



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA – UEPB
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS – CCSA
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL - DSS

MARTA SUÉLE DA COSTA BARROS

**O SERVIÇO SOCIAL E A EDUCAÇÃO EM SAÚDE: UM RELATO DE
EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO DESENVOLVIDO NO NASF DE QUEIMADAS-PB**

CAMPINA GRANDE-PB

2016

MARTA SUÉLE DA COSTA BARROS

**O SERVIÇO SOCIAL E A EDUCAÇÃO EM SAÚDE: UM RELATO DE
EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO DESENVOLVIDO NO NASF DE QUEIMADAS-PB**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado para obtenção do grau de
bacharela em Serviço Social pela
Universidade Estadual da Paraíba, UEPB.

Orientadora: Prof.^a Ms. Débora Suelle de
Miranda Lima.

CAMPINA GRANDE-PB

2016

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

B277s Barros, Marta Suéle da Costa

O serviço social e a educação saúde [manuscrito] : um relato de experiência de estágio desenvolvido no NASF de Queimadas-PB / Marta Suéle da Costa Barros. - 2016.

48 p.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, 2016.

"Orientação: Profa. Ma. Débora Suelle de Miranda Lima, Departamento de Serviço Social".

1. Educação em saúde. 2. Serviço social. 3. Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF I. Título.

21. ed. CDD 362.1

MARTA SUÉLE DA COSTA BARROS

O SERVIÇO SOCIAL E A EDUCAÇÃO EM SAÚDE: UM RELATO DE
EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO DESENVOLVIDO NO NASF DE QUEIMADAS-
PB

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado como requisito parcial
para obtenção do título de Bacharela
em Serviço Social pela Universidade
Estadual da Paraíba, UEPB.

Aprovado em: 31/10/2016.

BANCA EXAMINADORA

Débora Suelle de Miranda Lima

Prof.^a Ms. Débora Suelle de Miranda Lima (Orientadora).

Universidade Estadual da Paraíba (UEPB).

Liélia Barbosa Oliveira

Prof.^a Ms. Liélia Barbosa Oliveira (Avaliadora).

Universidade Estadual da Paraíba (UEPB).

Ana Luiza Severino Bezerra

Ana Luiza Severino Bezerra (Avaliadora).

Assistente Social- Secretaria de Saúde de Queimadas/Pb.

LISTA DE SIGLAS

ABRASCO- Associação Brasileira de Saúde Coletiva

ACS- Agente Comunitário de Saúde

AIS- Ações Integradas de Saúde

CAPs- Caixa de Aposentadoria e Pensões

CAPS- Centro de Atenção Psicossocial

CEBES- Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CREAS- Centro de Referência Especializado em Assistência Social

DNSP- Divisão Nacional de Saúde Pública

DST- Doenças Sexualmente Transmissíveis

ESF- Estratégia Saúde da Família

IAPs- Instituto de Aposentadoria e Pensões

MRS- Movimento de Reforma Sanitária

MS- Ministério da Saúde

NASF- Núcleo de Apoio à Saúde da Família

OMS- Organização Mundial de Saúde

PACS- Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PSE- Programa Saúde na Escola

PSF- Programa Saúde da Família

SAMU- Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SF- Saúde da Família

SUDS- Sistema Unificado Decentralizado de Saúde

SUS- Sistema Único de Saúde

UBSF- Unidade Básica Saúde da Família

UPA- Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: A DÉCADA DE 1980 EM FOCO.....	10
3 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) E O NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE NA FAMÍLIA (NASF)	19
4 EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO CONTEXTO BRASILEIRO.....	25
5 O SERVIÇO SOCIAL NO NASF	28
6 EXPERIÊNCIA DO ESTÁGIO NO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF) DE QUEIMADAS-PB	31
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	38
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	40
ANEXOS	45

O SERVIÇO SOCIAL E A EDUCAÇÃO EM SAÚDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO DESENVOLVIDO NO NASF DE QUEIMADAS-PB

MARTA SUÉLE DA COSTA BARROS¹

RESUMO

Este artigo tem por objetivo relatar a experiência de estágio supervisionado em Serviço Social, realizado no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), Pedra do Touro, em Queimadas. PB, durante o período de abril de 2014 a junho de 2015. Para tanto, destacamos o Projeto de Intervenção realizado no período de estágio, intitulado “Escola Promotora de Saúde - uma Intervenção Junto aos estudantes da Escola Municipal Judith Barbosa de Paula Rêgo”, que teve como finalidade atuar sobre a educação em saúde com os alunos desta Escola Municipal do referido município, cuja metodologia pautou-se na realização de oficinas temáticas. O interesse para a realização do projeto surgiu a partir de nossas inquietações de como estavam se dando as relações entre as políticas de saúde e de educação e como estas estavam se desenvolvendo no município em foco. O projeto apontou como principais resultados a promoção de ações em que se estabeleceu o diálogo entre estudantes e profissionais a cerca de conceitos importantes no campo da saúde, bem como o estímulo à reflexão sobre os temas trabalhados, de forma que os alunos tiveram a liberdade de externar seus conhecimentos e experiências pessoais. Quanto ao aporte teórico, para a construção do artigo, utilizamos autores como: Bravo (2011), Pain (2009), Alves (2011), Aerts (2011), Feuerwerker (2005), Wenzel (2009), Cunha (2009) entre outros. Ressaltamos a importância do estágio curricular para a formação profissional, bem como do relato de experiência a fim de nortear futuras intervenções no campo do serviço social na saúde.

Palavras-chave: Educação em Saúde; Serviço Social; Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

¹ Aluna de graduação em Serviço Social na Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) – Campus I. E-mail: martasuele@hotmail.com.

1 INTRODUÇÃO

O presente artigo é fruto da nossa experiência de estágio supervisionado obrigatório do curso de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba, realizado no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), Pedra do Touro, na cidade de Queimadas. PB, entre os meses de Abril de 2014 a Junho de 2015, tendo como foco principal relatar como se desenvolveu nosso Projeto de Intervenção “Escola Promotora de Saúde - uma Intervenção Junto aos estudantes da escola Judith Barbosa de Paula Rêgo”, por meio do qual se objetivou desenvolver ações de educação em saúde voltadas para adolescentes, tendo como metodologia a realização de oficinas temáticas desenvolvidas junto aos mesmos. O projeto ocorreu durante o mês de maio de 2015.

A definição e aproximação pelo tema escolhido para a realização do projeto citado nasceu de algumas inquietações que tivemos ao longo do estágio, principalmente com relação à forma como estavam se desenvolvendo as políticas de saúde e educação no município de Queimadas. PB, mas precisamente no Programa Saúde na Escola (PSE), que requer avanços com relação à intersectorialidade para sua efetivação. Segundo Brasil (2009, p. 10);

O Programa Saúde na Escola (PSE), instituído por Decreto Presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007, resulta do trabalho integrado entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação, na perspectiva de ampliar as ações específicas de saúde aos alunos da rede pública de ensino: Ensino Fundamental, Ensino Médio, Rede Federal de Educação Profissional e Tecnológica, Educação de Jovens e Adultos.

Visto que o NASF tem em seu escopo apoiar as equipes da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviço, assim como também estender a abrangência das ações da Atenção Básica, e ampliar sua resolutividade, substanciando os processos de territorialização e regionalização em saúde, faz-se necessário à realização de projetos interventivos que visem fortalecer estratégias de prevenção em saúde.

Considerando o exposto, o artigo pretende além da exposição do projeto supracitado, discutir a política de saúde na conjuntura brasileira, buscando analisar o caminho que esta percorreu até a implantação do SUS, dando ênfase na atuação e importância do Assistente Social no âmbito da saúde e mais precisamente no NASF, com destaque na educação em saúde, onde é de suma importância a atuação deste

profissional, visto ser este habilitado para desenvolver ações voltadas para a política, tanto de saúde como de educação.

Sendo assim, o artigo está elaborado em cinco tópicos: o primeiro faz um resgate de forma breve da política de saúde no Brasil até a década de 1980, destacando a Reforma Sanitária, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, os programas precursores do SUS, a promulgação da Constituição Federal e o nascimento do SUS. Já o segundo abordará a criação e implantação do Programa Saúde da Família (PSF), posteriormente nomeado de Estratégia de Saúde da Família (ESF) dentro de uma conjuntura neoliberal; nesse mesmo tópico, ainda discutiremos a também criação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). O terceiro trata sobre a educação em saúde, expondo de maneira sucinta como essa se desenvolveu no Brasil e como ela se dá na atualidade. O quarto ponto discute como se dá a atuação do serviço social do NASF, assim como sua inserção na área de saúde, evidenciando sua importância nesta. O quinto apresenta o relato de experiência com destaque para o projeto já citado. E por fim, temos as considerações finais, ponto que expõe alguns dos obstáculos para a efetivação do projeto e as possibilidades que uma ação como essa pode desencadear nas políticas de saúde e educação, visando à articulação dos profissionais de ambas na construção de um espaço de debate, entre estes e seus usuários.

Esperamos com este artigo, sem pretensão conclusiva, contribuir para o entendimento da temática em questão.

2 POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: A DÉCADA DE 1980 EM FOCO.

No final do século XIX surgiram no Brasil algumas iniciativas na área da saúde pública. As mesmas nasceram em decorrência das transformações econômicas e políticas ocorridas na sociedade brasileira como o processo de industrialização e o movimento operário grevista. Nessa época, foram desenvolvidas a realização de campanhas limitadas no combate à varíola, à febre amarela, e à peste bubônica. Mas, foi no início do século XX em pleno auge da economia cafeeira exportadora que a saúde apareceu como questão social (BRAVO, 2001).

Houve uma tentativa de extensão da saúde pública na década de 1920 por todo o país. Nesse período foi posto em cheque a questão da saúde do trabalhador,

e assim foram tomadas algumas decisões que posteriormente desdobraram-se na criação do que viria a ser o início do esquema previdenciário brasileiro, tendo como destaque a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), que segundo Bravo (2001, p. 3) era,

[...] conhecida como Lei Elói Chaves. As CAPs eram financiadas pela União, pelas empresas e pelos empregados. Elas eram organizadas por empresas de modo que só os grandes estabelecimentos tinham condições de mantê-las. O presidente das mesmas era nomeado pelo presidente da República e os patrões e empregados participavam paritariamente da administração. Os benefícios eram proporcionais às contribuições e foram previstos: assistência médica-curativa e fornecimento de medicamentos; aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez, pensão para os dependentes e auxílio funeral.

Com as transformações da sociedade brasileira já a pouco mencionadas (econômicas e políticas), Getúlio Vargas chega ao poder junto com a Revolução de 1930. Uma de suas primeiras medidas foi à criação do Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP). E no que diz respeito às políticas sociais desenvolvidas em seu governo (1930-1934), podemos destacar a fundação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), em 1933, estes eram um novo modelo de organização previdenciária que substituiu as CAPs. Nesse novo modelo a organização se dava por categoria profissional e o Estado era quem o administrava (Silva, 2011).

