser formado por no mínimo cinco profissionais de nível superior. A soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe deve acumular, no mínimo, 200 horas semanais. E o NASF 2, que deve ser vinculado a no mínimo três

EqSF e formada por no mínimo três profissionais de nível superior. A soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe deve acumular, no mínimo, 120 horas semanais. Em ambos os casos, nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que 20 horas ou maior que 40 horas.

Poderão compor os NASF 1 e 2 as seguintes ocupações do Código Brasileiro de Ocupações (CBO): médico acupunturista; assistente social; profissional/professor de educação física; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; médico ginecologista/obstetra; médico homeopata; nutricionista; médico pediatra; psicólogo; médico psiquiatra; terapeuta ocupacional; médico geriatra; médico internista (clínica médica); médico do trabalho; médico veterinário; profissional com formação em arte e educação (arte educador); e profissional de saúde sanitaria, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas.

Dois anos depois, em 2010, é emitida a Portaria 4.279, de 30 de dezembro, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS). O objetivo é que os serviços de primeiro nível, para cumprir seus atributos, estejam integrados a uma rede assistencial. A integração da rede de serviços aprofunda a regionalização e organização do SUS em rede, contribuindo para a superação da fragmentação dos serviços de saúde e qualificando sua gestão. A RAS é designada, então, como

[...] arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. O objetivo da RAS é promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica. (BRASIL, 2011, p. 4)

Na RAS, o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde deve ser ordenado pela ABS, que deve satisfazer a maior parte das necessidades de saúde da população por meio de equipe multidisciplinar. O acesso aos serviços especializados e hospitalares, desse modo, fica condicionado à referência/encaminhamento formal, pela ABS, conforme necessidade. Nesse contexto, a responsabilidade de organização dos fluxos de acesso aos serviços cabe aos governos municipais. Resumidamente, a RAS integra e articula os serviços básicos, especializados e hospitalares, tendo a ABS como porta de entrada preferencial.

Tanto o NASF quanto a RAS aparecem na política nacional posteriormente, através da Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Ela aprova a PNAB estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da ABS, para a ESF e para o PACS. Dessa forma, a PNAB de 2011 incorpora a realidade sanitária que já existia e amplia o escopo da ABS com a inclusão do NASF e a organização em rede, evidenciando a Saúde da Família como estratégia prioritária. Ainda esclarece que, legalmente, os termos Atenção Básica e Atenção Primária de Saúde passam a ser considerados equivalentes, representando os mesmos objetivos e modelo de atenção.

A Figura 01 ilustra a trajetória de constituição da ABS no Brasil, a partir dos anos 1990, através de uma linha do tempo com suas etapas e respectivas legislações. Inicia-se com a criação do PACS, em 1991, e segue até a última versão da PNAB, datada de 2011.

**Figura 1 – Linha do tempo de constituição da Atenção Básica de Saúde no Brasil, a partir da década de 1990.**



Fonte: Autora, 2015.

A observação da linha do tempo de constituição da ABS no Brasil evidencia que, desde o surgimento do PACS, passaram-se 24 anos de intensas transformações nos serviços de primeiro nível do SUS. Todavia, ainda há um longo caminho a ser trilhado até a hegemonia de um novo modelo assistencial. É possível ilustrar essa afirmação com a existência simultânea de UBSs – com ou sem EqSF – e USFs – com ou sem NASF para o apoio matricial – por todo o país. Tal diversidade de modelos é resultado das diferentes experiências de ABS nos municípios.

Pondera-se que a realidade brasileira conforma um cenário heterogêneo, com profundas desigualdades sociais, econômicas e regionais. Portanto, para a análise da PNAB, a diversidade de contextos nos quais ela vem sendo implementada deve ser considerada, pois interfere em sua formatação e operacionalização.

### **3 INSERÇÃO SÓCIO-PROFISSIONAL DOS ASSISTENTES SOCIAIS NO SETOR SAÚDE**

#### **3.1 RELAÇÃO ENTRE O PROJETO ÉTICO-POLÍTICO PROFISSIONAL E A REFORMA SANITÁRIA**

O entendimento do que o Serviço Social é hoje remonta a transição entre os anos 1980 e 1990, quando se consolidou seu processo de renovação, articulado às questões colocadas pela realidade da época. Tratou-se de um movimento de revisão interna, chamado de Movimento de Reconceituação, que amadureceu a tendência atualmente hegemônica na academia e nas entidades representativas da categoria: a intenção de ruptura. Com isso, estabeleceu-se a interlocução real com a tradição marxista.

Essa referência tornou predominante no Serviço Social brasileiro a concepção da profissão como componente de organização da sociedade, incorporada à dinâmica das relações sociais e de seu processo de reprodução. Segundo Yamamoto (2007), trilhar a análise da profissão ao seu efetivo exercício supõe articular projeto de profissão e trabalho assalariado. Ou, ainda, o exercício da profissão nas condições sociais concretas de sua realização mediada pelo estatuto assalariado e por projeções coletivas profissionais integradas ao horizonte coletivo das classes trabalhadoras na luta pela conquista e ampliação de direitos como estratégia anticapitalista.

A efetivação de tais princípios remete à luta pela construção de uma nova ordem societária e, ao impregnarem o exercício cotidiano, indicam um novo modo de operar o trabalho profissional. Além disso, estabelecem balizas para a sua condução nas condições e relações de trabalho em que é exercido e nas expressões coletivas da categoria profissional na sociedade.

A tradição marxista, a partir dos anos 1980 e adentrando os 1990, consolida o pensamento e a ação da categoria, possibilitando avanços em diferentes âmbitos. No acadêmico – com a regulamentação do ensino para a formação dos novos profissionais, definição de Diretrizes Curriculares e o incentivo à pesquisa e produção de conhecimento –; na articulação com categorias que compartilham projetos com componentes semelhantes e, também, com os movimentos sociais; nas melhorias das condições de trabalho – debates sobre remuneração e criação de entidades organizacionais da categoria; e na regulamentação legal da profissão.

O Serviço Social também fez avanços em sua dimensão ética. Constituiu democraticamente a sua normatização, expressa no Código de Ética Profissional (CEP), instituído em 1986 e com revisão concluída em 1993 – quando se incorpora à acumulação teórica do corpo profissional desenvolvida até aquele ano. O CEP estabelece direitos e deveres do assistente social, segundo princípios e valores humanistas (BARROCO, 2005).

Destacam-se entre os princípios norteadores das condutas éticas: a liberdade como valor ético central, o que requer o reconhecimento da autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais e de seus direitos; a defesa intransigente dos direitos humanos contra todo tipo de arbítrio e autoritarismo; a defesa, aprofundamento e consolidação da cidadania e da democracia, da socialização da participação política e da riqueza produzida; o posicionamento a favor da equidade e da justiça social, o que implica universalidade no acesso a bens e serviços e a gestão democrática; o empenho na eliminação de todas as formas de preconceito e a garantia do pluralismo; e o compromisso com a qualidade dos serviços prestados na articulação com outros profissionais.

O debate da ética no Serviço Social foi fator decisivo para a construção do Projeto Ético-Político Profissional (PEP), que se configura em sua estrutura básica nesse período. O caráter aberto do PEP faz dele um processo em contínuo desdobramento. Eixos fundamentais são mantidos, mas há flexibilidade para a assimilação de novas problemáticas e desafios. Em seu núcleo, o projeto traz o reconhecimento da liberdade como fator central. Está vinculado a um projeto societário que propõe a construção de uma nova ordem social, sem exploração e dominação de classe, gênero ou etnia, e de defesa intransigente dos direitos humanos, contemplando o pluralismo na sociedade e no exercício profissional.

A dimensão política do PEP está direcionada a favor da equidade e da justiça social, na perspectiva da universalização do acesso a bens e a serviços relativos às políticas e programas sociais; a ampliação e a consolidação da cidadania por meio da garantia dos direitos civis, políticos e sociais das classes trabalhadoras. Do ponto de vista profissional, ressalta o compromisso com a competência, baseado no aperfeiçoamento intelectual. Nesse quesito, ainda assinala a necessidade de articulação com outras categorias profissionais que compartilham de propostas similares para potencializar o desempenho ético-político.

Ampliando o arcabouço legal que respalda a atuação dos assistentes sociais, em 1993 é aprovada a Lei de Regulamentação da profissão. Ela reforça a legitimação e a clareza do exercício profissional e apresenta uma possibilidade de atuação mais coerente com os componentes do PEP.

A profissão tem revelado, desde a sua institucionalização no Brasil, um processo contínuo de mudanças e de tomada de posição na sociedade. Esse histórico demonstra a organização da categoria e seu empenho para preservar e aprofundar o projeto desenvolvido nas últimas décadas, atualizando os valores que o tornam solidário ao projeto de sociedade que interessa a maior parte da população.

No entanto, mesmo crescendo na busca de uma fundamentação e consolidação teórica nos anos 1980, o Serviço Social não conseguiu apresentar mudanças significativas no cotidiano dos serviços naquele período. Segundo Bravo e Matos (2006), os profissionais adeptos da vertente intenção de ruptura se inseriram, na sua maioria, nas universidades, apresentando poucas mudanças na intervenção profissional. Esse fato refletiu na atuação do Serviço Social na área da saúde e nas dificuldades de articulação do PEP com o projeto da Reforma Sanitária.

Apesar de algumas mudanças de posição – registradas nos trabalhos apresentados nos Congressos Brasileiros de Assistentes Sociais e em Congressos Brasileiros de Saúde Coletiva – o Serviço Social chegou aos anos 1990 enquanto categoria desarticulada do Movimento da Reforma Sanitária. É preciso pontuar que essa década ficou marcada pelo êxito ideológico do projeto neoliberal no país, cujo projeto político e econômico confronta-se com o projeto profissional hegemônico construído pelo Serviço Social.

No campo da saúde, os efeitos da política neoliberal ganharam força na segunda metade dos anos 1990, com o fortalecimento da saúde privatista, através da qual a cobertura dos serviços ocorre, em grande parte, via mercado. Nessa perspectiva, o Estado garante o mínimo àqueles que não podem pagar e o setor privado realiza o atendimento dos cidadãos com capacidade de consumo. Esses fatores tornaram evidentes os dois projetos políticos em disputa na área da saúde, o projeto privatista e o projeto da Reforma Sanitária, que apresentaram diferentes requisições ao Serviço Social (BRAVO, 1998).

Pela especificidade de um projeto de Reforma Sanitária que vem sendo flexibilizado em função das políticas neoliberais – admitindo formas de privatização –, também vem sendo naturalizada a diferença de classe entre os usuários e não

considerada a historicidade. Esse quadro reforça a descaracterização do projeto da Reforma Sanitária e dificulta a materialização do PEP. Contudo, a visão totalizante do Serviço Social, na contramão deste processo, pode contribuir para o enfrentamento das expressões da questão social no campo da saúde.

### 3.2 DIMENSÃO TÉCNICO-OPERATIVA DO SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE

Durante e após o movimento de Reconceituação, a profissão adquiriu uma concepção crítica de ruptura com o Serviço Social conservador, pautada na tradição marxista sobre o movimento da realidade. Este movimento constituiu um ciclo de indagações sobre o objeto, os objetivos, os métodos e os procedimentos de intervenção do Serviço Social.

