



Eixo: Serviço Social, fundamentos, formação e trabalho profissional  
Sub-eixo: Trabalho Profissional

## NASF E SERVIÇO SOCIAL: AS POTÊNCIAS E OS LIMITES NO TRABALHO MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

JULIANA ROSA MOLINA DE OLIVEIRA<sup>1</sup>

**Resumo:** Este artigo é fruto da pesquisa de dissertação de mestrado apresentada no ano de 2018. A pesquisa é de natureza qualitativa e teve como objeto de estudo a atuação profissional de assistentes sociais atuantes em equipes de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) na área Programática 3.1 no município do Rio de Janeiro. Como resultado, identificou-se que o NASF apesar de ser um espaço potente para o trabalho interdisciplinar e a multiplicação do conceito ampliado de saúde, se aproxima do projeto do SUS possível ao ser impactado pelos limites impostos pelo liberalismo.

**Palavras-chave:** Serviço Social; Processo de trabalho coletivo em saúde; NASF.

**Abstract:** This article is the result of the master's thesis research presented in the year 2018. The research is qualitative in nature and had as object of study the professional performance of social assistants working in Family Health Support Group (NASF) Programmatic 3.1 in the city of Rio de Janeiro. As a result, it was identified that the NASF, despite being a potent space for interdisciplinary work and the multiplication of the expanded concept of health, approaches the possible SUS project when it is impacted by the limits imposed by liberalism.

**Keywords:** Social Work; Process of collective work in health; NASF.

### 1 – INTRODUÇÃO

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) tornou-se campo de atuação profissional do Serviço Social desde sua instituição através da portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Trata-se de uma equipe formada por profissionais de diferentes especialidades com a proposta de atuar de maneira integrada e apoiando as equipes de Saúde da Família (eSF). O incentivo na contratação de especialistas buscava tornar a Atenção Básica em Saúde (ABS) mais resolutiva e romper com a verticalização ainda existente neste modelo de saúde.

A concepção teórica e metodológica que subsidia o NASF foi formulada por Gastão Wagner e implantada primeiramente em Campinas, visando a

---

<sup>1</sup> Profissional de Serviço Social. Universidade Federal do Rio de Janeiro. E-mail: <julianarosa@msn.com>

articulação entre os(as) profissionais da rede de saúde mental e os(as) profissionais da ABS. Sua proposta de trabalho é a metodologia Paideia, baseado no apoio Institucional, no apoio matricial (matriciamento) e na Clínica Ampliada. De acordo com Campos et al. (2014), a metodologia Paideia “preconiza a reforma das organizações de saúde com base na cogestão, ou seja, o estabelecimento deliberado de relações dialógicas, com compartilhamento de conhecimentos e de poder” (CAMPOS et al., 2014, p. 986). Nas palavras do autor,

**O apoio institucional é um recurso metodológico que busca reformular os tradicionais mecanismos de gestão. Trata-se de um modo para fazer cogestão.** Pressupõe postura interativa, tanto analítica quanto operacional. É uma função que pode ser exercida tanto pelo gestor, quanto pode constituir um cargo específico, uma vez que várias instâncias do SUS já contam com grupos de apoiadores institucionais. Não se trata de uma proposta que busque suprimir outras funções gerenciais como a de coordenação, planejamento, direção. Ela busca um modo complementar para realizar essas funções e, em particular, altera a maneira de realizar coordenação, planificação, supervisão e avaliação do trabalho. **Em geral, essas funções são exercidas com um importante grau de distância entre os responsáveis pela gestão e os operadores de atividades finais** (CAMPOS et al., 2014, p. 987, grifos nossos).

Já o apoio matricial (matriciamento) é “uma metodologia de trabalho complementar àquela prevista em sistemas hierarquizados, a saber: mecanismos de referência e contrarreferência, protocolos e centros de regulação” (CAMPOS e DOMITTI, 2007, p 399-400); tem por objetivo assegurar retaguarda especializada às equipes de referência de cuidado do(a) usuário(a) a partir do suporte técnico-pedagógico. Ou seja, “**Matriciamento ou apoio matricial** é um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica” (CHIAVERINI, 2011, p. 13, grifos da autora). Nesse sentido, o matriciamento se distingue da ação de supervisão, já que os profissionais matriciadores podem participar ativamente das propostas construídas para os(as) usuários(as) (CHIAVERINI, 2011).

O **conceito de clínica ampliada** parte do reconhecimento de que todo saber estruturado tem limites e que o foco de atenção deve ser o sujeito e não a doença ou os procedimentos técnicos. Nesse sentido, a ampliação da clínica ocorre em três direções: 1) no objeto de trabalho – considerando as

fragilidades subjetivas e as redes sociais em que as pessoas estão envolvidas; 2) nos objetivos do trabalho – trabalhar para além da cura, reabilitação e prevenção de danos, ou seja, atuar no estímulo ao desenvolvimento de maiores graus de autonomia e autocuidado, fomentando novos posicionamentos diante da saúde, do seu contexto social, da sua reflexão e modos de agir; e 3) nos meios de trabalho em saúde – diversificando o leque de ações, a educação em saúde, compartilhando saberes e poderes, estimulando a formação de vínculos e a responsabilização do cuidado, apostando na interdisciplinaridade, no trabalho em equipe, na intersectorialidade e no trabalho em rede (CAMPOS et al., 2014).