Diante da conjuntura da década de 1930, ocorreu o surgimento de políticas sociais que respondiam às questões sociais de uma forma mais geral, e as questões de saúde de maneira mais particular, pois estas precisavam ser trabalhadas mais sofisticadamente. A política de saúde passou a ser organizada de duas formas: saúde pública e medicina previdenciária. A primeira dava-se a partir da prevenção, do ambiente e da coletividade; e a segunda surgiu com a expansão das CAPs, que posteriormente foram substituídas pelos IAPs, criando um instituto para cada categoria de trabalhadores, tendo como pretensão atender um número maior de assalariados urbanos. No entanto, o acesso à assistência médica previdenciária era restrita, quanto a isso Pain (2009, P.33) diz que;

[...] os brasileiros que estivessem vinculados ao mercado formal de trabalho e com carteira assinada tinham acesso à assistência médica da Previdência Social. Aos demais restavam poucas opções: pagar pelos serviços médicos e hospitalares ou buscar atendimento em instituições filantrópicas, postos e hospitais de estados e municípios. Como o direito à saúde não estava

vinculado à condição de cidadania, cabia aos indivíduos à responsabilidade de resolver os seus problemas de doença e acidentes, bem como os de seus familiares.

No período da ditadura militar (1964-1985), o país passou por uma transformação econômico-social e política. Nessa época o Estado intervia utilizando a soma repressão-assistência sobre a questão social, onde a política assistencial foi ampliada com a finalidade de expandir o poder e de regular a sociedade brasileira. Quanto ao sistema de saúde brasileiro, este passava por uma crise, visto que era mal distribuído, insuficiente, ineficaz e descoordenado, eles trabalhavam mais na questão da cura e não na prevenção, e assim a saúde pública teve um declínio, enquanto a medicina previdenciária cresceu.

Para mudar a então realidade brasileira desse período, foi preciso um forte engajamento da população com a organização de movimentos sociais em prol da redemocratização do país. Diante desse fato, as opções pelo revigoramento das políticas públicas e a criação de um estado de bem-estar Social foram postas como prioridade para unir as demandas dos setores mais progressistas.

Uma das partes envolvidas na luta pela a resistência à ditadura e ao seu padrão de privatização dos serviços de saúde da Previdência Social e pela democracia do país foi o Movimento de Reforma Sanitária (MRS), que abarcou parte da sociedade civil, e tinha como meta a democratização da saúde e a reestruturação do sistema de serviços (SILVA, 2011).

Nos anos 1980, o Brasil ao passo em que experimentou o processo de redemocratização política com a superação do regime militar, vivenciou ao mesmo tempo uma grande crise econômica que se alastra até os dias atuais. Quanto ao setor saúde, este segundo Silva (2011, p.120-121);

[...] contou com a participação de novos sujeitos políticos coletivos na discussão das condições de vida da população brasileira e das propostas governamentais apresentadas para o setor, contribuindo para um amplo debate que permeou a sociedade civil. A saúde deixou de ser interesse apenas dos técnicos para assumir uma dimensão política, estando estreitamente vinculada a democracia.

Tal situação deu-se principalmente a partir do Movimento de Reforma Sanitária, já mencionado, que apresentava entre suas estratégias o Sistema Único de Saúde (SUS), e cujo objetivo era assegurar que o Estado atuasse em prol da

sociedade, orientando-se na concepção de um Estado democrático e de direito, responsável pelas políticas sociais e conseqüentemente pela saúde (BRAVO, 2001).

O Movimento de Reforma Sanitária, segundo Arouca (1998 apud FEUERWERKER, 2005, p. 490).

[...] foi ao mesmo tempo uma bandeira de lutas específicas e parte de uma totalidade de mudanças, já que concretizava setorialmente (na saúde) os direitos democráticos pelos quais amplos segmentos da sociedade brasileira se mobilizavam.

A força motriz do movimento, entre o fim da ditadura e a Constituinte, esteve baseada em sua capacidade de construir um pensamento de maneira coletiva, ou seja, a ideia do direito democrático da saúde a todos numa perspectiva igualitária, numa sociedade desigual.

O que marcou esse período, com uma importância ímpar, foi à organização e consolidação da 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, em que foi discutido e sistematizado por quase cinco mil participantes, vários estudos e sugestões para RSB, e houve também uma articulação bastante significativa que teve como destaque a inclusão da sociedade no debate, marcando essa conferência como um divisor de águas para a saúde pública do país; as discussões saíram dos seus respectivos fóruns (ABRASCO, CEBES, Medicina Previdenciária, Saúde Pública) alcançando outros espaços que contou com a participação de entidades representativas da população, a exemplo dos sindicatos, partidos políticos, associações de profissionais, dentre outros.

Nesse sentido, a saúde passou a se reportar a sociedade como um todo, e se propôs não apenas o Sistema Único, mas também uma Reforma Sanitária. Seu relatório final serviu de base para a “Sessão Saúde” da Constituição que posteriormente desdobrou-se nas leis orgânicas de saúde (8.080² e 8.142³), que permitiram a implantação do SUS.

² Lei esta que regulamenta o SUS e que propõe que a saúde não é apenas ausência de doença, e sim um completo bem-estar físico, mental e social.

³ Que trata da regulamentação da participação da população na gerência do SUS a partir dos Conselhos de Saúde e das Conferências.

Ainda na conferência, segundo Rabelo (1998 apud SILVA, 2013, p. 139), foram reafirmados três pontos principais na luta pela reforma sanitária:

- a) A saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso a posse da terra e acesso a serviços de saúde;
- b) A saúde é um direito de cidadania e dever do Estado;
- c) Há que se buscar a instituição de sistema único em cada instancia federativa e a participação popular.

No final da Conferência foi organizado uma Comissão Nacional da Reforma Sanitária que tinha como meta executar o projeto da reforma na esfera do governo para que tais diretrizes fossem aprovadas na nova Constituição, esta só foi de fato promulgada em 1988 e nela continha cinco artigos que institucionalizavam o novo sistema de saúde com as principais reivindicações dos setores defensores da reforma sanitária.

Quanto aos sujeitos políticos que participaram desse processo podemos destacar os seguintes: os profissionais de saúde, o Movimento Sanitário, os partidos políticos de oposição, e por fim os movimentos sociais urbanos. Conforme Bravo (2001, P.96):

As principais propostas debatidas por esses sujeitos coletivos foram à universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde, visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão- os conselhos.

Ainda antes da promulgação da Constituição de 1988, alguns programas foram propostos pelo governo, os quais buscavam a unificação dos sistemas de saúde. Dentre esses programas que foram precursores do SUS temos: as Ações Integradas de Saúde (AIS) e o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), esses foram reconhecidos como estratégia para o SUS. As AIS foram um convênio assinado entre os Ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social e as secretarias estaduais de saúde. Silva, Gerschman (1995 apud SILVA, 2013), explica que as AIS

[...] propunha mudanças na relação entre o setor público/privado, passando a privilegiar o funcionamento do setor público. Pretendia-se também alterar

o modelo médico-assistencial, promovendo uma relação integrada da interna ao setor público, e dando prioridade à assistência ambulatorial, estendendo a cobertura e melhorando a qualidade dos serviços. Ainda que se tratasse de experiência parcial, pois seria implementada apenas em alguns estados e municípios, a assinatura dos convênios das Ações Integradas de Saúde (AIS), iniciada em 1982, aparecia de maneira incipiente a existência de instâncias de participação da população nas ações dos serviços de saúde, o que se constituiria também numa primeira tentativa de descentralização do Sistema Saúde.

Já o SUDS foi um programa implantado em 1987, este teve melhor resultado que as AIS, pois reafirmava os princípios defendidos na 8ª Conferência Nacional de Saúde e trabalhava a unificação e descentralização com os estados a partir das secretarias de saúde, as quais assumiam um compromisso de acelerar a municipalização e motivar a adesão ao convênio SUDS. Contudo Bravo (2001, pg. 99) destaca que,

[...] Estas medidas tiveram, no entanto, pouco impacto na melhoria das condições de saúde da população, pois era necessário a sua operacionalização, que não ocorreu. Além dos limites estruturais que envolvem um processo de tal ordem, as forças progressistas comprometidas com a Reforma Sanitária passaram a partir de 1988, a perder espaço na coalisão governante e, conseqüentemente, no interior dos aparelhos institucionais. O retrocesso político do governo da transição democrática repercutiu na saúde, tanto no aspecto econômico quanto no político.

Toda via tais tentativas do governo de modificar ou unificar o sistema de saúde, só veio acontecer com a Constituição de 1988, esta representou a afirmação dos direitos sociais. Quanto à saúde, o texto constitucional pretendia atender as reivindicações do Movimento de Reforma Sanitária, deixando assim os interesses empresariais de lado.

Então, a saúde passa a ser reconhecida como um direito social a partir da Constituição, em seu Art. 196 diz: “A saúde é um direito de todos e dever do Estado”, portanto teria o Estado à obrigação de garanti-la. Esse artigo traz como destaque que é dever do Estado a garantia desse direito por meio de políticas econômicas e sociais, visando à diminuição dos riscos de doenças e outros agravos⁴, e o acesso universal e igualitário dos serviços para a promoção,

⁴ Diz respeito a quadros que não representa de modo obrigatório, uma doença classificadamente definida, como em acidentes, envenenamentos, violência, dentre outros (Paim, 2009).

prevenção e recuperação da saúde, sendo então arquitetado o Sistema Único de Saúde (SUS), que enfatiza como princípios e diretrizes: a **Universalidade**, *que diz respeito ao direito à saúde em todos os níveis de assistência*; a **Integralidade**, *que é entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema*; a **Igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie**; a **Descentralização político-administrativa com uma só direção em cada esfera**; e a **Participação da comunidade**.

No que diz respeito ao funcionamento do SUS, Paim (2009 apud SOUSA E BATISTA, 2012, p. 03) citam que;

[...] é importante ressaltar que o SUS não possui um caráter institucional, ele é um complexo sistema, formado por centros de saúde, ambulatórios, laboratórios, hospitais da iniciativa privada e do poder público, bem como por outros órgãos da União, Estados e Municípios, tendo como gestor central o Ministério da Saúde, todavia participam também da sua gestão os estados, municípios e a comunidade. Portanto, pode-se definir SUS como um conjunto de ações e serviços públicos de saúde, compondo uma rede regionalizada e hierarquizada, organizada a partir das diretrizes da descentralização, integralidade e participação da comunidade. Sendo assim, uma forma de organizar as ações e os serviços de saúde no Brasil, de acordo com princípios, diretrizes e dispositivos estabelecidos pela Constituição da República e pelas leis subsequentes.

