



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E APLICADAS
COORDENAÇÃO DE SERVIÇO SOCIAL**

DAISY CURVÊLO DE FARIAS

**SALA DE ESPERA PARA DEMOCRATIZAÇÃO DOS DIREITOS: UM RELATO DE
EXPERIÊNCIA NA UNIDADE SAÚDE DA FAMÍLIA BONALD FILHO NO BAIRRO
DO MONTE SANTO CAMPINA GRANDE/PB**

**CAMPINA GRANDE
2016**

DAISY CURVÊLO DE FARIAS

**SALA DE ESPERA PARA DEMOCRATIZAÇÃO DOS DIREITOS: UM RELATO DE
EXPERIÊNCIA NA UNIDADE SAÚDE DA FAMÍLIA BONALD FILHO NO BAIRRO
DO MONTE SANTO CAMPINA GRANDE/PB**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)
apresentado ao Curso de Graduação em
Serviço Social da Universidade Estadual da
Paraíba (UEPB), em cumprimento às
exigências para obtenção do Curso de
Bacharela em Serviço Social.

Orientadora: Profa. Ma. Thaisa Simplicio Carneiro Matias

CAMPINA GRANDE
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.

F224s Farias, Daisy Curvelo de
Sala de espera para democratização dos direitos [manuscrito] :
um relato de experiência na Unidade Saúde da Família Bonald
Filho no bairro do Monte Santo Campina Grande /PB / Daisy
Curvelo de Farias. - 2016.
30 p.

Digitado.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço
Social) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências
Sociais Aplicadas, 2016.
"Orientação: Profa. Ma.Thaisa Simplicio Carneiro Matias,
Departamento de Serviço Social".

1. Política de saúde. 2. Serviço social. 3. Educação em
saúde. 3. Democratização de direitos. 4. SUS. I. Título.

21. ed. CDD 362.1

DAISY CURVÊLO DE FARIAS

**SALA DE ESPERA PARA DEMOCRATIZAÇÃO DOS DIREITOS: UM RELATO DE
EXPERIÊNCIA NA UNIDADE SAÚDE DA FAMÍLIA BONALD FILHO NO BAIRRO
DO MONTE SANTO CAMPINA GRANDE/PB**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)
apresentado ao Curso de Graduação em
Serviço Social da Universidade Estadual da
Paraíba (UEPB), em cumprimento às
exigências para obtenção do Curso de
Bacharela em Serviço Social.

Aprovado em 09/12 /2016
Nota: 10,0

Banca Examinadora

Thaiza Simplicio Carneiro Matias

Prof. M^a. Thaiza Simplicio Carneiro Matias – DSS/CCSA/UEPB
Orientadora

Maria do Socorro Pontes de Souza

Prof. M^a. Maria do Socorro Pontes de Souza
Membro da Banca Examinadora

Prof. Dr.^a Maria Noalda Ramalho
Membro da Banca Examinadora

“Que os vossos esforços desafiem as impossibilidades, lembrai-vos de que as grandes coisas do homem foram conquistadas do que parecia impossível.”

(Charles Chaplin)

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, que permitiu que tudo isso acontecesse, e não somente nestes anos como universitária, mas em todos os momentos me fortaleceu para a realização de inúmeras conquistas.

Meus agradecimentos aos meus pais por todo esforço, determinação e luta na minha formação. Aos meus amigos, companheiros de trabalho e de sala de aula que fizeram parte da minha formação e que vão continuar presentes em minha vida.

A esta universidade, seu corpo docente, coordenação e administração que oportunizaram a janela que hoje vislumbro. Agradeço a todos os professores por me proporcionar novos conhecimentos, além da manifestação de caráter e afetividade da educação no processo de formação profissional.

A minha Orientadora Prof.^a Ma. Thaísa Simplício Carneiro Matias, por toda dedicação, incentivo e compromisso para o desenvolvimento deste trabalho. Também um agradecimento especial para os demais membros da banca examinadora que se dispuseram a fazer parte desse momento.

A toda Equipe da Unidade Básica de Saúde da Família Bonald Filho meus agradecimentos pelo acolhimento e por todos os conhecimentos adquiridos durante o período de Estágio Supervisionado Acadêmico.

Enfim, agradeço a todos que contribuíram para que hoje pudesse realizar essa conquista, pois com certeza sem a participação de todos, esse momento não seria completo.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CAPs	Caixas de aposentadorias e Pensão
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CENTRAC	Centro de Ação Cultural
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
DNSP	Departamento Nacional de Saúde Pública
DRU	Desvinculação de Receitas da União
ESF	Estratégia Saúde da Família
HUAC	Hospital Universitário Alcides Carneiro
IAPs	Institutos de Aposentadorias e Pensões
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
IPASE	Instituto de Previdência a Assistência dos Servidores dos Estados
MESP	Ministério da Educação e Saúde Pública
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não-Governamental
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PSF	Programa de Saúde da Família
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UBSF	Unidades Básicas de Saúde da Família
UEPB	Universidade Estadual da Paraíba
UFCG	Universidade Federal de Campina Grande

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	7
2	POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE NO BRASIL: CONSIDERAÇÕES AO DEBATE	9
2.1	A Estratégia Saúde da Família na Atenção Básica do SUS	15
3	EDUCAÇÃO EM SAÚDE: DEMOCRATIZANDO OS DIREITOS	17
4	A EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO OBRIGATÓRIO NA UNIDADE SAÚDE DA FAMÍLIA BONALD FILHO NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE/PB	20
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	27
	REFERÊNCIAS	29

SALA DE ESPERA PARA DEMOCRATIZAÇÃO DOS DIREITOS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA NA UNIDADE SAÚDE BONALD FILHO DA FAMÍLIA NO BAIRRO DO MONTE SANTO CAMPINA GRANDE/PB

Daisy Curvêlo de Farias

RESUMO

O presente trabalho apresenta o relato de experiência do Estágio Supervisionado no Curso de Serviço Social, realizado no período entre março de 2014 e maio de 2015 na Unidade Básica de Saúde da Família Bonald Filho, localizada no município de Campina Grande-PB, órgão vinculado a Secretaria Municipal de Saúde do referido município. Por meio do desenvolvimento do projeto de intervenção intitulado de *Sala de Espera: Instrumento de Educação em Saúde* objetivou contribuir para a democratização dos direitos sociais aos usuários da unidade de saúde através da realização de encontros mensais para a orientação e esclarecimentos de temáticas relevantes para comunidade no intuito da viabilização dos direitos. Este artigo foi elaborado a partir de pesquisa bibliográfica e documental, envolvendo parte significativa da produção teórica crítica sobre o tema. Dessa forma, após a explanação histórica sobre a Política de Saúde no Brasil, posteriormente destacaremos a Estratégia Saúde da Família inserida na Atenção Básica do Sistema Único de Saúde (SUS), campo do estágio supervisionado e desenvolvimento do projeto de intervenção. Por conseguinte, será discutido o relato de experiência iniciando pela caracterização da instituição campo de estágio e em seguida a experiência vivenciada através do projeto de intervenção junto aos usuários da Unidade Básica de Saúde da Família Bonald Filho. Por fim, analisamos que o trabalho avaliando que as ações desenvolvidas por intermédio do projeto de intervenção se constituíram em um significativo espaço para discussão, troca de experiências e democratização no que tange os direitos sociais.

