



Eixo: Questão agrária, urbana, ambiental e serviço social.

Sub-eixo: Ênfase na questão agrária.

## TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NO NASF NA CIDADE DE GOIÁS: POLÍTICA DE SAÚDE INTEGRAL DO/NO/PARA O CAMPO

RHAIZA FEMININO MOREIRA DE CARVALHO<sup>1</sup>  
ANA PAULA DO NASCIMENTO<sup>2</sup>

**Resumo:** O presente artigo objetiva analisar o trabalho do assistente social, no Núcleo de Atendimento à Saúde da Família (NASF) e os desafios profissionais no processo de sua efetivação da política de saúde integral do/no/e/para o campo. Realiza análise das ações desenvolvidas no NASF, a partir do marco legal instituído pela Política Nacional de Saúde Integral dos Povos do Campo e da Floresta (PNSIPCF). Além da análise da política social referida, foi realizada pesquisa empírica por meio de entrevista com a profissional de Serviço Social que atua no NASF da Cidade de Goiás, para adensar sobre o espaço sócio ocupacional discutido.

**Palavras chave:** Serviço Social; trabalho; política de saúde; Campo.

**Abstract:** The present article aims to analyze the work of the social worker in the Family Health Care Center (NASF) and the professional challenges in the process of its implementation of the integral health policy in the field. Thus, it performs the analysis of the actions developed in the NASF, from the legal framework instituted by the National Policy of Integral Health of the Peoples of the Field and the Forest (PNSIPCF). In addition to the analysis of the mentioned social policy, empirical research was conducted through a face-to-face interview with the Social Work professional who works at the NASF in the City of Goiás, to build on the social and occupational space, matching the legal frameworks that guide this policy in theme.

**Keywords:** Social work; work; health policy; Field.

### INTRODUÇÃO

Na Constituição Federal de 1988 do art. 196 a o 200, definiu-se a concepção da política social brasileira de saúde. Para além da previsão legal na Carta Magna, a compreensão sobre essa política é complementada pelas ementas que vão da criação da Lei complementar 8.080 do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990, até as demais legislações que vão sendo construídas no decorrer dos anos. Em meio a esse processo a política de saúde brasileira vai se consolidando. As referidas legislações discorrem sobre a forma de

<sup>1</sup> Estudante de Graduação. Universidade Federal de Goiás. E-mail: <rhaizaamoreira@gmail.com>

<sup>2</sup> Professor com formação em Serviço Social. Universidade Federal de Goiás.

implementação da política, seu funcionamento, critérios para o seu acesso dentre outras especificações.

Enquanto dimensão fundamental para a viabilização da política social, é necessário compreender as suas fontes de financiamento. Como política que compõe o sistema integrado de políticas sociais – a Seguridade Social – é previsto essa fonte como principal. Trata-se assim, de política universal e não contributiva, o que permeia o princípio da universalidade do SUS.

O art. 198 prevê como diretrizes para o SUS a sua descentralização. Seguindo essa orientação é estabelecida a Estratégia Saúde da Família (ESF), que se insere na atenção básica de saúde. Com vistas a contribuir com o fortalecimento da ESF, em 2008 cria-se o programa Núcleo de Atendimento de Saúde da Família (NASF). Consiste em um programa que deve atender famílias mais afastadas dos postos de saúde da cidade se deslocando até os locais onde as famílias moram. Esse programa deve ser composto por uma equipe multiprofissional de saúde, sendo de no mínimo oito profissionais de saúde e no máximo vinte, de acordo com a necessidade de cada município. A ideia é que essa equipe multiprofissional possa fazer atendimentos coletivos e individuais, de modo que o usuário receba o atendimento completo na perspectiva de atendimento integral a saúde (BRASIL, 2008).

De forma conjunta com o Ministério da Saúde os movimentos sociais do campo construíram a “Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF)”, em 2011. Essa construção ocorreu após um longo processo de articulações e lutas dos movimentos sociais que representam as pessoas do campo e da floresta, e possuem como principais pautas a situação de inacessibilidade aos postos de saúde e à política de saúde.