O texto constitucional expressa com clareza que a criação do SUS estava baseada em um modelo de saúde direcionado para as necessidades da população, e procurava trazer o compromisso do estado com o bem-estar social.

Embora o SUS tenha sido determinado pela Constituição de 1988, foi apenas regulamentado em 1990, através da Lei 8.080, que define o modo de operar o SUS, e que tem como proposta a forma de organização e de funcionamento, de maneira que a saúde passa a ser determinada de uma forma mais ampla. No entanto, essa lei foi aprovada com alguns vetos do então presidente em exercício Fernando Collor de Mello, mais precisamente no que se tratava da participação da comunidade através dos conselhos e conferências, financiamentos da saúde em nível municipal através do repasse do Fundo Nacional de Saúde para os municípios. Contudo, em dezembro do mesmo ano foi promulgada a lei 8.142/90, que reestabeleceu a participação da comunidade nos conselhos e conferências de saúde, determinando que a cada quatro anos as conferências agrupassem representações dos segmentos sociais envolvidos com a área de saúde para análise do sistema. Já os

conselhos de saúde, aconteceriam em todos os níveis federativos, possuindo um caráter permanente e deliberativo.

O SUS é criado com um conjunto de ações e serviços de saúde, concedido por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, no entanto a iniciativa privada poderá participar, só que de forma complementar.

Diante da conjuntura em que se encontrava o país durante a então implantação do SUS, mais precisamente no ano de 1990, ano marcado por uma forte influência da Política de Ajuste Neoliberal, que fez com que os avanços contidos no texto constitucional recebessem um intenso ataque por parte do grande capital aliado aos grupos dirigentes. Uma das estratégias foi à reforma ou contrarreforma do Estado em que este se afastou de suas funções ao se fazer presente no setor produtivo colocando em dúvida o modelo econômico vigente. Nesse sentido, o Estado deixa de ser responsável direto pelo “desenvolvimento econômico e social para se tornar promotor e regulador, transferindo para o setor privado as atividades que antes eram suas” (BRAVO, 2001, p. 13).

Com a efetivação da hegemonia neoliberal no Brasil, que tem causado uma diminuição dos direitos sociais e trabalhistas, um desemprego estrutural, a precarização do trabalho, o desmonte da previdência pública, o sucateamento da saúde e da educação, assim como também a Política de Saúde que foi sugerida na década de 1980, que tem sido desconstruída, ou seja, várias questões comprometem o avanço do SUS como política Social, destacando principalmente o desrespeito aos princípios e diretrizes do SUS.

No governo de Fernando Collor de Mello, teve como principal característica a crise econômica que culminou na redução de recursos federais para a saúde, no entanto ele criou o Programa dos Agentes Comunitário de Saúde (PACS), promulgou a Lei Orgânica, e implantou a Norma Operacional Básica-1991, e após retardar por algum tempo, realizou a 9ª Conferência de Saúde.

Já Itamar Franco em seu governo enfrentou a crise financeira na Seguridade Social, em que se instalou uma disputa entre a saúde e a previdência, contudo houve um progresso no que diz respeito à municipalização a partir da Norma Operacional Básica-1993, e a criação do PSF, em 1994.

Com Fernando Henrique Cardoso, assumindo o governo em 1995, ocorreu uma intensificação do modelo neoliberal ligado à ideologia da globalização e da diminuição do “tamanho do Estado”. A crise no setor saúde se expandiu de tal forma

que era visível à incapacidade de o governo remunerar adequadamente os prestadores de serviços médicos, fazendo com que esses cobrassem seus atendimentos por fora. Ainda em seu governo, Fernando Henrique Cardoso aumentou as privatizações das empresas estatais como a Companhia Vale do Rio Doce e estabeleceu a reforma previdenciária, administrativa e tributária usando a ideia de um “Estado mínimo”. Na área da saúde, além da crise já citada, os hospitais não dispunham de leitos suficientes para a população, os hospitais filantrópicos optaram por criar planos próprios de saúde, ou seja, houve uma redução considerável dos números de leitos disponíveis para o SUS.

A elegibilidade de Luís Inácio Lula da Silva foi sem dúvida um marco na história da política brasileira, tendo em vista que pela primeira vez na história do país foi eleito um representante da classe operária, tal acontecimento se deu através da resposta da população brasileira contra o Projeto Neoliberal que vinha se desenvolvendo desde o início da década de 1990. Com tudo Silva (2011, p. 126) expõe que,

[...] pode-se afirmar que as propostas e reformas defendidas pelo governo Lula após seu primeiro governo dão sequência a contrarreforma do Estado iniciada na gestão de Fernando Henrique Cardoso (FHC), uma vez que encolheu o espaço público democrático dos direitos sociais e ampliou o espaço privado- não só nas atividades econômicas, mas também no campo dos direitos sociais conquistados.

O governo Lula ao invés de fortalecer os conselhos de saúde deliberativos já existentes, defendeu propostas que visavam à terceirização dos trabalhadores da saúde, o nascimento de Fundações Estatais de Direito Privado e a desintegração e a redução do controle social. Apesar de o governo não atender as expectativas depositadas pela sociedade brasileira, mesmo sem analisar os assuntos do financiamento e da força de trabalho do SUS, o governo conseguiu expandir o Programa Saúde da Família (PSF), criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NSF), e o Serviço de Atendimento Móvel (SAMU), desenvolveu a Reforma Psiquiátrica, também foram desenvolvidas políticas nacionais de saúde bucal, atenção básica, promoção da saúde, realizou algumas conferências temáticas e as XII e XIII Conferências Nacionais de Saúde.

Dilma Vana Rousseff eleita em 2010 defendeu em seu governo o fortalecimento do SUS, a qualidade dos serviços, a garantia do acesso universal e a

atenção básica. No entanto, continuou mantendo as parcerias junto ao setor privado enfatizando o crescimento da terceirização e conseqüentemente a precarização da área de saúde.

Em seu governo, Dilma Rousseff, criou programas voltados para a saúde da mulher e da criança, como o Programa Rede Cegonha, que abrange os cuidados desde a gestação até os primeiros anos da criança. O governo priorizou a prevenção, reabilitação e cuidados às mulheres acometidas pelo câncer de mama ou do colo do útero, implantou Unidades de Pronto Atendimento (UPA) 24 horas em todo o Brasil; o programa Aqui Tem Farmácia Popular, e em parceria com o Ministério da Saúde políticas de enfrentamento às drogas (SILVA, 2012).

Como podemos ver a política de saúde desde a implantação do SUS se desenvolveu de maneira degradante sob o comando dos então presidentes da república. Apesar dos avanços adquiridos com a implantação do SUS, esses não vêm acontecendo de forma consensual, visto que o cenário brasileiro ainda configurava-se em um confronto entre dois projetos antagônicos: o projeto de reforma sanitária citado anteriormente e o projeto privatista, este último orientado pela perspectiva do ajuste neoliberal⁵, tido como defensor do modelo médico-assistencial privatista.

E é nesse cenário, que nasce o Programa Saúde da Família (PSF), posteriormente nomeado por Estratégia Saúde da Família (ESF), e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), ambos de suma importância para o setor saúde brasileiro, mas que serão expostos a seguir.

3 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) E O NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE NA FAMÍLIA (NASF)

Neste conflituoso cenário em que o SUS foi implantado, o Ministério da Saúde (MS) em 1994, adota o Programa Saúde da Família (PSF), posteriormente nomeado por Estratégia Saúde da Família (ESF), que tem o objetivo de reorganizar

⁵ O neoliberalismo apregoa o redirecionamento do papel do Estado, o que deve ser através da contenção de gastos, da descentralização dos serviços em nível local e da descentralização dos serviços em nível local e da focalização das políticas sociais para atender as populações mais vulneráveis através de “pacotes básicos”, aprofundando o processo de mercantilização de tais políticas, inclusive a da saúde (VASCONCELOS; CARNEIRO, 2011).

a atenção à saúde a partir da atenção básica, colocando-se como “porta de entrada do SUS”, deixando de lado a medicina curativa e passando atuar na integralidade do indivíduo, assim como também “a família e o seu espaço social como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde” (BRASIL, 1997).

Antes da implantação do PSF, o Ministério da Saúde (MS) já havia introduzido principalmente na região nordeste, Agentes Comunitários de Saúde (ACS), a fim de amenizar problemas que congestionavam o sistema de saúde da população brasileira. Naquele momento percebendo o sucesso e a então capacidade dos ACS com suas medidas preventivas, tal experiência levou o MS a criar o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (VASCONCLEOS E SCHMALLER, 2011). Araújo (2005 apud MAGALHÃES 2011, p. 20-21) destaca que;

[...] foi inspirado em experiências anteriores para prevenção de doenças através de informações e orientações sobre o cuidado de saúde a grupos de riscos que o MS iniciou em 1991 a implantação do PACS, hoje compreendido como estratégia transitória para o PSF.

O PACS tinha como finalidade contribuir na diminuição do grande número de mortalidade tanto infantil quanto materna na região nordeste, passando a cooperar significativamente na valorização do saber popular, o que levou a uma aproximação entre indivíduo, família e Unidade Básica Saúde da Família (UBSF).

Com o desejo de dar continuidade a esse processo Souza (2000 apud MAGALHÃES 2011, p.21) diz que;

O Ministério da Saúde lança, no início 1994, O Programa Saúde da Família, que valoriza os princípios de territorialização, da vinculação com a população, de garantia de integralidade na atenção, de trabalho em equipe com enfoque multidisciplinar, de ênfase na promoção da saúde com fortalecimento das ações Intersetoriais e de estímulo à participação da comunidade, entre outros.

O PSF nasce privilegiando ações preventivas, de promoção e recuperação da saúde, tendo como suporte o atendimento familiar de maneira geral, ou seja, abrangendo a todos os membros da família. Objetiva reorganizar a prática da saúde sobre novas bases substituindo o modelo tradicional, gerando uma população com melhor qualidade de vida (MIRANDA, 2008). O PSF em 1996 deixa de ser visto como um programa e passa a ser uma estratégia que vai modificar a saúde baseada

numa nova dinâmica de atuação. A Estratégia Saúde da Família (ESF), conforme o Ministério da Saúde (2004 apud MIRANDA 2008, p. 34) é;

[...] entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada [...] A responsabilidade pelo acompanhamento das famílias coloca para as equipes saúde da família a necessidade de ultrapassar os limites definidos para a atenção básica no Brasil.

A ESF proporciona o revigoramento da atenção básica para garantir o acesso da população aos serviços de saúde, visto que este é um direito dado à população brasileira com suas características específicas, demandando o estabelecimento de uma política propícia à realidade de cada localidade.