Foram muitos os autores que se debruçaram sobre as correntes teóricas e metodológicas, outros se dedicaram ao estudo da nova direção ética e política. Contudo, a instrumentalidade e a dimensão técnico-operativa da profissão foram secundarizadas nos debates e produções acadêmicas desse período, adquirindo visibilidade posteriormente, a partir dos anos 1990, conforme será descrito nos parágrafos a seguir.

Isto posto, enfatiza-se que o exercício profissional do assistente social é constituído por uma totalidade que agrega três dimensões: a técnico-operativa, a teórico-metodológica e a ético-política. O entendimento de que esses três elementos compõem a competência profissional é recente, constando no projeto de formação profissional de 1996 e ganhando centralidade nas Diretrizes Curriculares. É considerada uma proposta inovadora por destacar aspectos como a centralidade da dimensão interventiva e da dimensão investigativa, o caráter estruturador da dimensão ética para todo o processo de formação e a concepção de unidade entre as dimensões. Cada uma com suas peculiaridades, mas mantendo uma relação de interdependência.

Portanto, analisar os instrumentos e procedimentos interventivos do Serviço Social implica discutir o trabalho profissional como resultado dessa totalidade. A articulação das três dimensões evidencia a impossibilidade de uma atividade profissional neutra e meramente técnica.

Os instrumentos e procedimentos interventivos têm papel importante na forma de organização do trabalho do Serviço Social, e devem ser analisados a partir de leituras da realidade. Para romper com o instituído e ir além das demandas institucionais, é

preciso que o acervo interventivo seja acionado a partir do contexto no qual se realiza o exercício profissional. Assim, a resposta profissional se efetiva enquanto ação crítica e competente somente quando o assistente social compreende o conjunto de mediações necessárias para essa finalidade. Quesitos como o espaço onde o exercício profissional se realiza, a forma como as demandas chegam ao serviço, as necessidades apresentadas pelos usuários e a operacionalização da política de saúde na instituição, por exemplo, devem ser ponderados. Nessa direção, Trindade (2012) contextualiza a intervenção profissional no âmbito das relações sociais:

Ainda que alguns instrumentos e técnicas constituam o acervo interventivo do Serviço Social desde o surgimento da profissão, eles são acionados como parte das ações que constituem um processo de intervenção nas relações sociais. Assim, o instrumental coloca-se como um conjunto articulado historicamente, pois faz parte do atendimento de demandas sociais relacionadas a necessidades reais, permeadas pelas relações sociais. (TRINDADE, 2012, p. 98)

Guerra (2000) elucida que a utilidade social de uma profissão advém das necessidades sociais e as contextualiza em uma ordem social constituída por duas classes fundamentais, capitalistas e trabalhadores, com necessidades sociais antagônicas, vinculadas ao capital e/ou ao trabalho. As respostas a essas necessidades sociais se transformam, através de mediações, em demandas para a profissão e, por consequência, em espaçossócio ocupacionais.

No caso do Serviço Social, os espaços sócios ocupacionais se consolidam quando o Estado passa a interferir sistematicamente nas refrações da questão social, por meio das políticas sociais. Estas, consideradas um fenômeno associado à constituição da sociedade burguesa e do específico modo capitalista de produzir e reproduzir-se, que toma corpo durante o processo de reconhecimento da questão social como inerente às relações sociais nesse modo de produção (BEHRING; BOSCHETTI, 2010).

Logo, a inserção dos assistentes sociais na política de saúde é mediada pelo reconhecimento social da profissão e por um conjunto de necessidades que se definem e redefinem a partir das condições históricas sob as quais a saúde pública se desenvolveu no Brasil. A implementação do SUS, a partir das reivindicações do movimento da Reforma Sanitária, exigiu novas formas de organização do trabalho profissional, considerando, por exemplo, a universalização do acesso aos serviços de saúde; a definição dos diferentes níveis de atenção; e a descentralização da gestão do SUS.



Em contrapartida, também as contradições criadas pela contrarreforma na saúde, a partir dos anos 1990, requereram novas modalidades operativas no cotidiano profissional. Isso porque, com o avanço do projeto neoliberal, a redução dos gastos públicos foi estimulada em favor da assistência à saúde via mercado, provocando o sucateamento do SUS e das condições de trabalho dentro de sua estrutura. Tal cenário dificulta a materialização dos referenciais políticos do Serviço Social, alinhados ao projeto da Reforma Sanitária.

Problematiza-se, então, o significado sócio histórico da instrumentalidade no processo de constituição da profissão e nos espaços nos quais ela vem sendo inserida ao longo do tempo. Ou seja, os procedimentos e instrumentos interventivos também acompanham os movimentos da base sócio organizacional do Serviço Social, já que as requisições colocadas à profissão estão permeadas pelas determinações históricas das políticas sociais, marcadas pelas relações de produção, demandando que o trabalho profissional assuma perfis particulares em diferentes conjunturas. Infere-se, portanto, que a intervenção profissional pode ser direcionada aos interesses de uma classe e de seu respectivo projeto societário:

A funcionalidade do Serviço Social à ordem burguesa, como uma das direções da intervenção, está em eliminar os conflitos, modificar comportamentos, controlar as contradições, abrandar as desigualdades, administrar recursos e/ou benefícios sociais, incentivar a participação do usuário nos projetos governamentais ou no alcance das metas empresariais. Neste caso, a profissão tem nos interesses da burguesia uma de suas bases de legitimidade. (GUERRA, 2000, p. 56)

Segundo Miotto e Nogueira (2009), a importância desse debate no Brasil, nos anos 1990, está expressa no processo de reflexão coordenado pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), motivado pelos problemas enfrentados por suas Comissões de Fiscalização (COFIs) para identificação das competências profissionais e distinção das atribuições privativas do assistente social. Também a Associação Brasileira de Ensino em Serviço Social (ABESS) – hoje denominada Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS) – promoveu, nesse período, Oficinas Nacionais de Formação Profissional visando à implementação das novas Diretrizes Curriculares, cujo eixo central reside no trabalho profissional.

Na perspectiva do PEP, a atividade dos assistentes sociais no campo da saúde está orientada pela lógica do direito e da cidadania, baseado na organização em torno das necessidades em saúde para além da atenção médica. Abarca fatores de ordem

política, econômica e social que condicionam o acesso aos bens e serviços necessários para se garantir saúde, contribuindo para a construção da integralidade e da participação social em saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS.

Ressalta-se que a inserção do Serviço Social na saúde deve estar relacionada à concepção ampliada de saúde. Visualiza-se como horizonte não apenas o fim das iniquidades em saúde, mas a compreensão da determinação social do processo saúde-doença e o caráter inter setorial das políticas sociais, conforme reflexão de Buss (1996):

Saúde não é nem conquista, nem responsabilidade exclusiva do setor saúde; resulta de um conjunto de fatores sociais, econômicos, políticos, culturais que se combinam, de forma particular, em cada sociedade e em conjunturas específicas, redundando em sociedades mais ou menos saudáveis. (Buss, 1996 apud Vasconcelos, 2009, p. 74)

A sistematização das ações profissionais no SUS é proposta por Miotto e Nogueira (2009) para viabilizar um aprofundamento da discussão sobre o fazer do assistente social, assim como de suas referências teóricas, no contexto de um processo de planejamento que formaliza as decisões a esse respeito. As autoras sugerem três processos básicos, dialeticamente articulados, para a organização das ações profissionais: processos político-organizativos; processos de planejamento e gestão; e processos sócio-assistenciais.

Os processos político-organizativos correspondem às ações de mobilização e assessoria envolvendo o espaço sócio ocupacional, a comunidade e outras instituições, especialmente as de Controle Social institucionalizadas, a exemplo dos Conselhos de Direitos. Os processos de planejamento e gestão agrupam as ações desenvolvidas no nível de gestão do SUS, de instituições e serviços de saúde, programas sociais e empresas, e na sistematização das ações profissionais. São relevantes nesse eixo, as ações direcionadas à consolidação de uma base de informações alimentada pela documentação do processo interventivo do assistente social (diários de campo, estudos, relatórios). Já os processos sócioassistenciais dão conta do exercício profissional no âmbito do contato direto com os usuários nos diferentes níveis de complexidade dos serviços de saúde. As autoras incluem nesse eixo também as ações que categorizam como sócioemergenciais (necessidades básicas de urgência dos usuários, como auxílio-funerário) e sócio-terapêuticas (comumente relacionadas à área da saúde mental).

Esses processos, de forma articulada, refletem os diferentes níveis de atenção em saúde e a atividade profissional desenvolvida em cada um deles. Essa visão ampla é capaz de sinalizar a presença do Serviço Social em todos os níveis de atenção e de

gestão e, por isso, nas últimas décadas, a categoria entendeu necessário sistematizar o conjunto de atribuições e competências para pensar as implicações ético-políticas do trabalho realizado.

Como resultado, desde o ano de 2010, a intervenção dos assistentes sociais na saúde está referenciada pelo documento Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde (CFESS, 2010), elaborado pelo Grupo de Trabalho Serviço Social na Saúde, instituído pelo CFESS. O documento fortalece o trabalho na direção do Projeto Ético-Político Profissional e da Reforma Sanitária, através de orientações gerais sobre as respostas profissionais do Serviço Social às demandas identificadas no cotidiano do trabalho na saúde; além de expressar a totalidade das ações desenvolvidas nos programas de saúde, na ABS e na média e alta complexidade.

O documento está organizado em quatro eixos de ação, que refinam e aprofundam os processos apresentados por Miotto e Nogueira (2009) em anos anteriores. Estão organizados da seguinte forma: *Atendimento direto aos usuários* (dividido em três subitens); *Mobilização, participação e controle social*; *Investigação, planejamento e gestão*; e *Assessoria, qualificação e formação profissional*. Esses quatro eixos de ação serão detalhados a seguir e darão base para a sistematização dos dados coletados na UBS Centro de Saúde Modelo, que será apresentada no próximo capítulo.

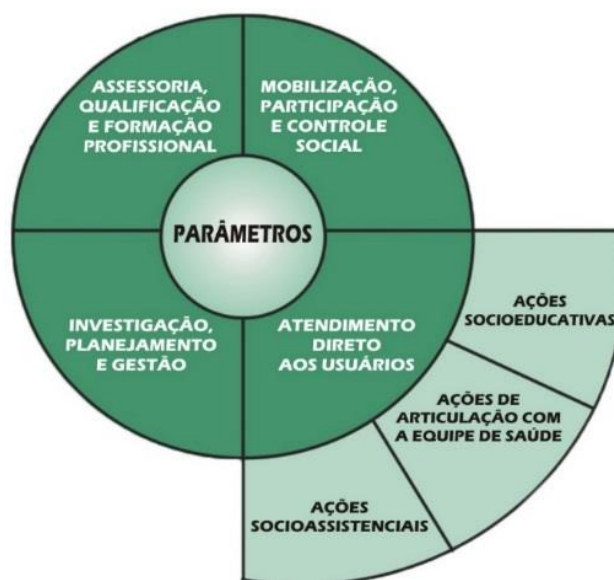
### 3.3 PARÂMETROS DO CFESS PARA A ATUAÇÃO NO SETOR SAÚDE

O documento Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde (CFESS, 2010) traz uma caracterização das atribuições e competências gerais do assistente social no setor saúde, sempre ressaltando sua articulação com os direitos e deveres constantes no Código de Ética Profissional e na Lei de Regulamentação da Profissão. Reforça, ainda, a questão social como objeto de intervenção profissional, conforme estabelecido nas Diretrizes Curriculares da ABEPSS, e a necessidade de uma atuação profissional sustentada pela compreensão do contexto sócio histórico no qual se situa a intervenção.

