



GT - GRUPO DE ESTUDOS E PESQUISA EM QUESTÃO SOCIAL, POLÍTICA SOCIAL E SERVIÇO SOCIAL

A ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA: descrição a partir de experiências vivenciando o SUS Campinas

Ana Luíza Barbosa Lima¹

RESUMO

O presente artigo realiza breves reflexões sobre como se dá o Núcleo de Apoio à Saúde da Família e como este se insere na Atenção Básica, junto a Equipe de Saúde da Família na cidade de Campinas – São Paulo, destacando a inserção do Serviço Social enquanto núcleo profissional, parte da equipe multidisciplinar e sua importância, bem como os desafios diante da ofensiva neoliberal que ameaça todos os dias a atuação profissional e a articulação com a rede socioassistencial e de saúde mental da região. Enquanto procedimentos metodológicos foram utilizados revisão literária, de natureza teórica e as vivências da autora enquanto residente em Atenção Básica/Saúde da Família. A partir das análises foi perceptível a subalternização da profissão, assim como do modelo de atenção proposto pela equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, sendo necessário desenhar estratégias para orientar o público usuário do serviço, a fim de desmistificar o papel do Centro de Saúde e os serviços ofertados neste, assim como continuar realizando educações permanentes com as equipes.

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

1 INTRODUÇÃO

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) têm o objetivo de apoiar a consolidação da Atenção Básica no Brasil, ampliando as ofertas de saúde na rede de serviços, assim como a resolutividade, a abrangência e o alvo das ações, segundo o Ministério da Saúde.

Nestes núcleos estão inseridos profissionais especialistas. Atualmente o NASF dos Centros de Saúde Conceição e 31 de março possuem duas pediatras, uma assistente social (residente), um fonoaudiólogo, dois fisioterapeutas (sendo um deles residente), duas psicólogas (sendo uma delas residente), uma nutricionista, um psiquiatra e um ginecologista, sendo uma das maiores equipes na cidade, mas ainda sim sofrendo com o sucateamento da saúde pública, processo que a cada ano ganha

¹ Assistente Social graduada pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte e profissional residente do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família – SMS/PMC.



mais força no município de Campinas/SP, que anteriormente era conhecido por seu modelo de difusão e execução do SUS e reforma psiquiátrica.

Atualmente, a cidade passa por um grande avanço do conservadorismo, não só político, atingindo todas as esferas públicas. Isso desemboca em uma rede desmontada e desarticulada, ressignificando negativamente o trabalho e função do NASF dentro dos Centros de Saúde (maneira a qual chamam as Unidades Básicas de Saúde no município). A privatização avança rapidamente e a maior prova desse panorama são todos os níveis da assistência social serem privados e/ou com viés religioso, assim como os CAPS e hospitais/maternidades de referência municipais.

Não por um acaso, para manutenção dos NASFs em Campinas são realizados processos seletivos para residência com o intuito de preencher vagas não ocupadas por profissionais concursados, recebendo menos da metade do salário, além das 12 horas diárias.

Sendo assim, os residentes se encontram enquanto mão de obra barata para o município, que sequer investe nas bolsas, tal qual faz com as bolsas da residência médica. O NASF é desvalorizado de todas as formas cabíveis, pois mesmo com uma das maiores equipes os Centros de Saúde Conceição e 31 de março não possuem espaço para realização de grupos ou salas para os profissionais não-médicos, mesmo tendo passado por reformas recentemente. Isto contribui para o enaltecimento do modelo ambulatorial de atuação, esquecendo o mais importante na UBS, que é a prática e abordagem de saúde da família.

O artigo está organizado em quatro sessões: o referencial teórico visa debater um pouco sobre o que é NASF, a APS e a ESF, e como eles se inserem no contexto social do Brasil e da cidade de Campinas/SP; por conseguinte, foi utilizado enquanto metodologia para análise o método materialista histórico-dialético de Marx. Os procedimentos metodológicos da pesquisa abrangem uma revisão literária e vivências a partir da residência; por fim, os resultados encontrados a partir da análise.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

O Sistema Único de Saúde advém de um contexto de luta popular, construído a partir das conferências de saúde, em especial a 8ª Conferência Nacional de Saúde,



formatando o novo sistema de saúde que futuramente seria responsável pela composição das diretrizes que regem o SUS, este ofertando o cuidado em saúde enquanto direito social na Constituição Federal de 1988 para todos e todas em território brasileiro, sem distinção.