A PNSIPCF contém na íntegra marcos do que deveria ser uma saúde voltada para o campo do campo e no campo, o que significa ser uma política tendo bases no conhecimento de pessoas que vivenciam esse cotidiano. Portanto, se trata de uma política baseada no cotidiano das pessoas do campo, contemplado nos atendimentos suas vivências e cotidianos sendo essa

do/no/para o campo. Superando o modelo de criação de política com base no modelo urbano que se tornam políticas pontuais e superficiais.

Em seu texto, a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF) ressalta a importância da ampliação da atenção básica e a estratégia saúde da família, para que haja equidade no atendimento segundo as condições das pessoas do campo. Não havendo discriminação de raça classe gênero e sexualidade e se voltando para as necessidades e especificidades dessas pessoas. Sendo essas determinações realizadas junto ao NASF por meio da sua equipe multiprofissional.

Por ser essa uma política que abrange povos do campo e da floresta, essa pesquisa vai debater como a política é operacionalizada no âmbito da população do campo na Cidade de Goiás e qual a contribuição do Serviço Social nesse processo. A pesquisa foi realizada na Cidade de Goiás pela incidência da população do campo em face dos 28 assentamentos, periféricos à cidade. Por isso o presente debate é urgente e de extrema relevância para a formação profissional, dada a particularidade da atuação do Serviço Social no NASF e da baixa produção de conhecimento referente à saúde da população do campo.

O contato com jovens do campo a partir do projeto de extensão “Semeando juventudes: Serviço Social, Pedagogia da Alternância e organização social juvenil”<sup>3</sup> também suscitou a realização dessa pesquisa e elaboração do artigo, considerando que partes desses jovens que participaram do projeto declaram não possuir acesso direto a saúde, e quando precisam ser atendidos precisam se deslocar, para a cidade, realizando esses deslocamentos somente quando a doença se expressa. Portanto a promoção da saúde não é algo acessível a essa população, já que mesmo em momentos emergenciais é difícil para as pessoas do o campo irem para a cidade para serem atendidas.

Em face desses desafios colocados para a população do campo no que tange o acesso a saúde, se deu a preocupação em realizar a pesquisa

---

<sup>3</sup> Informação sobre projeto de extensão realizado durante o período de julho de 2016 e julho de 2018, na escola da família agrícola da cidade de Goiás, com jovens de assentamentos do entorno de Goiás onde foram realizados debates e oficinas acerca de políticas públicas, trabalho, gênero, saúde, identidade com o campo e conceito de juventude do campo dentre outros. E foi debatido a fundo o que era a saúde do campo e qual o acesso que eles possuíam a essa política.

empírica sendo desenvolvida a partir de entrevista com o Serviço Social do NASF, para apreender sobre a intervenção do Serviço Social. A revisão bibliográfica, e o levantamento dos marcos legais que norteiam as políticas e decretos citados foram necessários para fundamentar as análises aqui desenvolvidas.

Com base em princípios éticos, a fim de proteger o entrevistado e garantir o anonimato, foi suprimido o nome do profissional entrevistado. A metodologia de entrevista face a face, possibilita a interpessoalidade e a captação de informações para além do que está sendo verbalizado. Para tal, foi realizada de forma individual e sigilosa, para proteger o sujeito da pesquisa de situações de constrangimento e desconforto (CRESWELL, 2010).

Ainda enquanto cuidados éticos, foram seguidas as orientações da Resolução CNS nº510, de 07 de Abril de 2016, que dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes. Nessa direção, foi assinado pela participante da pesquisa o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), com vistas a apresentar e garantir o resguardo de seus direitos e proteção das informações concedidas, de acordo na Resolução CNS, nº 510/2016.

Diante dos determinantes sociais das pessoas do campo é preciso apreender os desafios de acesso à saúde. Portanto, o artigo objetiva analisar a intervenção do Serviço Social no Núcleo de Atendimento de Saúde Familiar (NASF), junto às famílias do campo da Cidade de Goiás. Abordar, ainda, os avanços e retrocessos no que tange a política de saúde do/no/para o campo, buscando refletir acerca das especificidades da saúde das pessoas do campo. Esse artigo contempla elementos necessários para a reflexão da prática do Serviço Social na saúde na especificidade do/no/para o campo.

