



16º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais

Tema: “40 anos da “Virada” do Serviço Social”

Brasília (DF, Brasil), 30 de outubro a 3 de novembro de 2019

Eixo: Serviço Social, Fundamentos, Formação e Trabalho Profissional.

Sub-eixo: Ênfase em Trabalho profissional.

ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL EM NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA E ATENÇÃO BÁSICA (NASF-AB): DESAFIOS E POSSIBILIDADES DO TRABALHO INTERDISCIPLINAR

Kelly Aparecida Torres¹

Resumo: este trabalho apresenta reflexões sobre o exercício profissional do serviço social em Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), buscando discorrer sobre as conquistas históricas da saúde no Brasil até a criação do Sistema Único de Saúde, refletindo sobre os desafios e possibilidades da atuação do serviço social em equipe do NASF-AB na perspectiva do trabalho interdisciplinar.

Palavras-chave: Serviço Social; SUS; NASF-AB; Interdisciplinaridade.

Abstract: This study presents reflections on the professional work of the social service in the Expanded Nucleus of Family Health and Basic Care - NASF-AB, aiming to discuss the historical achievements of health in Brazil until the creation of the Unified Health System, reflecting on the challenges and possibilities of NASF-AB social service team work in the perspective of interdisciplinary work.

Keywords: Social Service; SUS; NASF-AB; Interdisciplinarity.

Introdução

Este trabalho apresenta reflexões sobre o exercício profissional do serviço social em Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB).

Refletindo sobre o modelo de saúde antes da Reforma Sanitária no Brasil, este modelo era vinculado ao serviço privado, beneficiando uma população restrita; abordaremos considerações da trajetória histórica da saúde no Brasil até a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), para discorrer sobre os desafios e possibilidades da atuação do serviço social em equipe do NASF-AB, na perspectiva do trabalho interdisciplinar no sistema de saúde público e universal.

Em meados do século XIX, durante todo o período colonial, no Brasil, os problemas de saúde e higiene eram de responsabilidade das localidades, as doenças

¹ Estudante de Pós-Graduação. Prefeitura Municipal de Jundiaí – SP. E-mail:<kellytorres13@hotmail.com>.

eram compreendidas como castigos e os pajés realizavam rituais com a intenção de cura.

No período do Brasil Império, ocorreu a descoberta da vacina antivariólica, e o combate às doenças transmissíveis era tratado de forma autoritária e obrigatória com uso do poder de polícia. As autoridades tomavam medidas de higienização das ruas e quintais. A assistência médica à população pobre e indigente ficava sob os cuidados da iniciativa filantrópica, e de instituições beneficentes ligadas à Igreja Católica, como Santas Casas de Misericórdias. Os seguimentos populacionais não atendidos pelas Santas Casas recorriam a barbeiros, sangradores, empíricos, curandeiros, parteiros e curiosos.

Além da missão de tratar os enfermos mais pauperizados da sociedade, a Santa Casa também tinha o papel fundamental de amparo aos órfãos. Em 1897, foi criada a Diretoria-Geral de Saúde Pública, subordinada ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores, que é reformulada em 1904, sob a coordenação do sanitarista Oswaldo Cruz, quando foram desenvolvidas as campanhas sanitárias, a produção de soros e vacinas, e a instalação dos Institutos Butantã e Manguinhos, associados aos institutos e serviços já existentes.

Ocorreu, no início da República, um processo de elaboração de normas e organizações sanitárias, que, embora de forma simples, contribuiu para a adoção de uma legislação sanitária, aliada ao primário e emergente aparelho estatal brasileiro.

A “Lei Elói Chaves”, criada em 1923, foi fundamental para o início da Previdência Social no Brasil; através dessa lei foi determinada a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP's), que contavam com assistência médica.

Oliveira & Teixeira (1989) ressaltam que, no início da década de 1930, na Previdência Social brasileira, sob doutrina do seguro de capitalização e com a orientação economizadora de gastos, dá-se a organização dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), estruturados por categorias profissionais.

Enfatizam ainda que a preocupação da Previdência Social tinha em vista uma acumulação, tendo, para isso, de conter despesas. Dessa forma, a assistência médica assumiu função provisória e secundária. Ela era prestada, especialmente, nos centros urbanos por médicos em práticas privadas, estando a assistência hospitalar concentrada nas casas de misericórdia, pertencentes a instituições religiosas ou filantrópicas.