O SUS demonstra também um grande avanço após épocas sombrias da história brasileira marcada pela sangrenta ditadura militar, época em que as expressões da questão social ² no Brasil se agudizaram, marcando a instituição do Estado Democrático. Em 1990 a Lei 8.142 assegurou a participação da população na gestão do SUS, assim como a realização das conferências em a cada quatro anos.

Este contexto histórico desembocou na instituição dos níveis de atenção em saúde, sendo a Atenção Primária a Saúde ³, Atenção Especializada ⁴ e Alta complexidade⁵. Neste artigo o enfoque será na APS, a fim de compreender sua complexidade em nível de atenção à saúde e como o Assistente Social se insere enquanto profissional do Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

Os Cadernos de Atenção Básica definem a APS da seguinte forma:

[...] representa o primeiro contato na rede assistencial dentro do sistema de saúde, caracterizando-se, principalmente, pela continuidade e integralidade da atenção, além da coordenação da assistência dentro do próprio sistema, da atenção centrada na família, da orientação e participação comunitária e da competência cultural dos profissionais. São assim estipulados seus atributos essenciais: o acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde, a

² A questão social diz respeito ao conjunto das expressões das desigualdades sociais engendradas na sociedade capitalista madura, impensáveis sem a intermediação do Estado. Tem sua gênese no caráter coletivo da produção, contraposto à apropriação privada da própria atividade humana - o trabalho -, das condições necessárias à sua realização, assim como de seus frutos. (IAMAMOTO, 2001, p. 16)

³ Na APS, as equipes profissionais estão divididas da seguinte maneira: Saúde da Família (47.627), Saúde da Família Ribeirinhas (202), Prisionais (316), Consultório na Rua (156), Atenção Primária (3.869), Saúde Bucal (27.041), dentre outras estratégias. Atualmente, são 48.161 UBS espalhadas por todo o Brasil. (BRASIL, 2022)

⁴ A atenção especializada é dividida em dois elementos (atenção secundária e terciária), que são, respectivamente, média e alta complexidade (ambulatorial e especializada hospitalar). A média complexidade é composta por serviços especializados encontrados em hospitais e ambulatorios e envolve atendimento direcionado para áreas como pediatria, ortopedia, cardiologia, oncologia, neurologia, psiquiatria, ginecologia, oftalmologia entre outras especialidades médicas. (BRASIL, 2022)

⁵ Hospitais gerais de grande porte, hospitais universitários, Santas Casas e unidades de ensino e pesquisa fazem parte do nível de alta complexidade da atenção especializada. São locais com leitos de UTI, centros cirúrgicos grandes e complexos. Também envolve procedimentos que demandam tecnologia de ponta e custos maiores, como os oncológicos, cardiovasculares, transplantes e partos de alto risco. (BRASIL, 2022)



continuidade e a integralidade da atenção, e a coordenação da atenção dentro do sistema. (BRASIL, 2010, p. 7)

Apesar de ser primária e chamada também de atenção básica, este nível de atenção possui grande complexidade e alta demanda, ao passo que sofre com o desmonte dos sistemas públicos, dificultando a interlocução com outros serviços públicos e demais níveis de atenção em saúde.

Na atenção básica em saúde há a Equipe de Saúde da Família (ESF), os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e a Equipe de Saúde Bucal. O NASF foi constituído em 2008, com o intuito de apoiar as ESF, organizando-se da seguinte forma:

Um Nasf deve ser constituído por uma equipe, na qual profissionais de diferentes áreas de conhecimento atuam em conjunto com os profissionais das equipes de Saúde da Família, compartilhando e apoiando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das equipes de SF. Tal composição deve ser definida pelos próprios gestores municipais e as equipes de SF, mediante critérios de prioridades identificadas a partir das necessidades locais e da disponibilidade de profissionais de cada uma das diferentes ocupações. O Nasf não se constitui porta de entrada do sistema para os usuários, mas sim de apoio às equipes de SF. (BRASIL, 2010, p. 7)

O NASF possui como enfoque a multidisciplinariedade, os atendimentos compartilhados, a interdisciplinaridade, a educação permanente em saúde, que não precisa ser necessariamente da população, mas também das equipes inseridas nas unidades básicas de saúde e a promoção de saúde, não perdendo o viés da educação popular, muito presente principalmente nas vivências dos assistentes sociais.

