

PROTOCOLO DE ATUAÇÃO DAS/OS ASSISTENTES SOCIAIS NA ATENÇÃO BÁSICA NA BAHIA

CRESS
Conselho Regional de
Serviço Social da Bahia



**SALVADOR
2019**

**PROTOCOLO DE ATUAÇÃO DAS/OS ASSISTENTES
SOCIAIS NA ATENÇÃO BÁSICA NA BAHIA**

2019

Organizadoras

Crislane Isabela Ferreira da Silva

Elisangela de Souza Santos

Ninna Beatriz Pereira de Freitas

Colaboradoras convidadas

Alessivânia Márcia Assunção Mota

Maria Inês Souza Bravo

Autoras/autor

Alyxi Veloso de Oliveira

Ana Cristina Guimarães de Jesus

Antônio Luiz Pereira dos Santos

Crislane Isabela Ferreira da Silva

Dione dos Santos Alves Nascimento

Elisangela de Souza Santos

Elizangela de Menezes Soares

Emanoelle Paula Santos Moura

Janaína da Conceição Andrade Silva

Joelânia Lima Souza Moura

Josenilda Borges Teixeira dos Santos

Liérge Freitas Mota

Luciana Rocha Silva

Marta Isabel Pinho dos S. Dantas

Maria das Graças da S. Santos

Ninna Beatriz Pereira de Freitas

Rousecler Mesquita de Carvalho

Tatianne Melo de Freitas

Vanessa Cunha Boaventura Carvalho

Zenivalda Nery dos Santos

Ficha Técnica

- Grupo de elaboração do texto do Protocolo de Atuação das/os Assistentes Sociais na Atenção Básica na Bahia
 - Alessivânia Márcia Assunção Mota – Assistente Social convidada para elaboração do texto. Especialista em Saúde Coletiva ISC/UFBA, Mestre em Psicologia Social e do Trabalho IPS/UFBA e Doutoranda em Saúde Coletiva ISC/UFBA.
 - Alyxi Veloso de Oliveira - Assistente Social do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) em Feira de Santana/BA.
 - Ana Cristina Guimarães de Jesus - Assistente Social do NASF-AB em Salvador/BA.
 - Antônio Luiz Pereira dos Santos - Assistente Social e Coordenador de Serviço Social da Diretoria de Atenção Básica de São Francisco do Conde/BA.
 - Crislane Isabela Ferreira da Silva - Assistente Social egressa do Programa de Residência Multiprofissional Regionalizado em Saúde da Família (PERMUSF) em Salvador/BA.
 - Dione dos Santos Alves Nascimento - Assistente Social do Programa Saúde da Família (PSF) de São Francisco do Conde/BA.
 - Elisângela de Souza Santos – Assistente Social Conselheira da Gestão Quebrando Pedras e Plantando Flores (2017-2020), representante da Comissão de Saúde do Conselho Regional de Serviço Social - CRESS/BA.
 - Emanoelle Paula Santos Moura - Assistente Social da Unidade Básica de Saúde (UBS) em Salvador/BA.
 - Janaína da Conceição Andrade Silva - Assistente Social da UBS em Salvador/BA.
 - Joelânia Lima Souza Moura - Assistente Social do NASF-AB em Feira de Santana/BA.
 - Josenilda Borges Teixeira dos Santos – Assistente Social do PSF de São Francisco do Conde/BA.
 - Liérge Freitas Mota - Assistente Social do PSF de São Francisco do Conde/BA.
 - Luciana Rocha Silva – Assistente Social do PSF de São Francisco do Conde/BA.
 - Maria das Graças da S. Santos - Assistente Social do PSF de São Francisco do Conde/BA.
 - Maria Inês Souza Bravo – Assistente Social convidada para elaboração do Prefácio. Professora aposentada da UFRJ e UERJ. Integrante do Corpo Permanente do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da UERJ. Pós-Doutora em Serviço Social pela UFRJ. Doutora em Serviço Social pela PUC/SP. Coordenadora do Grupo de Pesquisa registrado no CNPq “Gestão Democrática da Saúde e Serviço Social”. Integrante do Colegiado do Fórum de Saúde do Rio de Janeiro e da Frente Nacional contra Privatização da Saúde.
 - Marta Isabel Pinho dos S. Dantas - Assistente Social do PSF de São Francisco do Conde/BA.
 - Ninna Beatriz Pereira de Freitas - Assistente Social do NASF-AB em Salvador/BA.
 - Rousecler Mesquita de Carvalho - Assistente Social do PSF de São Francisco do Conde/BA.

- Tatianne Melo de Freitas - Assistente Social da UBS em Salvador/BA.
- Vanessa Cunha Boaventura Carvalho - Assistente Social do NASF-AB em Feira de Santana/BA.
- Zenivalda Neris dos Santos - Assistente Social do PSF de São Francisco do Conde/BA.

• Grupo de discussão para elaboração do Protocolo de Atuação das/os Assistentes Sociais na Atenção Básica na Bahia

- Aline Guedes Freitas Maia - Assistente Social do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) em Salvador/BA.
- Aline Moreira Santos - Assistente Social do NASF-AB em Salvador/BA.
- Alyxi Veloso de Oliveira - Assistente Social do NASF-AB em Feira de Santana/BA.
- Ana Cristina Guimarães de Jesus - Assistente Social do NASF-AB em Salvador/BA.
- Ana Paula de Lima Pinto - Assistente Social do NASF-AB em Salvador/BA.
- Anaise dos Santos - Assistente Social do NASF-AB em Salvador/BA.
- Antônio Luiz Pereira dos Santos - Assistente Social e membro da Diretoria de Atenção Básica de São Francisco do Conde/BA.
- Crislane Isabela Ferreira da Silva - Assistente Social egressa do Programa de Residência Multiprofissional Regionalizado em Saúde da Família (PERMUSF) em Salvador/BA.
- Daniella C. Borges de Souza – Assistente Social representante da Comissão de Saúde da Gestão Quebrando Pedras e Plantando Flores (2017-2020) do Conselho Regional de Serviço Social - CRESS/BA.
- Dione dos Santos Alves Nascimento - Assistente Social do Programa Saúde da Família (PSF) de São Francisco do Conde/BA.
- Ednaide dos Santos Costa Teixeira - Assistente Social da Unidade Básica de Saúde (UBS) em Salvador/BA.
- Elisangela de Souza Santos – Assistente Social Conselheira da Gestão Quebrando Pedras e Plantando Flores (2017-2020), representante da Comissão de Saúde do CRESS/BA.
- Elizângela de Menezes Soares - Assistente Social da UBS em Salvador/BA.
- Emanuelle Paula Santos Moura - Assistente Social da UBS em Salvador/BA.
- Janaína da Conceição Andrade Silva - Assistente Social da UBS em Salvador/BA.
- Jesica Tatiana Ponce - Assistente Social do NASF-AB em Salvador/BA.
- Joelânia Lima Souza Moura - Assistente Social do NASF-AB em Feira de Santana/BA.
- Joilma Lúcia Souza de Jesus - Assistente Social do NASF-AB em Salvador/BA.
- Josenilda Borges Teixeira dos Santos – Assistente Social do PSF de São Francisco do Conde/BA.

- Liérge Freitas Mota - Assistente Social do PSF de São Francisco do Conde/BA.
- Maria das Graças da S. Santos - Assistente Social do PSF de São Francisco do Conde/BA.
- Marta Isabel Pinho dos S. Dantas - Assistente Social do PSF de São Francisco do Conde/BA.
- Nathaly Leite Santana - Assistente Social do NASF-AB em Salvador/BA.
- Ninna Beatriz Pereira de Freitas - Assistente Social do NASF-AB em Salvador/BA.
- Ramile Andrade de Lima - Assistente Social do NASF-AB em Salvador/BA.
- Shirley Fernandes Sales - Assistente Social do NASF-AB em Salvador/BA.
- Tatiane Gonçalves da Silva - Assistente Social do NASF-AB em Salvador/BA.
- Tatianne Melo de Freitas - Assistente Social da UBS em Salvador/BA.
- Vanessa Cunha Boaventura Carvalho - Assistente Social do NASF-AB em Feira de Santana/BA.
- Zenivalda Neris dos Santos - Assistente Social do PSF de São Francisco do Conde/BA.

SUMÁRIO

1. Prefácio
2. Apresentação
3. Parâmetros de Atuação do Serviço Social na Saúde
4. Política Nacional de Atenção Básica
5. Reflexões sobre a Política de Atenção Básica
6. O Trabalho da/o Assistente Social na Atenção Básica
7. Inserção da/o Profissional de Serviço Social na Política Nacional de Atenção Básica na Bahia
 - 7.1. Unidade Básica de Saúde (UBS)
 - 7.2. Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB)
 - 7.3. Programa de Saúde da Família (PSF): Experiência de São Francisco do Conde/BA
8. Atuação da/o Assistente Social na Atenção Básica
 - 8.1. Atendimento Direto as/aos Usuárias/os
 - 8.1.1. Ações Socioassistenciais
 - 8.2. Ações de Articulação com a Equipe de Saúde
 - 8.3. Ações de Investigação, Planejamento e Gestão
 - 8.4. Ações Socioeducativas
 - 8.4.1. Educação em Saúde
 - 8.5. Ações de Mobilização, Participação e Controle Social
 - 8.6. Atuação das/os Assistentes Sociais em Programas da Política Nacional de Atenção Básica
9. Desafios e Estratégias de Enfrentamento da/o Assistente Social na Atenção Básica na Bahia
10. Considerações Finais
11. Referências

1. PREFÁCIO

Maria Inês Souza Bravo¹

O Protocolo para atuação das/os assistentes sociais na Atenção Básica do Estado da Bahia é um documento fundamental por diversos aspectos. Em primeiro lugar, cabe destacar os diversos ataques que a Atenção Básica vem sofrendo desde o Governo ilegítimo do Temer e sendo completamente destruída no Governo Bolsonaro.

O protocolo refere-se com questionamento, o que concordamos, à Nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), aprovada pela Comissão Intergestora Tripartite (CIT), em 30 de agosto de 2017 e publicada a partir da Portaria GM/MS n. 2.436, de 21 de setembro de 2017.

A nova política tem como questões centrais: a diminuição da cobertura universal, a segmentação do acesso, a recomposição das equipes de saúde, a reorganização do processo de trabalho e o desfinanciamento da Estratégia de Saúde da Família. Esta proposta não foi discutida e nem aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde.

As mudanças na nova PNAB descaracterizam a Atenção Básica de Saúde (ABS), passando a estabelecer duas modalidades de equipes de saúde: a equipes de Saúde da Família e as equipes tradicionais de Atenção Básica (AB). O Agente Comunitário de Saúde fica excluído da equipe de AB tradicional. Reduz a carga horária mínima de cada profissional a dez horas semanais. Considera-se que esta revisão impõe a recomposição das equipes de saúde e a reorganização do processo de trabalho, o que na prática possibilita a contratação de trabalhadores com carga horária reduzida, menores salários e o crescimento de equipes de AB

¹ **Maria Inês Souza Bravo** - Assistente Social convidada para elaboração do Prefácio. Professora aposentada da UFRJ e UERJ. Integrante do Corpo Permanente do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da UERJ. Pós-Doutora em Serviço Social pela UFRJ. Doutora em Serviço Social pela PUC/SP. Coordenadora do Grupo de Pesquisa registrado no CNPq “Gestão Democrática da Saúde e Serviço Social”. Integrante do Colegiado do Fórum de Saúde do Rio de Janeiro e da Frente Nacional contra Privatização da Saúde. E-mail: mibravo@uol.com.br

centradas no “modelo biomédico, curativo e de controle de riscos individuais” (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018; BRAVO et al, 2019).

No governo Bolsonaro, a Atenção Básica vai ser denominada como Atenção Primária e sofre novos profundos ataques a partir de setembro de 2019. A Atenção Primária de Saúde (APS) anunciada pelo Governo se pauta, na nossa análise, nas seguintes concepções:

- Valorização da pessoa – indivíduo vulnerável.
- Não se invoca o coletivo como um Sistema Universal e sim a Focalização.
- Atenção Primária restrita. Convoca-se a Cobertura Universal (CUS) para as populações mais pobres, pois os recursos são escassos e não a universalidade da saúde.
- Esta concepção vem no bojo do processo de aprofundamento da Privatização no país e na proposta da OMS de Cobertura Universal.
- É instituída a Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária -modalidade de gestão pelo Serviço Social Autônomo- pessoa jurídica de direito privado. A mesma poderá firmar contratos de prestação de serviços com pessoas físicas ou jurídicas. Possibilidade de contratação direta dos planos e operadoras para prestação de serviços de atenção primária.

O Conselho Nacional de Saúde em sua reunião ordinária dos dias 5 e 6 de dezembro de 2019 aprovou recomendação pela revogação imediata da Portaria nº 2 979/2019 que instituiu o Programa Previne Brasil e estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde que representa um ataque a universalidade da saúde uma vez que impõe restrições importantes ao acesso da gestão municipal aos repasses federais voltados para atenção básica. Mais uma vez, este programa não foi aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde.

Este programa estabelece a Carteira de serviços da APS e nova proposta de financiamento.

- A Carteira de serviços estabelece um rol de procedimentos que reduz o escopo da APS para um modelo clínico e individual, desaparecendo a dimensão familiar e comunitária. Não menciona os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e nem faz referência ao trabalho da enfermagem.
- A Nova proposta de financiamento - pagamento por capitação/cadastramento, ao substituir o Piso da Atenção Básica (PAB) (fixo e variável) e os incentivos ao Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e gerentes por um pagamento por capitação ponderada,

calculada pelo número de pessoas cadastradas, tem consequências drásticas para os municípios.

Significa que os municípios terão que renunciar à única transferência governamental em saúde de base populacional, atualmente existente, para aplicação com autonomia, que é o PAB fixo. O que certamente é um risco para a sustentabilidade financeira do SUS municipal.

Estas alterações também vão incidir na ação dos assistentes sociais e demais profissionais da saúde além de sua restrição ao direito à saúde como já explicitado.

A conjuntura de crise estrutural do capitalismo influencia radicalmente na Política de Saúde como pode ser visto anteriormente, bem como no Serviço Social através das seguintes influências:

- Revisionismo teórico-político, ou seja, influência de outras concepções teóricas ou políticas com o objetivo de atenuar as tensões, reduzir os conflitos;
- Flexibilização dos princípios, ou seja, flexibilizar alguns princípios da política de saúde como a universalidade da ação, entre outros;
- Impasses na formação profissional, ou seja, precarização na formação entre elas os cursos à distância (EAD);
- Precarização das condições de trabalho através da terceirização, não existência de Plano de Cargos, Carreira e Salários (PCCS), ampliação do atendimento para os profissionais, violência laboral, assédio.

Outro aspecto a ser salientado é o impacto nas Competências e Atribuições dos profissionais de Serviço Social, ou seja, demanda de ações de caráter emergencial, de seleção socioeconômica, de atividades burocráticas, de aconselhamento, de apassivamento dos usuários.

O trabalho realizado pela comissão que elaborou o protocolo da atenção básica é fundamental para possibilitar aos assistentes sociais resistir e valorizar suas atribuições sem flexibilizá-las. A comissão valorizou o trabalho coletivo, a reflexão sobre a realidade e a busca de referenciais teóricos para fundamentação da ação. O que se identifica é a prática refletida, ou seja, a práxis. Nesta perspectiva, alternativas de ação a partir dos parâmetros de atuação do assistente social na saúde, publicado em 2010, nortearam as perspectivas de atuação que são ressaltadas. Percebe-se a influência dos parâmetros nas diversas ações a saber (CFESS,210):

- Nas ações sócio-assistenciais foi ressaltado a necessidade de transpor o caráter emergencial e burocrático da ação com uma direção socioeducativa através da reflexão com relação às condições sócio-históricas a que são submetidos os usuários e mobilização para a participação nas lutas em defesa da garantia do direito à saúde.

- Com relação as ações de articulação com a equipe de saúde, ressaltou-se que o trabalho coletivo não dilui as competências e atribuições de cada profissional, mas exige maior clareza no trato das mesmas. Nesta perspectiva é importante o debate com a equipe para esclarecimento das ações profissionais e estabelecimento de rotinas e planos de trabalho.

- As ações socioeducativas consistem em orientações reflexivas e socialização de informações realizadas através de abordagens individuais e grupais aos usuários, família e população de determinada área programática. É uma atuação essencial e fundamental.

- As ações de mobilização, participação e controle social estão voltadas para a inserção dos usuários, familiares e trabalhadores de saúde nos espaços democráticos de controle social e construção de estratégias para fomentar a participação e defesa dos direitos sociais pelos usuários e trabalhadores de saúde nos conselhos, conferências e fóruns de saúde e de outras políticas.

- As ações de investigação, planejamento e gestão tem por objetivo o fortalecimento da gestão democrática e participativa e a garantia dos direitos sociais. Envolve também a realização de estudos e pesquisas que revelem as reais condições de saúde dos usuários e/ou coletividade. As investigações têm por objetivo fornecer subsídios para a formulação e implementação do planejamento do Serviço Social, da política institucional bem como da política de saúde local, regional e nacional.

- As ações de assessoria, qualificação e formação profissional consistem em treinamento, preparação e formação de recursos humanos voltados para a educação permanente de trabalhadores de saúde, representantes comunitários, chefias e conselheiros. Envolve a participação na formação profissional através da criação de campo de estágio e participação nos programas de residência multiprofissional. Consiste também na busca de assessoria para os profissionais de Serviço Social, para a gestão da unidade e para os movimentos sociais.

