



III CONGRESSO ESTADUAL DE ASSISTENTES SOCIAIS
Rio de Janeiro - RJ - Brasil

O SERVIÇO SOCIAL NO NÚCLEO DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA

ANDREIA CRISTINA DE MELLO (a) - a
a

O SERVIÇO SOCIAL NO NÚCLEO DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA

Resumo: Este artigo objetiva abordar a trajetória da Saúde no Brasil e suas transformações e rebatimentos da crise do capital financeiro na Política de Saúde. Dentro da particularidade da política de atenção básica, o surgimento do Núcleo de Apoio à Saúde da Família e a atuação do Serviço Social neste espaço multiprofissional, considerando as possibilidades e limitações do trabalho profissional.

Palavras chaves: Política de Saúde, Atenção Básica, NASF e Serviço Social.

Abstract: This article aims to address the health trajectory in Brazil and its transformations and refutations of the financial capital crisis in Health Policy. Within the particularity of the primary health care policy, the emergence of the Family Health Support Center and the performance of the Social work in this multiprofessional space, considering the possibilities and limitations of professional work.

Keywords: Health Policy, Basic Care, NASF and Social Work

1-Introdução.

Este artigo abordará a atuação do Serviço Social no Núcleo no núcleo de Apoio à Família e as possibilidades e limitações no enfrentamento do desmonte das Políticas Públicas, a motivação pelo tema surge pelas experiências vivenciadas como acadêmico bolsista na Clínica da Família Aloysio Novis, aonde a autora encontra-se alocada no NASF, pelo período de março à dezembro de 2017. Visando alcançar os objetivos propostos por este estudo, fizemos um resgate a partir do processo histórico da Saúde Pública no Brasil, até o surgimento de mais um campo de trabalho para o Assistente Social.

Falar do processo histórico da Saúde é falar dos avanços que o Sistema Único de Saúde (SUS) vem mostrando nos últimos anos desde sua criação na Constituição Federal de 1988, que observa que Saúde não é simplesmente ausência de doença, mas sim, o acesso ao conjunto de políticas pública desse usuário que para ter saúde precisa ter trabalho, moradia, saneamento básico, entre outros, A “Organização Mundial de Saúde” (OMS) define a saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afeções e enfermidades”. A partir da CF/88, passou-se a compreender que a saúde não pode, e não deve ser tratado de forma isolada ou fragmentada.

Para manter uma saúde pública universal e de qualidade, seria preciso um investimento muito alto o que levou o governo brasileiro adotar um modelo assistencial baseado na atenção primária à saúde. Visando uma abordagem, ou melhor, um tratar preventivo. O Programa Saúde da Família tem como principal propósito: a reorganização da prática de atenção à saúde com novas bases, substituindo o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto da família para, com isso, melhorar a qualidade de vida dos brasileiros.

A Portaria MS/GM nº648, de março de 2006, que instituiu a PNAB alterou a denominação do PSF para Estratégia Saúde da Família (ESF).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) em 1994, que no Brasil tem como proposta reorientar o modelo assistencial para a atenção básica. Essa estratégia de Saúde da Família é apresentada como uma nova forma de trabalhar a saúde em conformidade com os princípios do SUS, dentre os quais estão a universalidade *de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; Igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; Direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde; a participação da comunidade; entre outros,*

com o objetivo de aproximar a saúde das famílias e visando melhorar a qualidade de vida da população.

Para apoiar a inserção da ESF na rede de serviços em saúde, foram criados e implantados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), mediante a Portaria GM nº 154 de 24 de janeiro de 2008, reformulada em 04 de março do mesmo ano. Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) foram criados pelo Ministério da Saúde em 2008 com o objetivo de apoiar a consolidação da Atenção Básica no Brasil, ampliando as ofertas de saúde na rede de serviços, assim como a resolutividade, a abrangência e o alvo das ações.

2- Objetivos do Artigo

Objetivo Geral

Analisar as atuais configurações da política de saúde no nível da atenção básica e os impactos e desafios para o serviço social no âmbito do NASF.

Objetivos Específicos

Identificar a importância do serviço social no núcleo de Apoio da Família.