Com isso, o Serviço Social se inclui no NASF para realizar intervenções para além do processo saúde-doença, compreendendo as expressões da questão social e como elas interferem também neste processo, lutando em face dos direitos constitucionais: saúde como direito do cidadão e dever do Estado.

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



O assistente social a partir da interação com os usuários e o território atua enquanto apoio a ESF, mediando os vínculos e os fortalecendo. Além disso, fortalecendo os vínculos com a rede socioassistencial, de reabilitação e saúde mental.

Portanto, é em tal cenário que o assistente social, em conjunto com as demais categorias profissionais, procura conduzir-se no sentido de compreender, intervir, antecipar e planejar projetos sociais e terapêuticos que vão para além da dimensão biomédica. Compõe-se assim uma prática de integralidade, apoiada na interdisciplinaridade e na intersetorialidade, facultando uma inserção diferenciada do assistente social na área da saúde, de forma a superar o estatuto tradicional de profissão paramédica, típico do modelo biomédico. (BRASIL, 2010, p. 89)

O NASF em Campinas aposta demasiadamente na abordagem grupal, definindo segundo os cadernos da atenção básica:

Define-se como o atendimento para escuta ativa de grupo de usuários que apresentam demanda comum, para problematização, sensibilização, informação e/ou esclarecimento sobre legislação e critérios de inclusão em projetos, programas e serviços sociais ou de saúde. Constitui-se em importante e imprescindível estratégia para potencializar a atuação da equipe e viabilizar a resposta à enorme demanda apresentada. A relevância dada às estratégias coletivas de intervenção deve-se ao reconhecimento da efetividade da dinâmica grupal, da possibilidade mais significativa de desenvolver processos sociais a partir de identificações entre sujeitos que vivenciam situações similares, de fortalecer alternativas de organização e enfrentamento conjunto, de possibilitar processos de mútua ajuda e de partilhar sofrimentos e estratégias de superação, cooperação, solidariedade, veiculação de informações. (BRASIL, 2010, p. 92)

A população abrangente dos dois territórios (Conceição e 31 de março) em sua maioria adere aos grupos e os frequenta, pois, para além do viés terapêutico⁶, também há a convivência social, importante para grande parte dos usuários, principalmente com questões ligadas a saúde mental, que tem crescido exponencialmente nos últimos anos, associada que parte da população é assolada pela pobreza:

[...] como uma das manifestações da questão social, e dessa forma como expressão direta das relações vigentes na sociedade, localizando a questão no âmbito de relações constitutivas de um padrão de desenvolvimento capitalista, extremamente desigual, em que convivem

⁶ Destaco a não inserção da assistente social em práticas terapêuticas a partir da resolução 569 de 25 de março de 2010, que dispõe sobre a vedação da realização de terapias associadas ao título e/ou exercício profissional do assistente social, a palavra foi utilizada apenas para meios de compreensão.



acumulação e miséria. Os “pobres” são produtos dessas relações, que produzem e reproduzem a desigualdade no plano social, político, econômico e cultural, definindo para eles um lugar na sociedade. Um lugar onde são desqualificados por suas crenças, seu modo de se expressar e seu comportamento social, sinais de “qualidades negativas” e indesejáveis que lhes são conferidas por sua procedência de classe, por sua condição social. Este lugar tem contornos ligados à própria trama social que gera a desigualdade e que se expressa não apenas em circunstâncias econômicas, sociais e políticas, mas também nos valores culturais das classes subalternas e de seus interlocutores na vida social. Assim sendo, a pobreza, expressão direta das relações sociais, “certamente não se reduz às privações materiais”. (YAZBEK, 2012, p. 289-290)

A ofensiva neoliberal traz novos desafios e expressões da questão social, ao qual o Serviço Social vai se posicionar a favor da classe trabalhadora. Se perpetua o neoliberalismo que produz via globalização a valorização do capital financeiro, o crescimento do mercado e das empresas transnacionais e a estruturação do poder mundial. Assim, a questão social prossegue com seu novo perfil produzindo novas problemáticas para Serviço Social brasileiro enfrentar, dentre elas o crescimento do trabalho informal, a vulnerabilidade do trabalho e das condições de vida dos trabalhadores/as e o enfraquecimento da proteção social, importantes marcadores para o adoecimento mental de grande parte da classe trabalhadora.