Quanto à equipe multiprofissional, atualmente é composta, segundo a (Portaria 958, 2016, p.1) por;

[...] no mínimo, médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico de Família e Comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar ou técnico de enfermagem podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal. A esta composição deverão ser acrescentados, como parte da equipe multiprofissional: agente comunitário de saúde e/ou técnico de enfermagem totalizando a soma de cargas horárias de 80 (oitenta) até 240 (duzentas e quarenta) horas semanais.

Cada equipe da saúde da família é responsável por no máximo 4.000 pessoas, sendo que a média recomendada é de 3.000 pessoas, respeitando critérios de equidade para essa definição, também é recomendável que o número de pessoas por equipe respeite o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território, onde quanto maior o grau de vulnerabilidade menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe.

Franco e Merhy (2006 apud SILVA 2014, p. 25) apontam em sua discussão que a ESF precisa ser reciclada para incorporar “potência transformadora”, e que a maneira como a ESF está estruturada não é um efetivo dispositivo de mudança. Ou seja, apenas a implantação da ESF não é garantia de que o modelo assistencial seja

modificado e reorganizado, mas provavelmente gera reflexão a cerca das transformações necessárias na forma de agir e programar ações e serviços.

As equipes da ESF fazem um grande esforço para que se efetive dentro das Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) a estratégia que é sugerida pelo MS em suas práticas diárias e em seu processo de trabalho, cheio de limites e fragilidades, dentre os limites podemos destacar a fragmentação do trabalho, que por sua vez vem impedindo o movimento de reorientação que a ESF deveria provocar no modelo de atenção à saúde (SILVA 2014).

Pensando na superação da lógica de um trabalho fragmentado com atributos do modelo tradicional direcionado a corresponsabilização e gestão junto ao cuidado, nasce a proposta do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). O NASF foi criado em 24 de janeiro de 2008 pelo Ministério da Saúde, mediante a Portaria GM de nº154, tendo por objetivo segundo Brasil (2010, p. 10);

[...] apoiar a inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços, além de ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Básica, e aumentar a resolutividade dela, reforçando os processos de territorialização e regionalização em saúde.

O NASF é uma estratégia que veio para inovar, almejando ampliar e aperfeiçoar a atenção e a gestão da saúde na Atenção Básica. Tem por requisito o conhecimento técnico, a responsabilidade por um dado número de equipes de Saúde da Família (SF) e também o desenvolvimento de aptidões de acordo com as regras desse programa. Deve estar empenhado em desenvolver ações interdisciplinares, intersetoriais, na promoção e na prevenção, e reabilitação da saúde e cura, além da humanização dos serviços, educação permanente, promoção da integralidade e da organização dos serviços de saúde (BRASIL, 2010).

O NASF pauta-se, segundo Campos (1999 apud MARTINIANO, 2010. p.03);

[...] no modelo teórico de Apoio Matricial, para assessorar as equipes de saúde da família com conhecimentos especializados, oferecendo retaguarda assistencial e suporte técnico-pedagógico, sem assumir a referência do cuidado. Para esse autor a equipe de saúde da família é a referência do cuidado para o sujeito, mesmo quando este é encaminhado para um nível diferenciado de assistência. A equipe de apoio matricial não assume esta referência, nem se caracteriza como um segundo nível de atenção para o qual o usuário possa ser encaminhado.

Diferentemente da ESF, o NASF não se constitui porta de entrada do sistema para os usuários e sim um apoio às equipes de SF, apoio esse configurado a partir de um suporte técnico-pedagógico e assistencial aos profissionais de saúde. Dentre as ferramentas usadas na organização do processo de trabalho, podemos destacar o apoio matricial⁶. As equipes têm por escopo, apoiar, expandir e qualificar o processo de produção do cuidado, e devem ser compostas por profissionais com determinadas particularidades da área de saúde, variando de acordo com cada caso específico, ou seja, abarcando as possibilidades de clínica ampliada, onde a equipe busque acompanhar as atividades de suas equipes de referência, cuidando de maneira integral dos sujeitos e grupos. Quanto à equipe NASF, esta se constitui conforme Brasil (2010) por;

[...] profissionais de diferentes áreas de conhecimento que atuam em conjunto com os profissionais das equipes de Saúde da Família, compartilhando e apoiando as práticas em saúde nos territórios sob a responsabilidade das equipes de SF. Tal composição deve ser definida pelos próprios gestores municipais e as equipes de SF, mediante critérios de prioridades identificadas a partir das necessidades locais e da disponibilidade de profissionais de cada uma das diferentes ocupações.

Nos termos da portaria nº 154, há duas modalidades de NASF, o NASF 1 constituído por no mínimo cinco profissionais que são: psicólogo, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, ginecologista, educador físico, homeopata, nutricionista, acupunturista, pediatra, psiquiatra e terapeuta ocupacional, em que cada um desses deve estar vinculado a no mínimo oito e no máximo nove equipes de SF, com exceção dos estados da região Norte, na qual o número mínimo é de cinco. Já o NASF 2 deve dispor de no mínimo três profissionais como: psicólogo, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, educador

⁶O apoio matricial (NASF) e a equipe de referência (equipes básicas) são arranjos organizacionais para gerir o trabalho em saúde, com o intuito de ampliar as possibilidades de realizar-se clínica ampliada, a partir da integração entre diferentes núcleos de especialidades (CAMPOS, 2007). Além disso, o NASF deve fortalecer a responsabilização compartilhada e continuada das ESF, para tanto, seus trabalhadores devem possibilitar uma revisão e qualificação dos encaminhamentos na rede de saúde, a partir do fortalecimento da capacidade resolutiva dos profissionais da atenção básica (SAMPAIO, 2013).

Através da portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012, ocorre uma redefinição dos parâmetros da vinculação entre as modalidades 1 e 2 do NASF e a ESF, como também há a criação da modalidade NASF tipo 3. As distinções entre as modalidades estão relacionadas à carga horária dos profissionais das equipes e à quantidade de equipes de SF cobertas por cada núcleo. Para maiores informações, cf. Brasil (2012).

físico, nutricionista e terapeuta ocupacional e se vincular no mínimo a três, e no máximo quatro equipes de SF (BRASIL, 2010).

De acordo com Campos, Dornitt (2007 apud MARTINIANO; SAMPAIO E SILVEIRA, 2013, p. 9) em relação às diretrizes;

[...] as equipes NASF devem estar comprometidas com o aperfeiçoamento das práticas desenvolvidas pela ESF, atuando de maneira interdisciplinar e intersetorial, de forma que cada profissional de saúde possa contribuir na resolutividade das problemáticas apresentadas pela população usuária.

O NASF deve agir conforme algumas diretrizes relativas à APS como aponta o MS (BRASIL, 2010, p.7) tais como;

[...] 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 organização dos processos de trabalho do NASF deve priorizar o atendimento compartilhado e interdisciplinar, trocando saberes, capacitações e responsabilidades, a fim de promover experiências para os profissionais a partir de metodologias como: as ações em clínicas compartilhadas, junto à intervenção interdisciplinar com destaque para estudos e discussões de casos e situações, projetos terapêuticos, atendimento e orientações simultâneas; intervenções específicas do profissional do NASF com o usuário/família, em que o atendimento individual ou direto acontece apenas em situações de extrema necessidade, e ações compartilhadas, estas devem ser realizadas com as equipes da ESF, a partir de reuniões, apoio aos grupos, ações em escolas e creches, entre outros (SILVA, 2014).

Quanto às atividades que são realizadas pelo NASF, elas são escolhidas pela equipe NASF e pela ESF, de maneira que sejam definidas e detalhadas em função partilhada com diretrizes clínicas e de avaliações devendo ser um processo dinâmico entre as equipes NASF e ESF, no entanto, na prática, isso não acontece e essas equipes enfrentam algumas dificuldades principalmente quanto à falta de planejamento dos profissionais para o trabalho desenvolvido em conjunto, assim como a falta de interação entre as equipes, ressaltando muitas das vezes uma

individualização das atividades, o que dificulta de certa forma os objetivos das tarefas que esses profissionais buscam alcançar.

Outro fator importante que merece ser destacado diz respeito ao apoio técnico-pedagógico, tido como reestruturante das práticas da atenção básica e que se dá a partir do perfil profissional na área de saúde, e a educação permanente se dá segundo Ceccim (2005, p. 161) como um:

“processo educativo que coloca o cotidiano do trabalho em saúde em análise, possibilitando espaços coletivos para reflexão e avaliação das ações das unidades”.

A educação permanente em saúde se coloca na particularidade dos processos de trabalho das produções de cuidado, incluído dessa forma mecanismos, espaços e temas que forneçam a problematização das práticas de saúde. Conforme Martiniano, Sampaio E Silveira (2013, p. 378);

Nessa direção, o apoio matricial permite desencadear processos de educação permanente em saúde, ao proporcionar a produção de novos conhecimentos em ato e ao operar a gestão coletiva dos processos de cuidado, na qual os diferentes segmentos sociais contribuam na formação de uma clínica mais comprometida e participativa, além de potencializar as ações terapêuticas, possibilitando a reorientação do processo de trabalho em equipe interdisciplinar.

Quanto à educação em saúde e a sua importância no contexto da prevenção em saúde trataremos a seguir.

4 EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO CONTEXTO BRASILEIRO

As primeiras práticas de educação em saúde no Brasil se deram entre o final do século XIX e início do século XX, em virtude do controle dos surtos epidêmicos, que por trazerem prejuízos para a economia, tais práticas eram direcionadas principalmente para as classes subalternas e tinham por características serem autoritárias que impunham regras e medidas de saneamento e urbanização com respaldo científico. Estas técnicas eram norteadas por um discurso biologicista, que minimizava o estabelecimento do processo saúde-doença ao indivíduo e não ao seu

cotidiano, ou seja, os problemas de saúde eram de responsabilidade do indivíduo assim a mudança de comportamento resolveria os problemas, este discurso se alastrou durante décadas como orientação das práticas educativas (ALVES, 2005).

Foi a partir da década de 1940 que começaram a surgir algumas transformações no âmbito da educação em saúde, porém os sujeitos até então eram vistos como culpados por suas doenças. Já no início da década de 1960 com a chegada da Medicina Curativa, verificou-se um maior chamamento da população para participar de forma mais ativa na solução dos problemas de saúde por eles vivenciados. No entanto, por trás dessa convocação estava disfarçado o mesmo discurso da culpabilização do indivíduo, mas dessa vez a culpa que era pessoal toma uma proporção maior e chega à comunidade, que se torna responsável pelas soluções dos problemas de saúde a partir da conscientização, não sendo levados em consideração os determinantes sociais (ALVES, 2011).

