



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA- UEPB
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL**

IONEIDE ÂNGELA CALIXTO DE SOUSA

**A INSERÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA E SUA RELAÇÃO COM A PERSPECTIVA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE.**

**Campina Grande
2015**

IONEIDE ÂNGELA CALIXTO DE SOUSA

**A INSERÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA E SUA RELAÇÃO COM A PERSPECTIVA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Graduação em Serviço Social da
Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento
à exigência para obtenção do grau de Bacharel em
Serviço Social.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Alessandra Ximenes da Silva

**Campina Grande - PB
2015**

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.

S729i Sousa, Ioneide Ângela Calixto de
A inserção do assistente social na unidade básica de saúde da família e sua relação com a perspectiva de promoção da saúde [manuscrito] / Ioneide Angela Calixto de Sousa. - 2015.
49 p.

Digitado.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, 2015.
"Orientação: Profa. Dra. Alessandra Ximenes da Silva, Departamento de Serviço Social".

1. Promoção da saúde. 2. Serviço social. 3. Unidade básica de saúde da família. I. Título.

21. ed. CDD 361.1

IONEIDE ÃNGELA CALIXTO DE SOUSA

**A INSERÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA E SUA RELAÇÃO COM A PERSPECTIVA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Graduação em Serviço Social da
Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento
à exigência para obtenção do grau de Bacharel em
Serviço Social.

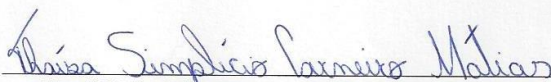
Aprovado em: 10 de dezembro de 2015

Nota: 9,0

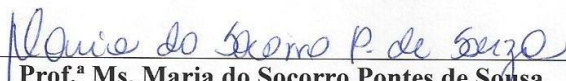
BANCA EXAMINADORA



Prof.ª Dr.ª Alessandra Ximenes da Silva
(Doutora em Serviço Social)
Orientadora



Prof.ª Ms. Thaísa Simplicio Carneiro Matias
(Mestre em Serviço Social)
Examinadora



Prof.ª Ms. Maria do Socorro Pontes de Sousa
(Mestre em Serviço Social)
Examinadora

*À Deus, minha fortaleza e refúgio em todos os momentos,
dedico.*

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, quero agradecer a Deus nosso criador por me proporcionar sabedoria e saúde para percorrer essa trajetória acadêmica, ao meu querido esposo José Márcio, pelo grande incentivo desde o início do meu curso até aqui, ao meu amado filho João Victor, pela paciência e compreensão na minha ausência, durante esses cinco anos de curso.

Aos meus queridos e dedicados pais Ivan e Nirsonide, pelo amor dedicado a mim e ao enorme incentivo aos meus estudos, vocês serão sempre meus exemplos de vida.

Aos meus amigos de vida acadêmica e de viagem Gilmara Jane, Damião, Welba, Joana Paula, Diogens, Beto e a todos que compartilharam desta trajetória de viagem cansativa e longa, entre Junco do Seridó- PB e Campina Grande- PB.

Aos meus irmãos Thiago e Irisneide e ao meu sobrinho Iago, pelo incentivo, aos meus sogros Luzia e Erasmo, a minha cunhada Márcia e a minha linda afilhada Maria Eugênia, pelo carinho e incentivo.

A todos os meus familiares, que de uma forma direta ou indireta me ajudaram nesse caminho cheio de obstáculos e espinhos, minha eterna gratidão.

Não poderia me esquecer de duas queridas amigas que me acolheram em suas casas no período de estágio, Dona Normanda e Verônica, meu muito obrigado pelo carinho e incentivo.

Aos meus queridos e eternos amigos de sala de aula e agora assistentes sociais, vocês fazem parte dessa conquista e sempre estarão em meu coração.

A todos os (as) professores do curso de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba, em especial aos que passaram pela nossa turma nos períodos de 2009.2 ao período 2014.2, minha eterna gratidão pelo conhecimento a nós oferecidos.

A todos que fazem parte da coordenação do curso de Serviço Social da UEPB, por estarem sempre pronto a nos ajudar, meu agradecimento.

A minha supervisora de campo Luzimar Rolim, pela sua paciência, companheirismo e disponibilidade, o meu muito obrigado.

A banca examinadora, pela disponibilidade em participar desse processo de qualificação e avaliação de defesa do meu TCC, minha eterna gratidão.

A minha orientadora Alessandra Ximenes, pela paciência, coerência profissional, pela atenção e por ter se comprometido comigo nesse desafio acadêmico, meu especial obrigado.

Enfim, a todos aqueles que de alguma maneira, fizeram parte desta conquista me incentivando, dando uma palavra amiga nos vários momentos de dificuldade que passei nessa

longa trajetória. A todos, meu muito obrigado.