Entretanto, o município de Campinas, pautado no neoliberalismo, nega a questão social como uma questão que deve ser de responsabilidade do Estado, fortalecendo a privatização, o sucateamento dos serviços públicos e escondendo parte da população em situação de vulnerabilidade⁷. Com a hegemonia neoliberal, a privatização atingiu empresas públicas, como os CRAS, CREAS e CAPS e isto apenas tendeu a crescer ao longo dos anos, juntamente com o conservadorismo burguês.

Assim a tendência geral tem sido a de restrição e redução de direitos, sob argumento da crise fiscal do Estado, transformando as políticas

⁷ Uma das grandes contribuições do termo consiste na superação de análises simplórias referentes à pobreza, isso porque se trata de uma qualidade heterogênea, tornando-se necessário compreendê-la pelo entrecruzamento de seus fatores multicausais. Falar em riscos sociais não se restringe a situações de pobreza, mas está associado a um amplo espectro de situações, como o desemprego, dificuldades de inserção social, enfermidades, violência etc. É, portanto, insuficiente pensar soluções meramente econômicas para problemas de ordem estrutural, que em sua maioria possui raízes profundas, como problemas herdados da própria formação nacional, deterioração do sistema democrático, planejamento urbano ineficiente, entre outros (CANÇADO;SOUZA;CARDOSO, 2014, p. 2).



sociais – a depender da correlação de forças entre as classes sociais e segmentos de classe e do grau de consolidação da democracia e da política social nos países – em ações pontuais e compensatórias direcionadas para os efeitos mais perversos da crise. (BEHRING; BOSCHETTI, 2016, p. 156).

Sendo assim, dentro deste cenário as políticas sociais se direcionam para uma condição compensatória e seletiva, sendo estas ofertadas para aquela parcela da população em maior situação de vulnerabilidade, obrigando o profissional do Serviço Social “escolher” o pobre, entre os mais pobres. Não há política habitacional, as de segurança alimentar são extremamente burocráticas e seletivas (além de insuficientes), algo semelhante ocorre o auxílio transporte, por situação de morte e natalidade; não há central de cadastro único, resumindo o serviço aos CRAS e DAS.

O Distrito de Assistência Social (DAS) é uma instituição existente apenas no município de Campinas

Os DAS se constituem em uma estrutura descentralizada da política de assistência social do município, com função técnica, operacional, administrativa e de gestão, responsável por gerenciar e executar os serviços, programas, projetos e benefícios socioassistenciais da Proteção Social Básica do SUAS nas cinco macrorregiões do município, a saber: Norte, Sul, Leste, Sudoeste e Noroeste. Ou seja, os DAS realizam a gestão local da macrorregião e ofertam atendimento à população que se encontra fora da área de abrangência dos territórios de CRAS. (CAMPINAS, 2017, p. 41)

Se configura enquanto um desmonte da assistência social e precariza os trabalhos das/dos profissionais, principalmente assistentes sociais, psicólogos e educadores sociais. Além disso, os serviços são desmembrados de forma que os CRAS/DAS não estão no território, dificultando o acesso da população e o Serviço de Convivência e Fortalecimento de vínculos é terceirizado, assim como toda a média complexidade, com serviços como Serviço de Proteção Social a Adolescentes em Cumprimento de Medida Socioeducativa de Prestação de Serviços à Comunidade (PSC) e Serviço Especializado em Abordagem Social – Adulto e a alta complexidade. Todos os serviços são desmembrados em diferentes instituições, sendo de extrema dificuldade a articulação da rede. Esses serviços também não compreendem o fluxo do NASF e da ESF, influenciando também o modelo ambulatorial de atendimento, desvalorização as atividades em grupo realizadas.