## **2 DESENVOLVIMENTO**

### **2.1 A política de saúde do/no/para as populações do campo**

A ampliação do conceito de saúde em 1988, é uma conquista dos movimentos sociais de saúde e do processo de constituinte, sendo definido no Brasil pela Constituição Federal Brasileira, no art.196 que conceitua: “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.” (BRASIL, 1988). A Carta Magna institui a política de saúde enquanto componente da Seguridade Social, compreendida como um complexo integrado de políticas sociais que objetiva a proteção social dos sujeitos e deveria propiciar de forma articulada às políticas de previdência e assistência social.

A expansão dos direitos sociais e a criação do sistema de proteção social brasileiro em 1988, assim como nos sistemas de proteção social europeus, foi influenciado pelos modelos bismarckiano e beveridgiano (Costa, 2007 p. 40). A Carta Magna de 1988 institucionalizou no Brasil o conceito de seguridade social, que segundo Boschetti (2002) designa “uma forma nova e ampliada de implementar e articular políticas já existentes no Brasil desde o início do século XX.” (Boschetti, 2002 p. 1). A Constituição possibilitou tanto a introdução de um novo conceito, como a proposta de uma reestruturação e reorganização inovadoras das políticas que passaram a compor essa área (previdência, saúde e assistência).

Por outro lado, é importante observar que o termo seguridade social não é uma novidade da Constituição brasileira, mas já era utilizada pelos Estados Unidos desde 1935, e nos países capitalistas da Europa desde a década de 1940, significando um conjunto variável de programas e serviços sociais (Boschetti, 2002), que variam de acordo com a historicidade de cada país. Sendo no Brasil este composto pelas políticas de assistência, previdência e saúde.

A partir desta concepção de seguridade social o Sistema Único de Saúde (SUS) regulamentado pela Lei nº 8.080/1990 se baseia nos princípios da universalidade, equidade e integralidade. Portanto, consiste em uma política

social onde todos devem ter acesso independente de credo, cor ou religião. A ampliação do direito à saúde contempla não só a concepção da ausência de doença, mas a promoção da qualidade de vida, saneamento básico, boa alimentação, ou seja, promoção integral de saúde. Portanto, para que essa política funcione também é instituído um acompanhamento através do controle social por meio de conferências nas quais devem compor representantes da sociedade civil, movimentos sociais e poder público, que definem como o orçamento é gerido e quais são as prioridades no âmbito municipal estadual e nacional.

Todo esse conjunto de diretrizes da Lei 8.080 faz com que esse sistema seja, segundo o Banco Mundial em seu livro “20 anos de Construção do SUS no Brasil”, um dos mais avançados no que tange a política de saúde mundial. Apesar desse reconhecimento internacional, hoje o SUS vem sofrendo um processo de desmontes e ataques para que seja privatizado, passando por cima de decretos constitucionais. Para a população do campo esse sistema nunca foi de fato acessível, considerando que os aparelhos de saúde ficam em sua maioria nas cidades.

O campo é tomado e transformado pelo modelo de desenvolvimento capitalista, as máquinas e os produtos industrializados vão tomando o espaço de pessoas e o modo de produção camponês é substituído pelo modo de produção do que hoje é chamado de agronegócio. Como forma de enfrentamento e resistência a esse modelo de desenvolvimento os movimentos sociais do campo, utilizam a forma agroecológica de produção sustentável, para afirmar que a agricultura familiar consegue produzir numa quantidade boa para o consumo sem desperdício, e ao mesmo tempo fazer bem ao meio ambiente e as pessoas. Utilizando pesticidas que também são naturais e sustentáveis e que não fazem mal as saúde das pessoas pregando uma agricultura onde uma planta contribui para o desenvolvimento da outra se diferenciando da monocultura instituída pelo agronegócio.

O agronegócio é a junção dos agrotóxicos, ou seja, venenos utilizados em grandes plantações, com o negócio envolvido nesse modo de produção agrícola, “no Brasil é responsável por 1/3 do PIB, pelo emprego de 36 % da

mão de obra e por 36% das exportações” (NETO, et al., 2013). Tal dado reforça a dependência atual brasileira em torno desse modelo de desenvolvimento e economia sustentada pelo agronegócio.