RESUMO

O novo debate em torno da Promoção da Saúde vem se apresentando de maneira inovadora e progressista, se contrapondo tanto ao modelo biomédico, quanto aos da Determinação Social. Dentro desse cenário o Sistema Único de Saúde, torna-se um importante instrumento para o desenvolvimento da Promoção da Saúde, pois, possibilita o enfoque nos aspectos que determinam o processo de saúde-doença em nosso país. Com isso, a Promoção da Saúde cria novas demandas dentro da área da saúde e consequentemente para todos os profissionais da área, inclusive para o assistente social. Assim, o presente trabalho monográfico, buscou analisar a inserção do assistente social na Unidade Básica Saúde da Família e sua relação com a perspectiva de Promoção da Saúde, para tanto necessário se faz: analisar as atribuições do Assistente Social na Unidade supramencionada; identificar as principais demandas dos usuários desta Unidade, dirigidas ao assistente social; relacionar e analisar demandas e respostas profissionais a partir das condições objetivas de trabalho do Assistente Social, na referida Unidade de Saúde e a relação que estabelecem com a perspectiva de Promoção da Saúde. Portanto, fizemos de um estudo descritivo, analítico e bibliográfico e a realização de entrevistas com o Assistente Social e os usuários com abordagem qualitativa. O uso da pesquisa bibliográfica nos propiciou uma sustentação teórica necessária para a análise dos dados coletados. Os resultados da nossa pesquisa mostraram que o profissional possui um conhecimento apenas conceitual da Promoção da Saúde e que seu tempo é limitado dentro da unidade de saúde para fazer as ações sistematizadas, e se tratando de Promoção da Saúde, ela não é responsável em desenvolver essa perspectiva dentro da unidade. Já os usuários reconhecem o trabalho do Assistente Social como importante e fazem uma avaliação positiva. Em relação à Promoção da Saúde, os usuários têm pouco conhecimento sobre o assunto. Assim, esperamos que nosso estudo contribua para realizações de mais pesquisas em relação ao trabalho dos Assistentes Sociais, nas Unidades Básicas de Saúde da Família, em relação à perspectiva de Promoção da Saúde, possibilitando ao profissional um conhecimento maior sobre essa nova perspectiva.

Palavras-chave: Promoção da Saúde; Serviço Social; Unidade Básica de Saúde da Família.

ABSTRACT

The new debate on the Health Promotion has been presented in an innovative and progressive way, in opposition to both the biomedical model, as the Social Determination. In this scenario the Unified Health System, it becomes an important tool for the development of health promotion, therefore, enables the focus on aspects that determine the process of health and disease in our country. Thus, health promotion creates new demands within the health and consequently for all professionals, including social workers. The present monograph, aimed at analyzing the insertion of the social worker in the Basic Health Unit Family and its relation to health promotion perspective, therefore need to do: analyze the roles of the social worker in the above unit; identify the main demands of the users of this Unit, addressed to the social worker; relate and analyze demands and professional responses from the objective conditions of work of the social worker, in that Health Unit and the relationship they establish with the promotion prospects of Health. Therefore, we made a descriptive, analytic and bibliographical study and realization interviews with the social worker and users with qualitative approach. The use of literature in provided a theoretical framework necessary for the analysis of the collected data. The results of our research showed that the professional has a merely conceptual knowledge of health promotion and that your time is limited within the health unit to make systematic actions, and it comes to health promotion, it is not responsible in developing this end within the unit. Users already recognize the work of the social worker as important and make a positive evaluation. Regarding the Health Promotion, users have little knowledge on the subject. So we hope that our study will contribute to achievement of further research in relation to the work of social workers in the Family Basic Health Units in relation to health promotion perspective, enabling the professional greater insight into this new perspective.

Keywords: Health Promotion; Social service; Basic Unit of Family Health

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACD- Auxiliar de Consultório Dentário
ACS- Agentes Comunitários de Saúde
AIS- Ações Integradas de Saúde
AS- Assistentes Sociais
BM- Banco Mundial
BPC- Benefício de Prestação Continuada
CEBES- Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CIS- Comissões Interinstitucionais de Saúde
CLT- Consolidação das Leis do Trabalho
CNDSS- Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde
CONASP- Conselho Consultivo de Administração da Saúde
CPHA- Conferência de Promoção da Saúde da População no Canadá
DAB- Departamento de Atenção Básica
DSS- Determinantes Sociais de Saúde
ESF- Estratégia Saúde Família
FMI- Fundo Monetário Internacional
MRS- Movimento de Reforma Sanitária
NASF- Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NPS- Nova Promoção da Saúde
OMS- Organização Mundial da Saúde
PEPSS- Projeto Ético Político do Serviço Social
PIASS- Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste
SPT 2000- Saúde para Todos no ano 2000
PREV-SAÚDE- Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
PS- Promoção da Saúde
PSF- Programa Saúde da Família
RSB- Reforma Sanitária Brasileira
SUDS- Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS- Sistema Único de Saúde
UBSF- Unidade Básica de Saúde da Família
UNEP- Programa Nações Unidas para o Meio Ambiente

SUMÁRIO

Introdução	11
1. Breve conceituação sobre a Promoção da Saúde e o seu desenvolvimento no Brasil...	14
1.1. Contraponto a conceituação hegemônica da promoção da Saúde	20
2. A Promoção da Saúde e o projeto de Reforma Sanitária Brasileira	204
2.1 Breve Contextualização do Serviço Social na área da saúde	208
2.2 A implantação da Estratégia Saúde da Família, o Serviço Social e a Promoção da Saúde na Unidade Básica Saúde da Família do José Pinheiro I em Campina Grande Paraíba.....	30
3. A Inserção do Assistente Social na Unidade Básica Saúde da Família e sua relação com a Perspectiva de Promoção da Saúde	34
3.1 Procedimentos metodológicos e instrumentais de coleta de dados	34
3.1.2 O Lócus da Pesquisa.....	36
3.1.3 A Contextualização da Unidade Básica Saúde da Família (UBSF) José Pinheiro I	36
3.2 Análises dos dados e os Resultados da Pesquisa de Campo	37
4. Considerações Finais	46
5. Referências	47
APÊNDICE A - DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA COM PROJETO DE PESQUISA	51
APÊNDICE B – TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL	52
APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-TCLE	53
APÊNDICE D – ROTEIRO DE QUESTIONARIO SEMIESTRUTURADO.....	56

1. Introdução

O presente trabalho monográfico buscou analisar a inserção do Assistente Social na Unidade Básica de Saúde da Família e sua relação com a perspectiva da Promoção da Saúde. A escolha da temática decorreu da experiência do estágio supervisionado em Serviço Social, do período de setembro de 2012 a outubro de 2014 na Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) do José Pinheiro I, situada na cidade de Campina Grande/PB.