Uma clínica ampliada e compartilhada baseia-se na escuta e reconhece o saber, o desejo e o interesse das pessoas, questionando-as sobre os sentidos daquilo que estão vivendo. É uma prática menos prescritiva e mais negociada, que não desconsidera os avanços tecnológicos, nem a importância da qualificação técnica e das recomendações baseadas em evidências. Mas também assume que as doenças e os riscos, a despeito dos padrões e regularidades, e mesmo sendo influenciados pelos planos cultural e socioeconômico, em última instância, encarnam-se em sujeitos concretos. Assim, tanto a prevenção como a terapêutica devem partir das evidências e da avaliação de riscos para negociar com as pessoas em termos de redução de danos: o que é possível neste caso, para este paciente, neste contexto? O exercício da função de apoio na relação clínica e nas ações de Saúde Coletiva é um recurso que pretende desenvolver, junto aos sujeitos, maiores graus de responsabilização e autonomia para o cuidado com a saúde (CAMPOS et al., 2014, p. 991).

Ou seja, tendo em vista essa proposta de organização, o NASF não se constitui como um serviço ambulatorial ou porta de entrada para os serviços de saúde, ele é uma equipe que trabalha conjuntamente com os(as) profissionais de referência na resolução e no manejo das situações através da cooperação e multiplicação do saber; visa contribuir com a capacidade de escuta qualificada e construção de vínculos positivos entre usuários(as) e profissionais, buscando provocar mudanças nas práticas cotidianas (BRASIL, 2014).

De acordo com o relatório da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, em 2015 existiam 4.288 equipes de NASF no país, totalizando 25.102 profissionais. A categoria profissional em maior quantidade (considerando todos os NASF do Brasil) era a fisioterapia com 5.625 profissionais, seguidos pela psicologia (4.255), nutricionistas (3.765) e assistentes sociais (3.019). A presença de médicos de diferentes

especialidades (como ginecologistas, geriatras e psiquiatras) somavam 1.538 profissionais, sendo a 8ª maior categoria profissional presentes em NASF naquele período.

Considerando o modelo de Atenção Primária em Saúde (APS) presente no Brasil e o campo de atuação de assistentes sociais em equipes de NASF, este trabalho traz alguns resultados sobre a pesquisa de dissertação de mestrado apresentada no ano de 2018 em que se buscou refletir sobre em que medida a proposta de trabalho do NASF dialoga com o Projeto Ético Político do Serviço Social?

Do ponto de vista do método de investigação, optou-se pelo método crítico-dialético para iluminar o objeto deste estudo – a prática profissional do(a) assistente social atuante em equipes de NASF da Área Programática 3.1 (AP. 3.1) no município do Rio de Janeiro. Enquanto procedimentos metodológicos, a pesquisa é de natureza qualitativa (MINAYO, 1994) e recorreu aos seguintes instrumentos: revisão bibliográfica, observação e entrevistas semiestruturadas com assistentes sociais inseridos(as) do NASF da área supracitada.

O projeto foi apresentado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Filosofia e Ciências Humanas (CFCH) da UFRJ e ao Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde do Município do Rio de Janeiro (SMS/RJ), tendo sido aprovado pelos dois CEPs no ano de 2017 e realizada no mesmo período. Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas, e para trabalhar esse material, considerou-se oportuno adotar a metodologia de Análise de discurso e a técnica da Análise temática (MINAYO, 2010). A escolha metodológica deve-se a intenção de ultrapassar o caráter descritivo das falas e temas abordados e poder contextualiza-los com o acervo de conhecimento sobre o Serviço Social e as políticas sociais, em busca de uma interpretação mais profunda, já que:

Enquanto possibilidade teórica, a análise do discurso apresenta meios para que o investigador entenda o processo e as condições de um discurso (fala, documento); o sentido do campo semântico em que ele é produzido; e uma elaboração contextualizada e crítica das realizações discursivas (corpus, amostra) (MINAYO, 2010, p. 323-324).

Para a pesquisa qualitativa, destaque neste trabalho, optou-se por pesquisar a AP. 3.1, por se tratar de uma área com características distintas em seus territórios, grande número de profissionais assistentes sociais em equipes de NASF (total de 10 profissionais) e pela aproximação anterior com essa AP. Das dez assistentes sociais convidadas, sete consentiram participar da pesquisa, cujo roteiro trabalhou três eixos temáticos, a saber: perfil da formação acadêmica, condições de trabalho e dimensões da prática profissional.

## **2 – DESENVOLVIMENTO**

### **2.1 – Perfil acadêmico-profissional das entrevistadas**

Das 7(sete) entrevistadas apenas uma foi realizada com assistente social do sexo masculino, desta maneira, os dados serão apresentados no feminino. Verificou-se que a faixa etária dessas profissionais é de 31 à 48 anos de idade; 4(quatro) são solteiras; 5(cinco) são mães; e, 5(cinco) declararam ter religião, sendo 3(três) protestantes, 1(uma) católica e 1(uma) “prática espiritual”, enquanto 2(duas) se declararam ateias.