Para sintetizar, é importante ressaltar que na ação profissional o assistente social (BRAVO & MATOS, 2004):

- esteja articulado com os movimentos dos trabalhadores e usuários que lutam pela efetivação do SUS e da Reforma Sanitária.
- que facilite o acesso dos usuários aos serviços.
- que busque construir espaços na unidade que garantam a participação popular.
- que procure capacitação, assessoria técnica, sistematizar o trabalho efetuado, realizar investigações

Para finalizar é importante ressaltar que a elaboração do Protocolo de Atenção Básica para os assistentes sociais na Bahia não é apenas importante, mas fundamental na atual conjuntura. Sua divulgação faz-se necessária.

Por fim, não podíamos deixar de colocar as palavras de ordem da Frente Nacional contra a Privatização da Saúde:

"A nossa luta é todo dia,
Saúde e Educação
Não são Mercadorias!"

Maria Inês Souza Bravo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRAVO, M. I. S. e MATOS, M. C. Projeto ético-político do Serviço Social e sua relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate. In: *Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional*. São Paulo: Cortez, 2004.

_____; PELAEZ, E; LIMA, M.N.S.C; SOUZA, R.O. Avanço das contrarreformas na saúde na atualidade: o SUS totalmente submetido ao mercado. In: Crise do Capital e Fundo Público - implicações para o trabalho, os direitos e a política social. In: SALVADOR, E; BEHRING, E; LIMA, R. L (Orgs.) São Paulo, Cortez, 2019.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. *Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde*. Brasília: CFESS, 2010.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 11-24, jan./mar. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42n116/0103-1104-sdeb-42-116-0011.pdf>. Acesso em: 28 jun. 2018.

2. APRESENTAÇÃO

A Comissão de Saúde do Conselho Regional de Serviço Social da 5ª região CRESS – Bahia, da Gestão Quebrando Pedras e Plantando Flores (2017-2020), apresenta o protocolo de Atuação da/o Assistente Social na Política de Atenção Básica² na Bahia. O referido documento tem como objetivo contribuir com a atuação profissional, nesse nível de atenção em saúde, em consonância com os processos de fortalecimento do projeto ético-político do Serviço Social e de luta por uma saúde pública e estatal, equânime e de qualidade para todas/os sem distinção. Para tanto, o documento visa propor uma reflexão sobre o exercício/prática profissional do Serviço Social na Atenção Básica e sistematizar as ações realizadas no âmbito dos equipamentos que compõem a Política.

A Política de Atenção Básica, lançada em 1994, fruto do movimento da Reforma Sanitária, tem por objetivo reorientar o modelo de Atenção à Saúde. O modelo proposto pela Atenção Básica se assenta numa visão ampliada do processo saúde-doença, que ambiciona ultrapassar as concepções caracterizadas por um viés biomédico e curativo, passando a ter na família e no meio no qual ela vive o centro da atenção à saúde com foco nos determinantes sociais. As ações também assumem uma visão ativa da intervenção em saúde, procurando operar preventivamente, identificar as necessidades em saúde daquele território e organizar a demanda a partir da comunidade.

Diante dos desafios encontrados no cotidiano do trabalho, um grupo de Assistentes Sociais que atuam na rede de saúde da Atenção Básica de Salvador, acionou a Comissão de Saúde do CRESS-BA para discutir, debater e analisar o trabalho realizado pelas/os profissionais nessa

² Há uma frequente discussão acerca da terminologia ideal para designar o primeiro nível de atenção à saúde. No Brasil, esta discussão ganha contornos especiais. Em contraste com a tendência internacional do uso de “Atenção Primária” (AP), a expressão “Atenção Básica” (AB) foi oficializada pelo governo brasileiro, que passou a denominar assim suas secretarias e documentos oficiais (BRASIL, 2006). Entretanto, ao mesmo tempo em que uns entendem “básica” vindo de base, fundamental, e não de básico, simples; outros interpretam “primário” como primeiro, principal, e não como elementar ou rudimentar. (MELLO, FONTANELLA, DERMARZO, 2009)

Política. Tais reflexões culminaram na propositura da elaboração do presente documento. Visando operacionalizar a proposta, ora apresentada, foi formado um grupo de trabalho com Assistentes Sociais que atuam na rede de saúde da Atenção Básica dos Municípios de Salvador, Feira de Santana e São Francisco do Conde a fim de elaborar um documento que ilustre e norteie a intervenção destas/ES profissionais neste espaço de atuação.

Para a construção do documento, o grupo elaborou um cronograma inicial de trabalho de março a julho de 2018. Foram realizados então cinco encontros mensais com o intuito de discutir o exercício/ prática profissional do Serviço Social nesse espaço e realizar levantamento das demandas apresentadas para estas/es profissionais. No primeiro encontro, o Grupo de Trabalho (GT) se reuniu para conhecer a proposta de construção do Protocolo de Atuação do Serviço Social na Atenção Básica e construir as ações de planejamento e elaboração do documento que seria desenvolvido nos encontros seguintes.

No segundo encontro ocorreu discussão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) com foco nas suas alterações e debate sobre a atuação e o trabalho das/os profissionais nos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASFs-AB) e nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs). Ainda nesse encontro houve o relato de experiência das/os profissionais do município de São Francisco do Conde³. O terceiro encontro foi o momento de apresentação e discussão das principais demandas atendidas pelo Serviço Social atende nas unidades e as intervenções realizadas por estes/estas com base nos documentos de Atuação do Serviço Social⁴ e da Política de Atenção Básica⁵.

O quarto encontro foi abalizado pela discussão dos fluxos de atendimentos e encaminhamentos para a Rede de Atenção à Saúde – RAS e do acionamento da Rede de Serviços Socioassistenciais, sendo o debate pautado na discussão da intersetorialidade das políticas sociais. O momento também foi marcado pela sinalização dos principais instrumentais utilizados nas ações, bem como os entraves impostos/encontrados na condução

³ O Município de São Francisco do Conde/BA foi pioneiro na inserção de Assistentes Sociais nas Equipes de Saúde da Família que atuam na Estratégia de Saúde da Família desde 1999.

⁴ Documentos que baseia e norteia a atuação do Serviço Social – Lei de regulamentação da profissão (lei 8.662 de 7 de junho de 1993); Código de Ética profissional; Parâmetros para atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde (Brasília, 2010).

⁵ Documentos que baseia e norteia a atuação na política de Atenção Básica –Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990; Lei 8.142 de 18 de dezembro de 1990; Decreto 7.508 de 28 de junho de 2011; Normas Operacionais Básicas do SUS (NOB –SUS/ 1991, 1992,1993 e 1996), Política de Atenção Básica – portaria 2.488 de 21 de outubro de 2011; Portaria 978 de 16 de maio de 2012 e Cadernos da Atenção Básica.

das atividades. O quinto encontro foi destinado a pactuação da comissão de elaboração do texto final do protocolo que, devido à complexidade do documento e muitas informações surgidas nas discussões para alinhar e condensar a escrita, foram necessários novos encontros além de ter sido realizada divisão de tarefas.

Então, em fevereiro de 2019, as discussões foram retomadas com as/os profissionais dialogando com seus pares nos próprios municípios de atuação para depois ajustarem as escritas num texto único, a fim de disponibilizá-lo para consulta pública antes de sua publicação.

3. PARÂMETROS DE ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE

Alessivânia Márcia Assunção Mota⁶

A perspectiva de seguridade social pautada no projeto ético-político da categoria é concebida como “parte de uma agenda estratégica da luta democrática e popular no Brasil, visando à construção de uma sociedade justa e igualitária” (CFESS, 2000). Não é vista como um fim, mas como transição a um padrão de civilidade, que começa pela garantia de direitos no capitalismo, mas que não se esgota nele. Seu objetivo final compreende a construção de uma sociedade justa, igualitária e como um elemento de transição de um padrão de civilidade e uma nova ordem social. Entretanto, as contradições presentes na implementação das políticas de saúde em vigência no país, marcadas pelos princípios da Reforma Sanitária, assegurados na Constituição Federal de 1988 em coexistência com a lógica neoliberal, vem configurando um sistema de saúde marcado pelo subfinanciamento, perspectiva privatista, fragmentação das ações além da dificuldade de consolidar uma cultura de saúde pública gratuita, universal e de qualidade para todas/os.

O trabalho desenvolvido na Atenção Básica em saúde, porta de entrada ao sistema, encontram-se marcado, portanto, por profundas contradições e conflitos entre o *ser e o dever ser* da atuação profissional, em decorrência desses dois projetos de saúde em disputa na sociedade. Dessa forma o estabelecimento de estratégias que busquem o enfrentamento da fragmentação desse sistema, que garantam a defesa dos direitos das/os usuárias/os e contribuam para o fortalecimento da atuação profissional em consonância com os princípios do projeto ético político e da Reforma Sanitária Brasileira, tem sido uma preocupação das instâncias formativas e legislativas do Serviço Social. Nesse sentido, o documento intitulado “Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde”, publicado pelo CFESS em 2010, permanece sendo uma produção indispensável à atuação das/os assistentes

⁶ **Alessivânia Márcia Assunção Mota** – Assistente Social Especialista em Saúde Coletiva ISC/UFBA. Mestre em Psicologia Social e do Trabalho IPS/UFBA. Doutoranda em Saúde Coletiva ISC/UFBA.

sociais nesta área. Resultante de construção coletiva, o referido documento tem como finalidade “referenciar a intervenção dos profissionais” (p.22), apresentando orientações gerais sobre as possibilidades de responder de forma efetiva às demandas identificadas em seus espaços sócio-ocupacionais.

O documento é desafiador ao desenvolver o conteúdo de forma a expressar a complexidade das ações desenvolvidas pelas/os profissionais na área, a interconexão, complementaridade, perspectiva de equivalência e importância destas, sem desconsiderar as especificidades dos níveis de atenção: atenção básica, média e alta complexidade. Encontra-se estruturado em quatro grandes eixos: Atendimento Direto aos Usuários; Mobilização, Participação e Controle Social; Investigação, Planejamento e Gestão e Assessoria; Qualificação e Formação Profissional. Ressalta-se que o primeiro eixo – atendimento direto aos usuários, apresenta três subdivisões – Ações Socioassistenciais; Ações de Articulação com a Equipe de Saúde e Ações Socioeducativas.

Vale ressaltar que nestes eixos, encontram-se elencadas as principais atribuições desenvolvidas pelas/os profissionais inseridos nos três níveis de atenção em saúde. Ressalta-se que o documento não tem a pretensão de esgotar todas as atribuições desenvolvidas pelos/as assistentes sociais, ao contrário, os “Parâmetros” buscou lançar luzes sobre as principais ações polêmicas presentes no trabalho profissional na área da saúde, contribuindo assim para reflexividade em torno de questões como a pulverização e fragmentação da questão social; difusão de um discurso genérico, maniqueísta, pessimista e de responsabilização sobre a/o paciente/usuária(o) dos serviços; ênfase nas ações burocráticas e de responsabilidade da equipe multiprofissional além de ações desarticuladas de outras políticas e instâncias públicas.

Diante do potencial apresentado pelo documento publicado pelo CFESS, o Protocolo para Atuação das/os Assistentes Sociais na Atenção Básica do Estado da Bahia, elaborado pelo CRESS-5ª Região/BA juntamente com diversas/os profissionais da base, segue os mesmos princípios metodológicos daquela produção: contou com ampla participação da categoria, manteve os quatro eixos descritos acima, além de apresentar referências técnicas obrigatórias para cada eixo sistematizado e referências bibliográficas complementares, visando contribuir para atualização da categoria acerca das temáticas apresentadas. Assim como descrito nas linhas finais dos “Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde”, espera-se que esta publicação - fruto da construção coletiva das/dos Assistentes Sociais da Bahia - fortaleça o trabalho dessas/es profissionais na área da saúde em qualquer espaço

sócio-ocupacional do nosso Estado e contribua para reestabelecer o compromisso da categoria com a luta pela saúde pública, universal e de qualidade.

4. POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA

Crislane Isabela Ferreira da Silva⁷

A portaria de nº 2.436 de 21 de setembro de 2017 aprova a Política Nacional de Atenção Básica, e estabelece revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS). Em seu artigo segundo a Atenção Básica é definida como o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária.

Ainda preconiza esta portaria que a Atenção Básica é a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde – RAS, além de ser considerada coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede. A Atenção Básica deve ser ofertada integralmente e gratuitamente a todas as pessoas, em consonância com as suas necessidades e demandas do território, considerando os determinantes e condicionantes de saúde. Assevera o texto da portaria que é proibida a exclusão baseada em idade, gênero, raça/cor, etnia, crença, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, estado de saúde, condição socioeconômica, escolaridade, limitação física, intelectual, funcional e outras.

Em seu art. 3º são discriminados os princípios e as diretrizes do SUS e da RAS a serem operacionalizados na Atenção Básica. Enquanto princípios tem-se a Universalidade como o meio que visa possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como porta de entrada aberta e preferencial da RAS, acolhendo os

⁷ **Crislane Isabela Ferreira da Silva** – Assistente Social. Especialista em Saúde da Família na modalidade Residência Multiprofissional EESP. Mestranda em Serviço Social UFBA.

sujeitos e promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de Saúde. Sendo compreendida como:

O estabelecimento de mecanismos que assegurem acessibilidade e acolhimento pressupõe uma lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde que parte do princípio de que as equipes que atuam na Atenção Básica devem receber e ouvir todas as pessoas que procuram seus serviços, de modo universal, de fácil acesso e sem diferenciações excludentes, e a partir daí construir respostas para suas demandas e necessidades. (BRASIL, 2017).

O princípio seguinte trata da equidade, configurada como a oferta de cuidado reconhecendo as diferenças nas condições de vida e saúde e de acordo com as necessidades das pessoas. Considera ainda, que o direito à saúde passa pelas diferenciações sociais e deve atender as diversidades, estando proibida qualquer exclusão fundamentada em idade, gênero, cor, crença, nacionalidade, etnia, orientação sexual, identidade de gênero, estado de saúde, condição socioeconômica, escolaridade ou limitação física, intelectual, funcional, entre outras.

Em seguida tem-se a Integralidade que é o conjunto de serviços executados pela equipe de saúde que atendam às necessidades da população adscrita nos campos do cuidado, da promoção e manutenção da saúde, da prevenção de doenças e agravos, da cura, da reabilitação, redução de danos e dos cuidados paliativos. Ainda preconiza a responsabilização pela oferta de serviços em atenção à saúde e o reconhecimento adequado das necessidades biológicas, psicológicas, ambientais e sociais causadoras das doenças, e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins, além da ampliação da autonomia das pessoas e coletividade.

As diretrizes comportam nove ações que devem ser observadas: a) Regionalização e Hierarquização; b) Territorialização; c) População Adscrita; d) Cuidado centrado na pessoa; e) Resolutividade; f) Longitudinalidade do cuidado; g) Coordenação do cuidado; h) Ordenação da rede; i) Participação da comunidade. (BRASIL, 2017). A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é resultado da experiência acumulada por um conjunto de atores envolvidos historicamente com o desenvolvimento e a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), como movimentos sociais, população, trabalhadores e gestores das três esferas de governo.

A Atenção Básica considera a pessoa em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral, incorporar as ações de vigilância em saúde - a qual constitui um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde - além disso, visa o planejamento e a implementação de ações públicas para a proteção da saúde da população, a prevenção e o controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde. Destaca-se ainda o desafio de superar compreensões simplistas, nas quais, entre outras, há dicotomia e oposição

entre a assistência e a promoção da saúde. Para tal, deve-se partir da compreensão de que a saúde possui múltiplos determinantes e condicionantes e que a melhora das condições de saúde das pessoas e coletividades passa por diversos fatores, os quais grande parte pode ser abordada na Atenção Básica. (BRASIL, 2017).

A portaria também preconiza a infraestrutura, ambiência e funcionamento da Atenção Básica. A Atenção Básica desenha-se a partir das Unidades Básicas de Saúde. As UBS⁸ devem possuir uma infraestrutura adequada ao quantitativo da população⁹ adscrita e suas especificidades, assim também como o processo de trabalho das equipes e à atenção à saúde dos usuários e poderão ter pontos de apoio para o atendimento de populações dispersas (Rurais, Ribeirinhas, Assentamentos, Áreas pantaneiras, entre outras) visando sempre a conformidade desses serviços com o que descreve o documento devendo estas organizar o serviço de modo a otimizar o trabalho, bem como acesso aos demais níveis de atenção da RAS.

Os parâmetros de estrutura devem, portanto, levar em consideração a densidade demográfica, a composição, atuação e os tipos de equipes, perfil da população, e as ações e serviços de saúde a serem realizados. É importante que sejam previstos espaços físicos e ambientes adequados para a formação de estudantes e trabalhadores de saúde de nível médio e superior, para a formação em serviço e para a educação permanente na UBS. (BRASIL, 2017).

Ainda dentro do funcionamento é discriminado as equipes que atuam na AB e são apresentadas cinco modelos de conformação de equipes multiprofissionais.