O documento está organizado em quatro grandes eixos de ação: *Atendimento direto aos usuários* (subdividido em ações socioassistenciais, ações de articulação com a equipe de saúde e ações socioeducativas); *Mobilização, participação e controle social*; *Investigação, planejamento e gestão*; e *Assessoria, qualificação e formação*

*profissional*. Destaca-se que os eixos de ação citados não são fragmentados e, sim, articulados dentro de uma concepção de totalidade. A organização dos eixos de ação pode ser conferida na Figura 02.

**Figura 2 - Eixos de ação estruturantes do documento Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde.**



Fonte: autora, 2015.

Estão explicitadas no documento, dessa forma, as principais ações desenvolvidas pelo assistente social nos diversos espaços de atuação profissional na saúde – desde a ABS até os serviços de média e alta complexidade – e nas diferentes instâncias aos quais estão vinculados – seja federal, estadual ou municipal. Para o presente estudo, serão consideradas as ações pertinentes à ABS, conforme seleção abaixo apresentada.

- ***Atendimento direto aos usuários***

O eixo *Atendimento direto aos usuários* se subdivide em três. Nele estão contidas as ações socioassistenciais, as ações de articulação interdisciplinar e as ações socioeducativas. Elas integram o processo coletivo do trabalho em saúde, sendo complementares e indissociáveis entre si e na relação com os demais eixos de ação. O documento destaca as ações desse item como as demandas profissionais mais frequentes ao Serviço Social, presentes nos diferentes espaços de atuação profissional no setor saúde, em todos os seus níveis de complexidade.

### **Ações socioassistenciais**

Nas ações socioassistenciais estão mais fortemente explicitadas as contradições geradas pela contrarreforma na saúde, que dificultam a efetivação do SUS constitucional e acarretam novas demandas. Nesse sentido, estão citadas no documento algumas questões operativas, como a demora no atendimento, precariedade dos recursos, burocratização, ênfase na assistência médica curativa, problemas com a quantidade e qualidade dos atendimentos – ou mesmo o não atendimento dos usuários.

Outras demandas, nessa categoria, são ocasionadas pelas condições de vida dos usuários, que expressam os desdobramentos da questão social. O documento exemplifica: desemprego e subemprego, ausência de moradia, violência urbana e doméstica, acidentes de trabalho, entre outros. Considerando esses aspectos, as principais ações a serem desenvolvidas pelo assistente social são:

#### **Quadro 1 – Seleção das Ações socioassistenciais relacionadas à ABS.**

- democratizar as informações por meio de orientações e/ou encaminhamentos quanto aos direitos sociais da população usuária;
- conhecer e mobilizar a rede de serviços, tendo por objetivo viabilizar os direitos sociais por meio de visitas institucionais;
- organizar, normatizar e sistematizar o cotidiano do trabalho profissional por meio da criação e implementação de protocolos e rotinas de ação;
- formular estratégias de intervenção profissional e subsidiar a equipe de saúde quanto as informações sociais dos usuários por meio do registro no prontuário único, resguardadas as informações sigilosas que devem ser registradas em material de uso exclusivo do Serviço Social;
- elaborar estudos socioeconômicos dos usuários e suas famílias, com vistas a subsidiar na construção de laudos e pareceres sociais a perspectiva de garantia de direitos e de acesso aos serviços sociais e de saúde;
- emitir manifestação técnica em matéria de serviço social, em pareceres individuais ou conjuntos, observando o disposto na Resolução CFESS nº 557/2009.

Fonte: CFESS, 2010, p. 44-45.

### **Ações de articulação com a equipe de saúde**

A interdisciplinaridade vem se consolidando como perspectiva de trabalho no setor saúde. O assistente social que atua em equipe, nesse contexto, deve especificar e divulgar suas atribuições e competências, de acordo com o arcabouço legal que respalda a profissão – Código de Ética profissional e Lei de Regulamentação da Profissão, além das Diretrizes Curriculares da ABEPSS.

Os parâmetros evidenciam que, historicamente, a falta de conhecimento acerca das atribuições e competências do assistente social por parte das equipes e/ou empregadores tem criado demandas técnico-administrativas não condizentes com a formação profissional em Serviço Social. O documento assinala algumas ações administrativas requisitadas à categoria: marcação de consultas e exames, pesagem e medição de crianças e gestantes, emissão de declaração de comparecimento à unidade quando o atendimento for realizado por quaisquer outros profissionais que não o assistente social, entre outras.

O assistente social tem um olhar diferenciado para a interpretação das condições de saúde dos usuários, voltado ao conceito de saúde ampliada. É capaz de considerar a diversidade como mediação necessária para o entendimento da individualidade humana, nas relações de gênero, étnico-racial, de orientação sexual e identidade de gênero. O assistente social também pode contribuir para o desafio da humanização, por meio de uma nova cultura de atendimento, pautada na centralidade dos sujeitos na construção coletiva do SUS. Dessa forma, são ações de articulação com a equipe de saúde:

#### **Quadro 2 - Seleção das Ações de articulação com a equipe de saúde relacionadas à ABS.**

- elaborar junto com a equipe propostas de trabalho que delimitem as ações dos diversos profissionais por meio da realização de seminários, debates, grupos de estudos e encontros;
- participar, em conjunto com a equipe de saúde, de ações socioeducativas nos diversos programas e clínicas;
- avaliar as questões sócio familiares que envolvem o usuário e/ou sua família, buscando favorecer a participação de ambos no tratamento de saúde proposto pela equipe;

- participar do projeto de humanização da unidade na sua concepção ampliada;
- realizar a notificação, junto com a equipe multiprofissional, frente a uma situação constatada e/ou suspeita de violência.

Fonte: CFESS, 2010, p.53-54

### **Ações Socioeducativas**

Essa categoria é enfatizada nos Parâmetros como eixo central da atuação do profissional de Serviço Social, recebendo também a denominação de educação em saúde. O documento aponta seus enfoques mais relevantes: informação e debate sobre rotinas e funcionamento das unidades tendo por objetivo a sua democratização e as necessárias modificações; análise dos determinantes sociais das situações apresentadas pelos usuários; democratização dos estudos realizados pela equipe (com relação à rede de serviços, perfil epidemiológico, socioeconômico e cultural dos usuários); análise da política de saúde e dos mecanismos de participação popular.

As ações socioeducativas se efetivam com a intencionalidade de sua dimensão libertadora. Pretendem a construção de uma cultura de participação dos usuários, no conhecimento crítico de sua realidade e nas estratégias coletivas para essa finalidade, em contraponto à perspectiva de subalternização e controle dos mesmos. Para isso, salienta-se as seguintes atividades:

#### **Quadro 3 – Seleção das Ações socioeducativas relacionadas à ABS.**

- sensibilizar os usuários acerca dos direitos sociais, princípios e diretrizes do SUS, rotinas institucionais, promoção da saúde e prevenção de doenças por meio de grupos socioeducativos;
- democratizar as informações da rede de atendimento e direitos sociais por meio de ações de mobilização na comunidade;
- realizar atividades socioeducativas nas campanhas preventivas;
- socializar informações e potencializar as ações socioeducativas desenvolvendo atividades nas salas de espera;
- realizar atividades em grupos com os usuários e suas famílias, abordando temas de seu interesse.

Fonte: CFESS, 2010, p.56.

#### **• Mobilização, participação e controle social**

Concentram-se nesse eixo de ação as atividades profissionais que objetivam a organização dos usuários enquanto sujeitos políticos, para que sejam capazes de inscrever suas reivindicações na agenda pública de saúde, abarcando familiares, trabalhadores de saúde e movimentos sociais. São desenvolvidas especialmente em espaços democráticos de controle social como conselhos, conferências e fóruns de saúde e de outras políticas.

**Quadro 4 – Seleção das Ações Mobilização, participação e controle social relacionadas à ABS.**

- mobilizar e capacitar usuários para a construção e participação em conselhos, conferências e fóruns de saúde e de outras políticas públicas;
- articular permanentemente com as entidades das diversas categorias profissionais a fim de fortalecer a participação social dos trabalhadores de saúde nas unidades e demais espaços coletivos;
- participar dos conselhos de saúde (locais, distritais, municipais, estaduais e nacional), contribuindo para a democratização da saúde enquanto política pública e para o acesso universal aos serviços de saúde;
- participar na organização, coordenação e realização de pré-conferências e/ou conferências de saúde (local, distrital, municipal, estadual e nacional)

Fonte: CFESS, 2010, p. 59-60.

**• *Investigação, planejamento e gestão***

Eixo que considera a inserção dos assistentes sociais nos espaços de gestão, planejamento e coordenação de equipes, programas e projetos, na perspectiva do fortalecimento da gestão democrática e participativa, em favor dos usuários e trabalhadores de saúde, para a garantia dos direitos sociais. A atuação do assistente social nessa modalidade cria o requisito da realização de estudos e pesquisas que revelem as reais condições de vida e as demandas da classe trabalhadora, além da situação de saúde dos usuários.

A presença do profissional de Serviço Social na gestão e no planejamento contribui para fortalecer a intersetorialidade e conceber a saúde no âmbito da Seguridade Social. Dentre as demandas e desafios colocados aos assistentes sociais



nesse eixo, o documento ressalta os novos modelos de gestão que vêm impactando as instituições de saúde. Especialmente aqueles contidos na contrarreforma do Estado, como as diversas formas de terceirização – a exemplo das Fundações Públicas de Direito Privado e Organizações Sociais (OS). As entidades de Serviço Social, coerentes com seu posicionamento ético-político, são contrárias a esses novos modelos, opostos ao SUS constitucional. Assim, estão previstas as seguintes ações:

**Quadro 5 – Seleção das Ações de Investigação, planejamento e gestão relacionadas à ABS.**

- elaborar planos e projetos de ação profissional para o Serviço Social;
- elaborar o perfil e as demandas da população usuária por meio de documentação técnica e investigação;
- participar nas Comissões e Comitês temáticos existentes nas instituições;
- realizar estudos e investigações com relação aos determinantes sociais de saúde;
- participar de estudos relativos ao perfil epidemiológico e condições sanitárias no nível local, regional e estadual;
- Realizar investigação de determinados segmentos de usuários objetivando a definição dos recursos necessários, identificação e mobilização dos recursos existentes e planejamento de rotinas e ações necessárias;
- sensibilizar os gestores da saúde para a relevância do trabalho do assistente social nas ações de planejamento, gestão e investigação.