Há, atualmente, nos Centros de Saúde Conceição/31 de março 10 grupos, sendo alguns para reabilitação, saúde mental, movimentação e convivência. Sendo os grupos: Psicopedagogia, Contação de História, Estimulação Infantil, Caminhada, Movimentação/Liang Gong, Reviver, Nossa Voz, Movimento Vital Expressivo, Grupo de Chegada e Grupo de Ombro. Contudo, as/os profissionais não possuem espaço físico, tendo que os realizar em outros espaços externos, além de alguns não possuírem salas para realização de atendimentos individuais.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Para compreensão e análise da atuação e inserção do Serviço Social no Núcleo de Apoio À Saúde da Família foi utilizado enquanto metodologia revisão literária, de natureza teórica, a partir das vivências da autora enquanto residente em Atenção Básica/Saúde da Família.

Com vista a essa expressão, foi utilizado o método materialista histórico-dialético de Marx, tal método se caracteriza por compreender o objetivo de pesquisa, segundo Netto (2009), a partir da sua essência, a sua estrutura e a sua dinâmica, apreendendo-o como um processo. Desse modo, o sujeito neste processo é ativo, movimentando-se, tal como o objeto, sendo capaz de mobilizar um máximo de conhecimentos, criticá-los, revisá-los e deve ser dotado de criatividade e imaginação. O papel do sujeito é fundamental no processo de pesquisa, como aponta Netto.

[...] o método de Marx não resulta de operações repentinas, de instituições geniais ou de inspirações iluminadas. Antes, é o produto de uma longa elaboração teórico-científica, amadurecida no curso de sucessivas aproximações ao seu objeto [...] (NETTO, 2011, p. 28).

A técnica escolhida para analisar essas informações é a de análise de conteúdo, pois esta "[...] procura proporcionar aos investigadores um meio de apreender as relações sociais em determinados espaços, de uma forma apropriada ao tipo de problema de pesquisa proposto." (CAPPELLE; MELO; GONÇALVES, 2003, p. 5)

4 RESULTADOS – A INSERÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL

Apesar das normativas sistematizarem e afirmarem fluxos para ESF e NASF, sabemos que elas não são postas em prática. Muito se deve a um sistema imediatista,



baseado na produtividade advindo do modo de produção capitalista que exige do trabalhador uma meta. Esse modo de produção se esgueira por toda a sociedade e rebate inclusive no SUS, este ameaçado a todo o momento pela privatização, e seus funcionários

Uma lógica pensada para prevenção e promoção de saúde não é rentável para o modo de produção, então é difundida uma ideologia acerca da utilização dos espaços da unidade básica de saúde apenas para fins curativos, com a lógica hospitalocêntrica, comprada muitas vezes pelos próprios funcionários do SUS e os usuários, alienados neste contexto. Assim, Vasconcelos destaca:

Mas, como revela a história de lutas e enfrentamentos do operariado e demais segmentos da classe trabalhadora, se é possível nos referirmos teoricamente a enfrentamentos, insurgências, resistências que resultaram ora em imposição de limites ao capital, ora em rupturas com a ordem estabelecida, é preciso sinalizar que na sociedade burguesa constituída, o complexo alienação/fetichismo/reificação se constitui, historicamente, em processos e mecanismos essenciais à manutenção funcional do capitalismo. Um complexo que, determinado histórico-socialmente, se espalha por todas as esferas do ser social, atingindo em cheio não só os trabalhadores, mas todos os indivíduos sociais. (VASCONCELOS, 2015, p. 56)

Compreendendo isso, a própria inserção do Serviço Social no NASF se dá de forma subalternizada. Sendo poucos profissionais e por muitas vezes os profissionais da ESF não entendendo o papel do assistente social. No município de Campinas há uma supervalorização do profissional médico, e é também compreensível e associável os profissionais da enfermagem e odontólogos aos equipamentos de saúde, mas o assistente social é visto como algo dispensável.

Assim, destaco que o Serviço Social, muitas vezes, não é considerado enquanto uma profissão na área da saúde dentro das próprias unidades. Contudo, a inserção da profissão na saúde se deu ainda em 1940 e sua atuação também foi marcante para a criação da constituição de 1988 e a constituição do SUS da forma que conhecemos hoje.