⁸ A ambiência de uma UBS refere-se ao espaço físico (arquitetônico), entendido como lugar social, profissional e de relações interpessoais, que deve proporcionar uma atenção acolhedora e humana para as pessoas, além de um ambiente saudável para o trabalho dos profissionais de saúde. Para um ambiente adequado em uma UBS, existem componentes que atuam como modificadores e qualificadores do espaço, recomenda-se contemplar: recepção sem grades (para não intimidar ou dificultar a comunicação e também garantir privacidade à pessoa), identificação dos serviços existentes, escala dos profissionais, horários de funcionamento e sinalização de fluxos, conforto térmico e acústico, e espaços adaptados para as pessoas com deficiência em conformidade com as normativas vigentes. Além da garantia de infraestrutura e ambiência apropriadas, para a realização da prática profissional na Atenção Básica, é necessário disponibilizar equipamentos adequados, recursos humanos capacitados, e materiais e insumos suficientes à atenção à saúde prestada nos municípios e Distrito Federal. (BRASIL, 2017)

⁹ População adscrita por equipe de Atenção Básica (eAB) e de Saúde da Família (eSF) de 2.000 a 3.500 pessoas, localizada dentro do seu território, garantindo os princípios e diretrizes da Atenção Básica. Além dessa faixa populacional, podem existir outros arranjos de adscrição, conforme vulnerabilidades, riscos e dinâmica comunitária, facultando aos gestores locais, conjuntamente com as equipes que atuam na Atenção Básica e Conselho Municipal ou Local de Saúde, a possibilidade de definir outro parâmetro populacional de responsabilidade da equipe, podendo ser maior ou menor do que o parâmetro recomendado, de acordo com as especificidades do território, assegurando-se a qualidade do cuidado. (BRASIL, 2017)

1 - Equipe de Saúde da Família (eSF)¹⁰: É a estratégia prioritária de atenção à saúde e visa à reorganização da Atenção Básica no país, de acordo com os preceitos do SUS. É considerada como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica, por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de ampliar a resolutividade e impactar na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade.

2 - Equipe da Atenção Básica (eAB): esta modalidade deve atender aos princípios e diretrizes propostas para a AB. A gestão municipal poderá compor equipes de Atenção Básica (eAB) de acordo com características e necessidades do município. Como modelo prioritário é a ESF, as equipes de Atenção Básica (eAB) podem posteriormente se organizar tal qual o modelo prioritário¹¹.

3 - Equipe de Saúde Bucal (eSB)¹²: Modalidade que pode compor as equipes que atuam na atenção básica, constituída por um cirurgião-dentista e um técnico em saúde bucal e/ou auxiliar de saúde bucal.

4 - Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB)¹³: Constitui uma equipe multiprofissional e interdisciplinar composta por categorias de profissionais da saúde, complementar às equipes que atuam na Atenção Básica. É formada por diferentes ocupações (profissões e especialidades) da área da saúde, atuando de maneira integrada para dar suporte (clínico, sanitário e pedagógico) aos profissionais das equipes de Saúde da Família (eSF) e de Atenção Básica (eAB).

5 - Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS): É prevista a implantação da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde nas UBS como uma possibilidade para a reorganização inicial da Atenção Básica com vistas à implantação gradual da Estratégia de Saúde da Família ou como uma forma de agregar os agentes comunitários a outras maneiras de organização da Atenção Básica. (BRASIL, 2017).

As atribuições das/os profissionais que compõem e atuam na Atenção Básica também são definidas neste documento, dividindo-se entre atribuições comuns a todos os membros das equipes e atribuições específicas. As atribuições devem seguir normativas específicas do

¹⁰ Composta no mínimo por médico, preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade, enfermeiro, preferencialmente especialista em saúde da família; auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS). Podendo fazer parte da equipe o agente de combate às endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista, preferencialmente especialista em saúde da família, e auxiliar ou técnico em saúde bucal.

¹¹ As equipes deverão ser compostas minimamente por médicos preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade, enfermeiros preferencialmente especialistas em saúde da família, auxiliares de enfermagem e ou técnicos de enfermagem. Poderão agregar outros profissionais como dentistas, auxiliares de saúde bucal e ou técnicos de saúde bucal, agentes comunitários de saúde e agentes de combate a endemias.

¹² Os profissionais de saúde bucal que compõem as equipes de Saúde da Família (ESF) e de Atenção Básica (eAB) e de devem estar vinculados a uma UBS ou a Unidade Odontológica Móvel, podendo se organizar nas seguintes modalidades: Modalidade I: Cirurgião-dentista e auxiliar em saúde bucal (ASB) ou técnico em saúde bucal (TSB) e; Modalidade II: Cirurgião-dentista, TSB e ASB, ou outro TSB.

¹³ Poderão compor os NASF-AB as ocupações do Código Brasileiro de Ocupações - CBO na área de saúde: 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 Geriatria; Médico Internista (clínica médica), Médico do Trabalho, Médico Veterinário, profissional com formação em arte e educação (arte educador) e profissional de saúde sanitária, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas conforme normativa vigente.

Ministério da Saúde, assim também como as definições de escopo de práticas, protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, além de outras normativas técnicas estabelecidas pelos gestores. Essas atribuições são discriminadas num rol exemplificativo de vinte e sete ações que devem se organizar de forma articuladas entre e as específicas de cada profissional.

O trabalho na Atenção Básica assume funções e características específicas, requerendo um olhar ampliado para as pessoas em suas singularidades e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral, por meio da promoção da saúde da prevenção de doenças e agravos, do diagnóstico, do tratamento, da reabilitação e da redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer sua autonomia. Diante disso, assevera-se que é fundamental que o trabalho na Atenção Básica se caracterize.

I - Definição do território e Territorialização; II - Responsabilização Sanitária; III - Porta de Entrada Preferencial; IV - Adscrição de usuários; V - Acesso; VI - O acolhimento VII - Trabalho em Equipe Multiprofissional; VIII - Resolutividade; IX - Promover atenção integral; IX - Realização de ações de atenção domiciliar; X - Programação e implementação das atividades de atenção à saúde; XI - Implementação da Promoção da Saúde; XII - Desenvolvimento de ações de prevenção de doenças e agravos; XIII - Desenvolvimento de ações educativas por parte das equipes que atuam na AB; XIV - Desenvolver ações intersetoriais; XV - Implementação de diretrizes de qualificação dos modelos de atenção e gestão; XVI - Participação do planejamento local de saúde; XVII - Implantar estratégias de Segurança do Paciente na AB; XVIII - Apoio às estratégias de fortalecimento da gestão local e do controle social; XIX - Formação e Educação Permanente em Saúde. (BRASIL, 2017).

O que se almeja com essa estratégia é a construção e consolidação de espaços institucionais que reflitam, aprendam e transforme os trabalhos em saúde do cotidiano para potencializar o cuidado em saúde da população. De forma a garantir a coordenação do cuidado, ampliando o acesso, de maneira compatível com as necessidades e demandas de saúde das comunidades onde esses equipamentos se inserem.

5. REFLEXÕES SOBRE A POLÍTICA DE ATENÇÃO BÁSICA

Ana Cristina Guimarães de Jesus¹⁴

No Brasil, mesmo antes do surgimento do SUS, foram realizadas algumas tentativas de organização da Atenção Básica à saúde. Contudo somente com a municipalização do SUS, no início da década de 1990, é que começou a existir uma estruturação mais uniforme dos cuidados primários à saúde sob responsabilidade dos municípios brasileiros, incentivados pelo Ministério da Saúde através da normatização e financiamento. Dessa forma a Atenção Básica foi paulatinamente se fortalecendo e constituindo-se porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde.

A Política Nacional de Atenção Básica, formalizada em 2006, propõe que o Programa de Saúde da Família (PSF), seja utilizado como uma estratégia para a reorganização da atenção básica e tal proposta é ratificada pela portaria MS/GM 2.488/2011. Essa define que a Estratégia de Saúde da Família (ESF) visa à reorganização da atenção básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde e estabelece que as equipes da ESF devam ter uma composição multiprofissional.

A saúde da família foi estruturada pelo Ministério da Saúde a partir de 1994 por meio do Programa de Saúde da Família. Dentre os fundamentos da atenção básica, destaca-se o estímulo a participação das/os usuárias/os como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde, no enfrentamento dos determinantes e condicionantes

¹⁴ **Ana Cristina Guimarães de Jesus** – Assistente Social concursada da Prefeitura Municipal de Salvador/BA lotada no NASF-AB São João do Cabrito. Especialista em Saúde da Família na modalidade Residência Multiprofissional EESP. Especialista em Gestão Pública UNILAB.

de saúde, na organização e orientação dos serviços de saúde a partir de lógicas mais centradas na/o usuária/o e no exercício do controle social (BRASIL, 2011).

Entretanto, a política de atenção básica no ano de 2017 passou por uma polêmica apreciação. Aportaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, estabelece a revisão de diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) no âmbito do SUS. A nova PNAB – apresentada como um documento que mantém basicamente o formato da antecessora nas determinações quanto à estrutura geral da Atenção Básica, capacidade resolutiva e organização da Estratégia de Saúde da Família – apresenta novas diretrizes quanto ao financiamento do Serviço de Saúde e uso das tecnologias de informação e comunicação, criação do perfil do gerente das unidades de saúde e integração da atenção primária com a Vigilância em Saúde, para citar algumas mudanças manifestas.

Embora tenha passado por consulta pública, em atenção às reivindicações do controle social, as mudanças – e, em essência, a legitimidade do processo de aprovação do documento – tem sido questionadas por diversos setores, entre eles: Conselho Nacional de Saúde (CNS), Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/Fiocruz). O argumento central desta resistência fundamenta-se exatamente na verificação de que dez dias de consulta pública são insuficientes para a divulgação, discussão e contribuição pela sociedade – considerada a relevância, as alterações propostas e a própria estrutura de organização temporal das entidades civis que, tendo reconhecido destaque em seus respectivos níveis, nem mesmo conseguiram se articular para o debate.

Também comprometeria a perspectiva de aceitação e legitimação popular do processo de construção da nova PNAB o fato da nova diretriz claramente centralizar no âmbito da gestão a discussão referente às reformulações – sendo verdade, de toda forma, que a perspectiva desta centralização ocasiona enfraquecimento do controle social e pode, em hipótese razoável, ser deletéria ao Sistema. A nova PNAB é vista, portanto, como um retrocesso para a saúde pública, podendo representar franco desafio à consolidação do SUS. A política proposta fragiliza a Estratégia de Saúde da Família (ESF) – esvaziando, sua proposta – o que se demonstra claramente pela maneira como a lógica de prioridade à ESF foi subvertida na nova diretriz.

Ao garantir espaço para novos modelos de atenção e instituir-lhes financiamento específico, o texto rompe com a organização do SUS e abre espaço para questionamentos

referentes às motivações que permeiam a definição de prioridades – levantando, a discussão sobre a gestão governamental de um programa de Estado que, em princípio, exige algumas coerências – destaque quanto à fragilização do controle social. Na prática, porém, o texto – e, sobretudo, seus responsáveis – se mantém alheios às críticas e parecem sustentar a subversão da perspectiva de estruturação da Atenção Básica como alicerce do Sistema. Ao mesmo tempo, tem-se como natural – publicado o texto – a contradição a princípios estabelecidos na Conferência de Alma Ata¹⁵ e posteriormente ao SUS.

O texto da nova PNAB é considerado por alguns estudiosos como “ambíguo”. Tal ambiguidade pode ser evidenciada na integração do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) com o dos Agentes de Endemias – estes últimos, não obrigatórios nas equipes de Saúde da Família – ao mesmo tempo em que não se reduz a média do número de famílias acompanhadas, nem tampouco se especifica quais as atribuições de tais profissionais, o que acarreta em aumento das responsabilidades dos ACS ou até mesmo numa incompreensão de qual seria o papel desse profissional na ESF – chegando, inclusive, a não obrigatoriedade de sua atuação.

Ao avaliar a evolução histórica das dinâmicas de poder no Brasil, a agudização da já exaustivamente citada crise de representatividade – e, em última análise, a maneira como o Estado tem se relacionado, através de Governos, com o dinheiro (sobretudo quanto à concentração do que é privado e destinação do que é público). O risco representado pela PNAB inexistente, por sua vez, no próprio texto em si: sem conjuntura, as tão questionadas mudanças já poderiam estar legadas a meros rascunhos negados. Com o aval do cenário político e econômico e da maneira como a sociedade tem exercido – ou não – a cidadania ativa, a preocupação é muito mais com a facilidade com que tem sido possível, explícita e categoricamente, (des)organizar um Sistema de Saúde de maneira quase antonímia e, ao mesmo tempo, praticamente silenciosa.

Há fundamentado receio de que, mesmo considerada ilegítima, a nova PNAB seja o tipo de escrito que permanece: simples assim, apenas porque “alguém” quer. E dos querer por trás do querer – fundamentos e lógica – pouco se fala, quiçá falará. “Nenhum Sistema é para sempre” – pode acontecer de dizerem; ou, “mas tão jovem!” – chegarão a exclamar. O cartaz

¹⁵ A Declaração de Alma Ata é fruto da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários à Saúde, ocorrida na cidade da URSS em 1978, define o que são os cuidados primários de saúde e estabelece a atenção primária como o primeiro nível de contato dos indivíduos no que tange a assistência à saúde.

sobre lavar as mãos entre cada atendimento esse sim, mantém sua utilidade ímpar. Por isso cabe a/ao trabalhadora/o no cotidiano profissional propor reflexões que empoderem os sujeitos a se tornarem protagonistas em ações contrárias ao retrocesso e desmonte dos direitos já conquistados dentre esses, o direito à saúde.

6. O TRABALHO DA/O ASSISTENTE SOCIAL NA ATENÇÃO BÁSICA

Ninna Beatriz Pereira de Freitas¹⁶

O trabalho da/o Assistente Social na Atenção Básica precisa estar respaldado e em consonância com os principais documentos que regem a profissão, tais como Lei de Regulamentação da Profissão (Lei nº 8.662 de 07/06/1993), Código de Ética Profissional, Lei sobre o Sistema Único de Saúde – SUS (Lei nº 8.080 de 19/09/1990), Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde (Brasília, 2010), Cadernos de Atenção Básica, além de estudos, pesquisas e publicações na área da saúde pautadas nos Princípios Fundamentais da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.

A questão social que é o objeto de trabalho da/o Assistente Social deve ser trabalhada em conformidade com as competências que regulamentam a profissão e ao desenvolver seu trabalho a/o profissional deve ter em vista a efetivação e consolidação das políticas públicas visando à transformação da questão social.

Art. 4º Constituem competências do Assistente Social: I - elaborar, implementar, executar e avaliar políticas sociais junto a órgãos da administração pública, direta ou indireta, empresas, entidades e organizações populares; II - elaborar, coordenar, executar e avaliar planos, programas e projetos que sejam do âmbito de atuação do Serviço Social com participação da sociedade civil; III - encaminhar providências, e prestar orientação social a indivíduos, grupos e à população; IV - (Vetado); V - orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus

¹⁶ **Ninna Beatriz Pereira de Freitas** – Assistente Social concursada da Prefeitura Municipal de Salvador/BA lotada no NASF-AB Jaqueira do carneiro. Especialista em Saúde Pública UNINTER/FACINTER/IBPEX. Especialista em Gestão de Políticas Públicas em Gênero e Raça PPGNEIM/UFBA.

direitos; VI - planejar, organizar e administrar benefícios e Serviços Sociais; VII - planejar, executar e avaliar pesquisas que possam contribuir para a análise da realidade social e para subsidiar ações profissionais; VIII - prestar assessoria e consultoria a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades, com relação às matérias relacionadas no inciso II deste artigo; IX - prestar assessoria e apoio aos movimentos sociais em matéria relacionada às políticas sociais, no exercício e na defesa dos direitos civis, políticos e sociais da coletividade; X - planejamento, organização e administração de Serviços Sociais e de Unidade de Serviço Social; XI - realizar estudos sócio-econômicos com os usuários para fins de benefícios e serviços sociais junto a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades. (BRASIL, Lei nº 8.662, de 07 de junho de 1993).

O objeto de trabalho do Assistente Social é a questão social. É ela, em suas múltiplas expressões, que provoca a necessidade da ação profissional junto à criança e ao adolescente, ao idoso, a situações de violência contra a mulher, a luta pela terra, etc. Essas expressões da questão social são a matéria prima ou o objeto de trabalho profissional. (IAMAMOTO, 1999, p. 62).

O trabalho no Serviço Social procura ter uma totalidade e não uma fragmentação dos sujeitos e busca uma intervenção articulada à perspectiva da emancipação das/os usuárias/os dos serviços tanto de forma individual como coletiva. Almeja-se o acesso aos direitos, a bens e serviços para o público atendido, bem como sua efetiva participação na sociedade, na economia e na política, a fim de evitar o assistencialismo e propiciar a ruptura de políticas sociais conservadoras, disciplinadoras e não emancipatórias.

A atuação profissional baseia-se nos princípios da democracia, universalidade, integralidade, equidade, justiça, liberdade, cidadania, acessibilidade, controle e participação social, priorizando instrumentos e ferramentas que favoreçam o envolvimento das pessoas no desenvolvimento do trabalho reconhecendo o caráter multidimensional dos sujeitos e de suas ações.

Na área da saúde, o trabalho abrange aspectos preventivos, curativos e promocionais da questão social, que necessita de ações interdisciplinares e intersetoriais, do trabalho integrado, compartilhado e corresponsabilizado com as equipes, educação em saúde, mobilização em saúde, estabelecimento de parcerias, vínculos e redes de apoio para fortalecer e ampliar os canais de acesso aos direitos.

O conceito de saúde contido na Constituição Federal de 1988 e na Lei nº 8.080/1990 ressalta as expressões da questão social, ao apontar que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (CF, 1988, artigo 196) e indicar como fatores determinantes e condicionantes da saúde, “entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País” (Lei nº 8.080/1990, artigo 3º).

(BRASÍLIA, Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde, p. 39, 2010).