Fonte: CFESS, 2010, p. 62-63.

**• Assessoria, qualificação e formação profissional**

Esta categoria envolve a educação permanente dos trabalhadores de saúde, da gestão, dos conselheiros de saúde e representantes comunitários; a formação de estudantes da área da saúde e residentes; e também as atividades de assessoria. Estas ações podem estar relacionadas especificamente com a equipe de Serviço Social, ou com os demais profissionais de saúde, na esfera do trabalho interdisciplinar e para a qualificação da equipe de saúde.

No caso das atividades de formação profissional, destaca-se a criação de campo de estágio, a supervisão de estagiários, a participação nos programas de residência

multiprofissional e a preceptoria de residentes. Para a efetivação de todas elas, a articulação com as unidades de formação acadêmica é fundamental.

Já a assessoria pode ser prestada ao profissional, à gestão para formulação de políticas sociais e/ou aos movimentos sociais. No caso de uma assessoria na matéria de Serviço Social, trata-se de uma atribuição privativa do profissional graduado na área. O assessor, quando assistente social, em consonância com a direção política da profissão, deve tomar a realidade como objeto de estudo e ter a intenção de transformá-la, visando a emancipação dos trabalhadores e a ampliação da ação do Estado. As principais ações a serem realizadas nesse âmbito são:

**Quadro 6 – Seleção das Ações de Assessoria, qualificação e formação profissional relacionadas à ABS.**

- formular estratégias coletivas para a política de saúde da instituição, bem como para outras esferas por meio da organização e coordenação de seminários e outros eventos;
- criar campos de estágio e supervisionar diretamente estagiários de Serviço Social;
- participar de cursos, congressos, seminários, encontros de pesquisas, objetivando apresentar estudos, investigações realizadas e troca de informações entre os diversos trabalhadores da saúde;
- qualificar o trabalho do assistente social e/ou dos demais profissionais da equipe de saúde por meio de assessoria e/ou educação continuada;
- assessorar entidades e movimentos sociais, na perspectiva do fortalecimento das lutas em defesa da saúde pública e de qualidade.

Fonte: CFESS, 2010, p. 64-65.

## **4 O PROCESSO DE TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE CENTRO DE SAÚDE MODELO**

### **4.1 DIMENSÃO TÉCNICO-OPERATIVA EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE**

A aproximação com a UBS Centro de Saúde Modelo ocorreu durante o Estágio Curricular Obrigatório em Serviço Social II e III, realizados nos semestres 2013/2 e 2014/1. A vivência acadêmica despertou reflexões sobre o processo de trabalho do assistente social no contexto de uma UBS, no atual cenário sócio histórico de redefinição do papel da ABS dentro do SUS.

O setor saúde está em fase de fortalecimento das redes de atenção privilegiando a ABS como o lócus organizador e articulador da oferta de serviços de atenção à saúde. Historicamente, o assistente social exercia suas atividades na ABS e, na nova configuração da política de saúde, seu exercício está mais concentrado na área de consultoria à ABS como integrante das equipes dos NASF e, prioritariamente, na média e alta complexidade.

A UBS Centro de Saúde Modelo, vinculada à Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, mantém uma profissional de Serviço Social atuando diretamente em sua equipe, nos programas e ações de saúde. Trata-se de um serviço em funcionamento na cidade desde 1941, inicialmente chamado Centro de Saúde II e pertencente à estrutura de saúde do Estado do Rio Grande do Sul. Foi municipalizado em 1996, quando recebeu o nome de Centro de Saúde Modelo e tornou-se uma unidade de saúde vinculada ao SUS, no território posteriormente definido como Gerência Distrital de Saúde Centro.

O prédio (localizado na Avenida Jerônimo de Ornelas, número 55) atualmente abriga a UBS, uma equipe de ESF, além de quatro serviços que são referência para toda a cidade: Tisiologia, Saúde Mental Adulto, Farmácia Distrital e Práticas Integrativas – Homeopatia, Farmácia Homeopática e Ambulatório de Dor e Acupuntura. O Serviço Social está alocado na UBS, em uma sala própria. Contudo, atua de forma articulada com os profissionais da ESF e dos demais serviços. Esse contexto reflete as transformações na inserção do assistente social na ABS nos últimos anos e motiva a realização do presente TCC.

O disparador inicial para a investigação foi a aprendizagem no Estágio Curricular Obrigatório. Ao revisitar os relatórios produzidos no período é possível detectar a diversidade de atribuições e competências do Serviço Social em sua rotina na UBS:

Nas primeiras semanas de estágio no Centro de Saúde Modelo, minhas atividades concentraram-se no acompanhamento geral do trabalho na unidade, o que viabilizou a observação durante atendimentos individuais e seus encaminhamentos, visitas domiciliares, reuniões de equipe do Programa de Atenção Domiciliar, grupos de prevenção em saúde, metas do programa Bolsa Família e reuniões de rede da região Centro de Porto Alegre. A experiência proporcionou um panorama da atuação do Serviço Social na instituição e viabilizou uma análise reflexiva sobre o campo de estágio, os sujeitos envolvidos e o território no qual está inserido (REINHEIMER, 2013, p. 10).

Diante das condições de trabalho descritas, entende-se que a análise acerca do exercício profissional do assistente social na UBS Centro de Saúde Modelo pode revelar o grau de participação na assistência à saúde da população. Por isso, foi desenvolvida uma pesquisa de campo nos registros do cotidiano de trabalho profissional do Serviço Social na UBS citada. Seu objetivo foi delinear um perfil da dimensão técnico-operativa, no contexto da ABS, com base na sistematização dos dados coletados. Para isso, foram aplicados indicadores estabelecidos a partir dos quatro eixos de ação do documento Parâmetros Para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde (CFESS, 2010).

A seguir, apresentam-se os dados da pesquisa de campo, cuja coleta nos registros profissionais foi viabilizada pela execução da pesquisa. Os dados foram complementados com a realização de entrevista sobre o tema com a profissional em atividade na UBS Centro de Saúde Modelo, a assistente social Margarete Alessandrini.

Adotou-se a categorização proposta por Trindade (2012), que classifica a documentação gerada pelo assistente social em duas categorias: a documentação técnica e a documentação burocrático-administrativa ou documentação oficial. Na primeira, estão os documentos próprios ao exercício profissional do assistente social, de sua inteira responsabilidade e autoridade, e que devem permanecer no espaço físico da instituição, resguardando-se o sigilo profissional. Já a documentação burocrático-administrativa, circula entre os profissionais e deve versar sobre conteúdos relativos às ações do Serviço Social, como relatórios administrativos, declarações para usuários ou instituições, atas de reuniões, listas de presenças, entre outros.

Faz-se necessário assinalar que ainda é um desafio para a categoria sistematizar, produzir e divulgar registros sobre o trabalho que vem sendo realizado nas diferentes experiências de ABS materializadas nos municípios. Para isso, é preciso refletir sobre aspectos que influenciam nas condições de trabalho, como a sobrecarga de tarefas, a fragilidade da estrutura material e pessoal das instituições de saúde e as exigências de produtividade.

O registro de dados a partir dos atendimentos realizados pelos assistentes sociais tem se constituído numa exigência institucional, para levantamentos estatísticos e para o registro da produtividade do serviço. Tal requisito é pertinente à rotina e às obrigações institucionais, mas quando esse registro institucional é o único realizado ou é a motivação principal para o uso da documentação pelos profissionais, cabe a reflexão técnica e ética (TRINDADE, 2012, p. 81).

Ressaltada essa questão, será descrita a coleta de dados realizada. Consultou-se a documentação produzida nos atendimentos individuais. Os registros constam em cadernos escritos à mão, organizados de forma cronológica, com informações cadastrais dos usuários e relatos dos atendimentos e dos encaminhamentos realizados. Como não são utilizados ficha social, formulários de entrevista ou mapas de acompanhamento, os cadernos são a principal inscrição do trabalho efetuado.

Na sala do Serviço Social há uma agenda que foi examinada. Nela, são registradas as atividades executadas de acordo com os dias e turnos ocupados, dentro e fora da UBS. Dentre as atividades externas à unidade destacam-se a participação no Grupo de Trabalho em Saúde do Conselho Regional de Serviço Social (CRESS/RS), nas pré-conferências e conferências de saúde e de outras políticas, e em seminários, cursos e capacitações em geral.

A supervisão de estagiários de Serviço Social na UBS ainda é uma tarefa recente, desenvolvida desde o segundo semestre de 2013, mas já conta com registros produzidos pelos próprios estudantes como análises institucionais, projetos de intervenção e relatórios de cada etapa do Estágio Curricular Obrigatório. Assim como os materiais anteriormente citados, a produção acadêmica dos estagiários permanece armazenada na sala do Serviço Social.

No caso das atividades desenvolvidas pelo Serviço Social em conjunto com a equipe multiprofissional da UBS e com a equipe de Saúde Mental, os registros podem ser verificados nos prontuários dos usuários – chamados também de prontuários únicos. Porém, eles não eliminam a necessidade de uma documentação técnica própria do

Serviço Social, para fundamentar sua contribuição. A cada profissão, cabe o registro da situação do usuário na perspectiva de análise de seus conhecimentos específicos, a fim de ampliar as informações e garantir a continuidade do acompanhamento (TRINDADE, 2012).<sup>1</sup>

Algumas ações verificadas no campo de pesquisa estão vinculadas ao cumprimento de metas de programas nacionais da área da saúde ou de caráter intersetorial. A UBS Centro de Saúde Modelo está engajada no Programa de Atenção Domiciliar<sup>2</sup>, no Programa Nacional de Controle do Tabagismo<sup>3</sup> e no Programa Bolsa Família<sup>4</sup>. A atuação do Serviço Social no âmbito desses programas pôde ser verificada através da documentação burocrático-administrativa, como atas de reuniões de equipe e com a gestão da unidade, listas de presenças de grupos e oficinas com os usuários, e registros da realização de visitas domiciliares.

A documentação burocrático-administrativa também demonstra a participação do Serviço Social na organização do Conselho Local de Saúde (CLS) da UBS, na articulação da Rede Socioassistencial da Região Centro e na condução de grupos de convivência e prevenção em saúde. Tais ações podem ser constatadas nos chamados Boletins de Atendimento, adotados pela unidade para o registro e monitoramento das atividades realizadas, assim como para a coleta de assinaturas que atestem a participação de usuários e profissionais.

Ainda ocorrem ações relacionadas à formação profissional através da participação em cursos, seminários e capacitações, estas sem periodicidade definida. A necessidade de articulação com a equipe da UBS para operacionalizar o atendimento também demanda tempo e diferentes tipos de ações, realizadas de acordo com o surgimento das demandas. Esses pontos foram mencionados pela assistente social Margarete Alessandrini, durante a etapa de entrevista.

---

<sup>1</sup>Importa mencionar, conforme a resolução CFESS N°557/2009, que mesmo compondo equipes multiprofissionais, “a elaboração, emissão e/ou subscrição de opinião técnica sobre matéria de Serviço Social por meio de pareceres, laudos, perícias e manifestações é atribuição privativa do assistente social”.