Para tanto, buscamos analisar as atribuições do Assistente Social na Unidade supramencionada; identificar as principais demandas dos usuários desta Unidade, dirigidas ao assistente social; relacionar e analisar demandas e respostas profissionais, a partir das condições objetivas de trabalho do assistente social, na referida Unidade de Saúde e a relação que estabelecem com a perspectiva de Promoção da Saúde.

Os sujeitos da pesquisa foram 01 (um) Assistente Social e 05 (cinco) usuários da Unidade Básica Saúde da Família do bairro do José Pinheiro I, tendo sido a pesquisa realizada no período de setembro de 2012 a outubro de 2014. Foram utilizados na coleta de dados os seguintes instrumentos: a observação participante, considerada parte essencial do trabalho de campo no âmbito de pesquisa com abordagem qualitativa; utilizamos formulários com questões objetivas para delineamento do perfil dos entrevistados e a entrevista semi-estruturada, por favorecer uma maior espontaneidade e liberdade na expressão do pensamento dos participantes sobre o objeto de estudo. O presente estudo foi enviado e aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual da Paraíba.

Segundo Buss (2009), as bases conceituais e políticas contemporâneas da Promoção da Saúde foram estabelecidas por três conferências internacionais sobre o tema: Ottawa (1986), Adalaide (1988) e Sundasval (1991). Além dessas três conferências internacionais, destacaremos em nosso trabalho, outras conferências que também tratam da temática de Promoção da Saúde, como a de Jacarta (1997), México (2000), Caribe (1993) e Suíça (1998).

A discussão hegemônica feita em torno da Promoção da Saúde (PS) é regida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) que buscou desenvolver conferências sobre PS em várias regiões do mundo. Essas conferências tiveram início com uma meta proposta pela OMS e com o tema “Saúde Para Todos em 2000”, fazendo com que cada região do mundo se propusesse a superar as desigualdades sociais, para uma melhoria das condições de saúde da população.

A I Conferência em Ottawa se tornou referência para as outras que vieram a seguir. Ela também resultou em um documento chamado de Carta de Ottawa, nesta Carta são expostos os cinco eixos importantes na atuação e no desenvolvimento de PS. Além disso, a PS é norteada por sete princípios que são: a concepção holística de saúde, a equidade, a intersetorialidade, o empoderamento, a participação social, as ações multi-estratégias e a sustentabilidade.

A Carta de Ottawa ainda conceitua a PS como processo de capacitação da comunidade, para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e de saúde. Como já foi dito, houve outras conferências além da de Ottawa em diferentes locais do mundo, impulsionando um novo modelo de PS, denominando-se de Nova Promoção da Saúde (NPS). Essa NPS trata-se de mais um modelo hegemônico progressista se contrapondo ao modelo biomédico e que girava em torno dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS).

Dentro de um cenário capitalista hegemônico está o Serviço Social, que desde o seu nascedouro vive um grande conflito, mediando relações e direitos entre a grande burguesia e o proletariado, o que requer que sua atuação profissional tenha particularidades, como toda profissão, pois de acordo com Carvalho e Netto (2000), o Serviço Social não atua sobre uma única necessidade humana (tal como o dentista, o médico, o pedagogo...) nem tampouco se destina a todos os homens de uma sociedade, sem distinção de renda ou classe; sua especificidade está no fato de atuar sobre as necessidades humanas de uma dada classe social, ou seja, aquela formada pelos grupos subalternizados, pauperizados ou excluídos dos bens, serviços e riquezas dessa mesma sociedade.

Assim, o assistente social deverá intervir nas mais diversas expressões da questão social em todos os setores da sociedade, sejam eles públicos ou privados.

Diante disso buscamos condensar os resultados deste estudo neste trabalho, que está estruturado, basicamente, em 03 (três) capítulos. No primeiro, realizamos uma breve recuperação histórica da política de saúde no Brasil, buscando entender a conceituação sobre a Promoção da Saúde e seu desenvolvimento, com destaque ao contraponto a conceituação hegemônica da promoção da Saúde.

No segundo, a análise centrou-se na Promoção da Saúde e o Projeto de Reforma Sanitária Brasileira, destacando a participação do Serviço Social na Saúde e o avanço da política de Saúde de forma descentralizada, procurando articular a partir de tal debate o Serviço Social e a Promoção da Saúde na Unidade Básica Saúde da Família (UBSF) do José Pinheiro I, em Campina Grande- PB, como referência.

No terceiro e último capítulo, priorizou-se a discussão acerca da inserção do Assistente Social na Unidade Básica Saúde da Família e sua relação com a perspectiva de Promoção da Saúde, no município de Campina Grande- PB, com enfoque na sua atuação junto ao SUS e os rebatimentos no avanço na efetivação dos direitos sociais. Desse modo, buscamos com nosso estudo alimentar as discussões acerca da temática em questão, possibilitando novos olhares e novas perspectivas dentro de um política tão importante como a saúde.

CAPÍTULO I

1. Breve conceituação sobre a Promoção da Saúde e seu desenvolvimento no Brasil

A discussão do conceito de promoção da saúde tem como ponto de partida o próprio conceito de saúde (FREITAS, 2003). Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), saúde é “um estado de completo bem estar físico, mental e social e, não meramente a ausência de doença e enfermidade”.

Quando falamos de Promoção da Saúde, estamos falando em ampliação da concepção de saúde para todos, ou seja, partindo do individual para o coletivo. Para termos uma melhor qualidade de vida, devemos pensar na saúde como bem maior, e para se ter saúde, é preciso pensar em políticas públicas eficazes. E, não estamos apenas nos referindo à política de saúde, mas ao conjunto de todas as políticas públicas existentes.

Por isso, iremos fazer algumas considerações sobre o conceito histórico acerca da Promoção de Saúde (PS), desde, sua criação através dos congressos realizados, pelo mundo até sua implantação no Brasil.