A portaria nº154/2008 detalha as ações esperadas do Serviço Social no âmbito do NASF:



- realizar junto com as ESF o planejamento das ações de saúde da criança; - realizar atividades clínicas pertinentes a sua responsabilidade profissional; - apoiar as ESF na abordagem e no processo de trabalho referente aos casos de agravos severos e/ou persistentes de saúde da criança, além de situações específicas, como a de violência intrafamiliar; - discutir com as ESF os casos identificados que necessitem de ampliação da clínica em relação a questões específicas; - criar, em conjunto com as ESF, estratégias para abordar problemas que se traduzam em maior vulnerabilidade; - evitar práticas que levem a medicalização de situações individuais e sociais, comuns à vida cotidiana; - desenvolver ações de mobilização de recursos comunitários, buscando desenvolver espaços de vida saudáveis na comunidade, como oficinas comunitárias, destacando a relevância da articulação intersetorial (conselhos tutelares, escolas, associações de bairro etc); - priorizar as abordagens coletivas, identificando os grupos estratégicos para que a atenção em saúde da criança se desenvolva nas unidades de saúde e em outros espaços na comunidade; - ampliar o vínculo com as famílias, tomando-as como parceiras no tratamento e buscando constituir redes de apoio e integração; e - realizar visita domiciliar conjunta às equipes Saúde da Família a partir de necessidades identificadas, a exemplo dos casos de pacientes impossibilitados de deambular. (BRASIL, 2008)

Contudo, a lógica ambulatorial inserida nas unidades impede que isso ocorra de tal forma, assim como a rede socioassistencial e de saúde mental serem privatizadas. As mudanças no mundo do trabalho trouxeram para o Serviço Social no Brasil novas expressões da questão social, Neto (2010) aponta "[...] precarização do trabalho, a desproletarização e a subproletarização, a horizontalização, o desemprego estrutural [...]". Desse modo, com a expansão do neoliberalismo as esferas privadas e estatais sofreram alterações e a profissão se viu diante da formação de novos espaços, sendo necessário a criação de respostas às novas demandas.

Com os avanços industriais e tecnológicos, de acordo com Iamamoto (1999), o assistente social assume cada vez mais a área de Recursos Humanos, além de prestação e operacionalização de benefícios sociais (políticas internas).

A alteração das formas de gestão da força de trabalho nas organizações vem diversificando as requisições feitas aos assistentes sociais. Estes têm sido chamados a atuar em programas de qualidade de vida no trabalho, saúde do trabalhador, gestão de recursos humanos, prevenção de riscos sociais, círculos de qualidade, gerenciamento participativo, clima social, sindicalismo de empresa, reengenharia, administração de benefícios estruturados segundo padrões meritocráticos, elaboração e acompanhamento de orçamentos sociais, entre outros (IAMAMOTO, 1999, p. 124).



Iamamoto (1999) ainda aponta que para o assistente social atender a estas exigências, é exigido a ele conhecimentos além daqueles que compõem habilidades e competências profissionais. São exigidas: experiência, criatividade, iniciativa e liderança, compreensão sob as rápidas mudanças no mundo dos negócios, de línguas e da informática, desembaraço, versatilidade, capacidade de negociação e apresentação em público, fluência verbal; e ainda, capacidade operativa no exercício de funções de recrutamento, seleção, treinamento, desenvolvimento de pessoal, administração de salários, avaliação de desempenho e benefícios.

Desse modo, a atuação profissional é posta diante de grandes desafios e demandas para além das suas competências, mas nunca deixando-se perder diante da defesa intransigente dos direitos da classe trabalhadora, respondendo as novas demandas a luz do código de ética. Em relação a intervenção do Serviço Social, a partir da leitura de Bertollo (2016), se dá do uso racional dos meios e dos recursos a fim de alcançar determinado objetivo (planejamento).

A atuação e o processo de trabalho do/da assistente social a partir da leitura de Souza e Ávila (2016, p. 98) compreende-se:

[...] tem as dimensões investigativa, propositiva e interventiva. A atuação do assistente social tanto no campo de empresas privadas quanto na viabilização de direitos, prestação de serviços públicos de interesse coletivo, consiste em educação sócio-política dos indivíduos em suas múltiplas relações na dimensão da vida cotidiana na produção e reprodução social.

A prática necessita ter um viés crítico e se reinventar para não cair nos maneirismos do consenso popular e nas garras da ideologia burguesa, difundida fortemente em Campinas, sendo necessário a todo momento estar se atualizando enquanto profissional diante das barreiras do dia a dia nas instituições.