<sup>2</sup> Regulamentado pela Portaria n° 963, de 27 de maio de 2013, que define a Atenção Domiciliar no âmbito do SUS, em suas diferentes modalidades.

<sup>3</sup> Programa federal para a atenção às pessoas tabagistas, cujo cuidado deve ser realizado em todos os pontos de atenção do SUS e prioritariamente nos serviços de ABS, conforme a Portaria n° 571, de 5 de abril de 2013.

<sup>4</sup> Programa federal para Transferência direta de renda, que integra o Plano Brasil Sem Miséria, cujo foco de atuação são os usuários com renda familiar per capita inferior a R\$ 77 mensais. As condicionalidades do programa perpassam o setor saúde e outras políticas setoriais.

A profissional detalhou todas as atividades desenvolvidas, contabilizando o tempo dispensado para sua realização. A totalidade das atividades enumeradas até aqui pode ser verificada no quadro 07.

**Quadro 7 – Ações do Serviço Social na UBS Centro de Saúde Modelo.**

- Programa de Atenção Domiciliar
- Programa Bolsa Família
- Programa Nacional de Controle do Tabagismo
- Matriciamento em Saúde Mental
- Atendimento individual
- Visitas domiciliares
- Grupo de convivência para idosos
- Reuniões de equipe para discussão de casos
- Articulação da Rede Socioassistencial da Região Centro
- Articulação com a equipe para operacionalizar o atendimento
- Atividades de Sala de Espera
- Participação nas campanhas de saúde preventivas
- Reuniões e organização do Conselho Local de Saúde da UBS
- Participação nas pré-conferências e conferências de saúde e de outras políticas
- Participação no Grupo de Trabalho em Saúde do CRESS/RS
- Criação de campos de estágio
- Supervisão de estagiários de Serviço Social
- Participação em cursos, seminários e capacitações

Fonte: autora, 2015.

A seguir, a descrição das ações profissionais desenvolvidas e o respectivo tempo ocupado pela assistente social para cada uma delas.

**Programa de Atenção Domiciliar**

**Descrição:** visitas domiciliares e atendimento individual com orientações relativas aos aspectos do atendimento e acesso a direitos. A Atenção Domiciliar, no âmbito do SUS, está organizada em três modalidades, definidas a partir da caracterização do paciente e dos procedimentos utilizados. A UBS Centro de Saúde Modelo está adequada à Modalidade AD1 Atenção Básica, que se destina a pacientes

que possuam problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde.

**Carga Horária do Serviço Social:** as atividades realizadas abarcam visitas domiciliares, reuniões de planejamento e discussão de casos em equipe, de acordo com as demandas, ocupando cerca de um turno por semana.

### **Programa Bolsa Família**

**Descrição:** são desenvolvidas ações que colaboram para o cumprimento das condicionalidades do programa por parte dos usuários, no que diz respeito ao acesso ao direito à saúde. Para isso, são repassadas informações aos usuários nos atendimentos; executadas semestralmente oficinas para esclarecimento de dúvidas e organizadas, no nível de gestão, as metas que a UBS deve atingir.

**Carga Horária do Serviço Social:** as ações relacionadas ocupam aproximadamente um turno por semana, com variações de acordo com as demandas atendidas. Envolve planejamento no nível da gestão, a articulação com a equipe de saúde, a operacionalização administrativa, o atendimento direto ao usuário para orientações sobre o programa.

### **Programa Nacional de Controle do Tabagismo**

**Descrição:** Ações direcionadas aos pacientes tabagistas. Implica em acolhimento, realização de grupo de tratamento medicamentoso. Trata-se de um programa do Ministério da Saúde em parceria com os estados e municípios, cujo objetivo é prevenir doenças e reduzir a incidência do câncer e de outras doenças relacionadas ao tabaco, por meio de iniciativas que estimulem a adoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis.

**Carga Horária do Serviço Social:** o grupo de Controle do Tabagismo ocorre semanalmente, com duração de duas horas. Já o grupo de manutenção, criado para acompanhar os pacientes em tratamento medicamentoso, é realizado quinzenalmente, com duração de 1h30. Além disso, os usuários são acolhidos em atendimento individual pelo Serviço Social, uma vez por semana, em um turno.

### **Matriciamento em Saúde Mental**

**Descrição:** apoio matricial para a discussão de casos de usuários adultos e crianças, com demandas de atendimento em saúde mental, e para encaminhamento aos



respectivos serviços necessários aos pacientes. É fornecido pela equipe de saúde mental atuante no Centro de Saúde Modelo, enquanto serviço especializado que é referência para o município. No processo de integração da saúde mental à ABS na realidade brasileira, esse novo modelo tem sido o norteador das experiências implementadas em diversos municípios, ao longo dos últimos anos, estruturando um tipo de cuidado colaborativo entre a saúde mental e a ABS (CHIAVERINI, 2011).

**Carga Horária do Serviço Social:** reuniões de equipe uma vez por semana, preenchendo um turno.

### **Grupo de Convivência para Idosos**

**Descrição:** grupo de educação em saúde, direcionado ao segmento de usuários com 60 anos e mais. Objetiva a prevenção em saúde e o exercício da cidadania dos idosos, enquanto espaço complementar da consulta individual. Para a organização dos encontros, três profissionais estão destacados como equipe de referência, sendo a assistente social e dois médicos de família e comunidade.

**Carga Horária do Serviço Social:** o grupo ocorre semanalmente, com duração de duas horas e participação de aproximadamente 25 idosos. Para a organização dos encontros, a equipe de referência realiza reuniões de planejamento semanais.

### **Conselho Local de Saúde**

**Descrição:** participação no controle social de saúde, através das reuniões do Conselho Local de Saúde (CLS) da UBS Centro de Saúde Modelo, e na assessoria para o planejamento e execução das atividades relacionadas. A assistente social ainda contribui na mobilização e capacitação dos usuários e movimentos sociais do território para a participação no CLS.

**Carga Horária do Serviço Social:** reuniões quinzenais do CLS, com duração de duas horas, além do trabalho de assessoria, desenvolvido de acordo com as necessidades.

### **Sala de espera**

**Descrição:** as ações desenvolvidas em sala de espera objetivam socializar informações aos usuários sobre seus direitos, além de democratizar as rotinas, o funcionamento e os fluxos da UBS.

**Carga Horária do Serviço Social:** Uma vez por semana, com duração de 1h30.

### **Reunião de Equipe Multiprofissional**

**Descrição:** organização da equipe pra atender de forma multiprofissional às demandas de atendimento dos usuários, por meio de discussão de casos e articulação com outros serviços e políticas, quando necessário. Ocorre tanto com a equipe da UBS Centro de Saúde Modelo, quanto com os profissionais da ESF e de Saúde Mental a fim de qualificar o atendimento.

**Carga Horária do Serviço Social:** Um turno por semana.

### **Atendimento individual**

**Descrição:** ação característica do atendimento direto aos usuários com informações e orientações para melhor acesso ao serviço. Objetiva atender às demandas espontâneas dos usuários através de acompanhamento individual com a utilização da ferramenta de entrevista.

**Carga Horária do Serviço Social:** Os atendimentos individuais ocorrem duas vezes por semana, à tarde. Os usuários devem solicitar ficha de atendimento para o Serviço Social na recepção e são atendidos por ordem de chegada.

### **Reunião da Rede Socioassistencial da região Centro**

**Descrição:** ação de articulação com os demais serviços socioassistenciais da região Centro, a fim de qualificar o atendimento aos usuários e viabilizar um trabalho intersetorial.

**Carga Horária do Serviço Social:** as reuniões da Rede ocorrem a cada 15 dias, durando cerca de 4 horas, no espaço do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) Centro. Além disso, são ocupados outros turnos para efetivar os encaminhamentos resultantes das discussões de caso.

### **Supervisão de estágio**

**Descrição:** estão abertas, no momento, duas vagas de campo de estágio preenchidas por estudantes da UFRGS, na condição de Estágio Curricular Obrigatório. A assistente social da UBS tem o papel de supervisora de campo, enquanto professores da universidade executam a supervisão acadêmica.

**Carga Horária do Serviço Social:** supervisão individual uma vez por semana, por 1 hora com cada estagiária, e supervisão coletiva, com as duas estagiárias juntas, uma vez por semana, por 1 hora. Total de 3 horas de supervisão semanais. Além disso, a cada bimestre ocorrem reuniões e atividades na UFRGS, com a participação da supervisora de campo.

### **Grupo de Trabalho (GT) Serviço Social na Saúde do CRESS/RS**

**Descrição:** GT de caráter temático, vinculado ao Conselho Regional de Serviço Social do Rio Grande do Sul (CRESS/RS). Criado com a finalidade de discutir e problematizar temas na área da saúde, relevantes ao exercício profissional do assistente social. Espaço organizativo que possibilita aos profissionais socializarem experiências, elaborem proposições coletivas para qualificar as políticas públicas e serviços, e demandarem ações ao conjunto CFESS/CRESS.

**Carga Horária do Serviço Social:** Uma reunião mensal, com duração de duas horas, na sede do CRESS/RS.

O material exposto propiciou uma breve caracterização das atribuições e competências gerais do assistente social na UBS Centro de Saúde Modelo. Os dados obtidos através da coleta nos registros do cotidiano de trabalho profissional foram organizados dentro dos quatro eixos de ação dos Parâmetros Para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde (CFESS, 2010).

Cada atividade foi categorizada em um dos eixos de ação, a exceção do Programa Bolsa Família, que mostrou características para inserção tanto no eixo do Atendimento direto aos usuários, dentro das Ações Socioeducativas, quanto no eixo de *Investigação, planejamento e gestão*. Por esse motivo, as atividades decorrentes do Bolsa Família foram contabilizadas duas vezes.

Outra questão evidenciada nos relatos da assistente social durante a entrevista está relacionada ao matriciamento em saúde mental, classificado no eixo *Assessoria, qualificação e formação profissional*. Pondera-se que não há um NASF oficialmente constituído na Gerência Distrital Centro. A equipe de saúde mental executa o apoio matricial junto às equipes da UBS e da ESF, em reuniões periódicas. Nesses espaços, a assistente social é demandada para assessorar as equipes de ESF e de saúde mental, em temas do Serviço Social. Ou seja, estabelece-se um fluxo no qual a assistente social recebe e realiza o apoio matricial ao mesmo tempo.

No Quadro 08, está exposta a sistematização dos dados coletados. Cada eixo de ação foi identificado por uma cor diferente, para facilitar a visualização.