Palavras-Chave: Política de Saúde. Educação. Sala de espera.

1INTRODUÇÃO

Novas formas de acolhimento, humanização da assistência e melhorias na qualidade dos serviços de saúde prestados à população vem sendo priorizadas na Estratégia Saúde da família, a qual tem como objetivos, dentre outros, a integralidade da assistência à saúde, a universalidade e a participação popular. Nesse contexto, tendo como base as ações de educação desenvolvidas na área da saúde, o processo da educação em saúde possibilita aos indivíduos conhecimentos e ferramentas importantes, que contribuem para o entendimento e inserção nas lutas sociais como sujeitos de direitos.

Dentre as ações da promoção à saúde, emergem as ações educativas como ferramentas essenciais para incentivar a autonomia dos usuários promovendo a reflexão. Dessa forma, as

ações de educação em saúde são estratégias articuladoras entre a concepção da realidade no contexto de saúde e a busca de possibilidade e atitudes geradoras de transformação da realidade.

Portanto, as criações de espaços de diálogos e de debates, a exemplo da sala de espera, contribuem para o estreitamento nas relações entre o usuário e o serviço de saúde, além de se constituírem um importante alicerce na melhoria da qualidade do atendimento prestado, contribuindo para um serviço mais humanizado e ancorado na perspectiva de fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) defendido pela Reforma Sanitária Brasileira (RSB).

Nesse sentido o Serviço Social tem por desafio articular com os demais profissionais de saúde em defesa aos direitos sociais, na defesa da democracia, das políticas públicas e desenvolver um trabalho em seu cotidiano e na articulação com outros sujeitos que partilhem desse princípio. Yamamoto (2004, p. 20) ao analisar tal questão afirma que:

[...] um dos maiores desafios que o assistente social vive no presente é desenvolver sua capacidade de decifrar a realidade e construir propostas de trabalho criativas e capazes de preservar e efetivar direitos, a partir de demandas emergentes no cotidiano. Enfim, ser um profissional propositivo e não só executivo.

Diante da relevância de democratização dos direitos sociais, a experiência vivenciada no Estágio Supervisionado em Serviço Social no período de março de 2014 a maio de 2015 na Unidade Básica de Saúde da Família Bonald Filho, no bairro do Monte Santo no município de Campina Grande-PB, percebemos pouco conhecimento dos direitos sociais por parte dos usuários da referida unidade de saúde.

Assim, neste trabalho apresentamos o relato de experiência de estágio, no qual desenvolvemos o projeto *Sala de Espera: Instrumento de Educação em Saúde*, que objetivou esclarecer aos usuários sobre os direitos sociais, enfatizando o cotidiano e as demandas apresentadas ao Serviço Social pela comunidade em que estão inseridos esses sujeitos.

Para construção do presente artigo se fez necessária a revisão bibliográfica de artigos científicos, como também de documentos elaborados pelo Ministério da Saúde. A partir dessa busca por conhecimentos a cerca da temática, inicialmente expomos de forma sucinta um relato sobre a historicidade da Política da Saúde no Brasil, bem como a relevância das ações desenvolvidas pela Atenção Básica inserida no SUS, para enfatizar o processo de educação em saúde por meio do relato experiência vivenciado pelas estagiárias, junto aos usuários da referida unidade de saúde.

A pertinência do tema se justifica pelo desconhecimento de parte da população sobre seus direitos. Nesse sentido, esperamos contribuir para a democratização dos direitos por meio da educação na área da saúde, visto que diante de algumas ferramentas utilizadas pelo assistente social, a sala de espera é um instrumento importante de trabalho para os serviços de saúde.

2 POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE NO BRASIL: CONSIDERAÇÕES AO DEBATE

Analisar as desigualdades e injustiças sociais intrínsecas ao sistema capitalista, nos infere à ideia de que as Políticas Públicas surgem como forma de minimizar as contradições existentes na sociedade, como também em resultância das reivindicações da classe trabalhadora por melhores condições de trabalho e da vida.

Antes da criação do SUS, em 1988, o Estado se mantinha omissa em relação à saúde da população brasileira, de modo que a organização dos serviços era bastante confusa e complicada como uma espécie de *não-sistema de saúde* (PAIM, 2009).

Desse modo, se consolidava a falsa ideia que era de responsabilidade de cada indivíduo cuidar do seu bem-estar e da própria saúde e, em vista disso, o Estado não deveria interferir nesse processo, apenas em casos graves em que o próprio indivíduo não pudesse resolver ou que representasse um risco maior à população ou à economia do país.

Em 1921, com a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), fundado a partir da mobilização da população, se vislumbrava uma atuação mais consolidada por parte do Estado no tocante a assistência à saúde da população, entretanto ainda eram ações pontuais e focadas em apenas alguns segmentos da sociedade, deixando a margem uma parcela significativa da população. Como enfatiza Paim (2009, p. 29): “na década seguinte, foi criado o DNSP por Carlos Chagas, se responsabilizando pela profilaxia, propaganda sanitária, saneamento, higiene industrial, vigilâncias sanitárias e ao controle de endemias”.

Nos anos seguintes, foi publicada a Lei Eloy Chaves (1923), que instituiu as Caixas de aposentadorias e Pensões (CAPs), sendo então nesse momento, considerado como o ponto de partida para as políticas sociais no Brasil, visto que concedia serviços médicos e assistenciais, além de medicamentos aos segurados das CAPs.

Segundo Cohn (2005, p. 14), “as CAPs eram organizadas por empresas por meio de um contrato compulsório e sob a forma contributiva, tinham como função a prestação de benefícios (pensões e aposentadorias) e assistência médica a seus filiados e dependentes”. Desse modo, os trabalhadores vinculados a essas caixas de aposentadorias passavam a ter acesso a alguma assistência médica. Nesse mesmo período observa-se o crescimento da medicina liberal, como enfatiza Aguiar (2011, p. 22):

Havia ainda o crescimento da medicina liberal que era utilizada pela classe dominante e com poder aquisitivo, restando a maioria da população brasileira que não tinha direito a CAPs apenas os serviços oferecidos pelos escassos hospitais filantrópicos mantidos pela Igreja ou a prática popular da medicina. Conclui-se que o Estado brasileiro, na área da saúde, caracterizou-se ao longo desse período por dois aspectos básicos: primeiro refere-se a estreita relação entre a política de saúde estabelecida e o modelo econômico vigente e a clara dicotomia entre as ações de saúde pública e as ações de assistência médica.

Com a Revolução de 1930, Getúlio Vargas chegava ao poder tendo como uma de suas primeiras medidas a Criação do Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP), dentre as várias políticas sociais que foram criadas por Vargas no período do governo provisório (1930-1934).

Na década seguinte medidas de reestruturação e ampliação dos órgãos de saúde do Estado foram tomadas, tendo assim suas ações coordenadas e centralizadas pelo governo federal através do MESP. Simultaneamente, houve a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), serviço esse que, teve significativa atuação no combate à malária, além do envolvimento em pesquisas de diversas doenças e na educação sanitária.