Na atualidade, devido ao contexto de regressão conservadora das políticas sociais os profissionais de Serviço Social são estimulados a privilegiar ações curativas e imediatistas, deixando de desenvolver atividades educativas e de caráter coletivo que foquem na prevenção e na promoção da saúde da população em um trabalho constante de incentivo à cidadania (SOUZA; ÁVILA, 2016, p. 98).

Percebe-se que diante de tal situação, muitos profissionais não exercitam a postura investigativa, criativa e crítica e que apresentam dificuldade de unir a teoria à



prática no sentido de compreender o binômio saúde/doença de forma abrangente que envolva os aspectos biológicos, socioculturais e ecológicos. “[...] num contexto em que os eixos da promoção da saúde, particularmente do controle social e da interdisciplinaridade, não vêm sendo priorizados pelas equipes, [...]” (SILVA, 2009 p. 7).

O assistente social do NASF tem como desafio as diversas expressões da questão social, trabalha na defesa de direitos, buscando qualificar os serviços de saúde e ampliar sua resolutividade, junto a equipe multiprofissional e a ESF. Contudo há dificuldades para articulação da rede socioassistencial e de saúde mental, pois são privatizadas, existindo um grande desmonte e desintegração, ocasionando vínculos frágeis dos usuários com a unidade de saúde e, também,

com outros serviços, que não assistem integralmente as famílias ou por muitas vezes os assistentes sociais da rede apresentam uma postura conservadora e policialista.

Nas últimas décadas, o Serviço Social tem sido influenciado pelo conservadorismo presente na sociedade e enraizado nas práticas profissionais. A prática profissional “[...] ainda é executada, por muitos/as profissionais e em vários lugares do Brasil, por meio de ações assistencialistas, pontuais, que se fundamentam na avaliação de méritos pessoais para a viabilização de direitos sociais” (EUFRASIO, 2015, p. 4). Contudo, é importante compreender a potenciação do conservadorismo na atualidade

[...] tem influenciado muito o campo de trabalho de assistentes sociais, o que significa que esse modo de pensar e agir é produto do contexto sócio-histórico e das relações sociais nas quais estamos inseridos. Por outro lado, entendemos também que se trata de um posicionamento ideológico e político de profissionais que têm condições de optar a favor ou contra a barbárie que está instalada no mundo. (EUFRASIO, 2015, p. 8)

Em contramão disso, a assistente social inserida no NASF Conceição/31 de março busca realizar e propor novas atividades, principalmente em grupo, reforçando com as ESF a todo momento os fluxos de atendimento e educação permanente, não só para os usuários, mas para as equipes de referência.

Entretanto, é importante frisar que a profissional é residente, sendo a única para dar conta de duas unidades, em um território que não possuía assistente social a vários



anos, sendo necessário inserir novos fluxos, sempre tendo em vista a vertente pedagógica da profissão. A prefeitura de Campinas se apoia no programa de residência multiprofissional para preencher os NASFs da região, ofertando bolsas defasadas, sem auxílios, afirmando a precarização no processo de trabalho dos residentes, além disso, os médicos residentes recebem incentivos financeiros a mais para se inserirem no programa em Campinas (configurando a bolsa quatro vezes a mais que dos profissionais não-médicos), refletindo as desigualdades presentes a partir dos núcleos profissionais.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto foi compreendido o papel do NASF na Atenção Básica enquanto uma equipe que atua de forma multiprofissional, apoiando a Equipe de Saúde da Família no território e realizando propostas de intervenção que superam as barreiras do diagnóstico e medicalização.

Em especial o assistente social se insere nesse espaço enquanto um profissional qualificado para refletir junto as equipes o processo de adoecimento como um todo, pensando que o recrudescimento das expressões da questão social também são determinantes para o crescimento de demandas relacionadas a saúde, principalmente referentes a saúde mental, diretamente ligada ao avanço do capitalismo contemporâneo, em um município dominado pela burguesia conservadora e neoliberal, que reforça o modelo ambulatorial de atendimento e produz diversas tentativas de desmonte ao NASF.

Assim, sendo necessário desenhar estratégias para orientar o público usuário do serviço, a fim de desmistificar o papel do Centro de Saúde, do NASF e da ESF. Em relação às equipes de ESF, continuar reafirmando o papel do NASF, independentemente de falta de salas e espaço físico para realização de grupos (e isso não é por um acaso, é um projeto político) por meio de educações permanente em saúde.