Durante o período militar a educação em saúde continuou sem expressividade, visto que os espaços eram limitados para sua execução. Nesse momento a educação em saúde restringia-se ao controle dos indivíduos, e isso instigou a população a certa resistência e descontentamento que culminou em movimentos sociais que agruparam várias camadas da população. Nesse contexto, a população se engajou na luta por um novo projeto de saúde, mais precisamente o projeto de Reforma Sanitária Brasileira, já explicitada anteriormente.

No final da década de 1970 e início dos anos 1980, a educação em saúde era usada para diminuir a falta de conhecimento da população em relação às causas das doenças, deixando de lado a cultura do povo. As ações educativas limitavam-se aos problemas de higiene, contraindo um caráter individualista e autoritário. No entanto, desde o início da década de 1980 essas ações vêm sendo repensadas pela Divisão Nacional de Saúde Pública do Ministério da Saúde (DNSP/MS), que buscou reorientar as ações educativas com incentivos ao trabalho participativo, com estratégias que auxiliem os diversos grupos sociais a compreender suas situações de vida para que possam após essa reflexão transformá-la, por tanto vale ressaltar a importância do papel desempenhado pelo profissional da área de saúde, elemento essencial no processo de aprendizagem a partir de uma visão mundo estimulando o modo de vida dos grupos populacionais (ALVES E AERTES, 2011).

Quanto aos procedimentos, os mais utilizados eram as palestras, que eram geralmente preparadas com temas pré-determinados pelos profissionais da saúde

sem uma prévia pesquisa quanto às necessidades da população; as palestras muitas vezes carregavam a ideia de que a doença se dava a partir da falta de cuidado do indivíduo consigo mesmo, ou seja, culpabilizando-o por seus problemas. Nesse sentido, a palestra se restringia a uma simples transmissão de conteúdos descontextualizados e acríticos, tal prática acabava caracterizando-se como um procedimento meramente narrativo, em que não havia uma troca de conhecimentos.

Essa forma de culpabilizar e de domesticar o indivíduo ocasionou críticas, levando o assunto a ser tema da X Conferência Nacional de Saúde em 1996. Alves e Aerts (2001, p. 320) destacam que;

[...] As propostas formuladas enfatizaram a importância da formação dos trabalhadores da saúde orientada pelos problemas e necessidades sociais em saúde da população e pela mudança das relações entre profissionais e usuários, buscando o diálogo permanente com todas as formas de conhecimento, em especial com a cultura popular. No entanto, a grande dificuldade encontrada pelas equipes de saúde é que ao trabalharem em um modelo de atenção pautado em práticas curativas e hospitalocêntricas, com ênfase no atendimento médico e na visão biologicista da doença, condicionam sua prática educativa a ações que visam apenas modificar comportamentos inadequados. Ela é centrada na prescrição de tratamentos, condutas e mudanças de comportamento, e a ação pedagógica privilegia a simples transmissão de conhecimentos pontuais.

Hoje a educação em saúde é vista como um universo de procedimentos aptos para promover mudanças e assim auxiliar as pessoas a utilizarem os serviços de saúde e fomentar sua qualidade de vida, transformando-se em sujeitos não apenas saudáveis, mas também questionadores e autônomos, com potencialidades para caminharem para todos os âmbitos de seu cotidiano. Portanto, a educação em saúde centra-se nos problemas diários, nas experiências vivenciadas pelos indivíduos e grupos sociais e na observação e compreensão das diferentes realidades. Nesse sentido, ela passa a ser vista como uma ação capaz de ampliar a reflexão e a consciência crítica das pessoas sobre as causas de seus problemas de saúde, privilegiando o desencadeamento do diálogo, de maneira que se passe a trabalhar com as pessoas e não apenas para elas (DIAS et al, 2013).

A atuação profissional na educação em saúde dar-se principalmente ao colaborar com a conscientização do indivíduo e da coletividade sobre seus direitos e deveres no que diz respeito a sua saúde. A relação entre equipe de saúde e o usuário formam uma aprendizagem recíproca, fazendo com que a população supere

situações de vulnerabilidade para com sua saúde, devendo os profissionais sempre ter consciência sobre as diferentes culturas, promovendo uma educação mais humanizada para a formação do homem em sua totalidade. Wenzel E Cunha (2009, p. 34) dizem que;

A cultura das pessoas, suas expectativas de vida juntamente com o educador e seus conhecimentos, fará com que esses se mobilizem, para juntos batalharem por uma saúde melhor. As coisas materiais o dinheiro pode comprar, mas a cultura de um povo é um pouco mais complicada de modificar, deve-se trabalhar em cima disto, influenciando a todos a terem uma ambição por uma qualidade de vida melhor.

Um dos profissionais que muito tem contribuído para essa prática é o assistente social juntamente com os demais profissionais da área da saúde, mas quanto ao assistente social, falaremos no tópico a seguir.

5 O SERVIÇO SOCIAL NO NASF

A área de saúde é uma das que mais absorve Assistentes Sociais no Brasil, configurando-se como um dos campos mais antigos em que o Serviço Social foi implantado. Inicialmente o serviço social atuou na área, sob a orientação da Associação Americana de Assistência Médico-Social, em que era focada a dimensão individual dos sujeitos, ou seja, o ajustamento destes ao tratamento (XAVIER et al, 2014).

Com as mudanças ocorridas na política de saúde a partir da criação do SUS, os profissionais de Serviço Social passaram a adquirir maior visibilidade na área, sendo solicitados para prestarem serviços em Hospitais, Unidades de Saúde, sistemas públicos estaduais e municipais, bem como para exercerem cargos de supervisão, coordenação e direção de programas e serviços. Tais mudanças ocorreram tanto por conta da ampliação do conceito de saúde, decorrente do Movimento de Reforma Sanitária, quanto pelo fortalecimento do novo projeto ético-político da categoria.

Na contemporaneidade, um dos fatores que vem contribuindo para a ampliação da inserção dos assistentes sociais na área da saúde é a descentralização da política de saúde, a partir da qual os municípios teriam a

responsabilidade de contratar novos profissionais, estando o assistente social entre os diversos profissionais necessários para a área. Vale ressaltar que tal notoriedade se deu partir da Constituição de 1988, momento em que os profissionais de Serviço Social passaram a ser vistos como importantes nas equipes de saúde, por terem uma formação mais humanizada. Dentre as equipes de saúde em que os Assistentes Sociais estão inseridos vamos destacar o NASF que desde a sua implantação em 2008, tem referenciado pelo MS a importância do profissional de serviço social para seu processo de trabalho.

O Serviço Social no NASF age sobre as várias expressões da questão social, de modo que esse trabalho é feito de maneira interdisciplinar, ou seja, o Assistente Social juntamente com os demais profissionais procuram orientar-se no sentido de entender, intervir e planejar projetos sociais e terapêuticos que vão além da dimensão biomédica (CORREIA, 2014).

A área de atuação do Assistente Social encontra-se junto à comunidade, às famílias, os indivíduos, assim como também seus equipamentos sociais e as representações do poder local. O contato direto com esse território facilitará a compreensão dos motivos no processo saúde/doença, pois terá uma proximidade com a realidade local.

O processo de trabalho do Assistente Social no NASF tem objetivos variados e que devem se dá a partir das várias realidades onde as práticas acontecem, como exemplos podemos destacar: o desenvolvimento de ações que possibilitem garantir a escuta e acolhida do usuário de forma qualificada; incentivar o fortalecimento da autonomia do usuário; impulsionar a participação dos usuários nos fóruns de discussão e deliberação; pesquisar sobre a população assim como também a área de atuação (BRASIL, 2010). Quanto às ações do Assistente Social no NASF podemos destacar algumas, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010, p. 91) que são;

[...] Estimular e acompanhar o desenvolvimento de trabalhos de caráter comunitário em conjunto com as equipes de SF; 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; 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; discutir e realizar visitas domiciliares com as equipes de SF, desenvolvendo técnicas para qualificar essa ação de saúde; 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; no âmbito do serviço social, identificar e buscar as condições necessárias para a atenção domiciliar.

De acordo com o que foi exposto, percebe-se que na organização do processo de trabalho em Saúde da Família, dentro dos objetivos do Serviço Social, devemos citar algumas estratégias metodológicas que são utilizadas de acordo com as demandas que são postas para cada realidade, de maneira crítica e reflexiva. São estas: abordagem grupal, familiar, individual e de rede social; visita domiciliar; grupos educativos e/ou de convivência; visitas institucionais; estudo social; aperfeiçoamento, formação e produção de conhecimentos; intervenção coletiva e planejamento e gestão (BRASIL, 2010).

Podemos então compreender que a atuação do Assistente Social no NASF é essencial, pois esse profissional tem a capacidade de perceber o sujeito em sua totalidade, ou seja, não enxergando apenas os aspectos clínicos dos usuários, e assim busca artifícios que sejam capazes de garantir o direito a saúde para promover a cidadania do sujeito (CORREIA, 2014).

O Assistente Social no NASF desempenha várias atribuições, como: atendimentos individuais, visitas domiciliares e atividades socioeducativas. Quanto a esta última, as atribuições que são voltadas para a educação em saúde, devem ser feitas com frequência junto às escolas, às creches e na própria UBSF, através de rodas de conversas, e palestras com a população.

De acordo com os Parâmetros de Atuação dos Assistentes Sociais (CFESS, 2010, p. 55), 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.

Essas ações têm por objetivo socializar informações de prevenção e assim como também incentivar as pessoas para que possam ver e ouvir as coisas de forma mais crítica. Dentre as questões que são abordadas pelos profissionais do NASF, podemos citar: os direitos sociais; direitos da criança e do adolescente;

direitos das gestantes; doenças sexualmente transmissíveis; álcool; drogas; violência sexual; cultura de paz e direitos humanos, entre outras.

Diante da atual conjuntura o Serviço Social, no NASF, depara-se constantemente com vários obstáculos que são postos para materialização do seu trabalho. De maneira geral, os desafios que se destacam dizem respeito à infraestrutura do NASF, o qual na maioria das vezes não possui espaço próprio, cabendo a Secretária de Saúde concedê-lo dentro das instalações das UBS, pois bem sabemos que as unidades de saúde na maioria dos casos não disponibilizam de espaço suficiente para prestarem os serviços mais básicos, nesse sentido o trabalho não só do Assistente Social, mas também dos demais profissionais ficam limitados e prejudicados por não possuírem uma estrutura física e nem material para desenvolvimento do trabalho dos profissionais (CORREIA, 2014). Outro desafio que vale ser ressaltado é a precarização do trabalho nessas instituições, em que na maioria das vezes os profissionais são contratados através de contratos temporários gerando uma instabilidade na prestação dos serviços, o que acaba acarretando uma rotatividade dos profissionais e assim deixando as equipes incompletas e o trabalho da instituição fragilizado e sem credibilidade (MEDEIROS, 2012).