Os primeiros conceitos de promoção da saúde foram definidos pelos autores Winslow, em 1920, e Sigerist, em 1946. Este definiu como as quatro tarefas essenciais da medicina: a promoção da saúde, a prevenção das doenças, a recuperação e a reabilitação. Posteriormente, Leavell e Clark, em 1965, delinearam o modelo da história natural das doenças, que apresentam três níveis de prevenção: primária, secundária e terciária. As medidas para a promoção da saúde no nível de prevenção primária, não são voltadas para determinada doença, mas destinadas a aumentar a saúde e o bem-estar gerais. (BUSS, 2002).

Para Buss (2002), promover a saúde é algo distinto de prevenir as doenças e tratá-las. A clássica divisão entre as três principais estratégias para intervir no processo da saúde, a prevenção das doenças, acidentes e violência e seus fatores de risco, e o tratamento/reabilitação das mesmas. As ações derivadas de cada uma destas estratégias estão com grandes frequências imbricadas, pois, são campos complementares no esforço integrado de melhorar a saúde da população.

Portanto, o problema não é o adoecimento em si, mas os vários fatores que levam ao adoecimento da população seja um fator econômico, cultural, político, ambiental enfim o modo de vida das pessoas. Para que haja uma promoção da saúde eficaz é preciso conhecer como vivem a população, se existe ou não qualidade de vida.

As diversas conceituações disponíveis para a promoção da saúde podem ser reunidas em dois grandes grupos. No primeiro deles, a promoção da saúde consiste nas atividades dirigidas à transformação dos comportamentos dos indivíduos, focando nos seus estilos de vida e localizando-os no seio das famílias e, no máximo, no ambiente das culturas da comunidade em que se encontram. Neste caso, os programas ou atividades de promoção da saúde tendem a concentrar-se em componentes educativos, primariamente relacionados com riscos comportamentais passíveis de mudanças, que estariam, pelo menos em parte, sob o controle dos próprios indivíduos. Nessa abordagem, fugiriam do âmbito da promoção da saúde todos os fatores que estivessem fora do controle dos indivíduos. Já o segundo grupo de conceituações baseia-se no entendimento que a saúde é produto de um amplo aspecto de fatores relacionados com a qualidade de vida, incluindo um padrão adequado de alimentação e nutrição, e de habitação e saneamento; boas condições de trabalho; oportunidades de educação ao longo de toda a vida; ambiente físico limpo; apoio social para famílias e indivíduos; estilo de vida responsável; e um aspecto adequado de cuidados de saúde (BUSS, 2000, p.166).

Segundo Brasil (1996) em 1977 a Organização Mundial da Saúde (OMS) propôs a seguinte meta “Saúde Para Todos em 2000”. Como decorrência, tanto o cenário brasileiro quanto mundial estabeleceram um debate sobre o conceito de saúde-doença e a estruturação dos serviços de saúde. Um dos aspectos centrais no encaminhamento dessa meta eram o detalhamento e a operacionalização do conceito de equidade, reconhecendo-se como fundamental a superação das desigualdades sociais para melhoria das condições de saúde das populações.

Com isso, foi planejada a I Conferência Internacional sobre Promoção à Saúde, realizada em Ottawa, em novembro de 1986. Teve a participação de trinta e cinco países e resultou na Carta de Ottawa, a qual passou a ser referência ao desenvolvimento das ideias de promoção à saúde em todo o mundo. Esta confirma um conjunto de valores: vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e ação conjunta, entre outros, e como resultado de diversas estratégias, nas quais a melhoria da qualidade de vida e saúde se insere (HEIDMANN et al, 2006).

Na Carta de Ottawa, estão inclusos cinco eixos importantes de atuação para a PS são eles: Elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis; Criação de ambientes favoráveis à saúde; Reforço para a ação comunitária; Desenvolvimento de habilidades pessoais e por fim a Reorientação dos serviços de saúde (BRASIL, 1996).

De acordo com a OMS, há sete princípios que norteiam a promoção da saúde: a concepção “holística” de saúde, a equidade, a intersetorialidade, o empoderamento, a participação social, as ações multi-estratégias e a sustentabilidade.

A Carta de Ottawa, (1986) conceituou Promoção da Saúde como processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-

estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente.

A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a Promoção da Saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global.

Apesar do não cumprimento da meta SPT no ano 2000, houve uma grande aceitação de diversos países, a Carta de Ottawa, fazendo com que aconteçam novas conferências internacionais sobre a PS.

Nesse caso houve outras cinco importantes conferências que resultaram nas bases conceituais e políticas da PS. Com isso, ainda foram desenvolvidos novas conferências regionais e sub-regionais, que foram elaboradas para discutir problemas específicos dos países latino-americanos, que iremos detalhar cada uma delas.

A Segunda Conferência Internacional de Promoção da Saúde aconteceu em Adelaide, Austrália, 1988 reafirmou as cinco linhas de ação da Carta de Ottawa, consideradas interdependentes, mas destacou que as políticas públicas saudáveis estabelecem um ambiente para que as outras quatro possam tornar-se possíveis.

A respeito das políticas públicas saudáveis, enuncia que estas se caracterizam pelo interesse e preocupação explícita de todas as áreas das políticas públicas em relação à saúde e à equidade, e pelos compromissos com o impacto de tais políticas sobre a saúde da população, tendo como principal propósito a criação de um ambiente favorável para que as pessoas possam viver de modo saudável. (BRASIL, 2002).

Nessa conferência, a partir do debate de políticas saudáveis, foram identificadas quatro áreas de ação para promover essas políticas de maneira imediata que são: Apoio à saúde da mulher; Alimentação e Nutrição; Tabaco e Álcool; Criando ambientes saudáveis. Essa última será uma pauta central da próxima conferência, prevista para o ano de XX.