Analisar as limitações e possibilidades no cotidiano profissional frente ao desmonte das Políticas Públicas.

Refletir acerca da atuação do Serviço Social neste espaço.

Metodologia

Para elaboração do presente artigo utilizou-se pesquisa bibliográfica e de campo em textos que abordam o surgimento do NASF e a atuação do Serviço Social, o estudo buscou aprofundar a temática, objetivando uma reflexão acerca da importância do Serviço Social no NASF, e de como se dá esse processo, assim como as possibilidades e desafios do cotidiano profissional, para pensar enquanto categoria, estratégias que possibilitem um fazer profissional que propicie visibilidade ao trabalho do Assistente Social, legitimando sua atuação.

3-Breve trajetória da Saúde no Brasil.

Os resultados obtidos na Primeira República com o movimento sanitarista da Primeira República, propiciou consequências institucionais, que tiveram um papel imediato e

efetivo no processo de ampliação da autoridade do Estado no Brasil, durante os anos de 1910 e 1920, neste mesmo momento criavam-se bases para a construção da burocracia em saúde pública, o que só se tornou realidade após 1930.

Após o período da República Velha, com a chegada da Era Vargas que teve como marco as políticas sociais no Brasil, a instabilidade e disputas políticas, refletindo na área de saúde pública.

Neste período o Brasil discutia a acerca do subdesenvolvimento e do meios de superá-los, enquanto na saúde pública toda a discussão e debates oficiais e as posições políticas, relacionavam saúde e doença aos problemas do desenvolvimento e da pobreza.

De acordo com Lima, et al (2005) no início da década de 60 embora a sociedade tenha atingido certo grau de industrialização e urbanização, conforme o esperado pelo governo, as varias reivindicações da população que surgiram, acabaram resultando em um golpe militar por intermédio das forças conservadoras. Após assumirem o poder os militares implantaram reformas institucionais que agiram profundamente e diretamente a saúde pública.

A população além de ser reprimida não tinha acesso de qualidade à saúde, uma vez que o atendimento previdenciário era destinado apenas aos grupos de trabalhadores na era industrial. “A saúde pública, postergada a segundo plano, tornou-se uma máquina ineficiente e conservadora, cuja atuação resumia-se a campanhas de baixa eficácia” (LIMA. et al, 2005, p. 61).

O viés da medicina era focado na prática curativista, os cursos de medicina não conheciam a realidade sanitária da população brasileira. A situação da saúde pública tornava-se caótica. As denúncias referente a precariedade da saúde e as reivindicações de solução eficaz e imediata para os problemas criados pelo modelo de saúde existente eram freqüentes.

Surge em 1970, no campo da política de saúde um movimento, com uma nova perspectiva no processo de articulação. O movimento sanitário constitui-se a partir dos Departamentos de Medicina Preventiva, como um movimento ideológico, com núcleos que traziam propostas transformadoras para o Brasil em busca de melhoria das condições de saúde e de atenção à saúde da população brasileira, na obtenção do direito de cidadania. Neste contexto surgem então reivindicações por meio do movimento sanitário de um novo conceito de saúde com críticas ao modelo tradicional filantrópico e curativista.

Na década de 1980, a saúde coletiva continuou lutando pela restauração da democracia e ampliação dos direitos sociais no país, a expressiva manifestação coletiva pela melhoria das condições de vida da sociedade brasileira. Em outubro de 1988 foi decretada a nova Constituição, a “Constituição Cidadã”, como chamada por Ulysses Guimarães, determinando a saúde como direito de todos e dever do Estado (artigo 196) e que ganhou força com a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) 2 de 1986.

De acordo com Lima, et al (2005) o relatório final da 8ª CNS impeliu argumentos para proposta da Reforma Sanitária e do Sistema Único de Saúde (SUS), que conforma o modelo público de ações e serviços de saúde no Brasil. A partir da Constituição o SUS passa a ser definido como “o conjunto de ações e serviços públicos de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo “Poder Público”. Sua implantação tem início na década de 1990, após a promulgação da Lei Orgânica da Saúde (lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, complementada pela lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990). Neste contexto, a organização da saúde no Brasil apresenta mudanças significativas, que são marcadas pela descentralização dos serviços, mediante a participação das três esferas do Governo (Federal, Estadual e Municipal) e que promoveu alterações substanciais no modelo assistencial de saúde no país, identificados nos modelos de atenção à saúde.