Por fim, é perceptível os esforços das equipes de ESF e NASF diante dos desastres relacionados a privatização que assolam o Estado de São Paulo como um todo. Contudo, dificilmente a estratégia de saúde da família se concretizará na prática, tal qual como está transcrito, tendo em vista o direcionamento político existente no município de Campinas. Além disso, parte da população não se apresenta combativa



quanto a isso demonstrando-se extremamente conservadora, e as pessoas que poderiam combater estão cansadas, socialmente excluídas e vítimas da higienização social, lutando pelas suas vidas.

REFERÊNCIAS

BEHRING, Elaine Rossett; BOSCHETTI, Ivanete. **Política social: fundamentos e história**. São Paulo: Cortez, 2016. (Biblioteca básica de serviço social; v. 2).

BERTOLLO, Kathiúça. **Planejamento em Serviço Social: Tensões e Desafios no Exercício Profissional**. Temporalis, Brasília (DF), ano 16, n. 31, jan/jun. 2016.

BRASIL. **Atenção Primária e Atenção Especializada: Conheça os níveis de assistência do maior sistema público de saúde do mundo**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/marco/atencao-primaria-e-atencao-especializada-conheca-os-niveis-de-assistencia-do-maior-sistema-publico-de-saude-do-mundo>. Acesso em 18 de julho de 2023.

_____. Portaria nº 154, **Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF**, 2008.

_____. **Cadernos de Atenção Básica: Diretrizes do NASF**. Ministério da Saúde. Brasília, 2010.

CAMPINAS. **Plano Municipal de Assistência Social (2018 – 2021)**, 2017.

CANÇADO, T.C.L.; SOUZA, R.S. de; CARDOSO, C.B. da S. **Trabalhando o conceito de Vulnerabilidade Social**. XIX Encontro Nacional de Estudos Populacionais. São Pedro/SP, 2014.

CAPPELLE, Mônica Carvalho Alves; MELO, Marlene Catarina de Oliveira Lopes; GONÇALVES, Carlos Alberto. Análise de conteúdo e análise de discurso nas ciências sociais. *Revista de Administração da UFLA*; v.5 – N.1 – JAN/JUN de 2003.

EUFRASIO, Amanda. **EXPRESSÕES DO CONSERVADORISMO NO SERVIÇO SOCIAL BRASILEIRO: UM ESTUDO SOBRE O TRABALHO COM FAMÍLIAS NA ASSISTÊNCIA SOCIAL**. Santa Catarina, 2015.

IAMAMOTO, M. V. **A questão social no capitalismo**. *Revista Temporalis*, n. 3, 2001, Brasília, ABEPSS/Grafiline, p. 09-32.

_____. **O trabalho do assistente social frente às mudanças do padrão de acumulação e de regulação social**. In: CENTRO DE EDUCAÇÃO, ABERTA, CONTINUADA A DISTÂNCIA. *Capacitação em Serviço Social e política social*. Brasília: CEAD, 1999, n. 1, p. 77-90.



NETO, Cacildo Teixeira de Carvalho. **DEMANDAS HISTÓRICAS E AS RESPOSTAS PROFISSIONAIS DO SERVIÇO SOCIAL: AS RELAÇÕES COM AS ESFERAS SOCIOINSTITUCIONAIS**. Seminário de Saúde do Trabalhador de Franca, 2010.

NETTO, José Paulo. **Introdução ao estudo do método de Marx**. 1 ed. São Paulo: Expressão Popular, 2011.

SILVA, Cristiana Carla da. **SERVIÇO SOCIAL E ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: uma análise sobre a experiência de Campina Grande-PB**. IV Jornada Internacional de Políticas Públicas. 2009.

SOUZA, S.; Ávila, H. **ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA – NASF**. Revista Revise, vol 3, Dossiê Gestão em Saúde, p.94-106. 2019.

VASCONCELOS, Ana Maria de. **A/O Assistente Social na Luta de Classes: Projeto profissional e mediações teórico-práticas**. 1. Ed. São Paulo: Cortez, 2015.

YAZBEK, Maria Carmelita. **Pobreza no Brasil contemporâneo e formas de seu enfrentamento**. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 110, p. 288-322, abr./jun. 2012.