A Terceira Conferência Internacional de Promoção da Saúde aconteceu em Sundsvall, na Suécia 1991, com o tema Ambientes Favoráveis à Saúde. Segundo Heidmann et al, (2006), este conclave evidencia a situação de extrema pobreza e privação, em um ambiente de risco a milhares de pessoas no planeta. Propõe a ação de diversos segmentos da sociedade a se engajarem no desenvolvimento de ambientes físicos, sociais, econômicos e políticos mais favoráveis à saúde. [...] Ressalta que, para promover este ambiente favorável à saúde, é

preciso englobar quatro aspectos importantes: a dimensão social; a dimensão política; a dimensão econômica e a necessidade de reconhecer e utilizar a capacidade e o conhecimento das mulheres em todos os setores, inclusive o político e o econômico.

A Conferência de Sundsvall alerta a comunidade internacional para o estabelecimento de novos mecanismos para a prestação de contas dos setores saúde e ambiente, construídos sobre princípios de um desenvolvimento sustentável da saúde, e sugere que a OMS e a UNEP (Programa Nações Unidas para o Meio Ambiente) desenvolvam guias e manuais baseados nos princípios do desenvolvimento sustentável, para uso dos estados-membros.

Os doadores e agências de financiamento, multilaterais ou bilaterais, como o Banco Mundial e o FMI, devem utilizar tais guias e manuais no planejamento, implementação e avaliação de projetos. Conclui, também, que os temas de saúde, ambiente e desenvolvimento humano não podem estar separados. Desenvolvimento implica na melhoria da qualidade de vida e saúde, ao mesmo tempo em que na preservação da sustentabilidade do meio ambiente. (BRASIL, 2002)

A quarta Conferência Internacional realizada em Jacarta, em 1997, sendo a primeira conferência a convidar representantes do setor privado, e ainda atualiza a discussão sobre o “reforço da ação comunitária” definido na Carta de Ottawa. Teve como tema central a Promoção da Saúde do Século XXI, neste evento ainda foi oferecido um momento para uma reflexão sobre a promoção da saúde, para reexaminar os determinantes da saúde e para identificar as direções e as estratégias necessárias ao enfrentar os desafios da promoção da saúde no século XXI.

Segundo afirma o Brasil (2002) “a saúde é um direito humano fundamental e essencial para o desenvolvimento social e econômico, sendo a promoção da saúde elemento fundamental para o desenvolvimento da saúde”.

Heidmann et al, (2006) destaca que a promoção da saúde deve ser realizada em conjunto com a população, e que para melhorar a capacidade das comunidades e promover a saúde, é necessário que as pessoas tenham direito de voz e mais acesso ao processo de tomada de decisão e às habilidades e conhecimentos essenciais para efetuar a mudança.

Já a quinta Conferência realizada no México em 2000, com o tema “Promoção da Saúde: rumo à maior equidade” vem reforçando a importância das ações de promoção da saúde nos programas e políticas governamentais, no nível local, regional, nacional e internacional. Também assegurou a implementação das ações de promoção e ampliação das

parcerias na área da saúde. Portanto, desenvolveu seu papel para a discussão e desenvolvimento da promoção da saúde no âmbito mundial.

É importante destacar nessa discussão sobre promoção da saúde as Conferências Regionais, Sub-Regionais e Específicas que foram elaboradas para tratar de problemas específicos dos países latino-americanos. A primeira realizada na cidade de Bogotá, na Colômbia em 1992, que produziu um documento chamado de Declaração de Santafé de Bogotá.

Esta Conferência tratou da promoção da saúde na América Latina e afirma que esta busca a criação de condições que garantam o bem-estar geral como propósito fundamental do desenvolvimento, assumindo a relação mútua entre saúde e desenvolvimento. A região, desgarrada pela iniquidade que se agrava pela prolongada crise econômica e pelos programas de políticas de ajuste macroeconômico, enfrenta a deterioração das condições de vida da maioria da população, junto com um aumento de riscos para a saúde e uma redução de recursos para enfrentá-los. Por conseguinte, o desafio da promoção da saúde na América Latina consiste em transformar essas relações, conciliando os interesses econômicos e os propósitos sociais de bem-estar para todos, bem como trabalhar pela solidariedade e equidade social, condições indispensáveis para a saúde e o desenvolvimento. (BRASIL, 2002, p.45)

O conforme ressalta Brasil (2002), ainda ressalta que o papel que corresponde à promoção da saúde consiste não só em identificar os fatores que favorecem a iniquidade e propor ações que diminuam seus efeitos, mas também em atuar como um agente de mudança que induza transformações radicais nas atitudes e condutas da população e seus dirigentes, origem destas calamidades.

A outra conferência aconteceu no Caribe em 1993, mais especificamente no Estado Soberano de Trinidad y Tobago, e vem reforçando a importância da promoção da saúde propõe seis estratégias fundamentais: elaboração de políticas públicas saudáveis; reorientação dos serviços de saúde; “empoderamento” (empowerment) das comunidades para alcançar o bem estar; criação de ambientes favoráveis à saúde; desenvolvimento/ implementação de habilidades pessoais para a saúde; construção de alianças, especialmente com os meios de comunicação (HEIDMANN et al, 2006).

Já no Canadá a Conferência intitulada de Promoção à Saúde da População no Canadá (CPHA), que aconteceu no ano de 1996, se apresentou com um novo discurso de emergência para a saúde, o que iria substituir a nova promoção da saúde para um novo eixo orientador das estratégias de promoção no Canadá.

No Canadá o avanço foi limitado, praticamente concentrando-se num primeiro momento, no quadrante do campo da saúde correspondente aos estilos de vida, com ênfase na

ação individual, fato que foi objeto de amplo criticismo, porque ao mesmo tempo em que poderia influenciar o alcance de uma melhor saúde, estava, por outro lado, culpando a própria vítima por sua possível enfermidade.