Os agrotóxicos são utilizados para adiantar o processo de produção agrícola, aprimorar e até mesmo não perder uma safra de plantações, e funcionam para seu objetivo, porém são prejudiciais para a saúde das pessoas e do meio ambiente. “Foram encontrados 2.052 óbitos por intoxicação por agrotóxicos na base de dados SIM, entre 2000 e 2009.” (SANTANA et al., 2013), esses dados demonstram o quanto os agrotóxicos estão envenenando as pessoas no geral e são preocupantes quando pensamos nos trabalhadores do campo e pessoas que moram no mesmo por serem as mais afetadas pelos agrotóxicos.

O campo é para o capital um espaço para plantação e utilização de máquinas para lucro dos grandes agricultores, não se considera, no sistema capitalista, que as pessoas existem e vivem no campo, para além do trabalho. Com isso, as políticas públicas não são voltadas para o campo, de forma que na saúde não é diferente. O SUS foi uma grande conquista dos movimentos sociais, mas a efetivação no campo é outro processo intenso de lutas que foi travada pelos movimentos sociais do campo, tais como Movimento Sem Terra (MST), Movimento dos Pequenos Agricultores (MPA) dentre outros, que encamparam a luta para levar o acesso a essa política de forma efetiva sendo do/no/para o campo.

Em 2011 segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e estatísticas (IBGE), mais de 30 milhões de pessoas viviam no campo. Considerando que essas 30 milhões de pessoas possuem contato direto com os agrotóxicos, e as únicas políticas de saúde que tinham voltadas para essa população era numa perspectiva econômica de contenção de danos para garantia de mão de obra saudável, ou para apaziguar os movimentos sociais. É necessário que a política de saúde para o campo seja específica e voltada para o campo desatrelada de uma perspectiva econômica, mas atendendo as particularidades, baseado nos princípios do SUS (CARNEIRO et al., 2007).

Após muita luta em 2011, a primeira grande conquista foi a criação da Política Nacional de Saúde Integral para Populações do Campo e das Florestas (PNSIPCF). Em cooperação entre o Ministério da Saúde (MS) e os movimentos sociais foi instituída uma política que é do/no/ para o campo. Aplicada na atenção básica pela Estratégia saúde da Família, que prevê especificidades no que tange a saúde do campo, perpassando pelos princípios do SUS, e que possui um controle social democrático realizado pelos movimentos do campo. Segundo a referida lei:

A Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF), aprovada na 14ª Conferência Nacional de Saúde. Fruto do debate com representantes dos movimentos sociais consagra-se com a Portaria nº 2.866/2011, que institui a política no âmbito do SUS, um instrumento norteador e legítimo do reconhecimento das necessidades de saúde das referidas populações (BRASIL, 2011).

A política de saúde para o campo é necessária, pois quando se trata de condições limitadas de acesso à cidade, o escasso saneamento básico dificulta ainda mais a promoção de saúde de forma preventiva, bem como em face dos altos índices de agrotóxicos que as populações do campo entram em contato ainda maior do que as pessoas na cidade. É importante reconhecer que uma parcela da população está à margem do acesso ao direito à saúde pública integral universal e equânime, a PNSIPCF, reafirma a importância não só do acesso à saúde, mas a necessidade de mudança na forma como a produção de alimentos ocorre. A concepção de agroecologia como modo de produção sem agrotóxicos (DEFINIR) é vinculada a promoção da saúde. O Ministério da Saúde reconhece as implicações dos agrotóxicos utilizados pelo agronegócio na saúde das pessoas do campo e das florestas e o significativo avanço da perspectiva agroecológica de produção.

A descentralização da saúde e a consolidação da atenção básica se fazem necessárias para a efetivação da Política de saúde integral para populações do campo e da floresta (PSIPCF), por isso a criação dessa política é um marco regulatório relevante e fundamental para as pessoas do campo. A



PNSIPCF complementa a atenção básica que determina a mudança no atendimento da saúde da família que tem como objetivo a consolidação da atenção básica de saúde. Sendo definida em portaria que discorre:

Portaria do Ministério da Saúde (MS), nº 2.488, datada em 21 de Outubro de 2008 que aprova a política nacional de atenção básica orientada “pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A atenção básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral” (BRASIL, 2008).