O fazer profissional da/o Assistente Social extrapola a área de saúde, pois as/os usuárias/os procuram o Serviço Social para questões além do processo saúde-doença. Muitas vezes as demandas são da área da assistência, da área legal e jurídica e as melhores respostas são aquelas que propõem uma escuta atenta para basear uma ação reflexiva e dialogada envolvendo e corresponsabilizando as/os demandantes levando-se em conta o cenário presente no contexto social.

7. INSERÇÃO DA/O PROFISSIONAL DE SERVIÇO SOCIAL NA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA NA BAHIA

7.1. UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE (UBS)

Elizangela de Menezes Soares¹⁷
Emanoelle Paula Santos Moura¹⁸
Janaína Conceição Andrade Silva¹⁹
Tatianne Melo de Freitas²⁰

O modelo de Atenção Básica em execução nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs), que não possuem estratégia de saúde da família, no município de Salvador ainda busca ruptura do paradigma surgido em meados da década de 1930, onde a política de saúde pública era ancorada em um saber tradicional e biomédico hegemônico que desconsiderava os aspectos

¹⁷ **Elizangela de Menezes Soares** – Assistente Social concursada da Prefeitura Municipal de Salvador/BA lotada na UBS Dr^a Cecy Andrade. Especialista em Gestão Estratégica de Pessoas UNEB. Formação em Coordenação de Estudos Grupais CIEG.

¹⁸ **Emanoelle Paula Santos Moura** – Assistente Social concursada da Prefeitura Municipal de Salvador/BA lotada na UBS Prof. José Mariane. Assistente social da UPA de Itinga no Município de Lauro de Freitas/BA. Especialista em Saúde Coletiva e Sociedade UNINTER/FACINTER/IBPEX.

¹⁹ **Janaína da Conceição Andrade Silva** - Assistente Social concursada da Prefeitura Municipal de Salvador/BA lotada na UBS Prof. José Mariane. Especialista em Gestão Estratégica de Pessoas UNEB. Formação em Coordenação de Estudos Grupais CIEG. Curso de Extensão de Política Social UNB.

²⁰ **Tatianne Melo de Freitas** - Assistente Social concursada da Prefeitura Municipal de Salvador/BA lotada na UBS Prof. José Mariane. Especialista em Impactos da Violência na Saúde FIOCRUZ. Coordenadora da Comissão de Comunicação e da Comissão de Gênero/raça/etnia do CRESS-BA gestão 2017-2020. Representante no Conselho Estadual LGBT pelo CRESS-BA gestão 2017-2020.

dos determinantes sociais e fragmentava o atendimento da/o usuária/o baseando-se apenas na “queixa do momento”.

Com o objetivo de responder a esta “antiga” lógica curativista pautada na assistência médica individual, foram pensados os “programas verticais” como os “Programas de Tuberculose”, “Programa de Hanseníase”, “Programa de Imunização” onde a preocupação com a saúde se restringia ao controle de epidemias e endemias, como endossa Vasconcelos (2007) no trecho a seguir:

Os próprios programas de saúde, contradizendo seus objetivos, colocam o médico e/ou a consulta como figura central, em detrimento de quaisquer outros profissionais e/ou ação de saúde, quando não do próprio usuário. Desse modo prioriza-se dar atenção mais à doença do que ao doente, ainda que isso nem sempre resulte na prevenção, pelo menos dos agravos decorrentes das doenças em desenvolvimento e/ou da atenção a ocorrências concomitantes.

O que se pode perceber é que os princípios que norteiam a existência dos programas de saúde agem dificultando a implementação da atenção integral, pois nem mesmo conseguem prevenir o agravamento da doença já diagnosticada, devido a uma metodologia ancorada na focalização e segmentação, que inibem conseqüentemente uma percepção integral do indivíduo e da proteção e promoção da sua saúde.

No âmbito, mais precisamente, da práxis da/o assistente social neste espaço sócio-ocupacional, os atendimentos surgem a partir de “demanda espontânea” das/os usuárias/os, encaminhamentos realizados de forma intrasetorial e intersetorial, além de interinstitucional, como do setor jurídico e de outras políticas públicas sociais.

Após o acolhimento inicial é realizada uma escuta qualificada para que a/o profissional possa ter subsídio para realizar uma leitura crítica radical da realidade e identificar as expressões da questão social ali manifestadas e a partir de então construir uma breve impressão diagnóstica para nortear a sua intervenção, que deve ser crítica e propositiva.

Sendo assim, as principais atividades que se desdobram no seu fazer profissional, são as seguintes: implementação, execução e avaliação de políticas sociais especialmente no que tange a área da saúde; acolhimento, escuta qualificada e encaminhamento para rede intra e interinstitucional; elaboração e execução de projetos no âmbito da saúde, articulado com demandas da sociedade civil; prestação de orientação social a indivíduos, grupos e à população (ex: sala de espera, grupos socioeducativos, campanhas e feiras de saúde).

São descritas ainda as atividades de supervisão de estagiária/o de Serviço Social; elaboração, execução e avaliação de pesquisas para subsidiar ações profissionais e gerar diagnósticos territoriais; planejamento e monitoramento das ações profissionais; prestação de assessoria e apoio a movimentos sociais dentro do território onde está inserida a UBS; articulação com a rede socioassistencial do território; realização de estudos socioeconômicos, relatórios e pareceres com as/os usuárias/os para fins de benefícios e serviços socioassistenciais; visitas domiciliares e institucionais; participação em eventos externos e de educação permanente; abordagem social de rua; estudo de caso com equipe multidisciplinar, entre outras atividades que competem ao Serviço Social de acordo com a Lei de Regulamentação da Profissão nº 8.662/93.

Apesar do modelo medicalocêntrico ainda se encontrar, de modo geral, em vigência na condução das práticas e na organização dos serviços nas Unidades Básicas de Saúde do município de Salvador, é nesse contexto que o Serviço Social se insere, nas contradições da realidade concreta que traz como desafio a implementação de um paradigma assistencial de saúde que atenda minimamente o prescrito no arcabouço teórico legal dessa esfera e ainda condiga com um direcionamento ético político profissional, como afirma a pesquisadora Ana Maria Vasconcelos, (2009):

Para os assistentes sociais que objetivam uma ação profissional que rompa com o conservadorismo preponderante no domínio da prática é, partindo da definição clara e consciente de suas referências ético-políticas, apropriação de uma perspectiva teórico-metodológica que, colocando referências concretas para a ação profissional, possibilite a reconstrução permanente do movimento da realidade objeto da ação profissional, enquanto expressão da totalidade social, gerando condições para um exercício profissional consciente, crítico, criativo e politizante, que só pode ser compreendido na relação de unidade entre teoria e prática.

Nesse sentido, é preciso enquanto profissional, ir além da superficialidade da demanda apresentada pelas/os usuárias/os, onde a realidade se apresenta de forma desarticulada e fragmentada. É necessário apreender a dinâmica e o movimento desta realidade de maneira crítica e radical a fim de que o fazer profissional conduza às respostas capazes de gerar mudanças nas relações sociais, na direção da defesa dos interesses da classe trabalhadora e de uma nova ordem societária onde se supere a exploração e opressão e tenha a liberdade como fundamento central.

7.2. NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA E ATENÇÃO BÁSICA (NASF-AB)

Alyxi Veloso de Oliveira²¹
Joelânia Lima Souza Moura²²
Vanessa Cunha Boaventura Carvalho²³

A Atenção Básica (AB) é a porta de entrada do Sistema Único de Saúde. Assim, os Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF-AB) foram criados pelo Ministério da Saúde em 2008, com vistas a apoiar a consolidação da Atenção Básica no Brasil, bem como ampliar as ofertas de saúde na rede de serviços. É um dispositivo estratégico que amplia as ações na atenção básica, sobretudo, através do compartilhamento de saberes, no que se refere a resolutividade, abrangência e o alvo das ações (BRASIL, 2014). O NASF é regulamentado pela portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. São:

(...) equipes multiprofissionais, compostas por profissionais de diferentes profissões ou especialidades, que devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das equipes de Saúde da Família e das equipes de Atenção

²¹ **Alyxi Veloso de Oliveira**– Assistente social cooperada da Prefeitura de Feira de Santana/BA lotada no NASF-AB. Estudante de Direito Faculdade Anísio Teixeira. Especialista em Saúde Pública FAN.

²² **Joelânia Lima Souza Moura**– Assistente social cooperada da Prefeitura de Feira de Santana/BA lotada no NASF-AB. Pedagoga UNIASSELVI. Especialista em Saúde Pública FAN. Estudante de Pós-Graduação em Apoio Matricial ENSP/FIOCRUZ.

²³ **Vanessa Cunha Boaventura Carvalho**– Assistente social cooperada da Prefeitura de Feira de Santana/BA lotada no NASF-AB. Especialista em Políticas Sociais e Serviço Social FAN. Mestra em Estudos Interdisciplinares sobre Mulheres, Gênero e Feminismo PPGNEIM/UFBA. Docente e Membro do Comitê de Ética em Pesquisa na Faculdade Anísio Teixeira.

Quanto ao trabalho, o NASF-AB atua a partir de um referencial teórico de apoio matricial, de forma integrada, objetivando realizar discussões de casos clínicos, construção de Projeto Terapêutico Singular (PTS), atendimentos individuais, interconsultas (atendimento compartilhado) entre profissionais; visitas domiciliares (atenção domiciliar), realiza grupos (de acordo com as fases da vida ou de acordo com a necessidade de cada território, etc.); reuniões (ESF e NASF-AB; geral NASF-AB, intersetoriais, comunitárias, etc.), dentre outros. O objetivo das ações são prevenção e promoção de saúde.

É válido pontuar acerca das dimensões do trabalho compartilhado e colaborativo do NASF-AB, que ocorrem de duas formas: clínico-assistencial e técnico-pedagógica. A primeira dimensão “produz ou incide sobre a ação clínica direta com os usuários; e a segunda produz ação de apoio educativo com e para as equipes.”. (BRASIL, 2009). Ou seja, atua-se não somente com os aspectos biológicos dos sujeitos, mas com todos os aspectos, quais sejam: sociais, econômicos, coletivos, subjetivos de um território.

No que tange às diretrizes, são as mesmas da Atenção Básica - produzir ou apoiar as equipes na produção de um cuidado continuado e longitudinal, próximo da população e na perspectiva da integralidade. (BRASIL, 2014). O NASF-AB deve atuar dentro de algumas diretrizes relativas à Atenção Primária à Saúde (APS), a saber: ação interdisciplinar e intersetorial; educação permanente em saúde dos profissionais e da população; desenvolvimento da noção de território; integralidade; participação social; educação popular; promoção da saúde e humanização. A inclusão do Serviço Social no NASF-AB está em consonância com os princípios éticos e políticos da profissão e do projeto de Reforma Sanitária. Esse profissional é fundamental para o que prevê a Portaria nº 154, que regulamenta a criação dos NASFs.

“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. (...)”. (BRASIL, 2009, p. 99). A estruturação de uma área estratégica do Serviço Social no NASF-AB deve partir da compreensão de que o direito à saúde se faz pela promoção da cidadania e suas ações junto às Equipes de Saúde da Família devendo voltar-se para articulações intersetoriais, educação e mobilização em saúde e formação de redes de proteção social.

O trabalho do Serviço Social no NASF-AB acontece por meio do desenvolvimento de ações que garantam a escuta e acolhida das/os usuárias/os, da criação de espaços grupais que possibilitem a construção de relações humanizadoras e socializadoras por meio de trocas de experiências e construção de rede de apoio; desenvolvimento de ações integradas com as/os profissionais da equipe correlacionados com a área de atuação em atenção à saúde e demais políticas públicas; da socialização de informações nas equipes e participar de discussão de situações vivenciadas por usuárias/os e/ou familiares com as demais categorias profissionais, valorizando as ações desenvolvidas por elas/eles; da possibilidade e compartilhamento de técnicas que identifiquem oportunidades de geração de renda ou de estratégias que propiciem o exercício da cidadania em sua plenitude, com as equipes de SF e a comunidade; dentre outros.

No entanto, cabe destacar que há muito desafios e entraves no fazer profissional, são eles: falta de estrutura para realização das atividades, ausência de sala específica para o NASF-AB/Serviço Social, dessa forma, deve-se aguardar as/os demais profissionais atenderem ou intercalar os atendimentos, para assegurar o sigilo, o conforto e a segurança para pacientes e profissionais; carro para visita domiciliar compartilhado com as/os demais profissionais, quando tem, o que dificulta a realização das visitas; falta de materiais para realização de grupos e/ou oficinas; dificuldades e resistência de alguns profissionais em ampliar seu olhar além do núcleo de saber, bem como uma sobrecarga de atribuições pela equipe mínima, fragilidade na Rede Socioassistencial e um excesso de demandas em busca dessas instituições que compõem a Rede, além da morosidade no andamento dos casos, etc.

Ações do/a Assistente Social nos NASFs-AB

1. Coordenar os trabalhos de caráter social adstritos às equipes de SF;
2. Estimular e acompanhar o desenvolvimento de trabalhos de caráter comunitário em conjunto com as equipes de SF;
3. 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;
4. 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;
5. 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;
6. 6. Discutir e realizar visitas domiciliares com as equipes de SF, desenvolvendo técnicas para qualificar essa ação de saúde;
7. 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;
8. Identificar, articular e disponibilizar, junto às equipes de SF, rede de proteção social;
9. Apoiar e desenvolver técnicas de educação e mobilização em saúde;
10. 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;
11. Estimular e acompanhar as ações de controle social em conjunto com as equipes de SF;
12. 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;
13. No âmbito do serviço social, identificar e buscar as condições necessárias para a atenção domiciliar.

(BRASIL, Cadernos de Atenção Básica nº 27 – Diretrizes do NASF, 2009, págs. 101 e 102).

Objetivos do Serviço Social nos NASFs-AB

1. Desenvolver ações que garantam a escuta e acolhida dos usuários;
2. Incentivar e contribuir no processo de fortalecimento da autonomia e da organização pessoal do usuário;
3. Apoiar os usuários na construção e ressignificação de seu projeto de vida;
4. Criar espaços grupais que possibilitem a construção de relações humanizadoras e socializadoras por meio de trocas de experiências e construção de rede de apoio;
5. Desenvolver ações integradas com os profissionais da equipe correlacionados com a área de atuação em atenção à saúde e demais políticas públicas;
6. Socializar informações nas equipes e participar de discussão de situações vivenciadas por usuários e/ou familiares com as demais categorias profissionais, valorizando as ações desenvolvidas por eles;
7. Promover a integração dos demais membros da equipe de trabalho;
8. Produzir conhecimento sobre a população atendida na área da saúde, processo de pesquisa e a especificidade do serviço social;
9. Participar da elaboração conceitual/metodológica para apoiar as práticas educativo-participativas desenvolvidas pela equipe de trabalho, com usuários e população atendida;
10. Construir coletivamente e de forma participativa entre a equipe de saúde, segmentos organizados da comunidade, usuários e demais sujeitos sociais populares envolvidos a organização do trabalho comunitário.
11. Incentivar a participação dos usuários nos fóruns de discussão e deliberação, tais como: Conselhos Locais de Saúde, Conselho Distrital de Saúde, Conselhos de Assistência Social, Conselho de Direitos da Criança e do Adolescente, Conselhos do Idoso e demais Conselhos de direitos, Reuniões da Comunidade, e outros.

(BRASIL, Cadernos de Atenção Básica nº 27 – Diretrizes do NASF, 2009, págs. 101 e 102.

7.3. PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF): Experiência de São Francisco do Conde/BA

Antônio Luiz Pereira dos Santos²⁴
Dione dos Santos Alves Nascimento²⁵
Josenilda Borges Teixeira dos Santos²⁶
Liérge Freitas Mota²⁷
Luciana Rocha Silva²⁸
Maria das Graças da S. Santos²⁹
Marta Isabel Pinho dos S. Dantas³⁰
Rousecler Mesquita de Carvalho³¹
Zenivalda Nery dos Santos³²

²⁴ **Antônio Luiz Pereira dos Santos** - Assistente Social e Coordenador de Serviço Social da Diretoria de Atenção Básica de São Francisco do Conde/BA.

²⁵ **Dione dos Santos Alves Nascimento** - Assistente Social do PSF do Monte Recôncavo do Município de São Francisco do Conde/BA. Especialista em Gestão Pública e proteção social – Fundação Visconde de Cairu, Saúde da Família pela Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB) e Gestão de Saúde Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB).

²⁶ **Josenilda Borges Teixeira dos Santos** - Assistente Social do PSF Maria José da Cruz no bairro de Campinas do Município de São Francisco do Conde/BA. Pós- graduada em Saúde Pública com ênfase na Estratégia em Saúde da Família – Centro de Pós-graduação São Camila; Especialista em gestão da saúde Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB) e Extensão em teologia na Universidade Católica do Salvador – (UCSAI)

²⁷ **Liérge Freitas Mota** - Assistente Social do PSF de São Bento do Município de São Francisco do Conde/BA. MBA em programação Neurolinguística pelo Faculdade Hélio Rocha.

²⁸ **Luciana Rocha Silva** - Assistente Social do PSF do Bairro do Socorro do Município de São Francisco do Conde/BA. Especialista em administração e planejamento de projeto social.

²⁹ **Maria das Graças da S. Santos** - Assistente Social do PSF do Bairro da Jabequara do Município de São Francisco do Conde/BA. Especialista em Educação Ambiental pela FACEBA.