Como parte deste artigo trataremos a seguir de como se dá a configuração do NASF em Queimadas/PB.

6 EXPERIÊNCIA DO ESTÁGIO NO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF) DE QUEIMADAS-PB

Como já citado anteriormente, o Núcleo de Apoio a Saúde da Família é um marco recente na história da atenção básica brasileira, sendo criado a partir de 2008, através da Portaria GM nº 154 de 24 de janeiro de 2008, com o objetivo de prestar apoio às equipes da Estratégia de Saúde da Família e estender “a abrangência, a resolutividade, a territorialização, a regionalização, bem como ampliação das ações de atenção primária de saúde no Brasil”. (BRASIL, 2009).

Portanto, é através desta portaria que fica estabelecido que o apoio às equipes da Estratégia de Saúde da Família será realizado por uma equipe de profissionais de diversas áreas, em unidades que poderão ser caracterizadas como NASF 1 e NASF 2 (ambos explicados anteriormente no tópico 3 deste artigo).

É a partir da citada portaria que o NASF é implantado no município de Queimadas. PB, no ano de 2009, tendo como principal objetivo dar suporte e/ou auxiliar a inserção da ESF na rede de serviços, além de ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Básica, e aumentar a resolutividade dela, reforçando os processos de territorialização e regionalização em saúde.

A sede do NASF Queimadas. PB localiza-se na Avenida Severino Cabral, s/n, no centro da cidade, tendo seu funcionamento da segunda-feira à sexta-feira, das 07h00min, às 15h00min horas.

Quanto a sua estrutura física, esta sede dispõe de: uma (01) sala de espera, uma (01) recepção, três (03) consultórios, uma (01) sala multifuncional, uma (01) brinquedoteca, uma (01) copa e três (03) banheiros, espaço este considerado insuficiente tendo em vista que atuam neste local duas (02) modalidades de NASF, o NASF Tataguaçu de modalidade 1 e o NASF Pedra do Touro de modalidade 2. Em conjunto esses dois NASF's possuem dezessete profissionais que são distribuídos da seguinte forma:

NASF Tataguaçu: uma (01) Acupunturista, uma (01) Assistente Social, duas (02) Fisioterapeutas, uma (01) Fonoaudióloga, uma (01) Nutricionista e uma (01) Psicóloga.

NASF Pedra do Touro: uma (01) Acupunturista, uma (01) Assistente Social, um (01) Educador Físico e dois (02) Fisioterapeutas.

Existem profissionais em comum as duas (02) equipes: um (01) Auxiliar de Serviços Gerais, uma (01) Copeira, um (01) Motorista, uma (01) Recepcionista e um (01) Vigilante.

Os dois Núcleos são responsáveis pelo apoio matricial à dezessete Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) existentes no município, sendo divididas por áreas, explicitadas a seguir:

UBSF- NASF Tataguaçu: Aníbal Teixeira, Barracão, Centro, Campinas, Malhada Grande, Olho d'água, Riacho do Meio e Vila.

UBSF- NASF Pedra do Touro: Baixa Verde, Castanho, Guritiba, Ligeiro I, Ligeiro II, Lutador, Rua Nova, Zé Velho e Zumbi.

Como se percebe, o número de equipes básicas por NASF está no limite do que é preconizado pelo MS através da Portaria N° 3.124 (máximo de 09 equipes por NASF), dificultando o processo de trabalho das equipes que compõe os Núcleos.

Para a consecução dos objetivos, esses NASF's contam com a atuação de duas profissionais de serviço social: a Assistente Social do NASF Tataguáçu, Bacharel em Serviço Social pela UEPB, desde 2005. Especialista em Políticas em Serviço Social e Assistência Social (2011) pela FURNE e Especialista em Saúde da Família pela UEPB. Inserida no NASF/Queimadas desde Fevereiro de 2013, com vínculo empregatício regido por concurso público; e a Assistente Social do NASF Pedra do Touro, Bacharel em Serviço Social pela UEPB, desde 2008. Especialista em Políticas Públicas em Serviço Social e Assistência Social (2011) pela FURNE e Especialista em Gestão Pública Municipal (2012) pela UFPB. Inserida no NASF/Queimadas desde Janeiro de 2013, com vínculo empregatício regido por contrato de tempo determinado.

Em seu exercício profissional, as assistentes sociais se utilizam da fala, entrevista, relatório social, visita domiciliar, laudo social, parecer social e reunião como instrumentos e técnicas para uma melhor atuação. As profissionais trabalham também com encaminhamentos de pacientes a outras instituições, como o CAPS, CREAS, Ministério Público, Conselho Tutelar, Curadoria e Conselho do Idoso, a fim de resolver problemas dos usuários desse serviço.

As reuniões de planejamento com toda equipe são realizadas sempre que possível. No entanto, constatamos que esses encontros com as equipes da ESF, coordenação NASF e Atenção Básica vêm sendo escassas, minimizando as possibilidades de resolutividade das demandas da estratégia e principalmente de efetivação do matriciamento.

A competência profissional das assistentes sociais é desafiada diante das dificuldades de entrosamento entre os profissionais que compõe as equipes NASF, fato que persiste devido à grande demanda de trabalho e que vem ocasionando principalmente a sobreposição do atendimento individual em detrimento de atividades de planejamento e apoio técnico-pedagógico junto às equipes básicas.

Foi nessa realidade que se inseriu o nosso estágio supervisionado, obrigatório do curso de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba, no NASF Pedra do Touro, realizado entre os meses de Abril de 2014 a Junho de 2015, com carga horária de oito (08) horas semanais.

Quanto a nossa atuação enquanto estagiárias, nesse período foram desenvolvidas atividades, tais como: acompanhamentos, visitas domiciliares, participação em campanhas na prevenção contra o câncer de mama, prevenção

contra o câncer de próstata, palestras em Unidades Básicas de Saúde e demais atividades socioeducativas, além do projeto de intervenção intitulado “Escola Promotora de Saúde - uma Interferência Junto aos Estudantes da escola Judith Barbosa de Paula Rêgo”.

Para finalizarmos nosso estágio, propomos como atividade o supracitado projeto de intervenção, este foi realizado em uma escola do município, a Escola Municipal Judith Barbosa de Paula Rêgo. A proposta deste projeto veio a partir de algumas inquietações quanto à política de saúde materializada no município de Queimadas. PB e se respalda em aspectos concretos observados ao longo de um ano de estágio no NASF do referido município.

O projeto teve como objetivo geral “realizar ações socioeducativas em uma escola do Município de Queimadas. PB, ligadas ao Programa Saúde na Escola, através do projeto Escola promotora de saúde, tendo como foco a Educação em Saúde”; a escolha pela escola partiu do interesse por trabalhar com adolescentes na faixa etária entre 14 e 16 anos de idade, assim como, atender a uma instituição que estivesse dentro do território de cobertura do NASF – Pedra do Touro.

Quanto à metodologia, optamos pela utilização de oficinas educativas⁷ estas que, de acordo com nossas observações proporcionaram maior absorção dos conteúdos por parte dos estudantes, bem como, possibilitaram um debate fecundo entre os mesmos e os profissionais que efetuaram as atividades (fisioterapeutas, educadora física, psicóloga, assistente social, professor de Geografia e estagiárias de Serviço Social).

Essa forma de abordagem nos possibilitou analisar a experiência, garantindo o estabelecimento de uma relação direta entre profissionais e estudantes, retirando deste contexto o que de fato apresentou-se como mais significativo, ou seja, os desdobramentos e as contribuições que este trabalho trouxe para a realidade social dos sujeitos envolvidos.

A turma escolhida para efetivarmos as oficinas foi o 9º Ano “D”- manhã, da Escola Municipal Judith Barbosa de Paula Rêgo. Nessa turma com aproximadamente trinta e cinco (35) alunos, a média geral de comparecimento às oficinas foi de 86%, variando entre 73% e 95%. Observamos que grande parte dos/as estudantes estava atentos/as aos temas em debate, bem como participavam

⁷ Conforme Chiesa e Westphal (1995) a oficina é um espaço de reflexão e discussão de vivências, “permitindo a identificação de temas fundamentais para melhor compreender o problema em pauta” (p.20).

elucidando o que já haviam discutido em algumas disciplinas e trazendo dúvidas que os inquietavam. Vale ressaltar que a escolha pela turma e pela faixa etária deu-se principalmente pelo fato destes encontrar-se em um período da vida em que estão mais vulneráveis, seja nos aspectos de saúde, da violência e da sexualidade, pois a adolescência é um momento da vida que requer uma atenção maior por todos que estão envolvidos nesse processo em que se deixa de ser criança para se tornar adulto.

As oficinas desenvolveram-se na seguinte sequência:

Oficina 1 que teve por tema *Práticas corporais e educação postural* desenvolvida em 07/05/2015, com o objetivo de conscientizar os adolescentes quanto à má postura nessa fase e abordou também os tratamentos para a correção da mesma. Os profissionais que desenvolveram essa oficina foram 2 (duas) fisioterapeutas e 1 (uma) educadora física, com auxílio das estagiárias de serviço social;

Oficina 2 - que teve por tema *Tabagismo, álcool e drogas na adolescência* e aconteceu em 14/05/2015. Essa pretendeu conscientizar os adolescentes sobre os males que o uso dessas drogas podem causar à saúde e à sociedade. Essa oficina foi ministrada por 1 (uma) psicóloga com auxílio das estagiárias de serviço social;

Oficina 3 - que por tema *Paz na escola: violência e respeito às diferenças*, desenvolvida em 21/05/2015. Nessa foram abordados temas como: o que é violência; os tipos de violência; a violência contra mulher, a diversidade de gênero, os direitos sexuais e reprodutivos. Esta oficina contou com a participação de 1 (uma) assistente social e 3 (três) estagiárias de serviço social;

Oficina 4 - que teve por tema *Educação ambiental* aconteceu em 28/05/2015, buscou conscientizar os alunos sobre a não deterioração do meio ambiente, que se dá pelo não planejamento da sociedade; o profissional que desenvolveu tal oficina foi 1 (um) professor de geografia com auxílio das estagiárias de serviço social;

E por fim a oficina 5, que teve por tema; *Sexualidade na adolescência*, ministrada mais uma vez por uma assistente social junto as estagiárias de serviço social em 29/05/2015. Essa oficina abordou temas, como: DSTs, métodos contraceptivos, a fim de chamar a atenção dos jovens para os problemas que essas doenças podem causar e de que forma estes podem ser evitados.