O Brasil construiu historicamente os modelos de saúde, e este passou por inúmeras transformações. Visando uma reorganização do SUS e inspirado no modelo internacional, o Ministério da Saúde adota o Programa Saúde da Família (PSF) e mais tarde é desenvolvido o acesso à atenção básica para o usuário, que posteriormente é renomeado no Brasil como Estratégia Saúde da Família (ESF). A estratégia do PSF tem como primícia ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua. Atendimento esse prestado na unidade básica de saúde ou no domicílio por profissionais (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde) da equipe mínima de Saúde da Família.

A estratégia do PSF incorpora e reafirma os princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS) - universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade e está estruturada a partir da Unidade Básica de Saúde da Família, que tem como princípios a Integralidade e a hierarquização.

Equipe multiprofissional de Cada equipe do PSF é formada por no mínimo, um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem, dentista e de quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS). Outros profissionais a exemplo de dentistas, assistentes sociais e psicólogos podem ser incorporados às equipes ou fazer parte das equipes de apoio, conforme as necessidades e possibilidades locais. A Unidade de Saúde da Família pode atuar com uma ou mais equipes, dependendo da concentração de famílias no território sob sua responsabilidade.

A importância do trabalho em equipe na ESF (Estratégia Saúde da Família) é ressaltada, principalmente, pelo aspecto de integralidade nos cuidados de saúde. Considerando ser este um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), a integralidade, no decorrer dos anos 90, e principalmente nesse contexto vigente, de uma importância estratégica imprescindível para a consolidação deste um novo modelo de atenção à saúde no Brasil.

4- O surgimento dos Núcleos de Apoio à Saúde da família (NASF).

O NASF é uma estratégia que tem como principal objetivo apoiar, ampliar, aperfeiçoar a atenção e a gestão da saúde na Atenção Básica com a perspectiva aprimoramento da atuação de profissionais envolvidos. Construído a partir da integralidade de profissionais de diversas áreas de conhecimento para atuarem junto às equipes de referência, tem na expressão “apoio” sua centralidade.

Diante do exposto, tem em seu processo de trabalho como princípio o apoio matricial que se dará por profissionais que poderão não ter necessariamente, uma relação direta e cotidiana com o usuário, mas cujas funções serão de prestar apoio às equipes de referência - ESF

Embora tratar-se de apoio especializado, os NASF também compõem a Atenção Primária à Saúde e seu acesso deve se dar a partir das demandas identificadas no trabalho compartilhados com as equipes da Estratégia Saúde da Família a fim de fortalecer a responsabilidade das equipes de Atenção Primária e a coordenação do cuidado nas Redes de Atenção à Saúde.

O apoio matricial é uma intervenção pedagógico-terapêutica aonde há compartilhamento de saberes, práticas e experiências, e tem como objetivo a Formação e Educação Permanente dos profissionais que dele participam. Além do, mas, existe uma responsabilização do cuidado que deve ser partilhada, o que possibilitara melhorar a qualidade da assistência, da organização e facilitara os fluxos da rede assistencial nos distintos níveis de complexidade. O que é uma contribuição

para o funcionamento da clínica, na busca em compreender o sujeito integralmente, inserido dentro de seu contexto social e estimulando sua participação na construção do cuidado.

Diante da urgência de atender as distintas demandas na saúde e suas especificidades buscou-se a ampliação das ESF's, a partir da integralidade de profissionais de diversas áreas de atuação. A fim de pactuar entre a ESF e o NASF o compromisso e a responsabilidade com o cuidado na atenção básica de saúde e fazer a revisão da prática de encaminhamento com base nos processos de referência e contra-referências, de modo a ampliar o processo de acompanhamento de forma longínqua, atuando no fortalecimento de vínculos e de seus atributos, assim como no papel de coordenação do cuidado no SUS.