A atenção básica apresenta um novo panorama para as populações do campo em relação à saúde que só começa a se tornar possível com a consolidação e fortalecimento da PNSIPCF no que seria a criação do NASF. Sendo este um programa que atende famílias distantes dos aparelhos de saúde com atuação de uma equipe multiprofissional, composta de 8 a 20 profissionais. Tais profissionais são escolhidos de acordo com a necessidade municipal, dentre os quais compõe a equipe no Município de Goiás o assistente social.

## 2.2 O trabalho do assistente social no NASF: Desafios contemporâneos no município de Goiás-GO

O Núcleo Atendimento a Saúde da Família (NASF), criado em 2008 pela Portaria nº154, é composto por uma equipe multiprofissional que pode chegar a 20 profissionais dentre eles médicos, nutricionista, assistente social, professor de educação física entre outros. Não é obrigatório ter todos os profissionais em cada município, os mesmos são escolhas do município de acordo com as necessidades específicas que cabe aos gestores determinar. O atendimento do Núcleo de Atendimento à Saúde da família (NASF) em sua lei deve ser

voltado a famílias mais afastadas da cidade e ou com acesso limitado objetivando a promoção da saúde por meio da articulação multiprofissional.

O direito à saúde deve ser universal, como um direito para todos e todas como sustenta a Lei Orgânica da Saúde (LOS), nº-8080/1990 que sanciona a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS é um sistema que passa a ser financiado pelo sistema de seguridade social ,tal fato é uma mudança considerável no que permeia o financiamento por garantir um fundo público determinado para a saúde. Possui em suas diretrizes formas de controle social, como exemplo às conferências de saúde e os conselhos permanentes de saúde,essa determinação se propõe a ser uma forma democrática de controle social, mas que na prática não ocorre sem a devida orientação e formação da sociedade civil sobre essas possibilidades.

Considerando a necessidade de orientação e formação da sociedade civil sobre seus direitos e deveres no que tange a saúde, e ainda a pertinência dessa orientação as pessoas do campo que possuem o acesso mais reduzido a informação. A entrevista foi baseada em como ocorre, a atuação do Serviço Social, dentro dessa equipe multiprofissional de saúde do NASF, como se dá o processo de orientação aos usuários sobre seus direitos mediante controle social democrático e quais as estratégias utilizadas pela equipe para superar os desafios dada a realidade objetiva das pessoas do campo e a recente PNSIPCF , que ainda é frágil e precisa ser implementada de fato.

Um dos pilares do SUS é a atenção básica regularizada pela Portaria nº 2.488, onde dois programas se inserem dentro dela a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS). Os agentes comunitários de saúde são parte essencial para o trabalho do Serviço Social no Núcleo de atendimento da saúde da família (NASF), pois segundo a assistente social entrevistada “são eles que levam às demandas encontradas”. Por isso, a relevância da articulação entre às equipes e o funcionamento real da equipe multiprofissional na atuação conjunta e melhoria do acesso às comunidades mais afastadas que vivem nas periferias de Goiás e nos 28 assentamentos da cidade.

Para que cumpra um dos princípios fundamentais e a saúde seja acessível, para todos os usuários alcançando também os que moram em locais mais afastados e com reduzida acessibilidade. Por isso a atenção básica, conforme a Portaria, nº 687/GM/MS:

Caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2006).

A caracterização da atenção básica a cima referida, consolida o que a lei nº 8080/1990 institui e o que a portaria nº 687/GM/MS , de 30 de março de 2006 determina, no que tange à promoção da saúde. Reafirmando a relevância da promoção em todas as suas dimensões de forma coletiva ou individual integralmente, essas portarias se tornam então fundamentais no que envolve municípios com um número inferior a 50 mil habitantes, rodeados de assentamentos, ribeirinhos, quilombolas entre outros povos do campo.