As CAP's foram unificadas por categorias profissionais e substituídas pelos IAPs, no período Vargas, ao longo dos anos 30. Uma das categorias mais favorecidas com essa criação foi a dos ferroviários e empregados do comércio. A Era Vargas foi marcada por um modelo de saúde excludente e contributivo.

Em 1953, deu-se a separação do Ministério da Educação e Saúde em dois Ministérios: Ministério da Educação e Cultura e Ministério da Saúde (Lei nº1920 – de 25/07/1953), medida saudada como um passo importante para as ações de saúde no Brasil.

Em 1960, foi criada a Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), que integrou a legislação referente aos Institutos de Aposentadorias e Pensões, e manteve a assistência médica no elenco das prestações. É importante salientar que o acesso à assistência médica previdenciária era regulado pelo contrato de trabalho.

O processo de industrialização acelerada que o Brasil viveu, a partir da década de 1950, determinou um deslocamento do polo dinâmico da economia para os centros urbanos e gerou uma massa operária que deveria ser atendida pelos serviços de saúde.

A partir de 64, temos no país um golpe militar, que implantou um regime de exceção: a Ditadura Militar. O projeto militar de modernização conservadora foi responsável pelo desenvolvimento do modelo de atenção médico-assistencial privatista e pela compra em larga escala do serviço médico: a rede privada. Esse modelo vigora como hegemônico até meados dos anos 80.

Bravo (2009) contextualiza que em 66 deu-se a unificação dos institutos com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), o que significou a unificação dos antigos IAP's num único órgão. Essa concentração ampliou o crescimento da demanda por serviços médicos, em proporção bem maior que a capacidade de atendimento dos hospitais e ambulatórios dos antigos IAP's, procedendo-se assim à compra de serviços médicos da rede privada pela previdência. A assistência médica na previdência tem um novo impulso com a instituição do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), em 1977, com a criação de um instituto específico para o atendimento médico, que passa agora a responsabilidade ao Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS).

Na segunda metade dos anos 70, com o fim do período de expansão econômica, com a falência do milagre brasileiro, temos a retomada das lutas dos movimentos sindicais e populares no país, que passam a questionar a política econômica e social da ditadura militar. Merece destaque o movimento da reforma sanitária, em que participam os movimentos populares de saúde, profissionais da saúde e suas organizações.

Em 1986, realizou-se em Brasília a VIII Conferência Nacional de Saúde, cujo principal projeto foi o da Reforma Sanitária. No ano seguinte, surge o Sistema Unificado Descentralizado de Saúde (SUDS), que recebeu as unidades do INAMPS, o qual era mantido através de convênios firmados entre União e estados e entre estados e municípios e se defrontou com sérios problemas políticos. Em 1988, houve a promulgação da Constituição Federal, que, em seu artigo nº196, determina:

“A saúde é um direito de todos e um dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas, que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.”

Essa foi uma conquista e um passo determinante para a implantação do Sistema Único de Saúde, através das Leis nº 8.080 e 8.142, de 1990, com os princípios de universalidade, equidade e a integralidade.

A criação do SUS propiciou a implementação de medidas de saúde voltadas para a prevenção, promoção, assistência e recuperação de saúde, bem como a descentralização da política de saúde. Esta passou a pertencer ao município, por ser o ente público mais próximo da população a gestar a rede pública de serviços.

A Constituição Federal de 1988 definiu saúde como um direito de todos e dever do Estado, sendo a porta de entrada para o Sistema Único de Saúde (SUS), a Atenção Básica que tem, dentre seus objetivos, a coordenação e longitudinalidade do cuidado. O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) foi criado por meio da Portaria nº 154, 24 de janeiro de 2008, com vistas a auxiliar no manejo, resolutividade e ampliação do escopo de ofertas na Atenção Básica, apoiando as ações das equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF). A nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), instituída pela Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, realizou uma mudança de NASF (Núcleos de Apoio à Saúde da Família) para Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) que passarão a apoiar as Equipes de Saúde da Família e também outras equipes de Atenção Básica.