Contrário a esse enfoque individual da promoção da saúde surgiu a abordagem social, destacada, entre outros, pelo Relatório de Sir Douglas Black, na Inglaterra, que despertou a atenção internacional para a amplitude da iniquidade social e a relação de classe social com indicadores de morbidade e mortalidade. (BRASIL, 2002)

Por fim e não menos importante, acontece em 1998 em Genebra na Suíça a Conferência chamada de Rede de Mega países, que segundo Heidmann et al, (2006) se constituiu em uma arma poderosa na agenda mundial das políticas de promoção da saúde, pois se estima que, a partir do ano 2000, 11 países terão uma população de 100 milhões ou mais e juntos constituirão mais de 60% de pessoas do mundo. Como meta sugere: melhorar a base de informações da promoção, desenvolvimento da saúde, aumento da intersetorialidade e parcerias para melhorar a distribuição dos recursos para a saúde.

Segundo o Brasil, (2002) a missão da Rede consiste em fortalecer a capacidade de promoção mundial e nacional, no sentido de ampliar a oferta de saúde às populações dos mega países, e também à população mundial. Além de sua unidade assegurar um pacto importante às questões internacionais de saúde, os mega países irão continuar direcionando as suas próprias prioridades nacionais de saúde mais fortes dentro de cada país.

Deste modo, a PS é uma discussão baseada em vários eventos que aconteceram pelo mundo, antiga mas também atual, o discurso feito acerca da Promoção da Saúde deram suporte para o desenvolvimento da saúde em todo o mundo, mesmo sabendo das particularidades que cada região tem em se tratando de saúde e qualidade de vida. Pois, nem todos os problemas são os mesmos, por exemplo, no Brasil um país em “desenvolvimento” quais são os maiores problemas enfrentados na saúde, são os mesmos em um país desenvolvido como os Estados Unidos ou o Canadá?

1.1. Contraponto a Conceituação Hegemônica da Promoção da Saúde

Apesar de todas essas Conferências de Saúde que aconteceram em várias partes do mundo fazerem parte de um marco importante para a Nova Promoção da Saúde baseada em elementos sociais, ambientais e administrada sempre pela Organização Mundial da Saúde (OMS), trata-se de mais um modelo hegemônico progressista se contrapondo ao modelo biomédico e que gira em torno dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS).

As diversas definições de Determinantes Sociais de Saúde (DSS) expressam, com maior ou menor nível de detalhe, o conceito atualmente bastante generalizado de que as condições de vida e trabalho dos indivíduos e de grupos da população estão relacionadas com sua situação de saúde.

Para a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), os DSS são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnico-raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população. A comissão homônima da Organização Mundial da Saúde (OMS) adota uma definição mais curta, segundo a qual os DSS são as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham. (BUSS e PELLEGRINI, 2007, p. 78).

Como já tínhamos citado anteriormente a Nova Promoção da Saúde (NPS) é composta por sete princípios básicos, que são a base de seu desenvolvimento, uma delas é a concepção holística de saúde, que segundo Westphal (2006) é pautada na compreensão da multicausalidade do processo saúde-doença e de seus determinantes sociais.

A equidade também faz parte desses princípios, e segundo Escorel (2014) o termo equidade é uso relativamente recente no vocabulário da Reforma Sanitária Brasileira (RSB). Foi incorporado posteriormente à promulgação da Constituição Federal de 1988, que se refere ao direito de todos e dever do Estado em assegurar o “acesso universal e igualitário às ações e serviços” de saúde. Ainda de acordo com a autora citada o conceito de equidade em saúde foi formulado por Margaret Whitehead incorporando o parâmetro de justiça à distribuição igualitária.

Esses princípios apontam como a NPS vai se desenvolver dentro da política de saúde. Além disso, os princípios ainda possuem um caráter ambíguo, que não necessariamente consistem em posicionamentos progressistas em termos ideopolíticos, mas implicam uma diversidade de abordagens que necessitam ser apreendidas e analisadas (COSTA, 2014).

Por isso, devemos conhecer o que cada princípio vem desenvolver dentro da NPS, por esse motivo vamos conhecer outro princípio, a intersetorialidade, que se mostra, como uma

forma de apontar as necessidades de superar abordagens setoriais, posto que a NPS ultrapasse os cuidados de saúde, inserido a temática sanitária na agenda de prioridades dos políticos e dirigentes em todos os níveis e setores (VASCONCELOS, 2013, p. 79).

Já o empoderamento tem como objetivo dentro da NPS, o aumento das “opções disponíveis para que as populações possam exercer maior controle sobre sua própria saúde e sobre o meio ambiente, bem como fazer opções que conduzam a uma saúde melhor” (BRASIL, 2002, p. 23-24). Segundo Costa (2014) isso ocorreria através do apoio ao desenvolvimento pessoal e social pela via da divulgação de informação, educação para a saúde e intensificação das habilidades vitais.

A participação social vem tratar da participação de todas as pessoas que são envolvidas na saúde, como todos os cidadãos que fazem parte da comunidade, profissionais de saúde, governantes entre outros setores, pois, dessa maneira a responsabilidade por essa NPS torna-se compartilhada entre todos. Com isso a NPS se desenvolve via “ações comunitárias concretas efetivas no desenvolvimento das prioridades, na tomada de decisão, na definição de estratégias e na sua implementação, visando à melhoria das condições de saúde” (BRASIL, 2002, p. 23).

O penúltimo princípio da NPS traz ações multi-estratégicas que se mostra como uma forma burocrática de organização da NPS. De acordo com o Brasil, (2002) “a política de Promoção da Saúde combina diversas abordagens complementares, que incluem legislação, medidas fiscais, taxações e mudanças organizacionais”.