Como consolidação da atuação do Serviço Social na Saúde para respaldar o seu exercício profissional na área, foi construído o documento intitulado “Parâmetros para Atuação do Assistente Social na Saúde”. Tal documento orienta o Serviço Social para articular, encaminhar e planejar sua atuação buscando ser respaldado em princípios éticos, enquanto prática profissional, necessários para a efetivação da política de saúde. O referido documento versa sobre a atuação do Serviço Social na saúde, segundo Bravo (2004):

Forma estratégias que busquem reforçar ou criar experiências nos serviços de saúde que efetivem o direito social à saúde, atentando que o trabalho do assistente social que queira ter como norte o projeto ético político profissional tem de, necessariamente, estar articulado ao projeto da reforma sanitária. As dimensões subjetivas devem ser analisadas à luz das condições de vida e trabalho, ou seja, a partir dos determinantes sociais do processo saúde-doença (BRAVO,2004)

Obtendo o Código de Ética do Serviço Social e os Parâmetros de atuação do Serviço Social na saúde a profissional entrevistada declara que

esses são documentos importantes como orientadores para sua atuação no NASF. Contudo, expressa que enfrenta diversos desafios no que tange a efetivação da política para pessoas do campo. Segundo a profissional “Não existe suporte para aplicar a lei de saúde para o campo”. A equipe utiliza como metodologia para superar alguns desses desafios palestras e atividades que discutam direitos sociais e as visitas sociais a domicílio. Tais instrumentais ampliam a possibilidade de envolvimento dos usuários no controle social democrático do SUS, uma vez que motivam os usuários a irem às conferências e movimentações em torno da construção de políticas de saúde que atendam às suas necessidades.

Portanto, apesar da vitória para os movimentos sociais com a criação da Política Nacional de Saúde Integral para os Povos do Campo e da Floresta é necessário que ocorra a execução da política. Para assistente social entrevistada, é relevante refletir junto à comunidade a respeito dos direitos que ainda precisam ser conquistados e articulados à rede de assistência para instrumentalizar os sujeitos na luta por esses direitos. Para que as pessoas do campo tenham uma saúde nos moldes do que é definido pelo SUS e pela Política Nacional de Saúde Integral para Pessoas do Campo é preciso não só efetivar essa política na atenção básica, mas também compreender que os problemas de saúde específicos das pessoas que vivem no campo devem ser alvo de luta conjunta contra o agronegócio que envenena as pessoas e a alimentação de toda a população.

Para, além disso, a atenção básica deve ser viabilizada a partir de uma formação especializada para os profissionais para que compreendam a realidade socioeconômica, de saúde e demais demandas dos sujeitos do campo. Essa formação faz parte do processo de efetivação da PNSIPCF, que é de responsabilidade do Ministério de Saúde, e essa política se aproxima mais da estratégia da saúde da família, então é onde a política deve ser desenvolvida.

A assistente social faz parte da equipe multiprofissional do NASF em Goiás, a atuação conjunta da equipe multiprofissional e da rede de assistência, contribui para que o trabalho da assistente social seja realizado com eficácia.

Um exemplo é que as visitas domiciliares são realizadas por meio de levantamento de demandas dos agentes comunitários de saúde (PACS), e os profissionais selecionados para a visita são de acordo com cada caso. Com palestras, orientações e debates com as comunidades sobre direitos e deveres a assistente social do NASF contribui para a democratização da informação no que se refere aos direitos, fortalecendo a luta dos movimentos sociais e assentamentos.

Os desafios suscitados à equipe são diversos e dentre diversas estratégias formuladas, para inserção nas comunidade e a resolução de demandas, as mais utilizadas são estudo dos casos mais desafiantes ou consultas compartilhadas com família e equipe multiprofissional, também utilizam de palestras coletivas nas comunidas para orientações coletivas, além de exercitar o processo da escuta segundo a assistente social entrevistada, que sejam levantadas as demandas daquela comunidade. Segundo Imamoto (2007):

Fundamental estimular inserções sociais que contemham potencialidades de democratizar a vida em sociedade civil na coisa pública. Essa proposta requer ações voltadas ao fortalecimento dos sujeitos coletivos, dos direitos sociais e a necessidade de organização para a sua defesa, construindo alianças com os usuários dos serviços na sua efetivação (IAMAMOTO, 2007, p.199-200).