³⁰ **Marta Isabel Pinho dos S. Dantas** - Assistente Social do PSF do Bairro do Engenho de Baixo do Município de São Francisco do Conde/BA. Pós-graduação em Gestão do SUS pela FIOCRUZ e Pós-graduação em administração do SUS UFBA.

³¹ **Rousecler Mesquita de Carvalho** - Assistente Social do PSF do Bairro Colmonte do Município de São Francisco do Conde/BA. Especialista em saúde Pública pela faculdade UNILELA; Gestão em Vigilância Sanitária pelo Hospital Sirio-Libanês, Programa da Família da Atenção Primária pela UNINTER e Metodologia do ensino pesquisa e extensão em educação UNEB/BA

³² **Zenilda Nery dos Santos** – Assistente Social do Centro II no município de São Francisco do Conde–BA. Especialista em Saúde Pública com ênfase em PSF pela faculdade São Camilo, Especialista em Seguridade Social e Políticas Públicas pela CEPEX – DH, Especialista em Gestão e elaboração de projetos Sociais pela CEPEX-DH.

O município de São Francisco do Conde localiza-se no extremo norte da Baía de Todos os Santos, situada na região metropolitana de Salvador, pertence à Macrorregião Leste. Sua área territorial é de 266,63 Km² e com uma população estimada de 40.220 habitantes (IBGE, 2017). Distante 66 km de Salvador.

É constituído por uma área urbana composta da: Sede, Baixa Fria, São Bento, Nova São Francisco, Campinas e Pitangueiras e uma área rural composta dos distritos de Muribeca, Socorro, Santo Estevão, Caípe de Cima, Caípe de Baixo, Colmonte, Coroadó, Madruga, Vencimento, Dom João, Santa Elisa, Macaco, Paramirim, Monte Recôncavo, Jabequara, Engenho de Baixo, Ponta do Coco, Ilha das Fontes e Paty. Faz fronteira com os municípios de Candeias, São Sebastião do Passé, Santo Amaro e Madre de Deus.

Historicamente no Brasil, e no município de São Francisco do Conde não é diferente, a população masculina utiliza menos o serviço de saúde e com isso, os indicadores de morbimortalidade são considerados altos em relação ao feminino. Face ao exposto, faz-se necessária a ampliação do acesso desta população aos serviços de atenção integral à saúde considerando também as ações de promoção e prevenção. A Rede de Atenção à Saúde (RAS) em São Francisco do Conde conta com equipamentos na Atenção Básica (AB) e atenção secundária. A Atenção Básica possui 16 equipes de saúde da família o que corresponde a 100% de cobertura.

Na atenção secundária o município possui 04 Centros especializados, sendo eles: Clínica de Referência à Saúde da Mulher (CRESAM), Centro de Convivência do Idoso, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) tipo 1, Centro de Apoio e Acompanhamento à Pessoa com Doença Falciforme Rílza Valentim em processo de reestruturação.

Além disto, possui sede da Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE), que embora não seja um equipamento administrado pela saúde presta atendimento aos munícipes. Agregam-se ainda a RAS, o Hospital Docente Célia Almeida Lima e Pronto Atendimento (PA) na Muribeca, ambos administrados por uma empresa terceirizada. Conta ainda com 02 ambulâncias do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), sendo 1 básica, 1 avançada e 01 UTI Móvel adquiridas com recursos municipais.

No ano de 1999, o Município de São Francisco do Conde tornou-se a primeira cidade da Bahia a implantar o Serviço Social no Programa de Saúde da Família. Nesta época foi contratado um profissional para atender as demandas em 04 unidades de saúde, tornando-se o primeiro município do estado da Bahia a dispor deste serviço.

Devido à demanda volumosa, peculiar do Serviço Social, e da relevância deste profissional nas ações do PSF, em 2003, com a seleção pública, ampliou-se o espaço de atuação contratando mais três profissionais, ficando assim um total de quatro Assistentes Sociais, ampliando assim a cobertura nas unidades na saúde da Família.

Ao longo desta jornada, o Serviço Social vem conquistado um importante espaço de atuação e desenvolvimento de seu processo de trabalho, tornando-se indispensável e resolutivo para as questões sociais. Tendo em vista que ainda em pleno século XXI o Estado brasileiro não conseguiu efetivar de forma clara e objetiva o que se propõem os artigos 196 da Constituição Federal de 88 e o caput do art. 3º da Lei 8080/90, e de várias outras propostas no âmbito da saúde.

A inserção deste profissional na Estratégia de Saúde da Família tornou-se imprescindível no desenvolvimento de ações e de políticas transversais tão necessárias ao fortalecimento, sobretudo da Política Nacional de Saúde no enfrentamento da questão social, de modo a oferecer um atendimento voltado aos problemas de maior incidência na população, com o objetivo de prestar um atendimento mais equânime como preconiza o SUS, livre de preconceito e discriminação de qualquer natureza.

Ações essas que vem sendo desenvolvidas, amparada nos princípios proposto pelo SUS, nos Parâmetros para Atuação de Assistente Social na Política de Saúde, Código de Ética, Lei de Regulamentação da Profissão e pelo Projeto ético-político e pedagógico da categoria do Serviço Social, onde a defesa da equidade se constitui pilares fundamentais na intervenção da/o Assistente Social.

E que seja de fato ações promotoras que reforcem e influencie diretamente na garantia do direito a saúde da população. A partir do ano de 2009, até os dias atuais a Estratégia Saúde da Família é composta de 16 Assistentes Sociais, tendo 100% de cobertura das unidades, contribuindo para transformação social das/os usuárias/os, sujeitos de direitos.

Salientamos que a/o Assistente Social é um profissional que reconhece a prática do trabalho interdisciplinar, o que favorece o desenvolvimento de ações no sentido de oferecer a/ao usuária/o um atendimento numa perspectiva integral, além de contribuir para a mudança do modelo assistencial médico-hegemônico.

A organização deste espaço de trabalho, enquanto ambiente dinâmico e com múltiplas características como acolhimento e escuta qualificada requer o máximo de cuidado,

especificamente no que concerne à definição de ações/conduitas que contribuam para a humanização, bem como para a garantia da integralidade do atendimento as/aos usuárias/os demandatárias/os dos serviços de saúde pública.

A proposta de trabalho no âmbito da Atenção Básica visa contribuir para a melhoria dos serviços prestados às comunidades das áreas distritais, tendo como principais eixos:

- A democratização das informações à população usuária, através de abordagens coletivas e individuais.
- O desenvolvimento de ações educativas, no intuito de socializar informações em torno da rede de saúde e outras e os mecanismos de acesso aos serviços de saúde.
- A promoção de espaços de escuta e acolhimento, bem como de formação de equipe para a identificação de indícios de violação de direitos, contribuindo para a garantia de direitos sociais.
- O conhecimento das condições de vida e trabalho das/os usuárias/os e dos determinantes sociais relacionados ao processo de saúde-doença.
- A potencialização da intersetorialidade, evitando a fragmentação dos atendimentos às necessidades da população usuária.
- O fomento à participação e controle social.
- O fortalecimento dos vínculos familiares, contribuindo para que as/os usuárias/os se tornem sujeitos ativos na promoção, prevenção e recuperação da saúde.

A/o profissional Assistente Social que está inserido a equipe da Estratégia Saúde da Família atua de forma articulada com a rede assistencial de saúde e com a rede de Assistência Social (CRAS, CREAS, PROAP, etc.). Entretanto, na Atenção Básica responde suas atribuições com o trabalho em rede, numa estratégia de enfrentamento a questão social, estimulando a intersetorialidade, tendo em vista a realização de ações que fortalecem a articulação entre as políticas de seguridade social, superando a fragmentação dos serviços e do atendimento às necessidades sociais.

Utilizando os instrumentais como: acolhimento, atendimentos individuais e grupo, orientações diversas, benefícios sociais e previdenciários, relatórios, visita domiciliar e institucional, livro de ocorrências e registros, registro em prontuários, planejamento de atividades, palestras educativas, articulação da rede de saúde e socioassistencial, reuniões

técnicas de avaliação do processo de trabalho do Serviço Social no ESF e de equipe, no intuito de compartilhamento do cuidado e mapeamento do território, entre outras atividades pertinentes ao Serviço Social.

Dessa forma, a utilização desses instrumentais contribui para efetivação das políticas públicas e políticas sociais e integração das políticas setoriais. Buscando o rompimento das fragmentações e burocratização dos atendimentos prestados a comunidade.

8. ATUAÇÃO DA/O ASSISTENTE SOCIAL NA ATENÇÃO BÁSICA NA BAHIA³³

Conforme exemplificado nos Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde, as ações do Serviço Social se operacionaliza nos diversos espaços de atuação profissional na saúde e auferem materialidade na estrutura da rede de Atenção à Saúde (Unidades da Estratégia de Saúde da Família, Postos de Saúde, Centros de Saúde, Policlínicas, Institutos, Maternidades, Centros de Apoio Psicossocial - CAPS, Hospitais Gerais, de emergência e especializados, etc.) e na rede de serviços socioassistenciais (Centro de Referência de Assistência Social - CRAS, Centro de Referência Especializado de Assistência Social - CREAS).

Ainda conforme o documento, as/os Assistentes Sociais no campo da saúde atuam em quatro grandes eixos: atendimento direto as/aos usuárias/os; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional. Destaca a discussão presente no documento que esses eixos não devem ser compreendidos de forma segmentada, mas articulados dentro de uma concepção de totalidade. Partindo desse exposto, se organizará as principais ações da/o Assistente Social na Atenção Básica primando pela articulação desses eixos.

8.1. ATENDIMENTO DIRETO AS/OS USUÁRIAS/OS

Conforme preconiza os Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde, as ações predominantes no atendimento direto são as ações socioassistenciais, as ações de articulação interdisciplinar e as ações socioeducativas.

8.1.1. AÇÕES SOCIOASSISTENCIAIS

³³ Este item foi sistematizado a partir das discussões do Grupo de Trabalho para Construção do Protocolo de Atuação das/os Assistentes Sociais na Atenção Básica na Bahia.

Conforme as considerações de Gueber (2011, p. 4), os processos socioassistenciais correspondem às ações de intervenção, desenvolvidas diretamente com os usuários dos serviços nos diferentes níveis de complexidade dos serviços institucionais.

O QUE FAZEMOS

- Atendimento Individual.
- Atendimento compartilhado / Interconsulta.
- Atendimento coletivo.

COMO DESENVOLVEMOS

Principais demandas apresentadas durante o acolhimento:

- Benefícios sociais e previdenciários. Ex: Benefício de Prestação Continuada/BPC, Programa Bolsa-Família.
- Orientações socioassistenciais.
- Situação de violação de direitos.
- Fragilização e rompimento de vínculos familiares.
- Risco social. Ex: Pessoas em situação de rua, dependentes químicos.

O atendimento individual é realizado mediante o acolhimento com escuta qualificada pela/o profissional nos serviços de saúde, que realiza o levantamento das demandas para efetivar os devidos encaminhamentos para rede. As demandas que requerem esclarecimentos e orientações são efetuadas durante o atendimento, demandas extensivas e específicas devem ser direcionadas/encaminhadas mediante relatório ou Ficha de Referência/Contra Referência para Rede de Atenção à Saúde ou socioassistencial.

O que é acolhimento?

Acolhimento é uma diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH), que não tem local nem hora certa para acontecer, nem um profissional específico para fazê-lo: faz parte de todos os encontros do serviço de saúde. O acolhimento é uma postura ética que implica na escuta do usuário em suas queixas, no reconhecimento do seu protagonismo no processo de saúde e adoecimento, e na responsabilização pela resolução, com ativação de redes de compartilhamento de saberes. Acolher é um compromisso de resposta às necessidades dos cidadãos que procuram os serviços de saúde. (BRASIL, PNH, 2003).

O atendimento/acolhimento em conjunto ocorre com outras/os profissionais para que, com os diversos olhares/saberes sobre determinada demanda, a equipe possa conseguir maior resolutividade (trabalho interdisciplinar). Os atendimentos coletivos dizem respeito ao acolhimento de um grupo que apresenta demandas em comum.

Os atendimentos coletivos são planejados previamente, de acordo com o perfil do território, adesão e participação das equipes de saúde e comunidade, a fim de possibilitar e favorecer a troca de experiências para além do trabalho educativo. As temáticas a serem desenvolvidas perpassam por um planejamento de construção pedagógica para o público que será atendido.

INSTRUMENTAIS UTILIZADOS NO DESENVOLVIMENTO DA AÇÃO³⁴

- ✓ Entrevista individual ou grupal.

A entrevista, assim como outros instrumentos utilizados no trabalho do assistente social, constitui-se em “potencializadores das intencionalidades teórico-práticas para a efetivação da ação” São meios de trabalho que impulsionam e colocam em movimento as finalidades profissionais. Sendo assim, permitem realizar a passagem do campo da possibilidade da ação profissional para o campo da objetividade-realidade. (SANTOS, 2007, p. 4).

- ✓ Relatórios.
- ✓ Registros em Prontuários.
- ✓ Livro de Registros.
- ✓ Folha de Referência e Contra Referência.

LEITURA OBRIGATÓRIA³⁵



³⁴ Sousa (2008) em seus estudos identifica duas categorias de linguagens comumente utilizadas pelo Serviço Social: a linguagem oral ou direta e a linguagem escrita ou indireta, e com elas, estabelecer as interações. Desse modo, podemos classificar os instrumentos de trabalho como instrumentos diretos (ou “face a face”) e instrumentos indiretos (ou “por escrito”).

³⁵ Como objetivo de ampliar a resolutividade das equipes de saúde, proporcionando ampliação do escopo de práticas e apoio ao processo de trabalho a partir da oferta de tecnologias assistenciais e educacionais, o Departamento de Atenção Básica (DAB) tem empregado esforços na produção de diversos materiais técnicos norteadores para processo de trabalho na AB (...). Trata-se de instrumentos potentes para implementação de boas práticas e devem funcionar efetivamente como material de consulta no dia a dia dos profissionais de saúde. (BRASIL, 2016).

O QUE FAZEMOS

- ✓ Atendimento domiciliar individual.
- ✓ Atendimento domiciliar compartilhado.

O cuidado domiciliar à saúde é uma prática que remonta a própria existência das famílias como unidade de organização social. Inúmeras situações de dependência cronicamente assumidas pelas famílias sequer foram, ainda, incluídas nas iniciativas de atenção domiciliar organizadas pelo sistema de saúde. O objeto “atenção domiciliar”, portanto, diz respeito apenas a uma parte das práticas de cuidado domiciliar, particularmente as que implicam uma convivência entre profissionais de saúde e cuidadores familiares (MEHRY; FEUERWERKER, 2008).

COMO DESENVOLVEMOS

Os atendimentos domiciliares são feitos a partir de agendamento prévio, realizado pela/o Agente Comunitário de Saúde (ACS) e mediante necessidade das equipes mínimas de saúde. Disparados a partir das discussões de casos visam o acolhimento das demandas das/os usuárias/os dos serviços de saúde. Os atendimentos domiciliares são realizados mediante visitas domiciliares que constitui um instrumento de atenção à saúde que possibilita, a partir do conhecimento da realidade do indivíduo e sua família in loco, fortalecer os vínculos da/o paciente, da terapêutica e da/o profissional, assim como atuar na promoção de saúde, prevenção, tratamento e reabilitação de doenças e agravos. É um instrumento vital da Atenção Domiciliar.

INSTRUMENTAIS UTILIZADOS NO DESENVOLVIMENTO DA AÇÃO

- ✓ Visita Domiciliar.

A Visita Domiciliar: é uma técnica social, de natureza qualitativa, por meio da qual o profissional se debruça sobre a realidade social com a intenção de conhecê-la, descrevê-la, compreendê-la ou explicá-la. O seu diferencial em relação a outras técnicas é que tem por lócus o meio social, especialmente o lugar social mais privativo e que diz respeito ao território social do sujeito: a sua casa ou local de domicílio. (SAMARCO 2014, p.19).

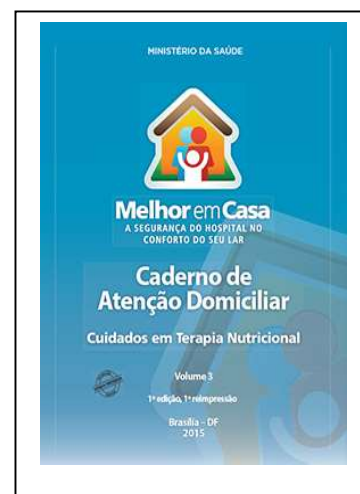
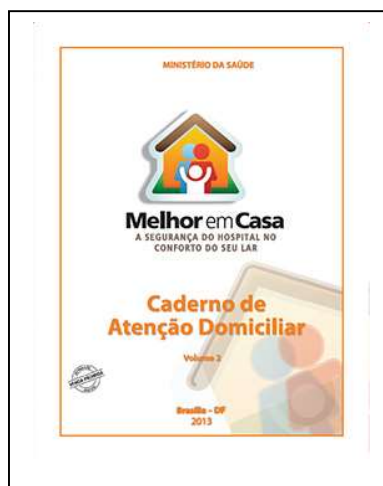
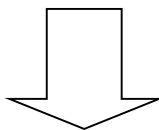
- ✓ Entrevista.

- ✓ Livro de registro.

O Livro de Registro é um instrumento bastante utilizado, sobretudo em locais onde circula um grande número de profissionais. Trata-se de um livro onde são anotadas as atividades realizadas, telefonemas recebidos, questões pendentes, atendimentos realizados, dentre outras questões, de modo que toda a equipe tenha acesso ao que está sendo desenvolvido. (SOUZA, 2008 p. 130).