**Quadro 8 – Sistematização dos dados coletados a partir dos eixos de ação dos Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde.**

	ATENDIMENTO DIRETO AOS USUÁRIOS	MOBILIZAÇÃO, PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL	INVESTIGAÇÃO, PLANEJAMENTO E GESTÃO	ASSESSORIA, QUALIFICAÇÃO E FORMAÇÃO PROFISSIONAL
<b>Ações socioassistenciais</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Atendimento individual</li> <li>•Visitas domiciliares</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Participação nas reuniões do Conselho Local de Saúde da UBS</li> <li>•Participação nas pré-conferências e conferências de saúde e de outras políticas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Articulação com a equipe para operacionalizar o atendimento</li> <li>•Articulação da Rede Socioassistencial da Região Centro</li> <li>•Programa Bolsa Família</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Matriciamento em Saúde Mental</li> <li>•Criar campos de estágio e supervisionar diretamente estagiários de Serviço Social</li> <li>•Participação em cursos, seminários e capacitações</li> <li>•Participação no Grupo de Trabalho em Saúde do CRESS/RS</li> </ul>
<b>Ações de articulação com a equipe de saúde</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Programa de Atenção Domiciliar</li> <li>• Reuniões de equipe para discussão de casos</li> </ul>			
<b>Ações socioeducativas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Grupo de idosos</li> <li>•Programa de Combate ao Tabagismo</li> <li>•Sala de Espera</li> <li>•Participação em campanhas de saúde preventivas</li> <li>• Programa Bolsa Família</li> </ul>			

Fonte: autora, 2015.

A categorização mostra que a maior parte das atribuições e competências está aplicado ao eixo Atendimento direto aos usuários, correspondendo a mais da metade das ações profissionais identificadas, com 52,8%. É seguida por 22,2% de ações desenvolvidas dentro do eixo *Assessoria, qualificação e formação profissional*; 13,9% de atividades no eixo *Investigação, planejamento e gestão*; e, por último, 11,1% relacionadas ao eixo *Mobilização, participação e controle social*, como se apresenta na Figura 03.

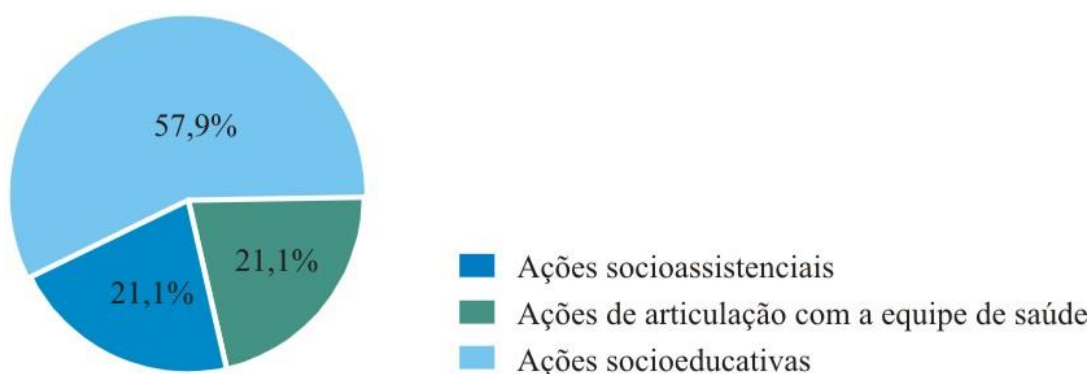
**Figura 3 – Distribuição dos dados de acordo com os eixos de ação dos Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde.**



Fonte: autora, 2015.

As atividades classificadas no eixo *Atendimento direto aos usuários* estão distribuídas em três categorias, sendo que a maior porcentagem, 57,9%, concentra-se na área das ações socioeducativas. As outras duas categorias atingem exatamente a mesma porcentagem, 21,1% cada, como se constata na Figura 04.

**Figura 4 - Distribuição das ações dentro do eixo Atendimento direto aos usuários.**



Fonte: autora, 2015.

Ainda com relação às ações do eixo *Atendimento direto aos usuários*, entendeu-se relevante destacar as demandas mais frequentes identificadas nos atendimentos individuais, de acordo com os registros pesquisados. Verificaram-se os atendimentos efetuados entre junho de 2011 e novembro de 2013, conforme pode ser constatado no Quadro 09.

**Quadro 9 - Principais demandas identificadas nos atendimentos individuais realizados na UBS Centro de Saúde Modelo.**

- Transporte social
- Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal
- Programa Bolsa Família
- Agendamento de consultas
- Atualização cadastral do SUS
- Grupos de convivência e prevenção em saúde
- Programa Nacional de Controle do Tabagismo
- Planejamento Familiar
- Saúde Mental
- Orientações sobre Previdência Social
- Emissão de laudo ou parecer social
- Violência doméstica
- Sócio-jurídico (guarda, tutela, curatela, interdição)

Fonte: autora, 2015.

Percebeu-se a ocorrência de atividades burocráticas que são transferidas ao assistente social, como repercussão da contrarreforma na saúde. Conforme citado nos parâmetros, questões operativas como a precariedade dos recursos e problemas com a quantidade e qualidade dos atendimentos refletem nesta etapa do processo de trabalho.

São exemplos disso as demandas de agendamento de consultas e atualização cadastral do SUS, cujos fluxos deveriam estar esclarecidos para os usuários e em bom funcionamento dentro da unidade de saúde, não tornando necessária a intervenção do assistente social. No entanto, há burocratização e demora no atendimento, especialmente no acesso às especialidades. No caso da UBS Centro de Saúde Modelo, que concentra serviços de referência para toda a cidade, as solicitações de agendamento ocorrem em grande volume.

#### 4.2 REFLEXÕES SOBRE O EXERCÍCIO PROFISSIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE

A escolha pela sistematização dos dados coletados na UBS Centro de Saúde Modelo por meio dos eixos de ação estruturantes dos Parâmetros para a Atuação de

Assistentes Sociais na Política de Saúde (CFESS, 2010) – conforme detalhado anteriormente – se justifica pela compreensão de que o documento expressa o acúmulo da categoria sobre o tema nas últimas décadas. E por sintetizar orientações gerais sobre as respostas profissionais do Serviço Social às demandas identificadas no cotidiano do trabalho na saúde, em sintonia com o PEP e o projeto da Reforma Sanitária.

A partir da caracterização das atribuições e competências gerais do assistente social no setor saúde apresentada pelo documento, fez-se uma seleção para a análise das atividades identificadas na pesquisa de campo na ABS. Reforça-se que os eixos de ação utilizados não são fragmentados e, sim, articulados dentro de uma concepção de totalidade.

A sistematização dos dados coletados revelou que os quatro eixos de ação estão contemplados na rotina profissional do Serviço Social na UBS pesquisada, sendo que duas áreas se mostraram prioritárias. A maior parte das atribuições e competências identificadas está aplicada ao eixo Atendimento direto aos usuários, correspondendo a mais da metade das ações profissionais, com 52,8%.

Destas, a maior porcentagem, 57,9%, converge para a área das ações socioeducativas. São realizados grupos de convivência e prevenção em saúde, atividades de sala de espera, iniciativas para orientação e informação vinculadas ao Programa Bolsa Família, além da participação em campanhas de promoção e prevenção em saúde.

As Ações Socioeducativas, contidas no eixo de ação Atendimento direto aos usuários, são apontadas pelo documento como ponto central da atuação do profissional. Para Vasconcelos (1993), no contexto das ações socioeducativas, o assistente social deve utilizar a prática reflexiva a fim de viabilizar aos usuários

[...] a análise e desvendamento das situações vivenciadas por meio de reflexão crítica, de forma que o usuário consiga captar, na medida do possível, o movimento da realidade social e, conseqüentemente, participar, de forma consciente, do processo de transformação dessa realidade enquanto ser histórico. Esse processo deve priorizar a atenção coletiva, em grupo, o que possibilita a troca de experiência entre os sujeitos, a manifestação da força que a organização tem e da condição de classe dos sujeitos envolvidos. (VASCONCELOS, 1993, p. 60).

Verificou-se que a segunda maior concentração de ações desenvolvidas está no eixo *Assessoria, qualificação e formação profissional*, com 22,2%. Destacaram-se aquelas voltadas à qualificação e formação profissional, como a criação de campos de estágio em Serviço Social e supervisão direta dos estudantes, a participação em cursos e

seminários e capacitações, e a participação sistemática no Grupo de Trabalho em Saúde do CRESS/RS.

No campo da assessoria, encontrou-se unicamente o apoio matricial em saúde mental. De acordo com os relatos da assistente social durante a entrevista realizada para a pesquisa de campo, o formato de matriciamento desenvolvido resulta de uma experiência de ABS bastante particular, na medida em que a profissional de Serviço Social é matriciada – pela equipe de saúde mental – e presta matriciamento – para as equipes de saúde mental e da ESF –, no mesmo espaço de reunião. A forma de organização do trabalho adotada na UBS Centro de Saúde Modelo reflete a diversidade de modelos de ABS existentes no país.

Pondera-se que o documento utilizado como base deste estudo foi publicado em período anterior à formatação da PNAB de 2011, e que não diferencia nem aprofunda o debate acerca das ações desenvolvidas por meio de apoio matricial, no NASF, e/ou nas equipes multiprofissionais das UBSs, conforme modelo assistencial anterior.

Partindo da premissa de que o Serviço Social se constitui como profissão interventiva, é fundamental o diálogo com as tendências que vêm sendo delineadas no processo de conformação sócio histórica dos significados do caráter interventivo da profissão (IAMAMOTO, 2005). Por isso, após a coleta de dados no contexto de uma UBS onde uma assistente social compõe a equipe multiprofissional, problematiza-se aqui a atuação do Serviço Social no NASF, conforme preconizam as recentes legislações.

As Diretrizes do NASF (2009) apresentam nove áreas estratégicas temáticas que o compõem, em detalhes relativos às principais ações a serem desenvolvidas. São as seguintes: 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; atividades físicas/práticas corporais; práticas integrativas e complementares. Destaca-se que uma delas recebe o nome de serviço social.

Tais áreas estratégicas não remetem a atuação específica e exclusiva de uma categoria profissional, mas a uma perspectiva interdisciplinar. As diretrizes preconizam que o NASF deve ser constituído por equipes de referência, compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, para atuarem no apoio e em parceria com os profissionais das equipes de SF, com foco nas práticas em saúde nos territórios.



Corresponde a uma tecnologia de gestão denominada apoio matricial, na qual é inserido o assistente social.

Está previsto na Portaria 154/2008, que regulamenta a criação do NASF:

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 intersectoriais que visem ao fortalecimento da cidadania. (BRASIL, 2008, p. 99)

As diretrizes apresentam um detalhamento das ações do Serviço Social nos NASF. Elas não devem ser interpretadas, entretanto, como específicas do assistente social e, sim, como resultado da interação com todos os profissionais na sua interface com a área estratégica do serviço social. Esse aspecto é apresentado no Quadro 10.

**Quadro 10 – Ações do assistente social no NASF.**

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

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

Fonte: BRASIL, 2009, p.102.

Na organização do processo de trabalho em Saúde da Família, dentro dos objetivos propostos para a área do serviço social, as diretrizes do NASF enumeram algumas estratégias metodológicas. Segundo o documento, elas devem ser vistas como dialeticamente articuladas, relacionando-se intimamente com as demandas de cada realidade, para cada momento histórico e para um agir crítico e reflexivo. O Quadro 11 reúne essas estratégias metodológicas.