No período seguinte com o regime Militar, os IAPs (Institutos de Aposentadorias e Pensões), com exceção do Instituto de Previdência a Assistência dos Servidores dos Estados (IPASE), criado em 1941 pelo Decreto-Lei nº 3.347, foram unificados ao Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Contudo, o INPS assegurava benefícios apenas para aqueles que contribuía, devido estar ligados ao mercado formal de trabalho. Como evidencia Paim (2009, p.33):

Somente 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.

Conquanto, a saúde pública brasileira passava por crise, devido ao fato de ser insuficiente, mal distribuída, descoordenada e ineficiente. O direito à Saúde não estava associado à condição de cidadania, visto que cabia aos indivíduos a responsabilidade de solucionar seus próprios problemas de saúde, bem como os de seus familiares, como enfatiza Paim (2009).

Por conseguinte, a organização dos serviços de saúde no Brasil antes do SUS vivia em mundos separados: de um lado, as ações voltadas para a prevenção, o ambiente e a coletividade e em contra partida do outro lado a saúde do trabalhador, inserida no Ministério do Trabalho.

Com o agravamento dos problemas sociais e de saúde no Brasil, cresce a insatisfação da sociedade e um clima favorável para o surgimento de movimentos sociais, movimentos esses que denunciam a ineficiência das estruturas de saúde pública, reivindicando por serviços de saúde com qualidade por melhores condições de vida a população menos favorecidas.

Em meio à ineficiência da saúde pública do Brasil nas décadas ora expostas (cuja assistência médica dependia da vinculação ao mercado formal de trabalho ou das ações filantrópicas) e com o propósito de mudança visando o bem-estar social vislumbrando condições adequadas de acesso aos recursos provenientes de atuações no campo da saúde pública, foi organizado um movimento social, nomeado de RSB. Como explana Aguiar (2011, p. 36) ao se referir a RSB:

Refere-se ao projeto articulado ao longo dos anos 70 e 80 no Brasil, na perspectiva de reformulação do sistema de saúde que aprofundou no período militar a sua característica de assistência médica curativa fortemente vinculada ao setor privado e lucrativo, eminentemente excludente, curativo, pouco resolutivo e dispendioso. O projeto de reforma sanitária preconizava a criação de um sistema único de saúde, acabando com o duplo comando do Ministério da Saúde e do INAMPS que executava ações em perspectivas antagônicas.

O movimento de RSB era constituído pela sociedade, pesquisadores, estudantes e profissionais da saúde que indicava para a resolução do caos que estava a assistência a saúde no Brasil, bem como a democratização da saúde em todo o país, deixando de lado ações pontuais, focadas e de limitada resolutividade. Como afirma Paim (2009, p. 39-40):

Justamente para enfrentar aquele decálogo de problemas e democratizar a saúde do Brasil, foi organizado um movimento social, composto por segmentos populares, estudantes, pesquisadores e profissionais da saúde, que propôs a Reforma Sanitária e a implantação do SUS [...]. Tratava-se do

movimento da RSB, também conhecido como movimento sanitário ou movimento pela democratização da saúde.

Esse projeto preconizava a transformação da relação entre o Estado e a sociedade, com uma nítida defesa a participação da população de forma institucionalizada nos rumos da política de saúde e pela ampliação dos direitos, desse modo o Movimento de Reforma Sanitária lutava por objetivos mais amplos que a construção de um Sistema Único de Saúde. A luta estava embasada contra as condições precárias de vida da população, contra as iniquidades do sistema de saúde e elo reconhecimento da saúde como um direito social que deveria ser garantido pelo Estado como ressalta Aguiar (2011).

Nesse sentido, se faz necessário adentrarmos um pouco na história da organização e constituição sanitária no Brasil para que dessa forma possamos compreender que o SUS representa uma conquista do povo brasileiro, com o envolvimento ativo de diversos segmentos da sociedade brasileira. Conforme aponta Paim(2009, p.40), “desse modo, tanto a RSB quanto o SUS nasceram da sociedade, e não de governos ou partidos. Embora a proposta só tenha sido incorporada à Constituição Brasileira anos depois”.

A primeira proposta do SUS foi apresentada pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde(CEBES) no I Simpósio de Política Nacional de Saúde da Câmara dos Deputados no ano de 1979. Após nove anos, em 1988, foi promulgada a Constituição Federal, reconhecida pelo caráter democrático, participativo e voltado para o reforço da cidadania como afirma Paim (2009) denominada de *Constituição Cidadã*.

A partir da Constituição Federal de 1988, a saúde passa a ser constituída agora como um direito de todo cidadão e dever do Estado. Desse modo, pela primeira vez na história do Brasil, foi promulgada uma Constituição que passa a reconhecer a saúde como direito social, como direito de todo cidadão, independente de contribuição. Por conseguinte, o SUS é a oficialização da conquista do direito de todos à saúde, sendo uma política pública que normatiza as ações e os serviços públicos de saúde que constituem um sistema único. Conforme Paim (2009, p.43):

A proposta do SUS está vinculada a uma ideia central: todas as pessoas tem direito a saúde. Este direito está ligado a condição de cidadania. Não depende do “mérito” de pagar previdência social, nem de provar condição de pobreza, nem do poder aquisitivo, muito menos da caridade. Com base na concepção de seguridade social, o SUS supõe uma sociedade solidária e democrática, movida por valores de igualdade e de equidade, sem discriminação ou privilégios.

A Constituição Federal vigente legitimou a saúde como direito de todos e dever do Estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas que tem como objetivo à redução do risco de doença e de outros agravos e possibilitando o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

De acordo com a definição conceitual adquire sua versão prática com a instituição formal do SUS, quando no Capítulo II, artigo 198 da Carta Magna, é relatado que as ações e os serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada, hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as diretrizes: descentralização, atendimento integral e participação da comunidade. Cohn (2005, p.50) ressalta que:

No atual texto constitucional institui a saúde como direito de todos e dever do Estado enquanto acesso universal e igualitário as ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde (Art. 201). Institui ainda a participação, em caráter complementar, das instituições privadas do setor no Sistema Único de Saúde. Igualmente institui a descentralização como direção única em cada esfera do governo, o atendimento integral com prioridade para atividades preventivas sem prejuízos dos serviços assistências e a participação da comunidade.

Destarte, percebe-se que o SUS se caracteriza como um conjunto de ações e serviços públicos de saúde, que juntos compõem uma rede regionalizada, organizada a partir das diretrizes: de descentralização, integralidade e efetiva participação da comunidade na busca por serviços de qualidade que possam de forma efetiva por meio dessas ações promover a saúde da população. Entretanto, cabe ressaltar que o SUS se efetiva atualmente como uma política ativa que se encontra em trajetória de mudança, de construção e reconstrução constantes, voltadas para a efetivação da saúde da população brasileira.

Preliminarmente, parece indiscutível reconhecer que a descentralização da gestão do sistema avançou significativamente, através da transferência progressiva de responsabilidade, atribuições e recursos das esferas: federal, estadual e municipal.