- ✓ Registros em Prontuários.
- ✓ Relatórios.
- ✓ Ficha de Referência e Contra Referência.

LEITURA OBRIGATÓRIA



8.2. AÇÕES DE ARTICULAÇÃO COM A EQUIPE DE SAÚDE

Os Parâmetros de Atuação de Assistente Social na Política de Saúde ressaltam que as ações de articulação com a equipe de saúde tratam especificamente do trabalho em equipe merecendo atenção constante para a/o profissional de Serviço Social que necessita realizar um exercício diário de defesa da sua singularidade profissional.

O QUE FAZEMOS

- ✓ Reunião / Encontros dialogados.

COMO FAZEMOS

As reuniões de equipes/encontros dialogados são espaços que têm por objetivo estabelecer mediações e pactuações sobre determinado tema e, sobretudo, a tomada de decisão sobre o assunto debatido pelo grupo. Algumas reuniões/encontros são para discussão de casos entre as equipes onde as/os profissionais analisam as necessidades específicas de cada caso e elaboram estratégias para atender a demanda, nesses momentos as/os profissionais compartilham suas impressões e saberes sobre os casos e também estabelece as definições de responsabilidades e divisão de tarefas entre as/os profissionais.

Outra característica das reuniões de equipes/encontros dialogados refere-se ao planejamento de ações para o território como os grupos, atendimentos, visitas domiciliares e institucionais, ações de promoção de saúde, etc. A realização de reuniões é considerada uma ferramenta indispensável para o alcance dos objetivos propostos pela Estratégia Saúde da Família, representando um espaço que possibilita reflexões sobre a prática, troca de experiências e planejamento das ações.

Dessa forma, são realizadas reuniões sistemáticas da equipe NASF-AB, do NASF-AB com as Equipes de Saúde da Família (EQSF), do NASF-AB/EqSF e demais equipamentos da rede intersetorial e intrasetorial em locais que garantam o sigilo, conforto, segurança e com disponibilidade de recursos materiais necessários.

INSTRUMENTAIS UTILIZADOS NO DESENVOLVIMENTO DA AÇÃO

✓ Atas de Reunião.

É o registro de todo o processo de uma reunião, das discussões realizadas, das opiniões emitidas, e, sobretudo, da decisão tomada – e da forma como o grupo chegou a ela (por votação, por consenso, ou outra forma). Geralmente o relator de uma ata de reunião é designado para tal. Pode ser um membro do grupo ou um funcionário da instituição. Comumente, as atas de reuniões são lidas ao final da mesma, e, após sua aprovação, todos os participantes assinam – com garantia de que a discussão realizada assim como a decisão tomada é de ciência de todos. (SOUZA, 2008 p. 128/129).

✓ Prontuários.

✓ Projeto Terapêutico Singular.

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é instrumento de organização do cuidado em saúde construído entre equipe e usuário, considerando as singularidades do sujeito e a complexidade de cada caso. No PTS, a identificação das necessidades de saúde, a discussão do diagnóstico e a definição do cuidado são compartilhadas, o que leva a aumento da eficácia dos tratamentos, pois a ampliação da comunicação traz o fortalecimento dos vínculos e o aumento do grau de corresponsabilização (BRASIL, 2009b, p. 42).

✓ Genograma.

A principal função do genograma é organizar os dados referentes à família e seus processos relacionais. Tem sido largamente usado como instrumento de trabalho para o profissional de saúde em diversas áreas. O genograma permite visualização rápida e abrangente da organização familiar e suas principais características, constituindo um mapa relacional onde são registrados dados relevantes ao caso. Possibilita analisar a estrutura da família, sua composição, problemas de saúde, situações de risco e padrões de vulnerabilidade. Retrata a história familiar, identificando sua estrutura, funcionamento, relações e conflitos entre os membros. (BRASIL, 2014, p. 75).

✓ Ecomapa.

O ecomapa é instrumento de avaliação familiar bastante útil no mapeamento de redes, apoios sociais e ligações da família com a comunidade. Costuma ser utilizado em associação ao genograma para planejamento de ações em saúde. Ambos os instrumentos retratam graficamente constituição e dinâmicas relacionais de um grupo social, com foco na família. Ao representar as interações entre os membros da família e os recursos comunitários ao longo do tempo, o ecomapa fornece uma visão ampliada da família. Todavia, necessita de atualizações na medida em que ocorrem modificações no contexto familiar, sejam elas de caráter social, cultural ou econômico. Algumas áreas a serem representadas no ecomapa:

- Serviços de saúde.
- Grupos de convívio social (igreja; associação de pais; grupos de convívio etc.).
- Escola e serviços de educação.
- Relações pessoais significativas (amigos, vizinhos, família mais afastada etc.).
- Trabalho.

(BRASIL, 2014, p. 77).

O que é e como funcionam o apoio matricial e a equipe de referência

O QUE FAZEMOS

- ✓ Matriciamento.

COMO FAZEMOS

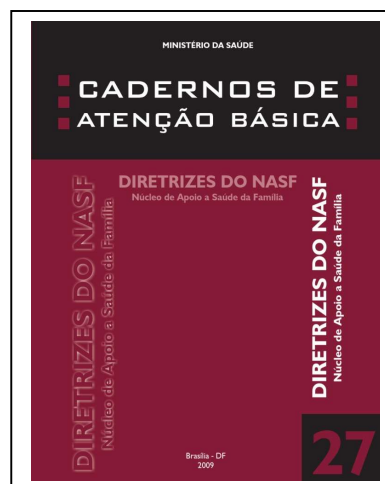
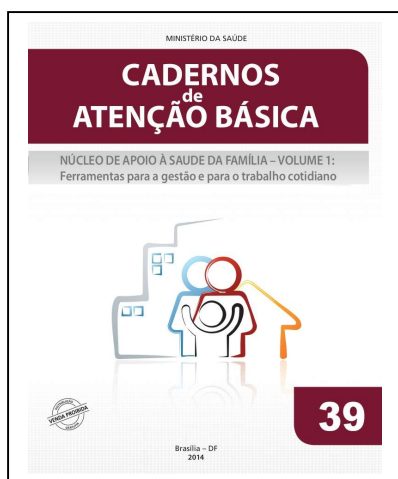
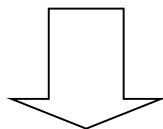
O Matriciamento acontece por parte das/os Assistentes Sociais e demais profissionais que compõem a EqNASF-AB para as Equipes de Saúde da Família; a própria EqNASF-AB e demais profissionais da área de saúde. Possui uma dimensão pedagógica e consiste em compartilhar informações referentes à longitudinalidade do cuidado e ampliação da clínica, garantindo a integralidade no que tange o direito à saúde.

Ocorre com as/os profissionais da equipe e de outras equipes e com as/os usuárias/os tendo por escopo a resolubilidade das demandas apresentadas aos direitos sociais, tendo por objetivo a garantia do atendimento integral das/os usuárias/os. Entretanto, para que isto ocorra, faz-se necessária a compreensão e o engajamento das/os profissionais de saúde no matriciamento com foco na ampliação de competências/capacidades das equipes de saúde para lidar com os problemas clínicos e sanitários.

O apoio matricial em saúde objetiva assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde. Trata-se de uma metodologia de trabalho complementar àquela prevista em sistemas hierarquizados, a saber: mecanismos de referência e contra-referência, protocolos e centros de regulação. O apoio matricial pretende oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico-pedagógico às equipes de referência. Depende da construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias entre os componentes de uma equipe de referência e os especialistas que oferecem apoio matricial. Essas diretrizes devem prever critérios para acionar o apoio e definir o espectro de responsabilidade tanto dos diferentes integrantes da equipe de referência quanto dos apoiadores matriciais(...). A equipe ou profissional de referência são aqueles que têm a responsabilidade pela condução de um caso individual, familiar ou comunitário. Objetiva ampliar as possibilidades de construção de vínculo entre profissionais e usuários. O termo responsabilidade de condução refere-se à tarefa de encarregar-se da atenção ao longo do tempo, ou seja, de maneira longitudinal, à semelhança do preconizado para equipes de saúde da família na atenção básica.

(CAMPOS & DOMITTI, 2017).

LEITURA OBRIGATÓRIA



8.3. AÇÕES DE INVESTIGAÇÃO, PLANEJAMENTO E GESTÃO

Descrito nos Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde as ações de investigação, planejamento e gestão envolve um conjunto de ações que tem como objetivo o fortalecimento da gestão democrática e participativa capaz de produzir em conjunto a intersetorialidade e propostas com vista a potencializar a gestão em favor dos usuários e trabalhadores de saúde na garantia de direitos sociais.

O QUE FAZEMOS

- ✓ Elaborar planejamento estratégico dos serviços de saúde, visando garantir a participação das/os usuárias/os e demais trabalhadoras/es da saúde.
- ✓ Traçar o perfil e as demandas da população usuária dos serviços de saúde por meio de documentações técnicas.

- ✓ Identificar as manifestações da questão social que chegam aos serviços de saúde por meio de estudos e sistema de registros.
- ✓ Efetuar estudos e investigações com relação aos determinantes sociais da saúde.
- ✓ Colaborar na elaboração de estudos relativos ao perfil epidemiológico e condições sanitárias no nível local, regional e estadual.
- ✓ Realizar investigação dos segmentos de usuárias/os (população de rua, idosas/os, pessoas com deficiências, entre outros) dos serviços de saúde, objetivando elaboração de planos de atendimento.
- ✓ Construir estratégias e rotinas de ação, como por exemplo fluxogramas e protocolos, que visem à organização do trabalho.
- ✓ Planejar³⁶ atividades/ações para o território.
- ✓ Planejar atividades/ações para as/os usuárias/os dos serviços.

COMO FAZEMOS

O planejamento de qualquer atividade é essencial para se alcançar um objetivo, pois requer uma apreensão crítica dos processos sociais de produção e reprodução das relações sociais. Proporcionando a identificação de demandas presentes no território visando formular respostas para o enfrentamento das questões sociais.

É o instrumento que indica o que se deve fazer, com quem, quando, como, onde, quais recursos são necessários e se os resultados foram alcançados. Sem o planejamento corre-se o risco não atingir as metas. O planejamento regular permite dotar as/os profissionais de informações que possibilitem uma ação mais efetiva sobre a realidade sanitária e direcionar as ações com vistas a melhorar as condições de saúde da população.

INSTRUMENTAIS UTILIZADOS NO DESENVOLVIMENTO DA AÇÃO

- ✓ Plano de Saúde

³⁶ Pode-se afirmar que o ato de planejar consiste em desenhar, executar e acompanhar um conjunto de propostas de ação com vistas à intervenção sobre um determinado recorte da realidade. O planejamento pode ser visto como um instrumento de racionalização da ação humana. Ação realizada por atores sociais, orientada por um propósito relacionado com a manutenção ou modificação de uma determinada situação. (VILASBÔAS, 2004).

Art. 3º O Plano de Saúde, instrumento central de planejamento para definição e implementação de todas as iniciativas no âmbito da saúde de cada esfera da gestão do SUS para o período de quatro anos, explicita os compromissos do governo para o setor saúde e reflete, a partir da análise situacional, as necessidades de saúde da população e as peculiaridades próprias de cada esfera. (BRASIL, 2013)

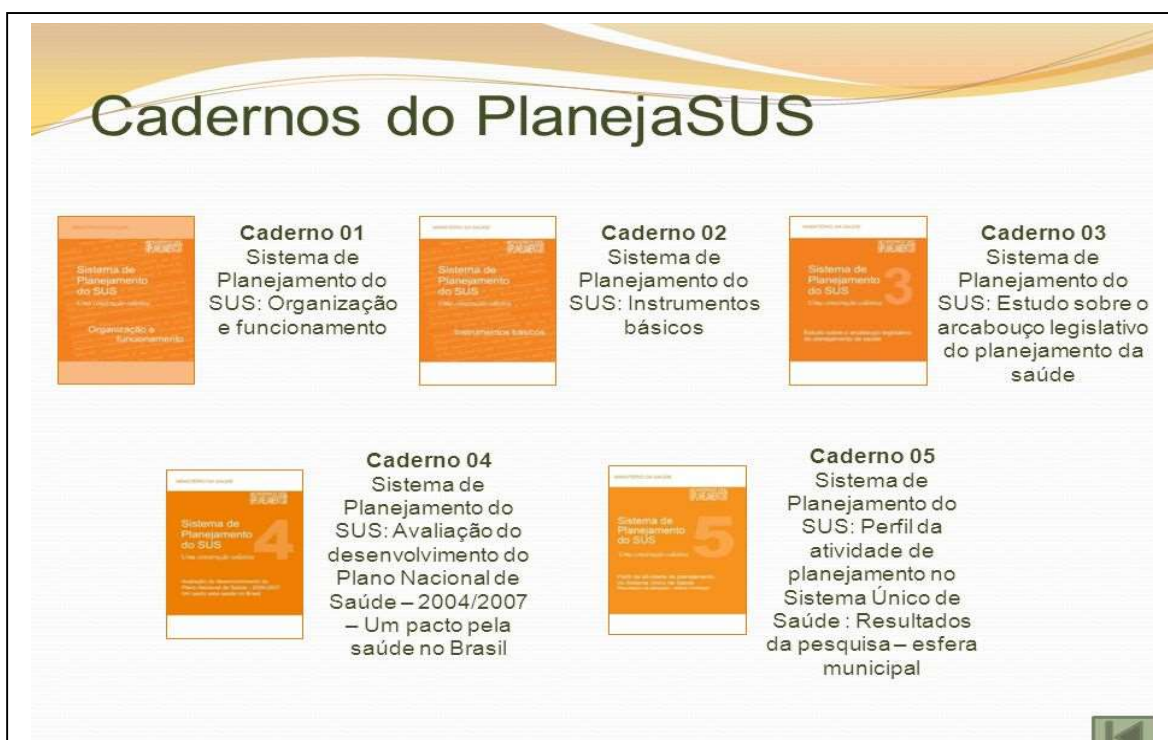
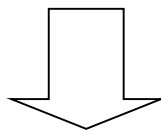
✓ Programação Anual de Saúde;

Art. 4º A Programação Anual de Saúde (PAS) é o instrumento que operacionaliza as intenções expressas no Plano de Saúde e tem por objetivo anualizar as metas do Plano de Saúde e prever a alocação dos recursos orçamentários a serem executados. (Brasil, 2013)

✓ Relatórios anuais de gestão;

Art. 6º O Relatório de Gestão é o instrumento de gestão com elaboração anual que permite ao gestor apresentar os resultados alcançados com a execução da PAS e orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários no Plano de Saúde. (BRASIL, 2013)

LEITURA OBRIGATÓRIA



O QUE FAZEMOS

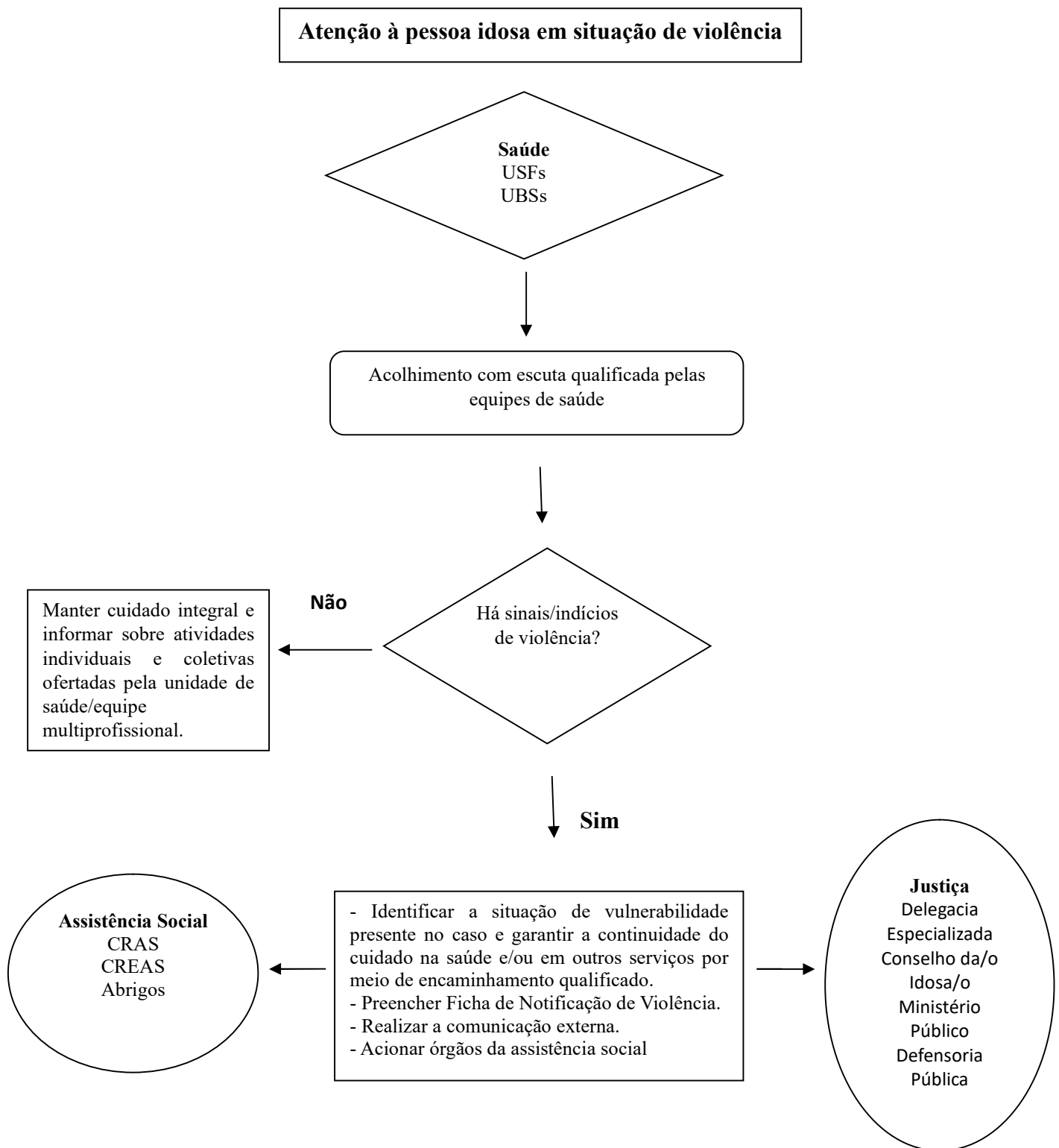
- ✓ Articulação com as Redes Intrasetorial e Intersetorial.