Com relação ao perfil acadêmico, verificou-se que 5(cinco) entrevistadas concluíram a graduação em instituições públicas federais, sendo 2(duas) formadas pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), 1(uma) pela Universidade Federal Fluminense (UFF), 1(uma) pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e 1(uma) formada por uma instituição pública na Argentina. O período de formação das mesmas é diverso, de 3 anos à 16 anos de graduadas.

A qualificação e aprimoramento profissional se mostram como fatores importantes para as entrevistadas. Todas informaram que fizeram e/ou estão concluindo algum curso de pós-graduação na área da saúde. Entre as 7(sete) entrevistadas estão: 3(três) ex-residentes, sendo 2 (duas) egressas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade e 1(uma) de Residência Multiprofissional em Saúde Mental; 2(Duas) assistentes sociais estão concluindo a especialização em Saúde da Família; 1(uma) profissional é

especialista em Saúde Pública; 2(duas) assistentes sociais possuem o título de mestre; e, 1(uma) está cursando o pós-doutorado; algumas profissionais possuíam mais de um título acadêmico.

Além dos cursos de pós-graduação, 6(seis) assistentes sociais relataram que após ingressarem no NASF participaram de capacitações oferecidas pela CAP. 3.1, e que entre os temas abordados estão violência e saúde, amamentação e saúde mental. Já com relação ao Serviço Social, apenas 2(duas) entrevistadas relataram não lembrar se fizeram algum curso na área do Serviço Social; enquanto 5 afirmaram não terem realizado nenhum curso na área do Serviço Social. Todas são supervisoras de estagiários(as), 4(quatro) assistentes sociais tem contato com residentes em saúde e 3(três) são preceptoras de residentes multiprofissionais.

Percebeu-se que mesmo buscando cursos direcionados para a área da saúde, a maioria das profissionais mostrou interesse em participar de espaços da categoria, mesmo aqueles existentes na própria Coordenação de Área Programática (CAP); apenas uma entrevistada sinalizou que não tem interesse em participar do que ela denomina como “coisas do Serviço Social”.

Eu praticamente não participo de coisas do Serviço Social; eu participo de coisas na área da saúde. A minha inserção maior é na área da saúde. Eu tô muito descolada da coisa ‘Serviço Social stricto sensu’, muito mesmo (Entr. 006, Data: 12/09/2017).

Para Guerra (2013) a formação continuada é uma importante estratégia para dar respostas mais qualificadas e legitimadas para as expressões da questão social. Mas ela destaca que existem formações que deformam (2013, 2016), ao limitar o treinamento ao uso de sistemas, ao criar o passo a passo, que promove o empobrecimento da razão. A autora (2013) lembra que competência é a “capacidade de responder às demandas mediante um projeto” (2013, p. 131). Ou seja, é preciso ter clareza que todo processo formativo transmite valores e direciona projetos individuais e coletivos, por esse motivo a qualificação profissional a qual propõe o Projeto Ético Político do Serviço Social é baseada na formação crítica em que sejam possíveis construções de alternativas à sociedade capitalista.

2.2 – Os NASF na AP. 3.1 e as condições de trabalho das entrevistadas

A expansão da cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) no município do Rio de Janeiro foi o carro-chefe da agenda dos governos de Eduardo Paes (2009-2012 e 2013-2016). Em 2008 a ESF estava presente em 3,5%<sup>2</sup> do território do município e no final de 2016 esse número saltou para 70,63%<sup>3</sup> de cobertura. Para o aumento desse quantitativo o governo optou pela gestão a partir de Organizações Sociais (OS) e investiu em estruturas físicas pré-montadas para as novas unidades de saúde, a qual denominou de Clínicas da Família. O Rio, então, passou a contar com três modalidades de Unidade Básica de Saúde (UBS), a saber: a) Unidade tipo A: unidades com estruturas mais novas e com equipes de ESF; b) Unidade tipo B: unidades de saúde tradicionais com a incorporação de algumas equipes da ESF; e, c) Unidade tipo C: unidades tradicionais sem a presença da ESF.

O município do Rio de Janeiro é dividido em 10 APs de Saúde, a AP. 3.1 que é objeto de nossa pesquisa, é residência de 886.551 pessoas de acordo com o Censo 2010, tendo a 3<sup>o</sup> maior população entre as APs, perdendo apenas para a AP. 3.3 (942.638) e AP. 4.0 (909.368). A AP. 3.1 é dividida em 6 regiões administrativas, são elas: Ramos, Penha, Ilha do Governador, Complexo do Alemão, Maré e Vigário Geral.

De acordo com os dados divulgados no II seminário NASF-RIO, realizado em 2016<sup>4</sup>, as primeiras equipes de NASF do município do Rio de Janeiro surgiram em 2011 e em maio de 2016 existiam 75 equipes, distribuídas pelas 10 APs. A AP. 3.1 contava com 11 equipes de NASF, sendo a segunda em maior número de equipes, atrás apenas da AP. 5.1 (12 equipes de NASF). Ainda de acordo com aqueles dados, a cobertura de NASF estava em 75% do território do município e era composta de 575 profissionais. Os(as) médicos(as) eram a maior categoria profissional (106), seguidos por psicólogos (95), educadores físicos (84), fisioterapeutas (69) e assistentes sociais (59). Já de acordo com os dados do CNES, em junho de 2017 existiam 79 equipes, totalizando mais de 600 profissionais nos NASF do município.