Segundo a Portaria nº 154, são duas as modalidades de NASF: o NASF1, composto por no mínimo cinco profissionais com formação universitária, entre os seguintes: psicólogo, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, ginecologista, profissional da educação física, médico homeopata, nutricionista, médico acupunturista, pediatra, psiquiatra e terapeuta ocupacional. O NASF deve estar vinculado a um mínimo de oito e máximo de 20 equipes de ESF, exceto nos estados da Região Norte, onde o número mínimo passa a ser cinco. Já o NASF 2 deverá ter no mínimo três profissionais, entre os seguintes: psicólogo, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, profissional da educação física, nutricionista e terapeuta ocupacional, e se vincular a no mínimo três equipes de ESF.

Conforme Andrade. et al (2012), apesar das diversas formações profissionais das equipes, é imprescindível alto grau de articulação, integralidade e compartilhamento nas ações no âmbito da unidade de saúde, principalmente a interdisciplinaridade no que tange ao processo de trabalho e na capacidade de cuidado de toda a equipe, tanto em termos dos profissionais da ESF como os do NASF.

5- O Serviço Social no NASF.

Em fase da necessidade de atender as diversas demanda na saúde, o profissional do Serviço Social conforme registrado no caderno de Atenção Básica nº 27, faz-se fundamental para o que prevê a Portaria nº 154, que regulamenta a criação dos NASF.

O serviço Social enquanto profissão tem especificidades. De acordo com Netto e Carvalho (2012), o Assistente Social no exercício da profissão não atua de forma isolada, sobre uma única necessidade humana, seu olhar não se limita ao atendimento focalizado à população usuária, mas sim, à uma análise crítica e investigativa numa

perspectiva de totalidade deste. Sua especificidade está na capacidade de analisar e atuar sobre todas as necessidades que perpassam o cotidiano do usuário.

Portanto, cabe ao assistente social implementar ações interventivas nas mais diversas expressões da questão social no âmbito da saúde. Embora esta intervenção profissional esta sujeita e necessita acima de tudo, da articulação da realidade concreta com a realidade subjetiva, realizando assim uma intervenção crítica e reflexiva.

Segundo o Caderno de Atenção Básica nº 27, na sua atuação no NASF assistente social, tem como um dos objetivos elaborar ações que visem garantir ao usuário a escuta e acolhida dos mesmos, buscando contribuir e incentivar o processo de fortalecimento da autonomia e da organização pessoal do usuário, entre outros. Diante do exposto vale ressaltar que toda ação deve Ser realizada de forma interdisciplinar e integrada com os demais profissionais das equipes, compartilhando o conhecimento e aprofundando a qualidade do cuidado, além de respeitar o território de abrangência, e seu perfil epidemiológico, o mapeamento das situações e áreas de maior risco. Que conforme os princípios e diretrizes da portaria nº154 devem ser levados em consideração como a intersetorialidade, permitindo uma articulação entre os autores envolvidos dos distintos setores sociais e, portanto, de saberes, poderes, vontades; e a integralidade inerentes a cada um, que pode ser considerado como a principal diretriz do Núcleo de Apoio à Família e que contribui como ferramenta na organização do processo de trabalho, a fim de afastar o risco da fragmentação, focalização e superficialidade deste.

A atuação do Serviço Social no NASF, objetiva promover a promoção de toda população usuário a partir do fortalecimento os espaços sociais, comunitários, vínculos e dos locais em geral, percebidos através de conselhos e conferências.

O profissional de Serviço Social é parte integrante das equipes de NASF, tendo em vista os princípios éticos e políticos da profissão e do projeto de reforma sanitária. A atuação do Assistente Social no NASF apresenta importante contribuição na articulação e formulação de estratégias que busquem reforçar e criar experiências nos serviços de saúde trabalhando o processo saúde-doença e efetivando o direito à saúde

A intervenção profissional do serviço social em sua especificidade aponta para a necessidade de uma sólida base de conhecimento teórico-metodológico e técnico-operacional, aliada a uma direção política que possibilite o desvelamento das tramas

conjunturais e das relações de forças, que exigem propostas de estratégias de intervenção na perspectiva da integralidade, interdisciplinaridade, intersetorialidade e controle social.

Logo, o Serviço Social no NASF, tem o papel e o compromisso de constrói mais um campo de atuação na política de saúde, como um viabilizador desta política no que diz respeito à garantia dos direitos sociais.