Rede é uma articulação política entre pares que, para se estabelecer, exige: reconhecer (que o outro existe e é importante); conhecer (o que o outro faz); colaborar (prestar ajuda quando necessário); cooperar (compartilhar saberes, ações e poderes) e associar-se (compartilhar objetivos e projetos). Estas condições preliminares resultam, respectivamente, em autonomia, vontade, dinamismo, multiliderança, informação, descentralização e múltiplos níveis de operacionalização. (OLIVEIRA, 2001).

COMO FAZEMOS

A estruturação/articulação da rede se dá a partir do mapeamento de todos os serviços governamentais e não governamentais que atuam no cuidado integral, na promoção, defesa e proteção dos direitos no território, bem como os serviços regionalizados, quando for o caso. Esta ação requer a elaboração de protocolos de acolhimento e atendimento humanizados (abordando os aspectos técnicos e éticos) para o serviço de saúde e da rede intersetorial, definindo corresponsabilidades, áreas de abrangência, fluxos do atendimento e seguimento para a rede, normativas específicas, podendo ser utilizados ou adaptados os protocolos existentes.

Exemplo:

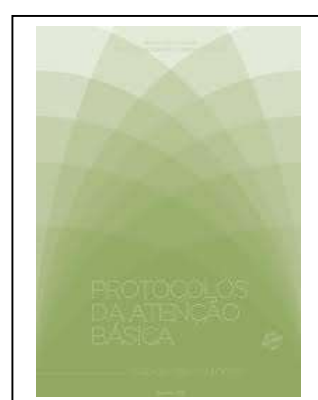
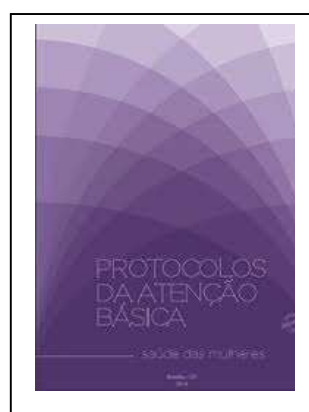
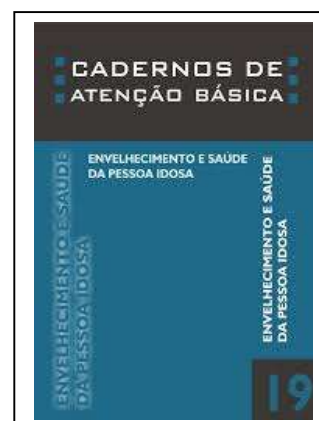
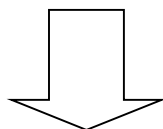
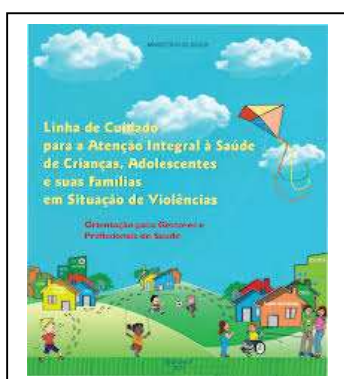


INSTRUMENTOS UTILIZADOS NO DESENVOLVIMENTO DA AÇÃO

✓ Visitas Institucionais.

As visitas institucionais são motivadas em algumas situações como: 1. Quando o/a Assistente Social está trabalhando em uma determinada situação singular, e resolve visitar uma instituição com a qual o usuário mantém alguma espécie de vínculo; 2. Quando o/a profissional quer conhecer um determinado trabalho desenvolvido por uma instituição; 3. Quando é preciso realizar uma avaliação da cobertura e da qualidade dos serviços prestados por uma instituição.). As visitas e/ou contato com outras instituições objetivam efetivar a intersectorialidade, ou seja, a gestão das relações interinstitucionais com vistas à criação de fluxos entre serviços. O/A profissional faz um levantamento das instituições que compõe a rede local e in loco discute casos e pactua ações que visam o fortalecimento da rede e ampliação do cuidado. (SOUZA 2008, p. 128 e 129

LEITURA OBRIGATÓRIA³⁷



³⁷ Os Protocolos da Atenção Básica (PAB) têm enfoque clínico e de gestão do cuidado, e servem como subsídio para a qualificada tomada de decisão por parte dos profissionais de saúde, de acordo com aspectos essenciais à produção do cuidado na AB. Cada protocolo aborda um tema clínico e é elaborado com base em diversos saberes, a fim de garantir um cuidado integral sob a ótica da clínica ampliada, considerando que aspectos biológicos, psíquicos, socioeconômicos, culturais, espirituais e ambientais exercem determinação sobre o processo saúde-doença dos indivíduos e, portanto, os profissionais de saúde devem acionar recursos diversos para o cuidado. (BRASIL, 2016)

8.4. AÇÕES SOCIOEDUCATIVAS

Conforme descrito nos Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde as ações socioeducativas consistem em orientações reflexivas e socialização de informações realizadas por meio de abordagens individuais, grupais ou coletivas a/ao usuário/o, família e população de determinada área programática. Devem-se constituir em eixo central da atuação do profissional de Serviço Social e recebem também a denominação de educação em saúde. A promoção de educação em saúde por parte das/os Assistentes Sociais na Atenção Básica deve sempre pautar-se nos determinantes sociais que se apresentam em seus territórios.

As ações socioeducativas e/ou educação em saúde não devem pautar-se pelo fornecimento de informações e/ou esclarecimentos que levem a simples adesão do usuário, reforçando a perspectiva de subalternização e controle dos mesmos. Devem ter como intencionalidade a dimensão da libertação na construção de uma nova cultura e enfatizar a participação dos usuários no conhecimento crítico da sua realidade e potencializar os sujeitos para a construção de estratégias coletivas. (Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde, 2010, p.55).

8.4.1. EDUCAÇÃO EM SAÚDE

O QUE FAZEMOS:

- ✓ Salas de Esperas.
- ✓ Rodas de conversas.
- ✓ Palestras.
- ✓ Oficinas.
- ✓ Encontros Dialogados.
- ✓ Grupos Socioeducativos.
- ✓ Elaboração e divulgação de material socioeducativos.

Alguns temas que são abordados nas ações de educação em saúde:

- Benefícios sociais e previdenciários.
- Direitos da Criança; Adolescentes; Idosos; Mulheres; etc.
- Direitos Sexuais e Reprodutivos.
- Direitos da Gestante e Paternidade Responsável.
- Violência Doméstica.
- Cultura da Paz.
- Cidadania e Direitos Humanos.
- Mobilização Social.

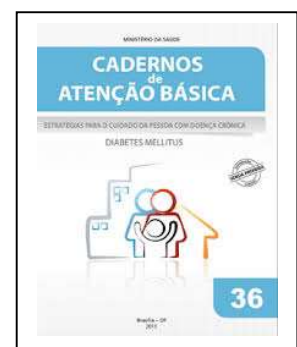
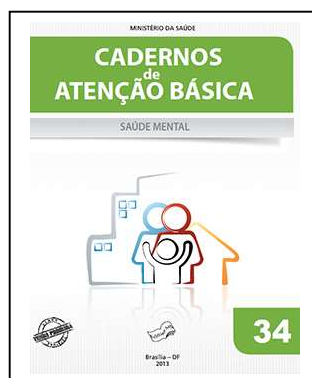
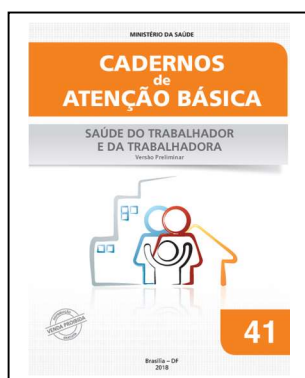
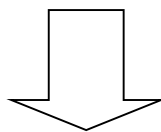
COMO FAZEMOS:

Mediante planejamento prévio levando em consideração a necessidades da comunidade e a partir da análise de situação de saúde da população adscrita. São realizadas também Sala de Espera e Rodas de Conversas. Geralmente, os temas abordados nesses grupos são focados na prevenção de doenças, o que requer a ampliação da visão sobre o processo saúde-doença e cuidado no sentido de se utilizar o espaço grupal para tratar também de questões sociais, culturais e históricas.

INSTRUMENTOS UTILIZADOS NO DESENVOLVIMENTO DA AÇÃO

- ✓ Dinâmica de grupo.
- ✓ Livro de registros.
- ✓ Recursos de Audiovisuais.
- ✓ Recursos Teóricos e Pedagógicos (cartilhas, filmes, músicas, materiais educativos, audiovisuais e de escritório).
- ✓ Legislações, livros, textos, artigos, teses, material didático e informativo.

LEITURA OBRIGATÓRIA



8.5. AÇÕES DE MOBILIZAÇÃO, PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL

Conforme descrito nos Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde as ações de mobilização, participação e controle social é um conjunto de ações voltadas para a mobilização e participação social³⁸ de usuários, famílias, trabalhadoras/es de saúde e movimentos sociais em espaços democráticos de controle social.

O QUE FAZEMOS

- ✓ Participar das Conferências de Saúde (Municipais, Estaduais e Nacional).
- ✓ Incentivar a participação das/os usuárias/os e familiares para a luta por melhores condições de vida, de trabalho e de acesso aos serviços de saúde.
- ✓ Sensibilizar e capacitar usuárias/os, familiares, trabalhadoras/es de saúde e movimentos sociais para a construção e participação em fóruns, conselhos e conferências de saúde e de outras políticas públicas.
- ✓ Estimular a participação de usuárias/os e familiares no processo de elaboração, planejamento e avaliação nas unidades de saúde e na política local, regional, municipal, estadual e nacional de saúde.
- ✓ Participar e atuar nos 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.
- ✓ Colaborar com a discussão democrática e a viabilização das decisões aprovadas nos espaços de controle social e outros espaços institucionais.
- ✓ Participar na organização, coordenação e realização de Pré-Conferências e/ou Conferências de Saúde (local, distrital, municipal, estadual e nacional).
- ✓ Incentivar o protagonismo das/os usuárias/os e trabalhadoras/es de saúde nos diversos movimentos sociais e articular as instâncias de controle social no entorno dos serviços de saúde.

³⁸ A Lei nº 8.142/90, resultado da luta pela democratização dos serviços de saúde, representou e representa uma vitória significativa. A partir desse marco legal, foram criados os conselhos e as conferências de Saúde como espaços vitais para o exercício do controle social do Sistema Único de Saúde (SUS). Quando conquistamos esses espaços de atuação da sociedade na lei, começou a luta para garanti-los na prática (BRASIL, 2006).

COMO FAZEMOS

Encontros com lideranças comunitárias para estimular a participação das/os usuárias/os e famílias na luta e busca por melhores condições de oferta nos serviços de saúde, mobilização e capacitação das/os usuárias/os para participação em fóruns, conselhos e Conferências de Saúde. Articulação com entidades e coletivos presentes nos territórios para discutir os determinantes sociais de saúde da comunidade onde os serviços estão instalados visando o empoderamento da comunidade.

8.6. ATUAÇÃO DAS/OS ASSISTENTES SOCIAIS EM PROGRAMAS DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA

Nos programas que compõem a estrutura da Atenção Básica as/os profissionais devem estar atentos ao desenvolvimento dos eixos que norteiam os programas a seguir e contribuir enquanto membro da equipe de saúde, ora destacando o saber profissional da/o Assistente Social, ora apoiando outras práticas e saberes profissionais que corroborem com a saúde e bem-estar das/os usuária/os.

➤ PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA (PSE)³⁹

O QUE FAZEMOS:

- Prevenção ao uso de álcool, tabaco, crack e outras drogas.

- Promoção da cultura de paz, cidadania e direitos humanos.

- Prevenção das violências e dos acidentes.

O Programa Saúde na Escola (PSE), política intersetorial da Saúde e da Educação, foi instituído em 2007. As políticas de saúde e educação voltadas às crianças, adolescentes, jovens e adultos da educação pública brasileira se unem para promover saúde e educação integral. A articulação intersetorial das redes públicas de saúde e de educação e das demais redes sociais para o desenvolvimento das ações do PSE implica mais do que ofertas de serviços num mesmo território, pois deve propiciar a sustentabilidade das ações a partir da conformação de redes de corresponsabilidade. A articulação entre Escola e Rede Básica de Saúde é a base do Programa Saúde na Escola. O PSE é uma estratégia de integração da saúde e educação para o desenvolvimento da cidadania e da qualificação das políticas públicas brasileiras. (BRASIL, 2007)

- Direito sexual e reprodutivo e prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) /HIV-AIDS.

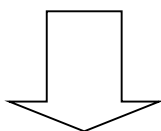
³⁹ Art. 2º. São objetivos do PSE: I - promover a saúde e a cultura da paz, reforçando a prevenção de agravos à saúde, bem como fortalecer a relação entre as redes públicas de saúde e de educação; II - articular as ações do Sistema Único de Saúde - SUS às ações das redes de educação básica pública, de forma a ampliar o alcance e o impacto de suas ações relativas aos estudantes e as suas famílias, otimizando a utilização dos espaços, equipamentos e recursos disponíveis; III - contribuir para a constituição de condições para a formação integral de educandos; IV - contribuir para a construção de sistema de atenção social, com foco na promoção da cidadania e nos direitos humanos; V - fortalecer o enfrentamento das vulnerabilidades, no campo da saúde, que possam comprometer o pleno desenvolvimento escolar; VI - promover a comunicação entre escolas e unidades de saúde, assegurando a troca de informações sobre as condições de saúde dos estudantes; e VII - fortalecer a participação comunitária nas políticas de educação básica e saúde, nos três níveis de governo. Art. 3º O PSE constitui estratégia para a integração e a articulação permanente entre as políticas e ações de educação e de saúde, com a participação da comunidade escolar, envolvendo as equipes de saúde da família e da educação básica. (BRASIL, 2007)

COMO FAZEMOS:

Como a meta do PSE é atingir nas atividades desenvolvidas 100% das/os alunas/os da escola cadastrada, que é atendida pelas Unidades de Saúde da Família, o trabalho é feito em conjunto com as/os demais profissionais que compõem as equipes de saúde, abordando de forma individual ou coletiva os temas abaixo, que são trabalhados com alunas/os, além de incluir em alguns momentos professoras/es e responsáveis.

O planejamento do conjunto das ações é pactuado com profissionais da saúde e da educação e o contexto de saúde-doença, social, econômico, cultural, ambiental e do território são levados em consideração ao se planejar as atividades. É imprescindível a articulação intersetorial da política de saúde e educação para formalização de parceria com as escolas atendidas para que o trabalho do PSE tenha êxito e não sobrecarregue ainda mais as/os profissionais da área de saúde e de educação. Há reuniões de planejamento e divisão de tarefas das equipes de saúde com a direção, coordenação e professoras/es das escolas.

LEITURA OBRIGATÓRIA



➤ PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DO TABAGISMO (PNCT)

O QUE FAZEMOS:

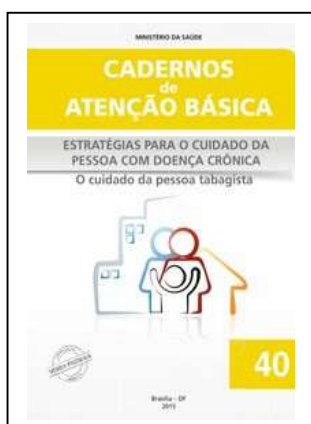
- Ações educativas e de promoção à saúde sobre os riscos de fumar.
- Trabalhos com grupos operativos para parar de fumar.
- Promoção e incentivo de ambientes livres do tabaco.

Desde o final da década de 1980, o Instituto Nacional de Câncer (INCA) vem articulando com o Ministério da Saúde ações nacionais para o controle do tabagismo no Brasil. Essas ações compõem o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) que foi implantado em diversas unidades de saúde.

COMO FAZEMOS:

Seguimos o manual e as cartilhas do Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) e o Consenso sobre Abordagem e Tratamento do Fumante.

LEITURA OBRIGATÓRIA



➤ PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA (BF)

O QUE FAZEMOS:

- ✓ Acompanhamento das condicionalidades⁴⁰ do Programa em conjunto com a equipe de referência.