A expansão dos programas de atenção básica abrangendo a totalidade dos estados e municípios brasileiros oferecendo assim acesso a população muitas vezes marginalizadas no que se refere a garantia dos seus direitos, tem alcançado importantes resultados no desenvolvimento de programas no SUS, mesmo frente a tamanha insatisfação da população com relação aos serviços prestados de saúde.

Podemos observar um avanço importante no SUS no que se refere ao acesso à atenção básica à saúde prestada por Unidades Básicas de Saúde (UBS) espalhadas por todo o território nacional. Também se faz necessário enfatizar e reconhecer o extraordinário avanço obtido

pela cobertura vacinal que oferece proteção a todas as crianças do país, assim como do sistema de assistência pré-natal realizado pelas UBS.

A participação da comunidade se consolida cada vez mais, mediante as Conferências e Conselhos de Saúde espalhados no âmbito nacional, estadual e em grande parcela dos municípios, favorecendo a efetiva atuação da sociedade na construção do SUS, bem como na busca pela garantia do direito a saúde a toda população.

O aumento da disponibilidade de equipamentos e insumos em áreas do país anteriormente desassistidas, através da garantia de medicamentos necessários no âmbito de programas específicos como HIV/Aids e no combate ao tabagismo, favoreceram usuários antes a margem da assistência ao direito a saúde.

Por ser um sistema de elevada complexidade, observa-se que a fragmentação das políticas e programas de saúde, a qualificação da gestão e do controle social, a organização de uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços de saúde tem se constituído em desafios permanentes na consolidação SUS.

Muito resta por ser feito ainda, como, por exemplo, um aumento substancial do financiamento público para todas as necessárias ações do SUS. Inúmeros são os desafios enfrentados pelo SUS, no qual podemos aludir alguns referentes aos problemas de implementação, financiamento e gestão. Paim (2009) ainda enfatiza que dentre os complexos problemas enfrentados no SUS o financiamento apresenta um dos maiores desafios, pois apesar dos aumentos verificados em termos absolutos, os recursos são bem inferiores do que se espera para um sistema de saúde de caráter universal.

Percebe-se que em muitos aspectos a política de saúde no Brasil não vem se concretizando conforme a Constituição Federal de 1988, visto que o compromisso de garantir o direito à saúde tem sido o principal desafio e, diante tantas adversidades, o direito à saúde ainda é considerado como despesa para o Estado, fazendo com que o SUS enfrente uma série de percalços na sua implementação de forma consolidada e efetiva.

Devido à complexidade do SUS, pela abrangência dos objetivos propostos e pela clara existência de desequilíbrios sociais e econômicos no Brasil, a implantação do sistema em tela não tem sido uniforme em todos os estados e municípios brasileiros, visto que para que haja de maneira efetiva essa implantação uniforme, será necessária uma significativa disponibilidade de recursos financeiros, de profissionais qualificados e de uma efetiva política em nível federal, estadual e municipal para que haja de forma sólida a efetivação do sistema. Ressalta Paim (2009, p. 86):

Portanto, apesar dos esforços para racionalização e democratização do sistema de saúde brasileiro nas últimas duas décadas, persistem a segmentação, a duplicidade de esforços e o desperdício de recursos, com a consequente insatisfação dos cidadãos, dos profissionais e demais trabalhadores do setor.

Assim o SUS é, portanto, considerada uma política muito jovem que tem pela frente muitos desafios, mas que também já galgou muitos avanços no campo da saúde da população e, inclusive, para impulsão de outras políticas sociais, evidenciando que o SUS é um sistema em construção e são necessários bem mais do que leis e normas para sua efetivação com eficiência.

Atualmente, o SUS está implantado em todos os estados e municípios brasileiros que dispõem de secretarias e conselhos municipais de saúde. Desse modo podemos considerar que um dos maiores avanços desse sistema de tamanha complexidade se faz através da descentralização para estados e municípios.

Contudo, a direção que se observa recentemente na política de saúde tem orientado a um processo de desestruturação como política pública, com a fragmentação do seu caráter universal e com uma crescente tendência a privatização e aproveitamento dos haveres públicos a serviço do setor privado. Desse modo, testificamos um rápido e sólido processo da apropriação privada da saúde, desde a assistência até a administração da saúde.

Por conseguinte, à saúde pública torna-se alvo de políticas restritivas exteriorizadas por ações que descaracterizam o seu caráter universal, como o subfinanciamento e a privatização dos serviços, por meio das novas modalidades de gestão propostas para o serviço público, em ênfase na política pública de saúde, refletindo a lógica neoliberal do Estado, em especial, no Governo de Michel Temer e suas respectivas ofensivas ao SUS, como o ataque ao princípio da universalidade, a proposta de planos populares de saúde, a renovação da Desvinculação de Receitas da União (DRU), a Proposta de Emenda Constitucional nº 55 em tramitação no Senado Federal e prevê diminuição de recursos para políticas básicas como a saúde e educação, dentre outras.

2.1 A Estratégia Saúde da Família na Atenção Básica do SUS

O SUS, um dos maiores sistemas de saúde do mundo, desenvolve uma das propostas mais abrangentes de atenção primária de saúde através da Estratégia Saúde da Família (ESF). No Brasil, a atenção básica deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal entrada e eixo de ligação com toda a rede de atenção básica. Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2011, p.21):

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

A Atenção Básica tem como fundamentos e diretrizes de acordo com a Portaria 2.488/11 do Ministério da Saúde: possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos; adscrever os usuários e desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população; estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território, no enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, na organização e orientação dos serviços de saúde a partir de lógicas mais centradas no usuário e no exercício do controle social, entre outros.

A Estratégia Saúde da Família é o principal modelo de organização da atenção primária à saúde no Brasil, implantada em 1994, tinha como objetivo ser um programa focalizado na atenção básica às populações carentes do Nordeste brasileiro, sendo, a partir de 1998, reformulada para que contemplasse a todo o sistema público de saúde do país.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) deve ser desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, ações democráticas e participativas (sob forma do trabalho em equipe), direcionadas à população de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações (BRASIL, 2011).

A inserção da Estratégia Saúde da Família é um marco na atenção primária da política de saúde no Brasil. A reformulação de modelo técnico assistencial recomendado pela ESF, baseia-se pela mudança do olhar sobre o indivíduo e sua patologia, para o cuidado integral das

peessoas em seu contexto familiar e social, tendo como base teórica e prática, a integralidade da atenção, a promoção da saúde e a vigilância em saúde.

Tendo a ESF a proposta de uma nova perspectiva para a saúde e dos processos de intervenção nas ações de promoção, prevenção, reabilitação e recuperação da saúde, sua organização preconiza um modelo de atenção que vai além da prestação de assistência médica individual, agindo na proteção e na promoção da saúde dos indivíduos de forma integral e contínua.

Tais atribuições destacam as ações de promoção da saúde como importante campo de atuação da ESF, a partir do enfrentamento dos determinantes do processo saúde-doença da população, abrangendo a concepção de saúde de forma ampla, inseridos na promoção da saúde do indivíduo encontra-se as ações de educação em saúde, na busca pela amplitude do conceito de saúde de forma integral para todo indivíduo.