6- O Desafio do Desmonte das Políticas Publica no Cotidiano Profissional do Assistente Social no NASF.

Embora a saúde tenha sido reconhecida como direito social a partir da Constituição de 1988, e, portanto sendo responsabilidade do Estado sua garantia para a população. A partir da ofensiva neoliberal que avanço em um recolhimento de políticas publicas e que cada vez mais torna-se segundo Netto máximo para o capital e mínimo para o social num contexto de privatizações do que até então foi reconhecido como direito universal à saber a saúde, passa então a mercadoria. Diante, desse contexto os processos sociais estão se transformando e passando a serem pautados na seletividade e competitividade tornando a saúde subordinada ao mercado. Nesta perspectiva, cabe ressaltar a importância do profissional em Serviço Social, em fase dos avanços do neoliberalismo, em busca de implementações de estratégias que vão além dos limites da atuação institucional na viabilização da garantia do acesso ao direito, como também na participação da sua formulação, avaliação e na busca pela sua efetivação, de forma qualitativa.

A proposta atual nos remete a atendimentos imediatistas, focalizados, fragmentados, e sem continuidade uma vez que os profissionais são contrato para atuar em equipamentos que em sua grande maioria são sucateados e ao passo que os profissionais tem que conciliar agendas complexas com horários diversos, além depararem-se com imensa burocratização desse sistema que tem em sua contradição um discurso de ações que não são efetivadas num viés de totalidade, mas sim, de respostas pontuais. Além do mais, existe uma cobrança de produtividade incessante que impossibilita a qualidade desse cuidado discursado.

Pensando na proposta da Atenção Básica de Saúde, que objetiva desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde das coletividades, e analisando a vivência no campo de estagio como acadêmica bolsista do Serviço Social no NASF da clinica Aloysio Augusto Novis, aonde no cotidiano profissional sentimos os rebatimentos da negação das políticas públicas com viés de totalidade, e aonde

sairmos em visita domiciliares e presenciamos o extremo da vulnerabilidade e quando enquanto equipe NASF tentamos articular com as redes um benefício para o paciente, ou articular uma ação integrada num caso de uma usuária que é acumuladora de gatos e encontra-se com sua saúde e dos próprios animais assim como dos vizinhos sendo afetada, nos deparamos com os impasses da burocracia, ou mesmo da negação desse suporte, ou melhor dessa integralidade, refletimos quão limitado é para o usuário, se nós como profissionais em nosso trabalho matriciamos dos caso de saúde, saúde mental e tantos outros que para serem de fato materializado dependem da real integração das redes e serviços além de outros, e o que vemos de fato é uma total limitação das respostas inerentes ao atendimento qualitativo no Sistema Único de Saúde que favorece a mercantilização da saúde no Brasil, ou seja, a saúde como mera mercadoria.

Remetendo-nos ao questionamento de que tipo de resposta nós profissionais inserido no NASF podemos de fato ofertar, embora em meio as dificuldades, desafios e precarizações venhamos buscando trançar estratégias para enfrentamento das mesmo. Diante do exposto, podemos perceber o quanto o desmonte das políticas publica tem afetado a realidade da saúde no país e o cotidiano profissional. É exatamente neste cenário, que temos uma perda gradativa da organicidade então proposta a partir da reforma sanitária, observando as práticas sociais no interior do SUS que pela pressão da própria demanda que hoje, tendo em visto o aumento dos níveis de pobreza do desemprego entre outros são muito maiores do que a estrutura pode suportar ocasionando a busca pelo atendimento emergencial, neste contexto de racionalização dos gastos estatais que a atenção básica vem ganhando centralidade por conta desse aumento das demandas, e nesta lógica exigirá do NASF engendrar à ESF possibilidades de desdobramento desta demandas para obtenção de resolutividade a partir da lógica do matriciamento tarefa nada fácil quando levamos em conta as inflexões e dificuldades para acesso e construção desse caminho rumo à materialização de ações que visam atender a população usuária, delimitações que somam-se aos desafios na atuação do Serviço Social na contemporaneidade da política de saúde.