---

<sup>2</sup> Fonte: Plano Municipal de Saúde, 2014-2017.

<sup>3</sup> Fonte: Plataforma SubPav.

<sup>4</sup> A pesquisadora participou do "II Seminário NASF-RIO – Problematizando o trabalho do NASF: como coordenar o cuidado e ser resolutivo", enquanto ainda atuava em equipe de NASF na AP 3.1. O seminário foi realizado em maio de 2016 e a apresentação utilizada pela Coordenação de Policlínicas e NASF para discutir sobre o NASF, com os dados aqui informados, foi disponibilizada na Plataforma SubPav, a qual o acesso necessita de login e senha.

Ao compararmos o número de profissionais presentes nas equipes de NASF - considerando as categorias profissionais mais presentes - entre as equipes do município do Rio de Janeiro com o número total no Brasil no ano de 2015 (apresentado na introdução)<sup>5</sup>, observa-se que no município analisado predomina a categoria médica; enquanto a nível nacional essa categoria fica na 8ª posição com 1.538 profissionais. Isso pode indicar que mesmo a proposta do NASF sendo a construção da clínica ampliada com a diminuição da visão biomédica sobre o processo saúde-doença-cuidado, essa ainda é a visão mais dominante no município, e sinalizando em última instância, que o NASF pode estar sendo utilizado como amortizador das falhas dos demais pontos da rede de saúde.

Na realização de nossa pesquisa, foram localizadas 10(dez) equipes NASF na AP. 3.1, contando com 10(dez) assistentes sociais nessas equipes, ou seja, um(a) profissional em cada NASF. Essa AP. expandiu a cobertura do NASF a partir da segunda quinzena de março de 2015, quando houve uma grande seleção de profissionais para diversos cargos. Todos(as) foram contratados(as) via regime de Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) pela OS que gerencia as unidades de saúde do território. A seleção deu-se através de análise de currículo e entrevista e foi realizada por profissionais do setor de Recursos Humanos da OS, pelas apoiadoras do NASF da CAP. 3.1, e contou com a participação de uma assistente social servidora do município que estava lotada na gestão da CAP 3.1.

Até aquele momento, as equipes de NASF eram compostas por alguns servidores(as) do município que foram incorporados(as) em NASF; além disso, os(as) profissionais de educação física, vinculados ao Programa Academia Carioca, a partir desse período, passaram a integrar as equipes de NASF, o que fez com que as equipes se tornassem de fato multiprofissionais. Até o início de março de 2015 existiam 2(duas) assistentes sociais servidoras do município atuando em equipes de NASF; com a expansão contratou-se mais 7(sete) profissionais. Importante esclarecer que essas 2(duas) profissionais

---

<sup>5</sup> Fonte: SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. **Relatório de Gestão 2015**. Ministério da Saúde: Brasília, 2016.



não foram localizadas para a realização das entrevistas, e de acordo com a fala das profissionais entrevistadas, as unidades que eram apoiadas por aquelas foram divididas entre as novas contratadas. Ao passar dos anos, ocorreram mais seleções visando cobrir a alta rotatividade dos(as) trabalhadores(as) e incluir assistente social em equipes que antes não tinha. Desta forma, atualmente 100% do Serviço Social em equipes de NASF na AP. 3.1 é contratado via OS.

As 7(sete) profissionais entrevistadas são responsáveis por atender 15 UBS, o que corresponde à 88 equipes de Saúde da Família. Constatou-se que houve aumento de cobertura da ESF, aumento de eSF e redistribuição do território das unidades entre 2015 e 2016. De acordo com o relatório de gestão da AP. 3.1 de 2016, a cobertura de ESF passou de 60% para 83%, foram 6 novas Clínicas da Família construídas e 60 novas equipes de SF (passando de 150 para 210), 25 novas equipes de Saúde Bucal e 4 novos conjuntos de Aparelhos da Academia Carioca; contudo, não houve expansão de equipes de NASF.

Considerando apenas as equipes de NASF que são representadas nessa pesquisa, verifica-se que em 2015, 4(quatro) equipes já eram responsáveis por um número superior ao preconizado pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2012, que são até 9 eSF por equipe de NASF; em 2017, esse número passou para 6(seis) equipes de NASF. Ao total, as 7(sete) equipes representadas nessa pesquisa eram responsáveis juntas por 72 eSF em 2015 e em 2017 passam a apoiar 88 eSF. Isso caracteriza uma sobrecarga de trabalho para os(as) profissionais do NASF e uma dificuldade de manter a qualidade dos serviços prestados à população e as equipes apoiadas, como pode ser observado na fala de uma entrevistadas.

Deveriam ser até 9 né? Conforme a diretriz da política do NASF. Então a gente tá trabalhando com uma sobrecarga de trabalho, que afeta a qualidade do trabalho, porque uma assistente social, para 12 equipes, num território de 30 mil usuários aqui, 20 mil lá. Uma assistente social para 50 mil usuários e um assistente social para 12 equipes! Então é difícil dá conta de um trabalho de qualidade (Entr. 002, Data: 24/08/2017).