Desse modo, as práticas de educação no contexto do campo da saúde, em especial da ESF visa contribuir com a democratização dos direitos sociais dos usuários, incentivando para a participação da comunidade no processo de desenvolvimento do sistema de saúde em construção.

3 EDUCAÇÃO EM SAÚDE: DEMOCRATIZANDO OS DIREITOS

A prática da educação em saúde está ancorada no conceito de promoção da saúde, que trata de processos que abrangem a participação de toda a população no contexto de sua vida cotidiana e não apenas das pessoas sob o risco de adoecer. Portanto, baseada em um conceito de saúde como sendo o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade (OMS, 1948).

A promoção da saúde por meio do desenvolvimento de ações de educação em saúde é uma prática afirmada desde 1986, quando ocorreu a 8ª Conferência Nacional de Saúde, na qual se definiu a um novo entendimento sobre a saúde. A partir daí os serviços de saúde buscaram fortalecer novas formas de acolhimento, humanizando a assistência e melhorando a qualidade dos serviços prestados a população. Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2011, p.40):

A consolidação e o aprimoramento da atenção básica como importante reorientadora do modelo de atenção à saúde no Brasil requerem um saber e um fazer em educação permanente que sejam encarnados na prática concreta dos serviços de saúde. A educação permanente deve ser constitutiva,

portanto, da qualificação das práticas de cuidado, gestão e participação popular.

A mudança do modelo assistencial em saúde, por meio da implantação do Programa de Saúde da Família (PSF), atualmente Estratégia Saúde da Família, leva à necessidade de discussão sobre as ações para a transformação da prática educativa. Tais ações devem favorecer a construção de um projeto educativo que corresponda às reais necessidades dos indivíduos.

Para se discutir a organização das ações educativas no ESF, deve-se ressaltar que este se constitui na estratégia de reorganização do modelo assistencial, estruturado a partir do fortalecimento da atenção à saúde, da ênfase na integralidade da assistência, do tratamento do indivíduo como sujeito integrado à família, ao domicílio e à comunidade, do aumento da capacidade resolutiva da rede básica de atenção, da vinculação dos profissionais e serviços com a comunidade, e da perspectiva de promover uma ação intersetorial evitando a marginalização dos indivíduos frente aos direitos sociais.

A proposição de práticas educativas sensíveis à necessidade dos usuários, somente emergiu, quando se destaca um novo modelo de educação em saúde, remetendo a um processo de ensino aprendizagem que não é estático, mas em contínua construção, no qual o profissional da saúde exerce papel de mediador.

Desse modo, o objetivo da educação em saúde, não é apenas de informar para a saúde, mas de transformar saberes existentes. Assim, as práticas educativas, nesta perspectiva, visam o desenvolvimento da autonomia e da responsabilidade dos indivíduos no cuidado com a saúde como todo, porém não mais pela imposição de um saber científico detido pelo profissional de saúde, mas sim pelo desenvolvimento da compreensão da situação de saúde e que essas práticas educativas sejam emancipatórias.

Diante do exposto, entendemos que a educação em saúde deve estar pautada em ações que possam se sobressair apenas no tratamento curativo, focada na enfermidade já instalada, mas em ações comprometidas com a efetivação, ampliação e democratização dos direitos e, conseqüentemente, com a melhoria da qualidade de vida dos usuários e da comunidade.

Nesse sentido, a educação em saúde constitui-se num desafio para os profissionais, visto que comporta uma dimensão político social que exige, no contexto de ensino aprendizagem, que as práticas pedagógicas deem conta de promover a autonomia dos indivíduos.

Conforme Lopes et al (2007, p. 26) analisam:

A educação em saúde se configura como processo pedagógico que concebe o homem como sujeito, sendo o mesmo principal responsável por sua realidade, onde suas necessidades de saúde são solucionadas a partir de ações conscientes e participativas, organizadas com elementos específicos de sua história, sua cultura seu modo de vida, promove mudanças nas relações, nos processos, nos atos de saúde e, principalmente, nas pessoas.

Desse modo e considerando a importância da socialização de informações, o compartilhamento de experiências e o fortalecimento dos vínculos entre os usuários, a sala de espera se constitui um instrumento de caráter coletivo significativo, visto que possibilita, sobretudo, a aproximação entre os usuários e os serviços de saúde, a reflexão, o debate e o compartilhamento de experiências. De acordo com a Política Nacional de atenção Básica (BRASIL, 2011, p.42):

[...] reconhecendo o caráter e iniciativa ascendente da educação permanente, é central que cada equipe, cada unidade de saúde e cada município demandem, proponham e desenvolvam ações de educação permanente tentando combinar necessidades e possibilidades singulares com ofertas e processos mais gerais de uma política proposta para todas as equipes e para todo o município.

Por meio da sala de espera os profissionais da área da saúde têm a oportunidade de desenvolverem atividades coletivas que ultrapassem apenas a questão do cuidado, priorizando nesse momento a democratização dos direitos dos usuários. Segundo Vasconcelos (1993), o profissional de Serviço Social deve utilizar a prática reflexiva para possibilitar aos usuários uma análise das situações vivenciadas no cotidiano por meio da reflexão crítica de modo que esses usuários possa entender a dinâmica da realidade social e, por conseguinte participar de forma mais consciente do processo de transformação dessa realidade.

A sala de espera constitui um instrumento relevante para as ações educativas, pois além de ser uma forma produtiva de ocupar um tempo ocioso nas instituições, otimizando o tempo de espera para os atendimentos prestados nas unidades de saúde, possibilita o desenvolvimento de processos educativos, a exemplo do compartilhamento de experiências comuns entre os usuários, contribuindo para a democratização dos direitos, fortalecendo exercício pleno da cidadania. Conforme os Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política da Saúde (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.

Dessa forma, a sala de espera representa um espaço em que as práticas de educação em saúde possam ser potencializadas, por meio de discussões a respeito do cotidiano das pessoas, criando espaços para reflexões e posicionamentos críticos sobre a realidade, na finalidade de melhorias na qualidade de vida, efetivando de fato a participação ativa de todos e não apenas das pessoas em risco eminentes de adoecer.

De acordo com CFESS(2010), esse processo deve priorizar a atenção coletiva possibilitando a troca de experiências entre os sujeitos, tendo no(a) assistente social entre os(a) demais profissionais de saúde um(a) mediador(a) para o desenvolvimento de ações socioeducativas e/ou educação em saúde, como segue:

- a) Sensibilizar os usuários a cerca dos direitos sociais, princípios e diretrizes do SUS;
- b) Democratizar as informações da rede de atendimento e direitos sociais por meio de ações de mobilização da comunidade
- c) Realizar debates e oficinas;
- d) Realizar atividades socioeducativas nas campanhas preventivas
- e) Democratizar as rotinas e o funcionamento da unidade por meio de ações coletivas de orientação;
- f) Socializar informações e potencializar as ações educativas desenvolvendo atividades nas salas de espera;
- g) Elaborar e/ou divulgar materiais socioeducativos;
- h) Mobilizar e incentivar os usuários e suas famílias para participar no controle democrático e dos serviços prestados;
- i) Realizar atividades em grupos com usuários e SUS famílias, abordando temas de seu interesse.