O Programa Bolsa Família foi instituído pela Lei n.º 10.836, de 9 de janeiro de 2004, e regulamentado pelo Decreto n.º 5.209, de 17 de setembro de 2004. A Portaria Interministerial n.º 2.509, de 18 de novembro de 2004, por sua vez, dispõe sobre as atribuições e normas para a oferta e o monitoramento das ações de saúde relativas ao cumprimento das condicionalidades das famílias beneficiadas. O Programa Bolsa Família foi criado para apoiar as famílias mais pobres e garantir o direito aos serviços sociais básicos. Para isso, o Governo Federal transfere renda direta para as famílias, sendo o saque feito mensalmente, além de promover o acesso à saúde, educação e assistência social. (BRASIL, 2005)

COMO FAZEMOS:

As famílias beneficiárias deverão ser assistidas por uma Equipe de Saúde da Família ou por uma Unidade Básica de Saúde, diante disso é fundamental que a equipe de saúde esclareça à família sobre a sua participação no cumprimento das ações que compõem as condicionalidades do Programa Bolsa Família, deixando-a ciente de suas responsabilidades na melhoria de suas condições de saúde e nutrição. As famílias em situação de pobreza e extrema pobreza podem ter maior dificuldade de acesso e de frequência aos serviços de Saúde. Por este motivo, o objetivo das condicionalidades do Programa é garantir a oferta das ações básicas, potencializar a melhoria da qualidade de vida das famílias e contribuir para a sua inclusão social

LEITURA OBRIGATÓRIA



⁴⁰ A agenda de saúde do Programa Bolsa Família no SUS compreende a oferta de serviços para a realização do pré-natal pelas gestantes, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil e imunização. Assim, as famílias beneficiárias com mulheres com idade entre 14 e 44 anos e crianças menores de sete anos de idade deverão ser assistidas por uma equipe de saúde da família, por Agentes Comunitários de Saúde ou por unidades básicas de saúde, que proverão os serviços necessários ao cumprimento das ações de responsabilidade da família.

9. DESAFIOS E ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO DA/O ASSISTENTE SOCIAL NA ATENÇÃO BÁSICA DA BAHIA

Grupo de Trabalho⁴¹

Durante as discussões no Grupo de Trabalho para elaboração deste protocolo, nos dois encontros iniciais, as falas sinalizaram que no trabalho da/o assistente social na Atenção Básica na Bahia dos municípios de Salvador, São Francisco do Conde, Feira de Santana inseridas/os no Programa Saúde da Família (PSF), nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs) e nas Equipes dos Núcleos Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASFs-AB) alguns entraves foram apresentados e sinalizados que vem causando adoecimento nas/os trabalhadoras/es que defendem e lutam pelo Sistema Único de Saúde. Os desafios estão expressos a seguir:

- ✓ Inexistência de sala específica para os atendimentos individuais realizados pelas/os assistentes sociais inseridos nas equipes multiprofissionais na atenção básica, o que dificulta o trabalho, especialmente no que diz respeito à garantia do sigilo, o conforto e a segurança para pacientes e profissionais.

- ✓ A maioria das unidades de saúde não possui espaços apropriados para a realização das atividades coletivas. É preciso que as/os profissionais procurem um local e estabeleçam parcerias com escolas, centros comunitários, igrejas, dentre outros, para o desenvolvimento do trabalho, além de na maioria das vezes providenciarem e/ou arcarem financeiramente com os materiais que serão utilizados.

- ✓ Dificuldade tanto das/os profissionais, usuárias/os, gestão em ultrapassar e/ou romper a cultura restrita ao processo saúde x doença.

- ✓ Resistência de alguns profissionais em ampliar seu olhar além do núcleo de saber.

- ✓ Ênfase da gestão na produtividade que prioriza a quantidade de atendimentos e procedimentos realizados e não a qualidade destes.

- ✓ Dificuldade de mobilização para participação da comunidade e do engajamento da mesma nas atividades planejadas.

- ✓ Incompreensão do processo de trabalho do Programa Saúde na Escola enquanto responsabilidade compartilhada entre profissionais da saúde e da educação.

⁴¹ A escrita do texto é uma sistematização das discussões realizadas nos encontros para elaboração deste Protocolo onde Assistentes Sociais trouxeram suas angústias, dificuldades, inquietações, desafios e possibilidades para atuar nos serviços de Atenção Básica.

✓ Excesso de burocracia para liberação da/o servidora/servidor pública/o quando a atividade é promovida por outras instituições da Rede.

✓ Dificuldade na consolidação de espaços de educação permanente nos serviços.

✓ Fragilidade na Rede Socioassistencial que sofre com um excesso de demandas em busca dessas instituições que compõem a Rede, além da morosidade no andamento dos casos.

✓ Carência de recursos materiais e condições inadequadas de trabalho para desenvolvimento das atividades, como: salas insalubres, falta de telefone/celulares, dificuldade de carro oficial para realizar visitas técnicas/busca-ativa, escassez de livros-ata/cadernos de registro, inexistência de datashow e impressoras, cadeiras insuficientes para acomodação do público, etc.

✓ Inexistência de reconhecimento da importância da atuação da categoria na atenção básica.

✓ Fragilidade na integração da/o profissional com as Equipes de Saúde da Família.

Diante do exposto pelas/os profissionais faz-se necessário vislumbrar possibilidades de mudanças no que é exequível no trabalho da/o assistente social alguns movimentos começaram a surgir como as reuniões de categoria onde as/os profissionais se apoiam e discutem os entraves que surgem durante ou no decorrer de sua atuação e realizam o planejamento e avaliação do seu fazer profissional visando maior assertividade.

A elaboração deste protocolo também é uma estratégia de enfrentamento dessas dificuldades. Além do espaço de discussão junto à comissão de saúde do CRESS-BA, que consiste num lugar de reconhecimento de lutas e esforços coletivos para a efetivação, ampliação de cobertura e melhorias do Sistema Único de Saúde, assim como de proposição e fomento para que surjam novas políticas públicas na área de saúde.

No entanto, é necessário também que esses espaços passem a debater a precarização do trabalho em todas as suas dimensões no que diz respeito às más condições de trabalho, a degradação dos direitos trabalhistas, os baixos salários, as condições de saúde, as vulnerabilidades políticas das/os trabalhadoras/es que conforme assevera Druck (2016), a precarização provoca a dispersão e fragmentação das/os trabalhadoras/es o que gera dificuldades de organizar coletivamente para a luta.

Ainda conforme a autora, a precarização do trabalho⁴² mostra-se uma tática de dominação que alcança todas/os trabalhadoras/es “mesmo que de forma diferenciada e hierarquizada, como parte da dinâmica de desenvolvimento do capitalismo flexível no contexto da globalização e da hegemonia neoliberal”. (DRUCK, 2016, p.16).

Portanto, cabe proporcionar espaços de discussão para fomentar o debate teórico-propositivo com vistas a buscar estratégias de enfrentamento da precarização do trabalho.

⁴² “A centralidade do trabalho e suas formas históricas justificam o caráter ‘social’ da precarização. Porém, para além dessa questão de fundo, a precarização do trabalho é ‘social’ porque: a) torna-se uma estratégia de dominação do capital num determinado momento histórico, combinando a crise do fordismo e dos Estados de bem-estar-social à financeirização da economia, às políticas neoliberais e à reestruturação produtiva, que formam um novo regime de acumulação flexível; b) é geral, no sentido de que é um processo mundial, conforme já afirmado, mas também porque rompe determinadas dualidades, a exemplo dos excluídos e incluídos, empregados e desempregados, formais e informais, público e privado, pois há um processo de precarização que se generaliza para todos os diferentes segmentos de trabalhadores, mesmo que de forma hierarquizada, estabelecendo-se uma ‘institucionalização da instabilidade’ (Thébaud-Mony, 1997); c) as implicações das transformações do trabalho atingem todas as demais dimensões da vida social: a família, o estudo, o lazer e a restrição do acesso aos bens públicos (especialmente saúde e educação); e d) expressa-se não apenas no âmbito do mercado de trabalho (contratos, inserção ocupacional, níveis salariais), mas em todos os campos, como na organização do trabalho e nas políticas de gestão, nas condições de trabalho e de saúde, nas formas de resistência e no papel do Estado” (DRUCK, 2014, p. 16).

10. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Crislane Isabela Ferreira da Silva⁴³

Ninna Beatriz Pereira de Freitas⁴⁴

A elaboração deste documento é um convite aos profissionais a tecerem reflexões sobre o trabalho das/os assistentes sociais imersos na política de saúde e particularmente inseridos nos serviços da atenção básica. Tendo em vista que a formação apresenta lacunas na propositura de mudança do paradigma de atenção à saúde, entendendo-a como uma “produção social” (Mendes, 1999). O modelo de atenção proposto pela atenção básica como ressalta Monneart et al. (2012) se estrutura sobre uma visão ampliada do processo saúde-doença, que pretende romper paradigmas marcados por um viés biologizante e curativo, tendo na família e no meio ao qual vive o centro da atenção à saúde.

Ao mesmo tempo que assume uma visão ativa da intervenção em saúde, uma vez que não aguarda a demanda que chega à unidade de saúde, processo típico do modelo tradicional. Ao contrário, pretende reorganizar a demanda à medida que busca agir preventivamente, identificar as necessidades em saúde daquele território e organizar a demanda a partir da comunidade, das famílias e dos municípios. (MONNEART et al., 2012, p. 115).

Isto significa que a tendência como assevera Teixeira e Nunes (2012, p. 129) que a graduação ou a formação das/os profissionais que compõem a equipe de atenção básica (não só as/os assistentes sociais) não propõe uma preparação adequada para a prática/atuação no modelo de atenção à saúde proposto pela mesma que é uma atenção diferenciada à saúde. É notória a complexidade que o tema suscita, pelos limites e grandes desafios que hoje talvez, estejam mais acentuados, por se ter a hegemonia neoliberal impondo-se à operacionalização de uma ação mais eficaz pautada nos documentos que regem a profissão como Código de Ética, Lei de Regulamentação da Profissão, Diretrizes Curriculares da Associação Brasileira

⁴³ **Crislane Isabela Ferreira da Silva** – Assistente Social. Especialista em Saúde da Família na modalidade Residência Multiprofissional EESP. Mestranda em Serviço Social UFBA.

⁴⁴ **Ninna Beatriz Pereira de Freitas** – Assistente Social concursada da Prefeitura Municipal de Salvador/BA lotada no NASF-AB Jaqueira do carneiro. Especialista em Saúde Pública UNINTER/FACINTER/IBPEX. Especialista em Gestão de Políticas Públicas em Gênero e Raça PPGNEIM/UFBA.

de Ensino e Pesquisa em Serviço Social, que se caracterizam por dar respostas coletivas às demandas que surgem no dia a dia.

É necessário refletir sobre as atribuições e competências da/o assistente social não perdendo de vista que a questão social é o cerne do trabalho e esta é fruto do modo de produção capitalista que rege a maioria dos países. Cada vez mais o papel do Estado nas políticas públicas tem se restringido e reduzindo significativamente o emprego de recursos das políticas sociais e a/o assistente social atende a classe trabalhadora ao mesmo tempo em que faz parte dela.

“(…) a questão social — matéria que justifica o fazer profissional — é vista como produto e cria do modo de produção capitalista. Portanto, seus efeitos não podem ser enfrentados de forma moralizante e de responsabilidade individual. Seu enfrentamento deve se dar coletivamente.”. (MATOS, 2015, P.681).

Uma profissão só se garante e desenvolve respondendo às demandas postas pelos diferentes segmentos da sociedade. No caso do Serviço Social que possui como valor ético central a liberdade e a defesa da democracia, dos direitos humanos e das políticas públicas é preciso romper com o conservadorismo e se qualificar para dar respostas melhores no trabalho de forma emancipatória para o enfrentamento das desigualdades sociais, do preconceito, das intolerâncias e outras formas de violência. Como afirma Teixeira e Nunes (2012) há necessidade de adequar a compreensão sobre as demandas e o conteúdo trabalhado, bem como a importância do trabalho coletivo:

As expressões de um cotidiano contraditório, em que a intenção de uma possibilidade de trabalho coletivo tem dificuldade de transformar-se em gestos, visto que a formação dos sujeitos na sociedade também é autoritária, contraditória, lenta e conservadora, o que coloca barreiras na tentativa de uma aproximação maior nas relações de trabalho. E por entender que a prática democrática é o norte para os profissionais, acentuamos a importância de estudo e do debate, pois vimos na interdisciplinaridade uma ferramenta possível para alcançar este objetivo. (TEIXEIRA E NUNES, 2012, p. 130 e 131).

A construção deste protocolo trouxe o entendimento de que a tentativa de concretização de um trabalho crítico-propositivo pode contribuir para efetivação de um espaço democrático nas relações de trabalho. Também se observa que o debate e a construção coletiva, realizados pelos profissionais de saúde, estão ainda incipientes. Esta dinâmica pode ser utopia que se busca na luta por igualdade e justiça social, pois se pretende uma política de saúde comprometida com a realidade social, baseados no fator fundamental de que o setor saúde no

Brasil foi protagonista desta construção histórica, por intermédio do movimento social organizado.

11. REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer – INCA. Coordenação de Prevenção e Vigilância (CONPREV). **Abordagem e Tratamento do Fumante** – Consenso 2001. Rio de Janeiro: INCA, 2001, 38p. il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva. Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). **O controle do tabaco no Brasil: uma trajetória**. Rio de Janeiro: INCA, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Organização Pan-Americana da Saúde. **Pesquisa especial de tabagismo** – PETab: Relatório Brasil / Organização Pan-Americana da Saúde. Rio de Janeiro: INCA, 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres** / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília; Ministério da Saúde, 2016. 230 p.:il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. (Caderno de Atenção Básica n. 27).

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS** / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Clínica ampliada e compartilhada** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 116 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 39)

BRASIL. **Portaria nº 2.135, de 25 de setembro de 2013** estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza; DOMITTI, Ana Carla. **Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde**. Cad

Saúde Pública. 2007; 23(2):399-407. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2007000200016&script=sci_arttext. Acesso em 07/10/2019.

CAVALCANTE, T. M. **O controle do Tabagismo no Brasil: avanços e desafios**. Revista de Psiquiatria Clínica. 32(5); 283-300, 2005. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/programa-nacional-de-controle-do-tabagismo>. Acesso em 02/04/2019.

DRUCK, Graça. **A terceirização na saúde pública: formas diversas de precarização do trabalho**. Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 15-43, 2016. Disponível em DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00023>. Acesso em 07/11/2019.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. São Paulo: Cortez, 2000.

JAIRNILSON, Silva Paim. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. [online]. Salvador: EDUFBA, Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008, 356 p. ISBN 978-85-7541-359-3. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.

MARTINELLI, Maria Lúcia & KOUMROUYAN, Elza. **Um novo olhar para a questão dos instrumentais técnicos operativos em Serviço Social**. In. Revista Serviço Social & Sociedade. São Paulo: Cortez, n. 45, 1994.

MARTINI, Débora. Workshop: **O processo de trabalho do Assistente Social no NASF**. Realizado pelo Telessaúde SC no dia 21/11/2013 e publicado em 25/11/2013.

MATOS, Maurílio Castro de. **Considerações sobre atribuições e competências profissionais de assistentes sociais na atualidade**. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 124, p. 678-698, out./dez.2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0101-6628.046>. Acesso em 07/11/2019.

MELLO, Guilherme Arantes; FONTANELLA, Bruno José Barcellos; DEMARZO, Marcelo Marcos. **Atenção básica e atenção primária à saúde - origens e diferenças conceituais**. Rev. APS, v. 12, n. 2, p. 204-213, abr./jun. 2009.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M. **Atenção domiciliar: medicalização e substitutividade**. In: Seminário nacional de divulgação dos resultados da pesquisa: implantação de atenção domiciliar no âmbito do SUS – modelagem a partir das experiências correntes, n. 1, 2008, Rio de Janeiro. Anais eletrônicos... Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2008.

MONNEART, Giselle Lavinas; SENNA, Mônica de C. M.; SOUZA, Rosimary G. de. **Entre a formulação e a implementação: uma análise do programa saúde da família**. In Saúde e Serviço Social/ Maria Inês Souza Bravo...[et al.], (organizadoras). – 5. Ed. – São Paulo: Cortez Rio de Janeiro: UERJ, 2012.

SILVA, Adriana da; LIMA, Ana Paula de; ROBERTO, Clarice; BARFKNECHT, Kátia S; VARGAS, Lisiane Falleiro; KRANEN, Mônica e NOVELLI, Sandro. **Matriciamento na**

Atenção Básica: Apontamentos para a III Conferência Municipal de Saúde Mental. Ano: 2010.

SILVA, Maria Guimarães da. **Processo de Trabalho e Serviço Social.** InterAções – Cultura e comunidade/ v. 2 n. 2/ p. 35-47/ 2007.

TEIXEIRA, Mary Jane O.; NUNES, Sheila Torres. **A interdisciplinaridade no programa saúde da família; uma utopia?** In Saúde e Serviço Social/ Maria Inês Souza Bravo...[et al.], (organizadoras). – 5. Ed. – São Paulo: Cortez Rio de Janeiro: UERJ, 2012.

VASCONCELOS, Ana Maria. **A Prática do Serviço Social Cotidiano, Formação e Alternativas na Área.** Ed. Cortez, 2007.

VASCONCELOS, Ana Maria. IN: Serviço Social e Saúde: **Formação e Trabalho Profissional.** Orgs Ana Elizabete Simões Mota; Maria Inês Souza Bravo; Marlene Teixeira; Roberta Uchôa; Regina Maria Giffoni Marsiglia; Luciano Gomes. Ed. Cortez, São Paulo, 2009.

VILASBÔAS, A. L. Q. **Planejamento e programação das ações de vigilância da saúde no nível local do Sistema Único de Saúde.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ EPJV/PROFORMAR, 2004. 68p.