**Quadro 11 – Estratégias metodológicas para a área estratégica do Serviço Social.**

- Abordagem grupal;
- Abordagem familiar;
- Abordagem individual;
- Abordagem de rede social;
- Visitas domiciliares;
- Grupos educativos e/ou de convivência;
- Visitas institucionais;
- Estudo social;
- Aperfeiçoamento, formação e produção de conhecimentos;
- Intervenção coletiva e planejamento e gestão.

Fonte: BRASIL, 2009, p.103-105.

Em síntese, está previsto que o processo de trabalho do assistente social no NASF deve ser desenvolvido por meio do apoio matricial. Sempre como resultado da interação interdisciplinar, com a criação de espaços coletivos de discussões e planejamento, atendimento compartilhado, intervenções específicas com os usuários e/ou famílias, e ações comuns nos territórios de sua responsabilidade.

Esse modelo de organização dos serviços primários, com o assistente social colocado em equipes de referência, traz novas conformações para o exercício

profissional. A fim de conhecer as mudanças anunciadas para o trabalho do Serviço Social no processo corrente de implantação da PNAB, estabeleceu-se uma comparação inicial entre as atribuições e competências do Serviço Social na realidade da UBS – sustentada nos dados coletados – e no NASF – a partir do que está posto em suas diretrizes.

Para isso, foram aplicados os mesmos indicadores utilizados na pesquisa de campo: os eixos de ação estruturantes dos Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde (CFESS, 2010). O resultado pode ser conferido a seguir, no Quadro 12.

**Quadro 12 – Sistematização das ações do assistente social no NASF a partir dos eixos de ação dos Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde.**

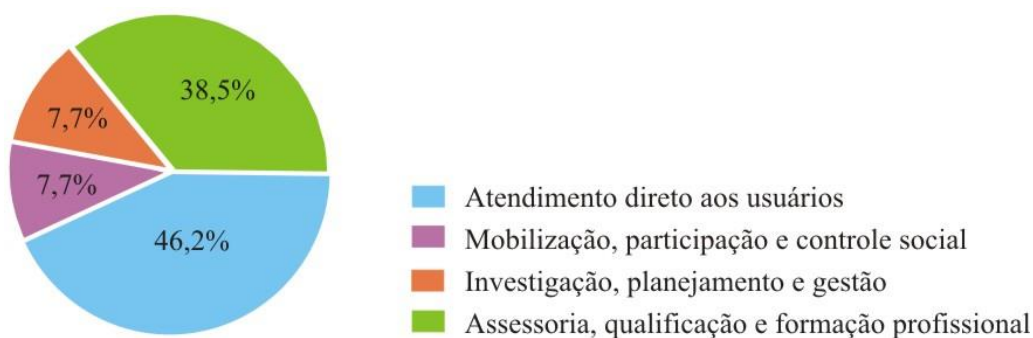
<b>ATENDIMENTO DIRETO AOS USUÁRIOS</b>	
<b>Ações socioassistenciais</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•No âmbito do serviço social, identificar e buscar as condições necessárias para a atenção domiciliar.</li> </ul>
<b>Ações de articulação com a equipe de saúde</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Identificar no território, junto com as equipes de SF, valores e normas culturais das famílias e da comunidade que possam contribuir para o processo de adoecimento.</li> <li>•Discutir e realizar visitas domiciliares com as equipes de SF, desenvolvendo técnicas para qualificar essa ação de saúde.</li> <li>•Possibilitar e compartilhar técnicas que identifiquem oportunidades de geração de renda e desenvolvimento sustentável na comunidade ou de estratégias que propiciem o exercício da cidadania em sua plenitude, com as equipes de SF e a comunidade.</li> <li>•Estimular e acompanhar o desenvolvimento de trabalhos de caráter comunitário em conjunto com as equipes de SF.</li> </ul>
<b>Ações socioeducativas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Apoiar e desenvolver técnicas de educação e mobilização em saúde.</li> </ul>
<b>MOBILIZAÇÃO, PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>•Estimular e acompanhar as ações de controle social em conjunto com as equipes de SF.</li> </ul>	
<b>INVESTIGAÇÃO, PLANEJAMENTO E GESTÃO</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>•Coordenar os trabalhos de caráter social adstritos às equipes de SF.</li> </ul>	
<b>ASSESSORIA, QUALIFICAÇÃO E FORMAÇÃO PROFISSIONAL</b>	

- Discutir e refletir permanentemente com as equipes de SF a realidade social e as formas de organização social dos territórios, desenvolvendo estratégias de como lidar com suas adversidades e potencialidades.
- Atenção às famílias de forma integral, em conjunto com as equipes de SF, estimulando a reflexão sobre o conhecimento dessas famílias, como espaços de desenvolvimento individual e grupal, sua dinâmica e crises potenciais.
- Identificar, articular e disponibilizar, junto às equipes de SF, rede de proteção social.
- Desenvolver junto com os profissionais das equipes de SF estratégias para identificar e abordar problemas vinculados à violência, ao abuso de álcool e outras drogas.
- Capacitar, orientar e organizar, junto com as equipes de SF, o acompanhamento das famílias do Programa Bolsa-Família e outros programas federais e estaduais de distribuição de renda.

Fonte: autora, 2015.

No que tange a distribuição das ações profissionais do NASF de acordo com os quatro eixos de ação do documento do CFESS, duas áreas se destacam: Atendimento direto ao usuário, com 46,6%, e *Assessoria, qualificação e formação profissional*, com 38,5%. Os eixos *Mobilização, participação e controle social* e *Investigação, planejamento e gestão* se equiparam, com 7,7% cada, como mostra a figura 05.

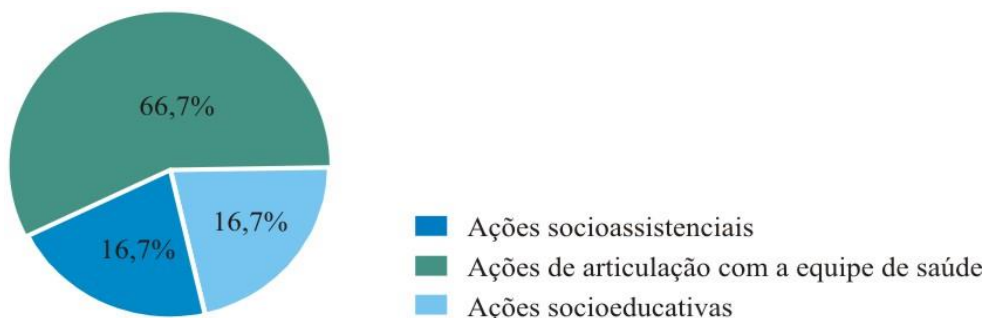
**Figura 5 – Distribuição dos dados de acordo com os eixos de ação dos Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde.**



Fonte: autora, 2015.

Dentro do eixo Atendimento direto ao usuário, que somou a maior parte das atividades, se sobressaem as Ações de articulação com a equipe de saúde, que totalizam 66,7%. Igualadas, as Ações socioassistenciais e socioeducativas atingem o percentual de 16,7%, conforme a Figura 06.

**Figura 6 – Distribuição das ações do eixo Atendimento direto aos usuários.**



Fonte: autora, 2015.

Um paralelo entre as atribuições e competências do Serviço Social na UBS e no NASF, a partir da sistematização feita, sinaliza para a predominância de ações profissionais em dois eixos: *Atendimento direto aos usuários* e *Assessoria, qualificação e formação profissional*.

Os outros dois eixos tiveram baixa visibilidade no contexto do NASF, que reserva apenas uma ação profissional em suas diretrizes para cada um deles, correspondendo a 7,7%, em ambos os casos. No que se refere à UBS, a representatividade desses dois eixos também é pequena, mas apresenta mais possibilidades de ações, de acordo com o que mostra a tabela 01.

**Tabela 1 - – Comparativo da sistematização das ações do assistente social na UBS e no NASF, a partir dos eixos de ação dos Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde.**

	UBS	NASF
<b>ATENDIMENTO DIRETO AO USUÁRIO</b>	52,8%	46,2%
<b>MOBILIZAÇÃO, PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL</b>	11,1%	7,7%
<b>INVESTIGAÇÃO, PLANEJAMENTO E GESTÃO</b>	13,9%	7,7%
<b>ASSESSORIA, QUALIFICAÇÃO E FORMAÇÃO PROFISSIONAL</b>	22,2%	38,5%

Fonte: autora, 2015.

O eixo *Atendimento direto aos usuários*, que lidera o somatório nas duas modalidades, UBS e NASF, mostra resultados aproximados: 52,8% na rotina da UBS, e 46,4% na dinâmica do NASF. Já o segundo eixo, mostra uma variação um pouco mais acentuada, sendo 22,2% para a UBS e 38,5% para o NASF. Contudo, é no detalhamento das ações que se pode justificar e fundamentar as diferenças entre os percentuais.

No eixo *Assessoria, qualificação e formação profissional*, a UBS indica sua direcionalidade para a qualificação e formação profissional, com atividades como a

criação de campos de estágio e supervisão direta de estudantes. A assessoria contabiliza apenas o matriciamento em saúde mental. Em contraponto, no NASF, as ações ligadas ao eixo restringem-se a execução de assessoria às equipes de SF, não evidenciando o compromisso com a educação permanente dos assistentes sociais.

Ressalta-se, ainda, que há uma grande diferença na distribuição das atividades do eixo *Atendimento direto ao usuário*. No caso da UBS, as ações socioeducativas são maioria, com 57,9%, enquanto no NASF, as ações de articulação com a equipe de saúde é que correspondem a maioria, chegando a 66,7%, segundo a tabela 02.

**Tabela 2 – Comparativo da distribuição das ações do eixo Atendimento direto aos usuários, na UBS e no NASF.**

	UBS	NASF
<b>Ações socioassistenciais</b>	21,1%	16,7%
<b>Ações de articulação com a equipe de saúde</b>	21,1%	66,7%
<b>Ações socioeducativas</b>	57,9%	16,7%

Fonte: autora, 2015.

O comparativo inicial traçado entre as ações profissionais na UBS e no NASF deve ser analisado considerando-se a natureza dos documentos utilizados durante a sistematização dos dados. No caso dos Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde, tem-se uma compilação construída pelos assistentes sociais, com ampla participação da categoria, sob organização de sua principal entidade representativa, o CFESS. Em contrapartida, as Diretrizes do NASF são a interface de uma política pública, criada no contexto dos tensionamentos entre o projeto privatista de saúde e a luta pela garantia do SUS constitucional.

O que se observa, na atualidade, não é o fortalecimento da RAS (que integra e articula os serviços básicos, especializados e hospitalares, tendo a ABS como porta de entrada preferencial), mas a separação entre a ABS e a Média e a Alta Complexidade, enquanto a primeira deveria estar respaldada pelas demais. A tendência é que a ABS seja oferecida exclusivamente pelo Estado e a Média e a Alta complexidade se ajustem aos novos modelos de gestão, entre os quais figuram a filantropia e as parcerias público-privadas.