Das 7(sete) equipes de NASF pesquisadas, 5(cinco) atuam em duas ou mais unidades, e para pensar a atuação em todas as unidades, utiliza-se a

carga horária da categoria e o número de equipes apoiadas. Logo, as unidades que possuem mais eSF são onde os(as) profissionais dedicam maior carga horária. Como em todas as equipes existem 2(dois) profissionais de psicologia é comum que eles(as) se organizem por unidades de referência, em outras palavras: se uma equipe NASF atende 2 UBSs, é frequente que um(a) psicólogo(a) seja referência de apenas uma unidade, o mesmo não acontece com as demais categorias.

De acordo com as equipes pesquisadas, ainda há dificuldade por parte de algumas eSF e alguns(mas) gerentes(as) de UBS em compreender o processo de trabalho do NASF. Quando o NASF chega às unidades, os(as) profissionais são demandados(as) pelas eSF a trabalhar nos moldes de ambulatorios, com atendimento espontâneo, individuais e de livre acesso a essas categorias, sem passar pela eSF antes e/ou sem que a situação seja discutida ou compartilhada entre equipes. Nesse sentido um dos movimentos iniciais do NASF é trabalhar o conceito de matriciamento e coordenação do cuidado com os(as) profissionais da eSF e os(as) gerentes(as) das unidades; em outras palavras convocar os profissionais de saúde a trabalharem de maneira interdisciplinar e não no contexto de referência e contrarreferência. Entretanto, é possível verificar que em tempos de crise, como no caso de falta de profissionais, ou seja, com a porta de entrada dos usuários se tornando mais escassa, a demanda de ser porta de entrada retorna ao NASF, como forma de suprir as demandas de saúde que chegam às UBS.

### 2.3 – A prática profissional das assistentes sociais dos NASF na AP. 3.1.

Ao tratar sobre a prática profissional das assistentes sociais na AP. 3.1 optou-se por elencar 9 (nove) pontos temáticos considerados estratégicos para pensar o Serviço Social na saúde, e mais especificamente no NASF. Tal divisão serve apenas para que a exposição seja mais didática, já que todos os nove pontos relacionam-se entre si.

1 – *A Possível diferença entre o processo de trabalho do Serviço Social em unidades de saúde tradicionais com o Serviço Social em equipes de NASF.*

As entrevistadas apontam que o processo de trabalho no NASF é diferente ao daquele tido como “do hospital”, especialmente quando relacionado à forma em que as demandas chegam à categoria - de maneira espontânea e direta. Como não é claro para todos na unidade (usuários e profissionais de saúde) que o NASF não deve ser “porta de entrada”, ainda se busca a “sala do Serviço Social” para orientações sobre o funcionamento da unidade ou para a realização de queixas e reclamações.

Contudo, na desconstrução daquela prática identificada pelas entrevistadas como “do hospital” e na construção de outra (identificada como o trabalho interdisciplinar entre equipe NASF e eSF) é preciso refletir sobre as possibilidades e limites desse novo processo de trabalho. O atendimento espontâneo ao mesmo tempo em que representa a demanda imediata da população, favorece a aproximação entre profissional e usuário(a). Logo, ao optar pela via de acesso aos(as) usuários(as) através apenas da eSF, pode-se contribuir com o afastamento do(a) assistente social com os(as) usuários(as) e com o fortalecimento da visão biomédica na saúde.

*2 - Ampliação com relação aos tipos de demandas que chegam ao Serviço Social e as atribuições e competências profissionais.* No ingresso do NASF nas unidades, as eSF procuravam a assistente social para informações e orientações sobre benefícios previdenciários e assistenciais. Com a participação do Serviço Social em reuniões de matriciamento e de equipe, muitas demandas que antes eram levadas para outras categorias, passam a chegar também para o Serviço Social, como é o caso de situações envolvendo saúde mental e violência nos seus múltiplos tipos. Para as entrevistadas isso é um fator positivo, pois representa que a categoria está sendo chamada a atuar de maneira mais ampliada nos processos de cuidado em saúde.

Das 7(sete) entrevistadas, 6(seis) acreditam que as demandas relacionadas a benefícios são competência também do Serviço Social do NASF, ou seja, consideram que estão inclusas na dimensão assistencial do(a) assistente social do NASF informar e orientar sobre esses benefícios. Apenas 1(uma) profissional identificou que esse tipo de demanda pode ser respondida por qualquer profissional e que respondê-las é reproduzir o Serviço Social dos hospitais.

É importante ter a clareza de que a interdisciplinaridade não retira as competências e atribuições privativas de cada profissão que compõe a equipe. Cada categoria leva para o NASF uma bagagem que é composta por valores, projetos profissionais, conhecimentos e visões de mundo diferentes; esses múltiplos saberes ao serem compartilhados em função do(a) usuário(a) potencia o cuidado e os serviços prestados pela unidade. Negar esse saber da política social e de sua fragmentação em políticas sociais na ordem social do capital que é próprio da categoria a qual o(a) assistente social representa é construir uma lacuna entre o(a) usuário(a) e seus direitos, na medida em que socializar informação pode ser uma competência compartilhada por outras profissões, mas requisita conhecimento para apreender as contradições que engendram o acesso aos direitos. Trazendo para o exemplo dos benefícios: muitas informações estão disponíveis nos diversos meios de comunicação, ninguém nega isso, mas será que é de fácil entendimento para todos(as)?