Todas as oficinas apresentaram como técnicas de aprendizagem as dinâmicas de grupo que, de acordo Amaral (2007, p.13), "... são muitas vezes

utilizadas para possibilitar a organização e a criatividade na produção do conhecimento. Elas podem gerar um processo de aprendizagem mais coletivo e mais rico.”. Algumas dessas dinâmicas foram executadas com grupo de dez (10) a quinze (15) alunos (**Práticas corporais e educação postural; Paz na escola: violência e respeito às diferenças; Sexualidade na adolescência**), e outras envolveram toda a turma (**Tabagismo, álcool e drogas na adolescência; Educação ambiental**).

A utilização de material audiovisual (apresentação de slides e vídeos) também foi um recurso que esteve presente em todas as oficinas; priorizamos a exibição de diversas imagens e alguns vídeos com potencial de impactar e, por vezes descontraír o ambiente. Outros fatores de extrema relevância para o debate foram às oficinas que conseguiram construir a ponte entre o que estava sendo apresentado e a realidade dos/as estudantes. Quanto a esse aspecto, destacamos as oficinas de “Tabagismo, álcool e drogas na adolescência” na qual a coordenadora da atividade trouxe alguns dados do município referente ao consumo e a comercialização de drogas; a oficina de “Paz na escola: violência e respeito às diferenças” que apresentou o caso de violência sexual ocorrido no município em 2012, e a oficina de “Educação Ambiental” que abordou na dinâmica as mudanças ambientais advindas ao longo dos anos no município de Queimadas/PB.

Foram realizados dois questionários específicos nas oficinas de “Tabagismo, álcool e drogas na adolescência” e na oficina “Paz na escola: violência e respeito às diferenças”. Na oficina coordenada pela psicóloga, indagamos por meio de um questionário “*Quantos amigos do estudante ele acreditava fazer uso de algumas drogas, lícitas e ilícitas*”. Obtivemos como resultado um bom número de adolescentes que, nas opções relacionadas ao uso de tabaco, do álcool e da maconha expressaram ter conhecimento de que alguns de seus amigos faziam ou fazem uso desses entorpecentes.

Na opção relacionada ao uso do cigarro, 42% dos estudantes responderam conhecerem amigos que fazem uso dessa droga. Um dado preocupante, visto que de acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar - PENSE (2012), a primeira experiência com o cigarro, geralmente, tende a ocorrer na adolescência e o uso do tabaco nesta fase da vida pode desencadear a utilização de outras substâncias, como o álcool e drogas ilícitas.

Ou seja, o fato desses adolescentes estarem em contato com um grupo de amigos fumantes, pode levar ao interesse pela experimentação e até mesmo pelo uso contínuo do tabaco que, de acordo com a OMS é uma substância determinante no surgimento de doenças crônicas e é líder nas causas de mortes preveníveis no mundo.

Quando questionados sobre o uso do álcool, constatamos que cerca de 38% dos estudantes responderam conviver com amigos que consomem essa droga, dos quais 34% se embriagam pelo menos uma vez na semana. Outro aspecto grave, pois segundo Pene (2012) o consumo de bebida alcoólica quando introduzida na fase da adolescência prejudica o desenvolvimento do cérebro, desencadeando problemas de saúde na fase adulta, além de aumentar significativamente o risco de se tornar consumidor em excesso ao longo da vida.

Por fim, indagamos se conheciam amigos que faziam/fazem uso da maconha, e cerca de 34% dos/as estudantes responderam positivamente, o que é alarmante dado que,

O uso intenso de cannabis, também conhecida por maconha, está relacionado a uma série de problemas, incluindo comprometimento cognitivo, baixo desempenho escolar, deterioração e abandono, externalização de problemas, tais como a tomada de riscos, agressão e delinquência e problemas de internalização, como depressão e ansiedade, segundo a OMS (CURRIE et al., 2012 apud. IBGE, 2012).

Sobre o questionário realizado na oficina “Paz na escola: violência e respeito às diferenças”, é importante destacar que de acordo com a OMS, podem ser caracterizados quatro tipos de violência contra a criança e o adolescente: a física, a sexual, a emocional ou psicológica e a negligência que, podem resultar em danos gravíssimos para o desenvolvimento desses jovens. Esses tipos de violência, de acordo com Mascarenhas et al. (2010 apud. PENSE, 2012, p. 67) “são, na maioria das vezes, encobertos e revelam uma triste realidade: a família, da qual se espera a proteção e o apoio, pode também ser fonte de risco”.

Quando questionados se já foram agredidos verbalmente por pais, parentes colegas ou autoridades, 47% dos alunos assinalaram que “sim”, demonstrando a necessidade de medidas educativas e preventivas em relação à violência e suas várias expressões nos espaços sociais de convivência dos/as adolescentes.

Neste sentido, vale ressaltar que a escola pode se configurar como um espaço onde os tipos de violência se reproduzem ou são combatidos e prevenidos. Desse modo, o fato de 35% dos/as alunos/as terem afirmado que foram tratados de forma grosseira por algum profissional da escola, pode evidenciar a falta de diálogo em relação ao tema no espaço escolar bem como a reprodução de práticas autoritárias, tradicionalmente presentes no universo escolar.

Como forma de avaliar a efetivação do projeto de intervenção, realizamos com os/as alunos/as um questionário fechado, cujos resultados indicam que 97% do alunado aprovaram as atividades. A maioria massiva da turma disse que deseja que haja mais atividades desse tipo em sua escola. Apesar da aprovação da turma e de estudos como os de Wenzel, Cunha (2009) que enfatizam a importância de atividades voltadas à Educação em Saúde para a Promoção da Saúde, a realização desse tipo de atividade não é comum nas escolas do município.

Quanto às questões específicas envolvendo as cinco oficinas realizadas (Práticas corporais e educação postural; Tabagismo, álcool e drogas na adolescência; Paz na escola, violência e respeito às diferenças; Sexualidade na adolescência e Educação ambiental), os índices de acerto foram altos variando de 74% a 91%, evidenciando a compreensão dos/as alunos/as em torno das temáticas propostas em cada oficina.

Portanto, constatamos o valor de se trabalhar nas escolas atividades deste cunho, que de certa forma foge ao cotidiano dos alunos e isso faz com que eles desenvolvam aptidões para lidarem com os desafios que a vida os impõe, ou seja, é preciso ir além do que os livros estabelecem em uma escola, pois essa deve ser um ambiente em que eduque para a vida, e para isso é importante a participação de vários profissionais, das mais variadas áreas da ciência, em que juntos possam proporcionar um amplo conhecimento que é dado dentro da escola, mas que deve ser levado para a vida.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do que foi exposto nesse artigo, podemos enfatizar que o trabalho dos Assistentes Sociais no âmbito da saúde assume extrema importância, estes veem desenvolvendo ações de cunho socioeducativo, permeando o âmbito da educação

em saúde de maneira impar, e contribuindo mesmo em meio a muitas barreiras para a defesa dos direitos através de seu olhar crítico e de uma prática profissional pautada nos fundamentos teórico-metodológico, ético-político e técnico-operativo da profissão.

No âmbito do NASF não poderia ser diferente, esses profissionais podem atuar em equipe com base em seu compromisso com os usuários, buscando resultados mais positivos para a saúde da população na perspectiva do SUS e, sobretudo da Reforma Sanitária Brasileira.

Tratando-se do nosso projeto de intervenção, intitulado: “Escola Promotora de Saúde - uma intervenção junto aos estudantes da Escola Municipal Judith Barbosa de Paula Rêgo”, este nos foi de grande valor, visto que além de contribuir para a conclusão do Estágio Supervisionado em Serviço Social, também nos proporcionou crescer enquanto futuras profissionais de serviço social, fazendo-nos enxergar os limites e possibilidades da nossa profissão, mas também ver o quanto é necessário sermos persistentes e não desistirmos, embora os obstáculos sejam muitos.

Acreditamos que foi de grande valia para todos os envolvidos, sobretudo para a escola, que poderá desenvolver outros projetos semelhantes ou dar continuidade a esse, como também para o público para o qual o projeto foi pensado, ou seja, os alunos da referida escola, que se mostraram interessados pelos temas abordados em cada oficina, interagindo, e puderam aprender, assim como também contribuir para a materialização do projeto.

Outro ponto positivo do projeto e que merece ser destacado, trata-se da intersetorialidade que este proporcionou, esta se evidenciou na articulação entre a política de educação e a política de saúde dentro da escola. Como bem sabemos é de extrema importância educação e saúde caminharem juntas, pois o intercruzamento entre as áreas só engrandece o trabalho desenvolvido através da articulação de saberes e experiências de maneira bastante peculiares enriquecendo o debate em sala de aula.

A conclusão que chegamos é que o projeto assim como todo o nosso Estágio no NASF, foi de enorme contribuição para a nossa formação profissional, pois pudemos não só aprender, mas também compreender nossa profissão, e assim tiramos o máximo proveito do que ali nos foi proposto ao longo de um ano de muito aprendizado, e de muita dedicação, não só nossa, mas da equipe como um todo. Com tantas práticas é interessante frisar que esse estágio nos fez crescer e refletir

quanto às dificuldades existentes, nos ensinando que é preciso não desanimar e sim persistir, embora as condições objetivas muitas vezes não contribuam para isso.

SOCIAL SERVICE AND HEALTH EDUCATION: A REPORT STAGE EXPERIENCE DEVELOPED IN NASF OF QUEIMADAS-PB

ABSTRACT

This article aims to report the internship experience supervised in Social Work performed at the Center of Support for Family Health (NASF) Taurus stone in Queimadas/Pb during the period April 2014 to June 2015. To this end, we highlight the Intervention Project conducted the probationary period, entitled "School Promotion of Health- a Along Intervention for students of the School Judith Barbosa de Paula Rêgo," which aimed to act on the health education to the students of this town said School municipality, whose methodology was based on the realization of thematic workshops. The interest for the realization of the project came from our concerns how they were getting on the relationship between health policies and education and how they were developing in the municipality in question. The project pointed out as main results the promotion of actions which established the dialogue between students and professionals about important concepts in the health field as well as stimulating reflection on the worked subjects so that students have the freedom to express their knowledge and personal experiences. Regarding the theoretical background for the construction of the article used authors as: Bravo (2011), Pain (2009), Alves (2011), Aerts (2011), Feuerwerker (2005), Wenzel (2009), Cunha (2009) among others. We stress the importance of internship for vocational training, as well as the reporting experience to guide future interventions in the social service field in health.

Keywords: Health Education; Social service; Core Support to Family Health (NASF).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES. V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface** - Comunic., Saúde, Educ., v.9, n.16, p.39-52, set.2004/fev.2005.

ALVES, G. G.; AERTS, D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. **Ciência e Saúde Coletiva**, Canoas, v 16, p. 319-325, 2011.

AMARAL, V. L. do. A dinâmica dos grupos e o processo grupal. *In: Psicologia da educação*. Natal, RN: EDUFRRN, 2007.

BRASIL, **Constituição da República Federativa**. Brasília, 1988.