E por último vem a sustentabilidade, que é uma forma de desenvolvimento e sustentação econômica e ambiental dentro dos programas de PS, conciliando dentro desse princípio saúde, ambiente e desenvolvimento humano setores esses que se mostram não poderem se separar. Dentro desse contexto, esse desenvolvimento implica melhoria da qualidade de vida e saúde, bem como preservação da sustentabilidade do meio ambiente (BRASIL, 2002).

Todos esses princípios tornam-se importantes para o desenvolvimento da NPS, mas por outro lado existem pontos que fazem parte de um contexto neoliberal com bases mercadológicas, tirando o foco do Estado de responsabilidade pela saúde de todos os cidadãos e muitas vezes responsabilizando o próprio indivíduo e o meio em que vivem como culpados pelas doenças adquiridas. Além de incorporar elementos que as forcem a focalização e a seletividade.

Esse modelo de Nova Promoção da Saúde (NPS) vem responsabilizar o indivíduo pelo cuidado com a sua saúde, envolvendo os indivíduos em um novo modo de “vida salutar”. Fazendo pressão para as pessoas buscarem atividades físicas, para comerem comidas saudáveis, para realizarem exames anuais, entre outros, não que esses hábitos não sejam importantes para a saúde, mas tantas informações fazem com que as pessoas comecem a ter uma preocupação exagerada por saúde e muitas vezes pensar que adoecer é uma questão de escolha e das atitudes individuais, o que não é verdade.

De acordo com (BERLINGUER, 1993, apud Vasconcelos e Schmailer, 2014) aponta que, embora muitas enfermidades tenham o comportamento individual como determinante tal comportamento “não é mutável com um relacionamento pedagógico puro, com conselho pessoal, como se pretende, comumente, com o termo educação sanitária”. Antes, resulta de condicionamentos psicológicos, de relacionamentos reais (trabalho, residência, alimentação, etc.) e “não pode, portanto, ser atribuído a ‘hábitos nocivos’, a vícios individuais”, mas se refere às questões mais amplas da organização da vida social.

Toda essa discussão em torno da NPS traz à tona um interesse mercadológico do sistema capitalista, pois, aumenta a procura por alimentos saudáveis, por academias, porque fazer atividades físicas se tornou tão importante quanto tomar água, a mídia também impõe a imagem de pessoas saradas com corpos perfeitos e que todos nós devemos ter, relacionando sempre a saúde com a estética com a juventude, fazendo com que muitas vezes nos tornemos escravos do conceito saúde a qualquer preço.

E com essa expansão em torno de promover saúde ou que tudo é saúde se tira o foco e a responsabilidade do Estado para com os recursos voltados a saúde, fazendo com que esses recursos sejam usados para outras políticas sociais. Como alerta (CAMARGO JR, 2007, p.71) do ponto de vista das políticas públicas, este “expansionismo sanitário” acaba se traduzindo no desvio de recursos da atenção à saúde, onde legisladores e o Executivo (federal e estadual) propuseram que os mesmos fossem aplicados, para os mais variados tipos de programa de cunho assistencialista, já que “saúde é tudo”.

Embora que a Nova Promoção da Saúde (NPS) busque muitas vezes culpar o indivíduo por não cuidar de sua saúde e de transformar a saúde em uma forma de mercadoria, ela possui um papel importante dentro do cenário internacional, nacional e principalmente dentro das políticas públicas de saúde com seus princípios básicos. Mas, se faz necessário, estudos aprofundados sobre a relação entre Promoção da Saúde e Reforma Sanitária, bem como a discussão sobre PS que podem fortalecer o Sistema Único de Saúde (SUS).

De acordo com Costa; VASCONCELOS (2014) o debate e as ações em torno da Promoção da Saúde, apesar de polissêmicos e polifônicos, impregnados dos mais distintos interesses políticos, se fundados nas proposições do Movimento de Reforma Sanitária, podem contribuir para o fortalecimento do SUS.

CAPÍTULO II

2. A Promoção da Saúde e o projeto de Reforma Sanitária Brasileira

O Movimento da Reforma Sanitária no Brasil se definiu como uma estratégia política, através do processo de redemocratização que passava o país na década 1980. E com a 8ª Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986, que se tornou um marco na história do Brasil, principalmente quando foi promulgada a Constituição Federal Brasileira em 1988, dando início a criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Scorel (2008) coloca que o movimento sanitário, foi um movimento de profissionais da saúde – e de pessoas vinculadas ao setor que compartilha o referencial médico-social na abordagem dos problemas de saúde e que, por meio de determinadas práticas políticas, ideológicas e teóricas, busca a transformação do setor saúde no Brasil, em prol da melhoria das condições de saúde e de atenção à saúde da população brasileira, na consecução do direito de cidadania.

A autora ainda ressalta que havia na composição originária do movimento sanitário, três vertentes principais: o movimento estudantil e o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES); os movimentos de Médicos Residentes e de Renovação Médica, e os profissionais das áreas de docência e pesquisa das universidades. A primeira caracteriza-se por difundir a teoria da medicina social. A segunda significou a atuação política na arena concreta do mundo do trabalho. A terceira construiu o marco teórico – o referencial ideológico – do movimento, e nela se formaram os agentes reprodutores e os novos construtores deste marco.

Em 1979, acontece o I Simpósio Nacional de Política de Saúde, realizado pela Comissão de Saúde da Câmara de Deputados. Já em 1980 é realizada a 7ª Conferência Nacional de Saúde com o tema “A extensão das Ações de Saúde através de Serviços Básicos”. O encontro teve como finalidade discutir as propostas do governo quanto às ações empreendidas pelo Ministério da Saúde.

Como resultado da Conferência, o Governo deveria apresentar um plano de ação, o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE). (...) visando à reestruturação e ampliação dos serviços de saúde em termos nacionais e universais da demanda. (...) O PREV-SAÚDE incorporou o ideário do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste (PIASS). (...) e avançou com relação à política de financiamento, reconhecendo oficialmente a necessidade de reformulação das prioridades e alteração dos métodos da política nacional de saúde, que mantinha um modelo caótico, elitista e corruptor não

atendendo os interesses da população e dos trabalhadores do setor (BRAVO, 2001, p. 52).