A instalação do NASF vem reduzindo o acesso dos usuários ao atendimento direto de alguns profissionais de saúde, a exemplo do assistente social – e de todos os outros profissionais de saúde que não fazem parte da EqSF. Cabe questionar, com base

no acúmulo da categoria a respeito de sua atuação profissional, se o apoio matricial é a tecnologia de gestão mais adequada para a realização do trabalho na ABS, ou se essa proposta, nos termos atuais, apenas materializa a precarização do trabalho e o fortalecimento da política neoliberal.

Sugere-se a reflexão em torno da origem do NASF, quando a forma de operacionalização da ESF, proposta na PNAB de 2006, se mostrou insuficiente para viabilizar a responsabilização de uma equipe de saúde mínima para o atendimento de toda a população do território sob sua responsabilidade. A criação das equipes de referências veio para garantir maior efetividade a essas equipes mínimas, no entanto, cabe questionar: uma equipe de referência para assessorar várias equipes mínimas espalhadas em diferentes territórios também não se torna uma equipe de referência com alcance mínimo?

Nas ações previstas pelas Diretrizes do NASF para o assistente social percebe-se, implicitamente, o desafio de que o assessoramento realizado às equipes seja eficaz para capacitar outros profissionais para a identificação, junto aos usuários, do que é ou não demanda para o Serviço Social. Afinal, aumentam as atividades do assistente social com as equipes, mas diminui seu contato direto com os usuários. Assim, os profissionais das equipes de SF devem compreender e estar sensíveis às expressões da questão social em seu cotidiano de trabalho.

Ponderando que o assistente social tem como objeto de trabalho a questão social e uma formação que o habilita a lidar com a realidade da classe trabalhadora em seu cotidiano, tem-se um contrassenso. O papel de assessor parece não privilegiar as contribuições da profissão, justamente em um programa voltado à atenção integral à saúde.

No que diz respeito às estratégias metodológicas, surpreende o fato do estudo social<sup>5</sup>, atribuição privativa do assistente social, figurar entre elas. Sobretudo, na condição de estratégia metodológica a ser desempenhada “como resultado da interação com todos os profissionais na sua interface com a área estratégica do serviço social”. Não se trata de desqualificar a atuação interdisciplinar e, sim, de problematizar as condições para a sua realização.

---

<sup>5</sup> O estudo social é um processo metodológico específico do Serviço Social, que tem por finalidade conhecer com profundidade, e de forma crítica, uma determinada situação ou expressão da questão social objeto da intervenção profissional – especialmente nos seus aspectos sócioeconômicos e culturais. (CFESS, 2011, p. 42).

O CEP, em seu Artigo 10, define como dever do assistente social a prática profissional interdisciplinar, assim como o respeito às normas e princípios éticos das outras profissões. Entende-se que o trabalho interdisciplinar contribui para o atendimento integral dos usuários e para a universalização do acesso aos direitos. Por isso, é dever do assistente social assumir essa prática, mesmo que para isso precise adotar novas formas de organização no trabalho. Também, o assistente social deve respeitar as normas das outras profissões, não podendo exercer atividades privativas de outras áreas de formação, ainda que, atuando em equipes multiprofissionais. O mesmo ocorre com as atividades privativas do assistente social, que não podem ser executadas por profissionais de outros campos.

O CFESS é a entidade nacional de representação da categoria e, assim sendo, examinar as suas frentes de ação política é identificar qual tem sido a bandeira organizativa da profissão. No que diz respeito à ABS, encontrou-se registro, no site do CFESS, do acompanhamento da tramitação do Projeto de Lei nº 6271/2009, aprovado em 2012, que dispõe sobre a inclusão obrigatória de assistentes sociais “na composição das equipes da Estratégia de Saúde da Família ou junto aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família”. A iniciativa é anterior à formatação da PNAB de 2011, que estabeleceu o NASF como espaço de atuação do profissional de Serviço Social. Não foram localizadas manifestações ou campanhas mais recentes do CFESS sobre o tema.

Reconhece-se a importância de garantir a entrada do assistente social na ESF, o problema está em como essa inserção ocorre. É preciso investigar a realidade dos profissionais que atuam na ABS em suas mais diferentes modalidades e criar subsídios para o debate da categoria, por meio de suas entidades representativas.



## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o desenvolvimento deste TCC, pretendeu-se conhecer o trabalho do Serviço Social a partir de sua dimensão técnico-operativa, verificando sua relação com as demais dimensões do trabalho profissional do assistente social. A aproximação com a UBS Centro de Saúde Modelo, inicialmente estabelecida pelo vínculo de Estágio Curricular Obrigatório, foi aprofundada com a execução da pesquisa de campo nos registros do cotidiano de trabalho profissional do Serviço Social na unidade, viabilizando uma análise mais consistente, sustentada por fundamentação teórica.

Foi possível apreender, por meio da pesquisa de campo, que a atuação do assistente social em uma UBS, modelo assistencial anterior à ESF, contempla todos os eixos de ação propostos pelos Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde. Sendo que a maioria das atribuições e competências identificadas correspondem às Ações de atendimento direto aos usuários, no campo das Ações socioeducativas.

Trata-se de um processo de trabalho em consonância com a perspectiva de educação em saúde, que contribui para a integralidade do atendimento, como está previsto no SUS constitucional. A predominância de Ações Socioeducativas evidencia, ainda, a criação e consolidação de vínculos com os usuários e o território, potencializando e tornando mais eficaz a intervenção profissional.

Constatou-se, na rotina da UBS, que o trabalho interdisciplinar se efetiva para além da simples composição de equipes multiprofissionais. Perpassa toda a descrição do processo de trabalho registrado neste estudo, no âmbito do atendimento, da gestão e até mesmo do controle social na saúde.

Considerando o novo modelo preconizado na PNAB, alicerçado pela ESF e pelo NASF, optou-se pela análise, nos mesmos moldes, das Diretrizes do NASF. A motivação principal foi o desafio de comparação entre os modelos assistenciais em funcionamento, a fim de descrever a dimensão técnico-operativa nos dois casos.

A investigação acerca das atividades do Serviço Social anunciadas pelo NASF apontou para a predominância dos mesmos dois eixos de ação destacados na UBS, mas com focos de trabalho bastante distintos. As ações de Atendimento direto aos usuários, no NASF, têm com foco central nas Ações de Articulação com a equipe de saúde, que superam as Ações Socioeducativas. Logo em seguida, figuram as ações de *Assessoria*,

*qualificação e formação profissional*, embora tenham sido identificadas apenas atividades de assessoria, sem referências à qualificação e formação profissional.

Outro aspecto relevante está nas estratégias metodológicas previstas pelo NASF. O estudo social, atribuição privativa do assistente social, é apresentado como resultado da interação com todos os profissionais na sua interface com a área estratégica do serviço social no NASF. Tal confusão torna evidente a natureza distintos documentos utilizados para a sistematização dos dados. Os Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde (CFESS, 2010), são uma compilação construída pelos assistentes sociais; enquanto as Diretrizes do NASF compõem uma política pública, criada na perspectiva do projeto neoliberal.

Entende-se que a investigação desenvolvida com base nas respostas técnico-operativas do Serviço Social na ABS pode contribuir para a qualificação da intervenção profissional na atual conjuntura de implantação da PNAB, considerando-se a necessária articulação com as referências teórico-metodológicas e ético-políticas que embasam e legitimam o PEP. Colaboram, ainda, para a visualização dos desafios para a sua materialização, no atual cenário sócio histórico de tensão entre o avanço da reforma neoliberal na política de saúde e a resistência do projeto da Reforma Sanitária.

A diversidade de modelos de ABS no país e as consequentes formas de inserção dos assistentes sociais nesses contextos sinalizou para a necessidade de se discutir o projeto de ABS que a categoria defende para subsidiar a participação no debate político da saúde e na luta pela ampliação de vagas no setor. No entanto, sem ter como foco a atuação de cada profissional, e sim, o projeto de ABS almejado, evitando-se uma postura corporativista. Essa construção deve se dar junto a outras categorias com vistas a garantir uma saúde pública estatal, conforme os princípios norteadores das condutas éticas fixadas no CEP – que assinala a necessidade de articulação com outras categorias profissionais que compartilhem propostas similares para potencializar o desempenho ético-político.

## REFERÊNCIAS

BARROCO, Maria Lúcia S. **Ética e Serviço Social: fundamentos ontológicos**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2005.

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social: fundamentos e história**. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 2488 de 21 de outubro de 2011. **Política Nacional de Atenção Básica**: 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 4279 de 30 de dezembro de 2010. **Rede de Atenção à Saúde**: 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Cadernos de Atenção Básica, nº 27. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 154 de 24 de janeiro de 2008. **Núcleos de Apoio à Saúde da Família**: 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**: 2006.

\_\_\_\_\_. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: 1988

BRAVO, Maria Inês Souza. Superando Desafios - O Serviço Social na Saúde na década de 90. In: **Superando Desafios - Cadernos do Serviço Social do HUPE (03)**. Rio de Janeiro: UERJ, 1998.

\_\_\_\_\_. **Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. 4 ed. São Paulo: Cortez, 2011.

\_\_\_\_\_.; MATOS, Maurílio de Castro. **Reforma Sanitária e projeto ético-político do Serviço Social: elementos para o debate**. In: BRAVO, Maria Inês Souza (Org. et al.). **Saúde e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 5. Edição; Rio de Janeiro: UERJ, 2012.

CFESS. **Código de Ética Profissional do Assistente Social**. Brasília: CFESS, 1993.

\_\_\_\_\_. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde**. Série Trabalho e projeto profissional nas políticas sociais. Brasília: CFESS, 2010.

CHIAVERINI, Dulce Helena (Org.). **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

GIOVANELLA, Lígia. MENDONÇA, Maria Helena Magalhães. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, Lígia (org). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed. revamp. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/CEBES, 2012.

GUERRA, Yolanda. O trabalho do assistente social e as políticas sociais. In.: **Capacitação em Serviço Social e política social**. Módulo 4. Brasília: CFESS, 2000.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **Serviço Social em tempo de capital fetiche**: capital financeiro, trabalho e questão social. São Paulo: Cortez, 2007.

\_\_\_\_\_. O debate contemporâneo do Serviço Social e a ética profissional. In: BONETTI, D. A. et al. **Serviço Social e ética: convite a uma nova práxis**. 6 ed. São Paulo: Cortez, 2005.

MIOTO, Regina Célia Tamoso. NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. Sistematização, planejamento e avaliação das ações dos assistentes sociais no campo da saúde. In: TEIXEIRA, Marlene (et. al.). **Serviço Social e Saúde - Formação e Trabalho Profissional**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

REINHEIMER, Camila. **Diário de campo do Estágio Supervisionado em Serviço Social II**. Porto Alegre: UFRGS, 2013.

TRINDADE, Rosa Lúcia Prêdes. Ações profissionais, procedimentos e instrumentos no trabalho dos assistentes sociais nas políticas sociais. In: SANTOS, Cláudia Mônica dos (Org). **A dimensão técnico-operativa no Serviço Social**: desafios contemporâneos. Juiz de Fora: Ed. UFJF, 2012.

VASCONCELOS, Ana Maria de. **Serviço Social e prática reflexiva**. In: Em Pauta: Revista de Serviço Social da UERJ, Rio de Janeiro, nº 1, UERJ, 1993.