7- Conclusão

Portanto a mudança do modelo assistencial focado na ausência de doença para o modelo de assistência voltado para a saúde em sua totalidade é uma luta que vem se estendendo no Brasil. Embora reconhecida pós Constituição Federal de 1988, não se

consolida por conta da ofensiva neoliberal. Ocasionalmente uma contradição entre os princípios norteadores do SUS e a forma como esta política está sendo efetivada, em uma relação antagônica entre a saúde como bem público e a saúde como mercadoria, tensionada histórica e politicamente.

O que aferi enormes dificuldades que envolvem a consolidação, formulação e implementação de espraiamento pela rede pública e do atendimento qualitativo proposto assim como condições de efetivação do fazer profissional da equipe de saúde, configurando um quadro bastante comum de atividades limitadas e focalizadas pela inadequada estrutura institucional e de gestão; dos recursos humanos reduzidos, fragmentados e precarizados, bem como pela fragilidade enfrentada hoje pelo SUS em tempos de ofensiva contra-reformas.

É a partir desta lógica, que os mais diversos para então contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população. Para tal o NASF surge como apoio as ESF e em sua composição o Assistente Social, profissional capaz de trabalhar com questão social nas suas mais variadas expressões, e atuarem na defesa da viabilização da garantia dos direitos sociais, visando qualificar a atenção à saúde e melhorar a sua resolutividade. No entanto, observamos que por tratar-se de uma estratégia inovadora, vários desafios deverão ser superados e que a prática do assistente social deve estar pautada nos fundamentos teórico-metodológicos, ético-político e técnico-operativo, possibilitando ao profissional um olhar crítico, investigativo, que permitam uma leitura da realidade para além do que esta posto a fim de formular ações para o enfrentamento da realidade, numa conjuntura de recolhimento de políticas públicas e esvaziamento de direitos sociais numa perspectiva de favorecimento do capital, capital esse que é também o empregador deste profissional.

Logo, é neste contexto de contrariedade que o assistente social juntamente com toda equipe e com os sujeitos políticos envolvidos, deverá formular estratégias criativas e inovadoras para buscar superar as limitações e desafios postos no cotidiano profissional.

8- Referência Bibliográfica

ALENCAR, Mônica. O trabalho do assistente social nas organizações privadas não lucrativas. In: Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais. Brasília: CFESS, 2009.

ANDRADE, Lucas Melo Biondi et al. Análise da implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família no interior de Santa Catarina. Rev. Saúde e Transformação, Florianópolis, v.3, n.1, p.18-31, 2012. Disponível em: <http://periodicos.incubadora.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/view/1471>
Acesso em 30 de set.2017.

BEHRING. E.R. Brasil em Contrarreforma: desestruturação do Estado e perda de direitos. São Paulo: Cortez, 2003

BRASIL. Ministério da Saúde. **SUS: Princípios e Conquistas**. Brasília, DF: 2000. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf>. Acesso em 10 de Setembro de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica. Brasília DF: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 154/08. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Brasília, DF, 24 de janeiro de 2008

.BRASIL. Portaria GM/MS nº 648/2006. Institui a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF, 28 de março de 2006.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil. In: Mota, A. E. et al. (Orgs) Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2006

CFESS. Parâmetros para atuação do Assistente Social na Saúde. 2010

IAMAMOTO. Marilda Villela. Projeto Profissional, Espaços ocupacionais e Trabalho do Assistente Social na Atualidade. Atribuições Privativas do(a) Assistente social em questão. Brasília: CFESS, 2002

LIMA, Nísia Trindade. et al (Orgs). Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, (2005 p 46).

NETTO. José Paulo; CARVALHO. Maria do Carmo Brant. Cotidiano: conhecimento e crítica. São Paulo: Ed. Cortez, 2012.

NOTA TÉCNICA nº 5 DE 2016 SMS RIO/SUBPAV/SAP/CPNASF, Recomendações sobre o atendimento, instrumentos e ferramentas do Assistente Social no trabalho dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)

MOTA, Ana Elizabete. et al., (orgs). **Serviço Social e Saúde Formação e Trabalho Profissional** – 3.ed. – São Paulo: Cortez; Brasília- DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2008.