As inquietações em torno do exercício do trabalho profissional realizado no Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), com a proposta de atuação de equipe interdisciplinar, possibilitaram a convivência com a realidade cotidiana dos indivíduos sociais e fizeram estabelecer relações entre os conhecimentos teóricos e o trabalho profissional de forma interdisciplinar na área de saúde pública.

As vivências com as desigualdades sociais, ciclo da violência, falta de uma rede de serviços articulados, situações de vulnerabilidade de pessoas e famílias, ausência de recursos humanos e físicos, possibilitaram a aproximação da atuação dos profissionais da Atenção Básica do Sistema Único de Saúde (SUS), dentre eles assistente social, enfermeiro, educador físico, fisioterapeuta, médico, nutricionista,

psicólogo, terapeuta ocupacional, entre outros, e provocaram a indagação sobre o papel do assistente social em uma equipe que tem por um de seus objetivos a atuação interdisciplinar.

Desafios e possibilidades do trabalho interdisciplinar

A atuação profissional do assistente social, segundo as Diretrizes do NASF do Ministério da Saúde, aponta que o trabalho nessa área deve ser desenvolvido de forma integral e interdisciplinar para oferecer apoio às equipes de referência no manejo da questão social e às expressões cotidianas na área da saúde (MS, 2010).

Refletindo sobre o caderno da Atenção Básica do Ministério da Saúde, que trata sobre Diretrizes do NASF, ele aponta entre as propostas uma ação interdisciplinar, um trabalho em que diversas ações, saberes e práticas se complementam, o que envolve uma relação de interação dinâmica entre os saberes que visam auxiliar na efetividade das ações no cuidado (MS, 2010).

Segundo Teixeira (2012) p. 138:

A interdisciplinaridade por si só, portanto, é crítica ao modelo de saberes específicos, do saber do “perito”, por estar implícita nela a concepção de totalidade. Isto implica, pois, que o especialista deve estar aberto para ultrapassar seus próprios limites e trabalhar com as contribuições/conteúdos de outras disciplinas. E mais além, uma constante mediação entre o particular e o coletivo.

Em nosso cotidiano, observamos que diversas profissões tiveram ausência de formação que capacitasse para o olhar e atuação em equipe interdisciplinar; muitos questionamentos são elencados referentes às questões da ética e o caminhar entre o campo e o núcleo, nas ações compartilhadas que são realizadas em grupos, visitas domiciliares, reuniões de matriciamento e atendimentos conjuntos.

Teixeira (2012) aponta que a interdisciplinaridade apresenta diversos conceitos, sendo tratada desde o período dos filósofos gregos, que se preocupavam com a integração do conhecimento. E, na Idade Média, manteve-se a ideologia da pedagogia da totalidade; a mudança dessa lógica ocorre na Idade Moderna, com o

modelo do capitalismo que, até os dias atuais, prioriza a formação e atuação de especialistas.

Observando os serviços de saúde que possuem profissionais de diversas áreas, eles atuam com uma equipe multiprofissional, porém percebemos que muitas vezes o trabalho efetiva-se de forma fragmentada e sem intervenções conjuntas, o que possivelmente constitui-se em reflexo da formação acadêmica.

Costa (2007) elenca que o conceito de interdisciplinaridade é discutido e se relaciona com outros termos como a multidisciplinaridade, pluridisciplinaridade e transdisciplinaridade, sendo multidisciplinaridade e a pluridisciplinaridade a junção de disciplinas distintas, que não se relacionam e onde não acontece um trabalho em equipe. Na interdisciplinaridade existe uma interação e troca entre as disciplinas, em que todos ganham conhecimento; e, na transdisciplinaridade, não existe uma fronteira entre as disciplinas.

O trabalho interdisciplinar vem ao encontro da perspectiva do olhar integral do profissional de saúde para com o usuário, a família e o território, sendo uma importante ferramenta para o manejo da atuação na atenção básica, colaborando com a ampliação de ofertas e cuidados. Essa atuação possibilita espaços para discussões sobre a política pública de seguridade social e o resgate da história das lutas da reforma sanitária.