Desenvolver ações educativas que possam atuar no desenvolvimento de uma consciência crítica, uma análise coletiva dos problemas vivenciados, se tornando um ambiente propício para procura de possíveis soluções e/ou estratégias para a mudança da realidade.

Ao se promover a educação em saúde, por meio da sala de espera, se instiga a criticidade e os questionamentos dos sujeitos, oportunizando o compromisso com a mudança.

Criar espaços propícios para ações educativas em saúde contribuirá para a formação de sujeitos conscientes e responsáveis, aguçando nos indivíduos a necessidade de pensar e refletir sobre as suas condições, o que, inevitavelmente, suscitará transformações.

4 A EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO OBRIGATÓRIO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA BONALD FILHO NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE/PB

O presente relato de experiência refere-se ao Estágio Curricular Obrigatório em Serviço Social, realizado durante os anos de 2014 e 2015 (no total de 480h), durante três semestres letivos da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), na Unidade Básica de Saúde da Família Bonald Filho.

A referida Unidade Básica de Saúde da Família Bonald Filho encontra-se localizada no bairro do Monte Santo, em Campina Grande-PB, no qual anteriormente funcionava o Centro de Saúde Bonald Filho, instituição escola, utilizada pelo Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC), pertencente à Universidade Federal de Campina Grande (UFCG). Foi fundada no ano de 1993, na gestão Municipal do então Prefeito Felix Araújo Filho. O processo de sua instalação se efetivou por meio de lutas e mobilizações da comunidade em busca da garantia do direito à saúde, com a realização de abaixo assinado, reivindicações junto ao orçamento participativo, reuniões e encaminhamento de ofícios para os órgãos do poder público.

Atualmente, a unidade possui natureza pública, sendo mantida com recursos do governo Municipal e Federal, não dispõe de sede própria, funcionando no prédio da Sociedade Amigos do Bairro do Monte Santo, que desde sua fundação o empresta para a Secretaria Municipal de Saúde.

A referida Unidade de Saúde funciona de segunda a sexta-feira, no horário das 07:00h às 11:00h e das 13:00h às 16:00h. Atende uma média de 4.000 (quatro mil) usuários, formada por duas equipes multiprofissionais, cada uma composta por: 01 (um) Médico, 01 (uma) Enfermeira, 01 (uma) Auxiliar Técnica de Enfermagem, 04 (quatro) Agentes Comunitários de Saúde, 01 (um) Cirurgião Dentista que atende as duas equipes, 01 (um) Auxiliar de Consultório Dentário, 01 (uma) Assistente Social que também atende as duas equipes.

Atualmente a Unidade não conta com o apoio do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF). Inseridos no quadro fixo de recursos humanos também é composto por

Farmacêutico, Atendente de Farmácia, Recepcionistas, Auxiliares de Serviços gerais e Vigilantes.

Dentre as atividades desenvolvidas, destacam-se: atendimento aos diversos segmentos da população, por meio de consultas médicas e de enfermagem; realização de campanhas preventivas e visitas domiciliares; além de encaminhamentos no que concerne a outras áreas da assistência, mediante os serviços de referência, bem como as ações intersetoriais.

A referida unidade de saúde se constitui também como campo de estágio de diversas instituições de ensino da cidade. No momento, dispõe de estagiários de cursos de nível técnico (técnico de enfermagem) e de nível superior (graduandos de Odontologia, Enfermagem, Medicina e de Serviço Social).

No que tange a proposta de educação em saúde, no momento da observação do estágio curricular não havia ações na perspectiva da prevenção e da promoção da saúde, em virtude de não ter sido concluído o mapeamento do território, os grupos, oficinas e salas de espera não estavam sendo desenvolvidos.

Diante das dimensões de atuação do Assistente Social no cotidiano dos serviços prestados pelo Serviço Social, observamos demandas econômicas, políticas e sociais, intrínsecas ao processo de vida dos usuários em atendimentos na UBSF. Situações de risco e vulnerabilidade social que requer orientações e encaminhamentos intersetoriais que envolvem também a previdência e a assistência social envolvendo o tripé das políticas da seguridade social.

Nesse sentido, durante o período de observação do estágio supervisionado na presente unidade básica de saúde, se identificou que o assistente social, por meio do compromisso com os direitos da população usuária, reafirmou a consonância com o fortalecimento do SUS e do Projeto Ético-Político de sua profissão, viabilizando o acesso dos usuários aos serviços de saúde, os direitos sociais, incluindo o direito a saúde e facultando o acesso destes à atenção básica, média ou de alta complexidade.

Portanto, a criação de espaços de diálogos e debates, a exemplo da sala de espera, contribui para a redução das lacunas existentes na relação entre o usuário e o serviço de saúde, visto que constituem alicerce na melhoria da qualidade do atendimento prestado, garantindo acolhimento adequado aos usuários que, por resultado, refletem em um serviço mais humanizado, ampliando o conceito de cuidado biológico para um cuidado integral ao usuário, no seu contexto social.

No decorrer da experiência vivenciada do Estágio Curricular Obrigatório na ESF Bonald Filho, se verificou a necessidade da intervenção de ações educativas por meio da sala

de espera, visto que se pode abarcar um maior número de indivíduos, agindo como um dispositivo que amplia a viabilização dos direitos sociais dos usuários, espaço também que os usuários poderão tirar as suas dúvidas e fazer questionamentos sobre diversos assuntos, otimizando um tempo ocioso do acolhimento inicial pela recepção ao atendimento médico e/ou assistencial, representando um momento ímpar de aproximação entre o saber popular e o saber técnico/científico gerado na graduação, uma troca de saberes.

Após essa constatação, nós enquanto estagiárias de Serviço Social, nos reunimos com a Supervisora Acadêmica para juntas discutirmos a viabilidade do projeto, bem como das ações a serem desenvolvidas nas práticas educativas na Unidade de Saúde. Desse modo, as atividades interventivas foram desenvolvidas pelo grupo de estagiárias do curso de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), coordenadas por duas profissionais: uma supervisora de campo (a assistente social da referida UBSF) e uma supervisora acadêmica (professora da instituição).

No tocante à temática escolhida para as atividades interventivas realizadas, inicialmente, foi realizado um levantamento de dados para avaliar o conhecimento prévio das usuárias do UBSF sobre as temáticas a serem desenvolvidas nas salas de espera. Através dessa conversação, foi possível constatar um desconhecimento dos(as) usuários(as) em relação às temáticas, firmando assim a necessidade do desenvolvimento de práticas socioeducativas em saúde.

Por conseguinte, confirmada a necessidade das ações educativas, expomos as nossas perspectivas e ideias para a consolidação do projeto, que após uma análise por parte da Supervisora Acadêmica e conseguinte uma discussão com as estagiárias e a Supervisora de Campo, iniciou-se o planejamento e a sistematização das atividades educativas a serem desenvolvidas junto aos usuários da referida unidade de saúde, tentará tornar o atendimento mais humanizado, possibilitando que estes usuários expressem de maneira democrática suas dúvidas, interesses e necessidades.