3 - *O papel dos(as) Agentes Comunitários de Saúde (ACS) na articulação entre os profissionais da ESF e NASF.* São eles que fazem as necessidades da população chegarem aos profissionais através da unidade. Desta forma, os ACSs fazem o papel de “elo” entre comunidade e UBS, estando dentro da unidade e ao mesmo tempo pertencentes à comunidade local. Assim, representam uma importante categoria a se contar para a socialização de informações e mobilização com relação ao controle social e na luta pelos direitos sociais.

4 - *Entendimento sobre projeto profissional.* Das 7(sete) entrevistadas apenas 1(uma) relatou ter plano de trabalho. De acordo com elas, a realidade nas unidades em que atuam é dinâmica e muitas vezes o que planejam não é possível ser realizado.

[...] ai eu fui vendo que... ‘tinha’ uma parada no NASF, que eu não ‘tava’ muito habituado que era assim, as coisas vão pegando no dia. E ai foi começando a ficar inconsistente, e quando eu vi eu esqueci [do plano de trabalho]. Porque eu planejava as coisas e foi tudo diferente do dia, porque foi acontecendo... Porque tinha que discutir isso hoje... (Entr. 004, Data: 31/08/2017).

Observou-se uma dificuldade em relacionar a dinâmica do trabalho na ESF com o projeto do Serviço Social no NASF. Ou seja, as respostas indicam um desafio para a reflexão do projeto profissional do Serviço Social, quando se

reconhece que o trabalho em saúde é necessariamente coletivo e isso parece ser um componente estruturante na construção de objetivos e de ações do NASF. Além disso, constatou-se que o plano de trabalho está sendo identificado pelas entrevistadas como uma agenda estruturada de ações que não podem deixar de serem cumpridas (o que no contexto das unidades mostra-se impossível de ser concretizado); e não como uma direção a ser seguida a fim de se realizar um objetivo.

5 – *As dimensões constitutivas da intervenção do Serviço Social: dimensão ético-política, dimensão teórico-metodológica e dimensão técnico-operativa.* De acordo com Santos (2013) essas dimensões apresentam-se nas expressões do exercício profissional: formativa, investigativa, organizativa e interventiva, e formam uma relação de unidade na diversidade. Em suas palavras:

Sinteticamente, podemos afirmar que a relação entre as dimensões se coloca no exercício profissional da seguinte forma: teoria como instrumento da análise do real, onde ocorre a intervenção profissional (dimensão teórico-metodológica) para criar estratégias e táticas de intervenção (dimensão técnico-operativa), comprometidas com um determinado projeto profissional (dimensão ético-política) (SANTOS, 2013, 26).

Constatou-se uma confusão entre ações profissionais, instrumentos e técnicas. Assim como entre as dimensões constitutivas da intervenção do Serviço Social; isso ocorreu, por exemplo, quando se verificou que as entrevistadas identificam os **instrumentos** definidos nas publicações do Ministério da Saúde sobre a atuação do NASF (Cadernos 27 e 39) como as **ações** que são realizadas pelo Serviço Social, a saber: a entrevista, a visita domiciliar e as reuniões, o que demonstra uma supervalorização dos instrumentos e pode levar a uma atuação profissional pragmática.

6 - *O trabalho em equipe multiprofissional.* Para as entrevistadas, os(as) profissionais que mais contribuem com sua atuação são aqueles(as) que compõem a própria equipe de NASF, em especial os(as) psicólogos(as), seguidos por fisioterapeutas. A contribuição mais marcante aparece quando outro(a) profissional do NASF identifica na demanda que chega para ele(a) a necessidade de intervenção também do Serviço Social. De acordo com as entrevistadas, além de reconhecer o papel do Serviço Social na equipe, essa

atitude também contribui com a avaliação mais ampliada sobre a situação de saúde e vida dos(as) usuários(as) já que consegue ultrapassar a demanda aparente que chega para uma categoria específica e aponta para a necessidade do trabalho multiprofissional.

Para as entrevistadas, a troca de saberes que ocorrem entre as categorias do NASF qualifica o trabalho desenvolvido pelo Serviço Social. Elas relatam que a troca possibilita um processo constante de aprendizagem o que faz com que algumas ações profissionais sejam alteradas/reavaliadas. Em outras palavras, elas afirmam que se trabalhassem sozinhas, e acolhessem as demandas sozinhas, sem ouvir e conversar/avaliar com os(as) colegas, provavelmente realizariam outras ações profissionais.

Ao mesmo tempo, o sigilo profissional aparece como o maior problema ético, justamente por trabalharem em equipes multiprofissionais. Os limites entre o que é compartilhável entre as categorias ainda é um problema nas UBS, especialmente quando se leva em consideração as estruturas muitas vezes precárias das mesmas (com faltas de salas suficientes para atendimentos).