Tonet (2013) apresenta uma crítica à interdisciplinaridade, resgatando que esse assunto passa a ser discutido a partir da revolução industrial e a chegada do capitalismo, que trouxeram uma necessidade de especializações em diversos campos e a fragmentação no campo do saber, alertando para a importância de compreender esse processo histórico e não o aceitar como natural, compreendendo que a superação da fragmentação passa pela reflexão sobre a superação da sociedade capitalista, por uma sociedade justa e igualitária.

Teixeira (2012) acrescenta a discussão da leitura marxista da interdisciplinaridade, em que os determinantes históricos e a fundamentação ético-política devem ser levados em consideração para a concretização deste trabalho.

Sá (2010) lembra que a interdisciplinaridade necessita de uma atitude que tem por objetivo substituir a concepção fragmentada pela unitária do ser humano e do espaço de diálogo entre os profissionais.

A aproximação com essa temática remete a uma importante inquietação, tendo em vista os desafios e dificuldades, e remete também ao desejo de contribuir com uma pesquisa que nos forneça bases teóricas e metodológicas para que possamos construir caminhos para se trabalhar com esses desafios do trabalho interdisciplinar.

Considerações complexas

Diante do contexto político que estamos vivenciando de barbárie, retrocessos e perdas dos direitos sociais duramente conquistados através das lutas sociais, como o desmonte do SUS, entre outros, compreendemos que a atuação do assistente social em equipe interdisciplinar deve permanecer atenta para as disputas de narrativas que estão concorrendo neste cenário. A ideologia neoliberal potencializa a fragmentação no campo do saber e o sucateamento das políticas públicas, portanto não podemos defender que o trabalho em equipe interdisciplinar será uma resposta para problemas estruturais trazidos pelo capitalismo.

Acreditamos na atuação profissional como um ato político em respeito aos usuários, defesa da liberdade e por uma sociedade mais justa e igualitária.

REFERÊNCIAS

BARROCO, Maria Lúcia. *Ética e Serviço Social: fundamentos ontológicos*. Ed. Cortez. São Paulo. 2003.

BRASIL – Casa Civil. *Constituição da República Federativa do Brasil*, Art.196, 1988, Brasília, DF.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei n. 8080 de 19 de setembro de 1990: Dispõe sobre o Sistema Único da Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017: Dispõe sobre a Política Nacional de Atenção Básica.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). "Diretrizes do NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família." (2010).

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Legislação do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde*. - Brasília: CONASS, 2003.

BRAVO, M. I. S. et al. *Saúde e Serviço Social*. São Paulo: Cortez, 2009.

COSTA, Rosemary Pereira. Interdisciplinaridade e equipes de saúde: concepções. *Mental*, Barbacena, v.5, n.8, p.107-124, jun. 2007. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272007000100008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 01 de junho de 2019.

IAMAMOTO, Marilda Villela. *O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional*. São Paulo: Cortez, 2004.

OLIVEIRA, J.A. de A.; TEIXEIRA, S.M.F. (Im) previdência a social: 60 anos de história da previdência no Brasil. Petrópolis, Vozes, Abrasco, 1985.

RODRIGUES, Maria Lúcia. *O serviço social e a perspectiva interdisciplinar*. In: MARTINELLI, M.L. et al. *O uno e o múltiplo nas relações entre as áreas do saber*. São Paulo: Cortez, 1995.

SÁ, Janete L. Martins de (Org.). *Serviço Social e interdisciplinaridade: dos fundamentos filosóficos à prática interdisciplinar no ensino na pesquisa e extensão*. São Paulo: Cortez, 2010.

SEIXAS, J. C. *Controle social e avaliação do SUS pela população*. In: BARROS, S. et al. *20 anos do SUS São Paulo*. São Paulo, 2008.

SIMÕES, Carlos. *Curso de Direito do Serviço Social*. São Paulo: Cortez, 2007.

TEIXEIRA, Mary Jane O. et. al. A interdisciplinaridade no programa saúde da família: uma utopia?. In: *Saúde e Serviço Social*. Cortez, 2012.

TEIXEIRA, Sonia Fleury, (org.). *Reforma Sanitária: Em busca de uma teoria*. Editora Cortez, Gestão de 1987-1989.

TONET, Ivo. Interdisciplinaridade, formação humana e emancipação humana. *Serv. Soc. Soc.*, São Paulo, n. 116, p. 725-742, out./dez. 2013.