BRASIL, Lei nº 8.080 de 19 de setembro, de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 de dezembro de 1990.

BRASIL, Lei nº 8.142, de 28 de dezembro, de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 de dezembro de 1990.

BRASIL, M. S. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL, M. S. Secretaria de Educação à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde na Escola**, Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL, M. S. Secretaria de Educação à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**, Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL, M. S. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial**. Brasília. Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL, M. S. **Portaria nº 154**, de 24 de Janeiro de 2008. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL, M.S. **Portaria nº 3.146**, de 17 de Dezembro de 2009. Brasília-DF: MS, 2009.

BRASIL, M. S. **Decreto nº 6.286**, de 5 de Dezembro de 2007. Brasília – DF: MS/MEC, 2007.

BRAVO, M. I. S. **Política de Saúde no Brasil**. São Paulo: Ed: Cortez, São Paulo, 2011.

CAMPOS, N. R. O Surgimento do NASF e a Atuação do Serviço Social. **III Simpósio Mineiro de Assistentes Sociais** (expressões socioculturais da crise do capital e as implicações para a garantia dos direitos sociais e para o serviço social), Belo Horizonte, 2013.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. Porto Alegre: **Interface-** Comunic., Saúde, Educ., V9, n.16, p. 161-77. 2005.

CFESS. **Parâmetros para atuação dos assistentes sociais na saúde**. Brasília: CFESS, 2010.

CORREIA, P. M. B. **O Serviço Social no NASF**: uma análise do processo de trabalho do Serviço Social no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) no município de São Gonçalo do Amarante/Ceará. Fortaleza, 2012.

DIAS, O. V. et al. **TRABALHANDO EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**. 2005.

FEUERWERKER, L. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. Rio de Janeiro: **Interface-** Comunic., Saúde, Educ., V 9, n.18, p. 489-506. 2005.

MAGALHÃES, P. L. **Programa Saúde da Família: Uma estratégia em construção**. Corinto, 2011.

MARTINIANO, C. S.; SAMPAIO, J.; MARCOLINO, E. C.; SOUZA, F. F.; MAGALHÃES, F. C. **O NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA NO CONTEXTO DA ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE: elementos para o debate**.

MARTINIANO, C. S.; SAMPAIO, J.; SILVEIRA, S. A. S. **Os desafios do núcleo de apoio à saúde da família para a consolidação da atenção primária à saúde na perspectiva da Promoção da Saúde**, São Paulo: Ed. Hucitec, 2014.

MEDEIROS, L. **O Serviço Social no NASF: Demandas, Respostas e Desafios Profissionais**. Florianópolis, 2012.

MIRANDA, D. S. M. **Aconselhamento em DST/AIDS às gestantes na atenção básica: Uma análise nas UBSFs de Campina Grande/PB**. Campina Grande, 2008.

MINAYO, M. C. S. Trabalho de campo: contexto de observação, interação e descoberta. In: __. **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. 34. Ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2015.

PAIN, J. S. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Ed: Fiocruz, 2009.

POLIGNANO, M. V. **História das Políticas de Saúde no Brasil: Uma pequena revisão**. Minas Gerais, [s.d]. Disponível em: http://www.uff.br/higienesocial/images/stories/arquivos/aulas/Texto_de_apoio_3_-_HS-Historia_Saude_no_Brasil.pdf acesso em: 20 de Março de 2016.

SANTOS, E. R.; LANZA, L. M. B.; CARVALHO, B. G. Educação Permanente em Saúde: a experiência do serviço social com Equipes Saúde da Família. **Textos e Contextos**, Porto Alegre, v 10, n 1, p.16-25, 2011.

SILVA, A. X. **Reforma Sanitária, hegemonia e a efetividade do controle social**. Campina Grande, Ed. EDUEPB, 2011.

SILVA, B. V. G. Políticas de Saúde no Brasil: elaboração, institucionalização e implantação do Sistema Único de Saúde entre as décadas de 1980 e 1990. Rio Grande do Sul: **Aedos** nº12 vol. 5, 2013.

SILVA, R. D. F. **O SERVIÇO SOCIAL NO NASF: As contribuições do trabalho do Assistente Social no processo de apoio às Unidades Básicas de Saúde realizado pelo NASF de Ijuí**, Ijuí, 2012.

SILVA, R. B. **Discutindo a Política de Saúde e os Direitos Reprodutivos: Considerações Sobre o Planejamento Familiar**. Campina Grande, 2012.

SILVA, R. V. G.O. **O Processo de Trabalho no NASF e a sua Articulação como a ESF: Potencialidades para a Integralidade**. Florianópolis, 2014.

SOUSA, R. C.; BATISTA, F. E. B. **POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE NO BRASIL: História e Perspectivas do Sistema Único de Saúde – SUS**. VII CONNEPI. Palmas. Tocantins, 2012.

VASCONCELOS, K. E. L.; CARNEIRO, T. S. **Saúde da Família em Foco: uma análise da realidade de Campina Grande/ PB**, Campina Grande, Ed. EDUEPB, 2011.

_____, K. E. L.; SCHMALLER, V. P. V. Estratégia Saúde da Família: foco da disputa entre projetos sanitários no Brasil. **Sociedade em Debate**, Pelotas, 17 (1), 2011.

WENZEL, M. M.; CUNHA, A. Z. S. Promoção de Saúde em Grupos: Analisando Resultados do Projeto Ensino E Educação em Saúde. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v 13, n 3, p. 31-40, 2009.

XAVIER, A. B. et al. **RELATÓRIO FINAL DO ESTÁGIO SUPERVISIONADO EM SERVIÇO SOCIAL**, Campina Grande, 2015.

ANEXOS

QUESTIONÁRIOS

OFICINA 2: TABAGISMO, ÁLCOOL E DROGAS NA ADOLESCÊNCIA

Quantos dos seus amigos você acha que:				
	Nenhum:	Poucos:	Muitos:	Todos:
Fumam cigarros				
Fumam Maconha				
Usam LSD ou outros alucinógenos (cogumelo/daime)				
Usam anfetaminas (pílula para emagrecer)				
Usam tranquilizantes				
Usam crack				
Usam Cocaína				
Usam Ecstasy (êxtase)				
Usam esteroides (bomba)				
Usam outro tipo de Droga (descreva)				
Bebem (bebidas alcoólicas)				
Ficam bêbados pelo menos uma vez por semana				

OFICINA 3: PAZ NA ESCOLA: VIOLÊNCIA E RESPEITO AS DIFERENÇAS

TESTE: VOCÊ JÁ SOFREU DE ALGUM TIPO DE VIOLÊNCIA? QUESTÕES	SIM	NÃO
Você já foi agredida (o) fisicamente por algum parente, colega, namorado (a), ficante, ou pessoa desconhecida?		
Você já foi discriminado (a) por sua cor, raça, religiosidade ou orientação sexual?		
Você já foi xingada(o) e humilhada(o) por seu pai, mãe, parentes, colegas, ou autoridade?		
Seu (sua) namorado (a) ou ficante já a (o) proibiu de usar alguma roupa?		
Seu (sua) namorado (a), ficante ou colega já escondeu ou queimou seus documentos, roupas, ou algum pertence seu?		
Alguém já passou a mão em você, sem sua permissão?		
Algum homem ou mulher já forçou ou tentou forçar você a ter uma relação sexual?		
Você já foi ameaçada (o) de apanhar, ou de morte por alguém?		
Você já foi mal tratado (a) por algum profissional da saúde?		
Você já foi tratado de forma grosseira por algum profissional de sua escola?		
Você já foi obrigada (o) a ficar em algum lugar, sem poder sair?		



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Rua Sebastião Lucena, 65 – Fone: (83) 3392-1909
NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA – NASF

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO
9º Ano “D” Manhã

IDENTIFICAÇÃO

- | | |
|---|--|
| <p>1. Idade:</p> <p>a. () Entre 12 -14</p> <p>b. () Entre 15 -17</p> <p>c. () Entre 18 -20</p> <p>d. () Entre 21 - 23</p> | <p>2. Sexo:</p> <p>a. () Masculino</p> <p>b. () Feminino</p> <p>c. () Outros</p> |
| <p>3. Renda familiar</p> <p>a. () Entre um e dois salários mínimos.</p> <p>b. () Entre três e quatro salários mínimos.</p> <p>c. () Entre cinco e seis salários mínimos.</p> <p>d. () Acima de sete salários mínimos.</p> | <p>4. Quantas pessoas moram em sua casa?
 _____</p> <p>5. Bairro/sítio onde reside:
 _____</p> |

QUESTÕES GERAIS

6. Você gostou do projeto realizado em sua sala pelas estagiárias do NASF?
- a. () Sim
- b. () Não
7. Você gostaria que mais atividades deste tipo fossem realizadas em sua escola?
- a. () Sim
- b. () Não

OFICINAS

8. Quais os malefícios da má postura e da não realização de atividade física?
- a. () A má postura pode ocasionar dores na coluna, lesões como escoliose, cifose e lordose, já o sedentarismo pode acarretar o sobrepeso, por exemplo.
- b. () A má postura não ocasiona problemas para a saúde pois devemos sentar, deitar e andar da forma como nos sentimos bem. Já a ausência de atividade física causa diabetes.
- c. () A má postura pode ocasionar apenas algumas dores na coluna. Já o sedentarismo pode acarretar sobrepeso.
9. Sobre tabagismo, álcool e outras drogas é correto afirmar que:
- a. () A maconha é uma droga leve que não causa prejuízos a saúde.
- b. () Uma pessoa sob o efeito do álcool está mais vulnerável a contrair o HIV.
- c. () O álcool não deprime o sistema nervoso central.
10. Marque a alternativa que descreve de forma mais completa expressões da violência:
- a. () Causar lesões físicas graves em outras pessoas ou ameaçá-las.
- b. () Utilizar intencionalmente a força física ou o poder para ameaçar, agredir e submeter outras pessoas, privando-as de liberdade, causando algum dano psicológico, emocional, deficiência de desenvolvimento, lesão física ou até a morte.
- c. () Criar boatos sobre um/a colega ou não aceitar sua sexualidade.
11. O que é ética ambiental?
- a. () É o estudo das condutas humanas em relação à conservação dos sítios arqueológicos.
- b. () É o estudo dos princípios de valores de condutas humanas em relação ao meio ambiente.
- c. () É o estudo dos valores de condutas humanas em relação à reciclagem de lixo.
12. Como é transmitida a AIDS?

- a. () Em assentos de banheiro, pelo aperto de mão e pelo beijo.
- b. () Por meio do sêmen e do fluido vaginal nas relações sexuais, através do sangue, órgãos transplantados e pelo uso de agulhas e seringas não esterilizadas.
- c. () Por meio de talheres, copos e alimentos, picadas de insetos e em piscinas.