*7 - Requisição institucional para as assistentes sociais entrevistadas colaborarem com as educações permanentes realizadas com as eSF das unidades que apoiam e também em atividades externas às unidades, planejadas e realizadas pela CAP. 3.1 em outros espaços da AP 3.1.* Para elas, esse aspecto representa a valorização do Serviço Social na ESF e contribui para que possam multiplicar informações e discutir questões como preconceitos e estereótipos presentes na sociedade.

*8 – Concepção de família presente na ESF.* As entrevistadas identificaram que as demandas da ESF estão chegando de maneira policial: as assistentes sociais frequentemente são chamadas a “punir” ou “obrigar” os(as) usuários(as) a cumprir determinada tarefa que a eSF julga ser a mais correta. O que se observa é que a lógica do controle das famílias se reproduz na ESF da AP 3.1, o que não é exterior à constituição da política de saúde em seus primórdios no Brasil quando uma das principais influências foi o higienismo e até a eugenia (VASCONCELOS, 2010).

Identificou-se que as entrevistadas têm executado um movimento contrário a essa lógica conservadora, buscando apresentar aos(as) profissionais da ESF a realidade a qual essas pessoas estão inseridas, e muitas vezes a estratégia para isso é a realização de visita domiciliar conjunta. Contudo, isso é apenas meio caminho a seguir; compreendemos que é preciso que as realidades em que as famílias vivem precisam ser contextualizadas de maneira crítica com a realidade do país e do modo de produção a qual estão inseridas, para não cair no equívoco de transformar essa visão em assistencialista ou encarar a situação como uma falta de oportunidade ou dificuldade de resiliência.

9 – *A Articulação da rede*. Percebeu-se que as assistentes sociais do NASF da AP. 3.1 tem exercido o papel de articuladoras da rede de serviços públicos dos territórios a qual são referências. Nesse sentido, buscam-se conciliar políticas que não foram pensadas de maneira conjunta, como saúde e assistência social. Nesse aspecto a rede demonstra uma característica ambígua: mesmo algumas sendo “porta de entrada aberta” para seus serviços como o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), alguns usuários(as) chegam primeiro na ESF para então serem direcionados (ou não) para estes serviços. Isso demonstra que a ESF na AP. 3.1 (apesar de todas as críticas legítimas de serem feitas) têm chegado mais perto das pessoas, e que por esse motivo é um espaço sócio ocupacional fecundo para uma atuação vinculada ao Projeto Ético Político Profissional e para a práxis política (VÁZQUEZ, 2011).

Também se percebeu uma inquietude e uma sensação de solidão por parte dessas profissionais, diante de tantos problemas a quais precisam lidar cotidianamente nas unidades em que atuam.

E vira uma coisa de psicologizar a questão social, então tudo às vezes tem que ter um remédio, tem que ter uma forma, e é tudo rápido, e imediato, e as coisas não se dão dessa forma. [...] De que a questão social é para além de uma questão restrita a um problema, existe uma dimensão muito maior, uma problemática muito maior, que não depende de o usuário fazer ou não aquilo, de poder ou não, de querer ou não. É mais de como a sociedade se configura para todos nós (Entr. 005, Data: 31/08/2017).

Há um entendimento de que tais questões advêm da forma como as políticas sociais estão sendo geridas no país, fazendo com que o

neoliberalismo interfira nas instituições públicas, nos serviços ofertados e no pensamento dos(as) profissionais de saúde.

### **3 – CONCLUSÃO**

Constatou-se que o NASF da AP. 3.1 enfrenta muitos desafios para a concretização dos trabalhos que lhe são propostos, entre os elencados pelas assistentes sociais entrevistadas estão: a dificuldade na construção do trabalho em equipe multiprofissional; a articulação da rede em tempos de subfinanciamento das políticas sociais; a alta rotatividade dos(as) profissionais da ESF; a psicologização e a criminalização das expressões da questão social; o alto número de ações imediatistas e não planejadas, e o crescimento no número de usuários(as) e eSF que não são acompanhados pela ampliação dos NASFs colocando em risco a qualidade dos serviços.

Percebeu-se que apesar dos atendimentos individuais ainda serem realizados em grande número, a atuação das entrevistadas tem se dado para além das paredes das salas de atendimento individuais, nas quais mais se destacam: as atividades de educação permanente para suas equipes de referência e em educação continuada e permanente elaborada pela CAP. 3.1; e em reuniões intersetoriais. Contudo, pouco se falou sobre participação popular na saúde, não foi relatada participação em espaços de conselho municipal ou distrital, o que pode representar que as demandas assistenciais são as que mais mobilizam tais profissionais, seja nas ações de dimensão assistencial ou técnica-pedagógica no NASF.

As entrevistadas acreditam que o Serviço Social no NASF da AP. 3.1 está numa posição diferenciada daquele Serviço Social do modelo “tradicional” na saúde. Para elas, o Serviço Social no NASF continua sendo um elo entre os(as) usuários e as famílias com os(as) profissionais de saúde e com as políticas sociais, mas não mais como subalternizado ao(a) profissional médico(a), já que podem contribuir com a qualificação dos serviços prestados de maneira mais ativa. Entretanto, é pertinente pensar sobre o acesso dos(as) usuários(as) ao Serviço Social - que com o NASF deve ocorrer através da eSF



- ou seja, são os(as) profissionais das categorias biomédicas que “decidem” se e quando a(o) assistente social (bem como outros(as) profissionais do NASF) deve ser envolvida(o) nas intervenções junto aos(as) usuários(as). Isso demonstra que o modelo de cuidado de saúde voltado para o aspecto biomédico permanece na ESF. Novamente o fluxo do “encaminhamento interno” se reproduz, e as próprias entrevistadas sinalizam que quando o(a) usuário(a) chega até ao Serviço Social sem passar pela eSF ele(a) [usuário(a)] deve primeiro retornar para sua equipe de referência, o que pode apontar uma nova forma de subalternidade da profissão - agora submetida a ESF através da proposta de trabalho do NASF.