Sendo intitulado pelo próprio grupo de estágio como “SALA DE ESPERA: INSTRUMENTO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE” se desenvolveu no próprio pátio da unidade de saúde, devido não haver sala adequada estruturalmente para comportar o número de usuários (as) a cada sala de espera realizada, no qual estavam presentes uma média de 30 (trinta) usuários (as), no período que compreende os meses de setembro a dezembro de 2014, dividido em encontros mensais.

Para tanto, iniciamos o projeto de intervenção a partir de uma reunião realizada com os profissionais das duas equipes inseridos na ESF com a finalidade de sensibilizá-los acerca da importância da sala de espera no processo de educação em saúde.

No mesmo momento também foram sugeridas temáticas que os profissionais consideravam relevantes para serem desenvolvidas atividades educativas, visto que os mesmos além de já trabalhar na unidade de saúde por algum tempo, muitos desses profissionais são também moradores da própria comunidade conhecendo de forma mais concreta a realidade dos usuários.

A assistente social e os demais profissionais da unidade de saúde participaram nesse processo de delimitação inicial das temáticas abordadas, visto que por meio das demandas sociais apresentadas no cotidiano dos profissionais na Unidade de Saúde pode-se perceber mais claramente a necessidade da implementação de espaços para ações educativas na busca pela democratização dos direitos sociais de maneira justa e igualitária a todos.

Cabe ressaltar que durante o desenvolvimento do projeto buscamos contemplar também temáticas sugeridas pelos próprios usuários (as), por meio da observação nos atendimentos realizados na unidade de saúde e pela conversa espontânea que surgia entre as estagiárias e os usuários (as).

Após, estabelecidos inicialmente as temáticas a serem desenvolvidas, planejamos juntamente com a Supervisora Acadêmica e a Supervisora de Campo a operacionalização do projeto de intervenção, que após vários encontros para discussão das temáticas, planejamento das ações e sistematização das atividades se concluiu o plano de intervenção. Contudo, ficando já estabelecidos novos encontros após a realização de cada Sala de Espera entre as Supervisoras de Campo e Acadêmica juntamente com as estagiárias para a avaliação e planejamento, caso necessário, das práticas educativas realizadas na Unidade Básica de Saúde Bonald Filho por meio do projeto de intervenção.

Foram utilizados diversos recursos materiais para facilitar a apreensão dos conhecimentos repassados, bem como o processo de aprendizagem, a exemplo de: vídeos expositivos referente a temática interpelada, dinâmicas, cartazes, panfletos informativos, cartilhas explicativas, murais, entre outros.

No que se refere aos recursos financeiros contamos apenas com recursos próprios, recursos da própria unidade de saúde e de materiais (folhetos informativos, cartazes, panfletos, cartilhas) doados por outras instituições, como a Agência Centro do INSS e ONG, a exemplo do Centro de Ação Cultural (CENTRAC), todas localizadas no município de Campina Grande/PB.

As atividades executadas neste projeto de intervenção eram planejadas e avaliadas, visto que o planejamento consiste em importante fase para a execução de um projeto de intervenção, relacionado com a preparação, organização e estruturação de um determinado objetivo ou de diversos objetivos.

Neste caminho, a cada sala de espera materializada juntamente com os (as) usuários (as) da Unidade Básica de Saúde Bonald Filho, se realizava uma avaliação contando com a participação de todos os envolvidos. Essa avaliação considerada bastante significativa para todos os profissionais e em especial para nós enquanto graduandos, pois se tornava um momento de aprendizagem ímpar para nossa formação enquanto estagiárias de Serviço Social e desenvolvia com intuito de analisarmos os resultados das atividades propostas na sala de espera.

Da mesma forma, mensalmente e realizava uma reunião entre as estagiárias e a supervisora de estágio em campo e a supervisora acadêmica, para fosse discutida o impacto das ações educativas na vida dos usuários, bem como planejar as atividades subsequentes.

Assim, as atividades educativas (Com duração média de 20 minutos) foram sistematizadas:

- a) Primeiro momento: recepção, acomodação e explicação das atividades que serão desenvolvidas no encontro (dinâmicas de interação).
- b) Segundo momento: tempo previsto para realização da atividade educativa propriamente dita, efetivada por meio de exposição dialogada relacionada a temática do momento, através de vídeos, data show, músicas, cartazes, distribuição panfletos informativos, participação de profissionais de saúde da unidade como de outros setores da saúde, educação e assistência.
- c) Terceiro momento: destinado a finalização por meio da avaliação da ação educativa por parte dos usuários.

Com relação às temáticas escolhidas para o desenvolvimento das ações educativas, foi realizado um levantamento juntamente com os usuários da unidade para avaliar o conhecimento prévio dos mesmos com relação aos temas a serem abordados.

Para isso foram feitas perguntas sobre os assuntos aos usuários (as), ficando nítido um desconhecimento por parte dos mesmos com relação às temáticas sugeridas pelos profissionais da unidade e ao mesmo momento um interesse em obter mais informações a respeito das temáticas.

As temáticas abordadas nas salas de espera envolviam diversas áreas, como segue:

- a) Violência doméstica e intrafamiliar contra a mulher;
- b) Lei Nº 11.340/ 2006 (Lei Maria da Penha), Medidas Protetivas e Rede de Acolhimento às mulheres vítimas de Violência Doméstica e intrafamiliar;
- c) Direitos Trabalhistas;
- d) Auxílios, Benefícios e Aposentadorias.

Durante os encontros de sala de espera, inicialmente era realizada a acolhida dos (as) usuários (as), onde aos mesmos foram recebidos pelo grupo de estagiárias e a Supervisora de Campo (assistente social da ESF). Foi também, realizada atividades referente a dinâmica entre os(as) usuários(as) a fim de possibilitar a sua interação e socialização com o grupo. A dinâmica foi desenvolvida pelas estagiárias e buscou enfatizar e despertar a afetividade entre os(as) usuários(s), como utilizado na oficina também como forma de proporcionar as participantes uma interação e descontração com a finalidade de quebrar as barreiras das vivências no cotidiano.

Após a explanação sobre as temáticas, em cada sala de espera, foram feitas perguntas às participantes sobre se haviam conhecimentos, como também, o compartilhamento de experiências vivenciadas referentes a temáticas pelos usuários(as). Por fim, os encontros da sala de espera terminavam com o sorteio de alguns brindes e distribuição de material explicativo sobre as temáticas desenvolvidas.

Assim, concluíamos as salas de espera com uma avaliação final de modo conceitual feita através da explanação oral, exposição de vídeo, dinâmica, músicas e perguntas, nas quais possibilitou as participantes o envolvimento com a temática.

Tivemos uma boa receptividade e na última oficina estava presente a gerente de saúde, que nos convidou para aplicarmos a mesma oficina em outras instituições de saúde. Porém, em virtude da falta de horário, não foi possível o aceite ao convite, no entanto, agradecemos a gentileza.

Desse modo, durante a realização dos encontros se percebia o interesse por parte dos (as) usuários(as) através de questionamentos a respeito dos temas como também o compartilhamento de experiências vivenciadas pelos próprios usuários(as) que relatavam publicamente nas salas de espera, demonstrando a necessidade da ampliação cada vez mais frequente de momentos de compartilhamento de saberes dentro da unidade de saúde, não apenas de temáticas relacionadas ao processo saúde-doença, mas de questões relacionadas aos aspectos sociais, políticos e econômicos dos indivíduos.