Estratégias essas necessárias para a superação em conjunto de casos onde não se aplica apenas uma política e é preciso atuar em equipe, mesmo que os encaminhamentos ainda sejam paliativos, diante da realidade dos usuários, elas fortalecem os vínculos e contribuem para às atuações do NASF. A entrevistada ressalta que ao analisar a PNSIPCF percebe o defcti na implementação dessa política quando os médicos e enfermeiros não possuem nem mesmo um posto de saúde no campo para o atendimento dos usuários ou quando tem o posto o aparelho não é equipado com as ferramentas necessárias para o atendimento. Sendo necessário a utilização de casa dos usuários para atender a comunidade do campo que mora por perto.

È importante perceber com a entrevista que o processo de pratica educativa e assessoramento dos movimentos sociais é essenciais, para

atuação do profissional de Serviço Social já que é uma política organicamente originada por meio desses movimentos. E que por isso a formação do profissional sobre as políticas que contribuem para a sua atuação e sobre a população com a qual o profissional atua é de extrema importância para que essa seja uma atuação com base teórica e prática reforçando a dialética no Serviço Social.

## **CONCLUSÃO**

Considerando a relevância da saúde das pessoas do campo, é possível afirmar que existem avanços das políticas e portarias referentes à saúde do campo, contudo encontram-se distantes de serem efetivadas. Portanto considera-se que a acessória do Serviço Social é essencial para que a luta dos movimentos sociais nesse contexto continue. O assistente social portanto, contribui com essa luta, bem como deve participar dos movimentos sociais, já que o mesmo também é parte da classe trabalhadora e pode estar inserido no campo. Suscitando o debate de uma política de saúde do/no/para o campo e incitem o processo de organização da comunidade do campo para exigir a efetivação da PNSPCF.

A situação dos postos de saúde do campo é degradante e não comporta a demanda dos assentamentos e camponeses. A luta por reforma agrária e por uma agricultura que seja diversa e sem agrotóxicos como a agricultura familiar, é o que de fato faria com que a promoção e prevenção da saúde integral ocorressem no campo. A contaminação da água é outro fator desafiante para a saúde dessas populações, no caso das pessoas do campo a promoção e prevenção referem-se de luta diária contra o agronegócio e seus agrotóxicos.

A assistente social tem o papel de junto aos movimentos sociais, a rede de assistência e a equipe multiprofissional, contribuir na democratização da informação para que todos se organizem para lutar por uma saúde de qualidade. Trata-se de um cotidiano que mesmo que não seja com embates físicos, ocorre no envenenamento dos assentados, camponeses e pequenos

agricultores. Com isso compreende-se a importância do debate da saúde do/no/para o campo, e a relevância de continuar debatendo sobre no contexto de formação do profissional de Serviço Social.

## Referências

BRASIL. [http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape\\_nasf.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_nasf.php)  
[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3124\\_28\\_12\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3124_28_12_2012.html)  
[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html)  
[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_saude\\_populacoes\\_campo.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacoes_campo.pdf)  
[https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88\\_Livro\\_EC91\\_2016.pdf](https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf)

CALDRT, Roseli Salete. Dicionário da educação do campo, Roseli Salete Caldart; Isabel Brasil Pereira; Paulo alentejano; Gaudêncio Frigotto; expressão popular, 2012.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **Serviço social em tempo de capital fetiche** Sociabilidade capitalista, questão social e serviço social. São Paulo: Cortez, 2007.

CFESS. **Parâmetros de atuação da assistente social na saúde**. Brasília, 2007.

BRASIL. [http://conselho.saude.gov.br/web\\_sus20anos/20anossus/legislacao/constituicao\\_federal.pdf](http://conselho.saude.gov.br/web_sus20anos/20anossus/legislacao/constituicao_federal.pdf)

BRASIL. [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm)

BRASIL. [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154\\_24\\_01\\_2008.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html)

BRASIL. <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/reso510.pdf>

NETO, Elias. **Os impactos do agrotóxico na saúde e no ambiente**. Perigo a vista!