A análise das entrevistas indica a importância que o NASF tem em multiplicar o conceito ampliado de saúde entre os(as) demais profissionais da ESF, contudo, a alta rotatividade na ESF da AP. 3.1 faz com que diversos assuntos precisam ser retomados, processos de trabalho são desfeitos e refeitos de acordo com o perfil dos(as) profissionais que ingressam nas unidades, o que faz com que o trabalho seja descontínuo. Além disso, apesar da intencionalidade em garantir que o norte das intervenções seja o conceito de saúde ampliado – o que aproxima a proposta do NASF com o Projeto Ético Político do Serviço Social -, constatou-se que permanece na APS a valorização do conhecimento e do poder biomédico, já que são os(as) profissionais dessas categorias que selecionam as demandas que chegarão ao NASF. Logo, observa-se que ainda há um grande percurso a seguir para que a saúde seja vista de maneira ampliada.

Mas é importante perceber que responsabilizar o NASF para que tal concepção adentre todos os espaços da ESF é desconsiderar todo o contexto que rege a política da saúde que vai desde o subfinanciamento, às formas de contratação dos(as) trabalhadores(as), até a formação e capacitação destes(as). O que se observa é que o projeto do SUS Possível tem ganhado cada vez mais espaço frente ao Projeto da Reforma Sanitária, flexibilizando as diretrizes e princípios contidos no Sistema Único de Saúde e indo de encontro com o Projeto Ético Político do Serviço Social. Para Soares (2012),

O projeto SUS possível é defendido pelas lideranças que diante dos limites da política econômica defendem a flexibilização da reforma sanitária, mas nomeiam esse processo como reatualização,

modernização ou mesmo como continuidade desta. Este projeto, na verdade termina por favorecer a ampliação dos espaços do projeto privatista e, apesar de suas lideranças não reconhecerem, os dois projetos compõem uma mesma unidade dialética e se imbricam mutuamente numa mesma racionalidade que, desta vez, avança mais rapidamente na disputa hegemônica (SOARES, 2012, p. 93).

Nesse sentido, o projeto do SUS Possível é na verdade uma resposta às relações de força existentes no setor. Uma alternativa para “conciliar” os interesses do capital (representados por grandes instituições internacionais) com aspectos do projeto da Reforma Sanitária, representando o abandono da proposta progressista e o caráter de radicalidade da Reforma Sanitária, abrindo espaços para a flexibilização da execução da política.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Caderno de Atenção Básica nº 39. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

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

\_\_\_\_\_ et al. A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. **Interface Comunicação Saúde Educação**, 18 Suplemento: 983-995, 2014.

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

SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. **Relatório de Gestão 2016**. Ministério da Saúde: Brasília, 2017.

\_\_\_\_\_. **Relatório de Gestão 2015**. Ministério da Saúde: Brasília, 2016.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12<sup>o</sup> ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

\_\_\_\_\_ (Org.). **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 1994.

GUERRA, Yolanda. O estágio supervisionado como espaço de síntese da unidade dialética entre teoria e prática: o perfil do profissional em disputa. In: SANTOS, Cláudia Mônica dos Santos; LEWGOY, Alzira Maria Baptista; ABREU, Maria Helena Elpidio (Org.). **A supervisão de Estágio em Serviço Social: Aprendizados, Processos e Desafios**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2016. p. 101-124.

\_\_\_\_\_. Compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional: significado, limites e possibilidades. In: CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL (Org.). **Projeto ético político e exercício profissional em Serviço Social: os princípios do código de ética articulados à atuação crítica de assistentes sociais**. Rio de Janeiro: CRESS; 2013. p. 123-135.

SANTOS, Cláudia Mônica dos. A dimensão técnico-operativa e os instrumentos e técnicas no Serviço Social. **Revista Conexão Geraes**. 2º semestre de 2013. CRESS-MG, 2013. p. 25-30.

SOARES, Raquel Cavalcante. A racionalidade da contrarreforma na política de saúde e o Serviço Social. In: BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo de (Org.). **Saúde, Serviço Social, movimentos sociais e conselhos: desafios atuais**. São Paulo: Cortez, 2012, p. 85 – 108.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão (Org.). O movimento de Higiene Mental e a Emergência do Serviço Social no Brasil e no Rio de Janeiro. **Saúde Mental e Serviço Social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. 5º ed. São Paulo: Cortez, 2010.

VÁZQUEZ, Adolfo Sánchez. **Filosofia da Práxis**. 2. ed. Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales – Clacso; São Paulo: Expressão Popular: Brasil, 2011.