Contudo, ainda é frequente encontrarmos atividades baseadas nas palestras prescritivas de hábitos e condutas, tratando a população usuária de forma passiva, transmitindo conhecimentos técnicos sobre as doenças e como cuidar da saúde, sem levar em conta o saber popular e as condições de vida dessas populações. Por conseguinte, muitas vezes, a culpabilização do próprio paciente por sua doença predomina na fala do profissional de saúde, mesmo que este conscientemente até saiba dos determinantes sociais da doença e da saúde.

Na presente unidade de saúde, contamos com a participação durante a realização das salas de espera, da Supervisora Acadêmica e Supervisora de Campo. Os demais profissionais da unidade inicialmente ao se expor o projeto demonstraram interesse na participação, porém na prática das ações educativas não tivemos a participação desses profissionais.

Cabe ressaltar no momento que em boa parte das ações os demais profissionais continuaram desenvolvendo seu atendimento técnico, dificultando a realização da sala de espera, pois os usuários ficavam muitas das vezes ansiosos para ouvir o chamamento para o atendimento clínico e acabavam por não se deterem as atividades realizadas por nós estagiárias.

Destarte, de maneira geral, foi possível perceber em lócus a necessidade de serem desenvolvidas ações educativas nas instituições de saúde, como por exemplo, na Estratégia Saúde da Família, visto que são temáticas que fazem parte do cotidiano dos usuários (as).

Logo, o presente projeto de intervenção fez-se necessário em virtude da ausência de discussão de temas que envolvem o indivíduo no seu contexto social, político e econômico, indo além do processo curativo das patologias.

Por conseguinte, as ações desenvolvidas puderam contribuir de forma significativa no processo democratização dos direitos por meio do acesso à informação. Considero o projeto de intervenção “SALA DE ESPERA: INSTRUMENTO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE” como positivo, diante da receptividade demonstrada pelos profissionais da unidade de saúde e pelos usuários (as), cumprindo, desse modo, o projeto seu intuito de socializar informações sobre direitos sociais, bem como servindo como fonte documental para futuras pesquisas acerca do tema abordado.

Por fim, as ações realizadas nas salas de espera através do projeto de educação na área de saúde foram avaliadas como positivas, visto que a real necessidade da criação desse espaço em virtude da ausência de discussão referentes a temas que vão além da saúde física, mas que sobretudo visam a concretização do conceito mais amplo em saúde. Portanto, as ações desenvolvidas por meio do referido projeto de intervenção puderam contribuir significativamente no processo de democratização e viabilização dos direitos sociais dos

usuários(as) da Unidade Básica de Saúde Bonald Filho no bairro do Monte Santo no município de Campina Grande-PB.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente artigo discorreu sobre o relato de experiência vivenciado durante o período de estágio obrigatório em Serviço Social na Unidade Básica de Saúde da Família Bonald Filho, localizada no bairro do Monte Santo, no município de Campina Grande-PB.

Buscamos por meio de pesquisas bibliográficas e documentais adquirirmos conhecimentos para o desenvolvimento do nosso projeto de intervenção na presente unidade de saúde, para que, com esse aporte teórico contribuir para a socialização e democratização de direitos.

Assim, considerando a importância da democratização dos direitos para os (as) usuários(as), a sala de espera se constitui como instrumento de caráter coletivo significativo, visto que possibilita, sobretudo, a aproximação entre os usuários e os serviços de saúde, a reflexão, o debate e o compartilhamento de experiências

Desse modo, as ações desenvolvidas por meio da sala de espera funcionaram como um espaço em que as práticas de educação em saúde, por meio de discussões acerca dos processos do cotidiano dos (as) usuários(as), criam espaços para reflexões coletiva e consolidam a participação ativa de todos.

Concluimos o referido artigo de forma positiva quanto às ações desenvolvidas, visto que, todo o conhecimento socializado com os (as) usuários(as) da unidade de saúde contribuíram para formação de cidadãos conscientes dos seus direitos.

Afirmamos, assim, que práticas como essas devem ser cada vez mais incentivadas em todas as unidades de saúde, como também em hospitais, unidades de pronto-atendimentos, entre outros campos de atuação do (a) assistente social inseridos(as) na Política de Saúde, visando a participação dos usuários(as), familiares e demais trabalhadores da saúde.

Sendo, também, uma experiência vivenciada por graduandas de Serviço Social, de valioso conhecimento para nossa formação como futuras assistentes sociais, visto que, nos aproximou da intervenção profissional do (a) assistente social em seu cotidiano de trabalho.

**WAITING ROOM FOR DEMOCRATIZATION OF RIGHTS: AN EXPERIENCE
REPORT IN Bonald FAMILY HEALTH STRATEGY SON ON HILL
NEIGHBORHOOD HOLY CAMPINA GRANDE / PB**

Daisy Curvêlo de Farias

ABSTRACT

This paper presents the experience report of supervised internship in the Course of Social Service, conducted between March 2014 to May 2015 in the Family Health Strategy Bonald Son, located in the city of Campina Grande-Pb, an agency of the Municipal of the municipality Health. Through the intervention project development titled Waiting Room Education Instrument Health, aimed to contribute to democratize social rights to users of the health facility by conducting monthly meetings for guidance and relevant thematic clarification to community the aim of enabling the rights. This article was compiled from various literature searches and documents, books and scientific papers, as well as documents prepared by the Ministry of Health. Thus, after the historical explanation of the Health Policy in Brazil, then highlight the Family Health Strategy inserted in Primary HealthSystem (SUS), stage of field development and supervised the intervention project. Therefore, the experience report will be discussed starting with the characterization of the training field institution and then the experience lived through the intervention project with users of the Health Strategy Bonald Family Son. Finally, we analyze the work evaluating the actions developed through the intervention project consisted in a significant space for discussion, exchange of experiences and democratization regarding social rights.

Keywords: Health Policy, Education, waiting room.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Zeneide Neto. **SUS: Sistema Único de Saúde: antecedentes, percurso, perspectivas e desafios.** São Paulo: Martinari. 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 2488 de 21 de Outubro de 2011. Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília, 21 out. 2011.

BRASIL. Senado Federal. **Constituição da República Federativa do Brasil:** promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, 1988.

CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde.** Brasília: CFESS, 2010.

COHN, Amélia. **Saúde no Brasil:** políticas e organização de serviços. São Paulo: Cortez, CEDEC, 2005.

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

LOPES, Elisabeth de Fátima da Silva et al. Educação em saúde: um desafio para a transformação da práxis no cuidado em enfermagem. **Rev. HCPA & Fac. Med. Univ. Fed. Rio Gd. do Sul**, v. 27, n. 2, p. 25-27, ago. 2007.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

VASCONCELOS, Ana Maria de. Serviço Social e Prática Reflexiva. **Em Pauta**, Revista de Serviço Social da UERJ, Rio de Janeiro, nº 1, 1993.