Com o agravamento da crise do sistema de saúde previdenciário, as iniciativas de extensão de cobertura assistencial a nível estadual e municipal foram reforçadas pelo governo. O próprio governo elaborou um plano de reorganização da assistência à saúde, com características muito semelhantes ao Projeto da Reforma Sanitária, prevendo a implantação de uma rede de serviços básicos, com a descentralização do setor, participação popular e integração dos Ministérios de Saúde e da Previdência. Esse projeto, discutido em 1980, chamou-se PREV-SAÚDE e, devido às pressões sofridas acabou não sendo posto em prática (RONCALLI e SOUZA, 1998).

Mesmo com pressupostos progressistas, tais como: extensão da cobertura; integração dos serviços existentes nos níveis de complexidade; regionalização do atendimento por áreas e populações definidas, o PREV- SAÚDE foi marcado pela “ambiguidade, sendo apontado como, progressista – autoritário”, pois foi elaborado pela tecnocracia, mas dissociado da sociedade civil, formulado de forma sigilosa e, antes de se tornar público, alterado na sua essência” (BRAVO, 2001, p. 54).

Segundo Roncalli (2003), em 1981 o Plano CONASP (Conselho Consultivo de Administração da Saúde) incorpora algumas propostas da Reforma Sanitária, como as Ações Integradas de Saúde (AIS), certamente uma das primeiras experiências de sistema mais integrado e articulado.

O mais interessante do CONASP é que o Conselho assume uma postura crítica diante da situação da saúde pública naquele momento. “O CONASP reconhece a privatização e a ociosidade de setor público, (...) recupera princípios gerais que constaram do PREV-SAÚDE, tais como a regionalização, a hierarquização, a desburocratização e a valorização dos recursos humanos do setor público” (BRAVO, 2001, p.54).

Já as AIS propiciaram o surgimento das Comissões Interinstitucionais de Saúde (CIS), os embriões dos atuais Conselhos de Saúde e foram a base para a implantação, mais tarde, do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), a primeira aproximação estratégica para o Sistema Único de Saúde (SUS) (RONCALLI e SOUSA, 1998).

Segundo Paim (2009), durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, foram sistematizados e debatidos por quase cinco mil participantes diversos estudos e proposições para a RSB. O relatório final do evento inspirou o capítulo “Saúde” da

Constituição Federal de 1988, desdobrando-se, posteriormente, nas Leis Orgânicas da Saúde (8.080/90 e 8.142/90), que permitiram à implantação do SUS.

Direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade (BRASIL, 1986).

A Assembleia Constituinte na elaboração da nova Carta Magna, incorporou boa parte das propostas da conferência, concretizando propostas da Reforma Sanitária no plano jurídico-institucional. A Constituição-Cidadã, como ficou conhecida, incluiu no capítulo da Seguridade Social, a saúde, como direito de todos e dever do Estado, moldando as diretrizes do SUS (RONCALLI, 2003).

A proposta do SUS está vinculada a uma ideia central: todas as pessoas têm direito a saúde. Este direito está ligado à condição de cidadania. Não depende do “mérito” de pagar previdência social (seguro social meritocrático), nem de provar condições de pobreza (assistência do sistema de proteção), muito menos da caridade (filantrópica). 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 (PAIM, 2009, p. 43).

De acordo com Paim (2009), o SUS é apenas uma das respostas sociais aos problemas e necessidades de saúde da população brasileira. Ao lado dele, políticas econômicas, sociais e ambientais são fundamentais para a promoção da saúde e a redução de riscos e agravos. Reformas Sociais, como a Reforma Agrária, a Reforma Urbana, a Reforma Educacional, a Reforma Política e a Reforma Tributária, constituem intervenções de amplo alcance, que ultrapassam as possibilidades do SUS.

O Movimento pela Reforma Sanitária no Brasil trouxe a discussão em torno da Promoção da Saúde, ou seja, uma forma de pensar e de atuar articuladas as demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de proteção social. A perspectiva da promoção visa a construção de ações, capazes de responder as demandas sociais em saúde e procura atentar para os fatores determinantes e condicionantes do processo saúde-doença, com o objetivo de promover uma melhoria na qualidade de vida dos cidadãos e estimular a participação popular nas decisões sobre os rumos da política do setor.

Da luta travada pela Reforma Sanitária, nasceu SUS em 1988, instrumento importante na estratégia de promoção da saúde, à medida que possibilitou o enfoque nos aspectos que

determinam o processo de saúde-adoecimento em nosso país, que corresponde a um conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público. A iniciativa privada poderá participar do SUS em caráter complementar.

O SUS, segundo o artigo 198 da Constituição Federal (1998), é definido como um conjunto de

[...] ações e serviços públicos de saúde que integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: Descentralização, com direção única em cada esfera de governo; Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; Participação da comunidade.

Assim como é demonstrado no texto constitucional, a concepção do SUS é baseada na formulação de um modelo de saúde voltado para as necessidades da população, procurando resgatar o compromisso do Estado para com o bem-estar social, especialmente no que se refere à saúde coletiva, consolidando-se como um dos direitos da cidadania.

Apesar da definição do SUS na Constituição Federal de 1988, sua regulamentação só veio em 19 de setembro de 1990, através da Lei 8.080, que define o modelo operacional e propõe a forma de organização e funcionamento (POLIGNANO, 2008). O SUS, garantido pela Constituição e regulado pela Lei Orgânica da Saúde, que prevê um sistema com princípios doutrinários e organizativos.

Os princípios doutrinários dizem respeito às ideias filosóficas que permeiam a implementação do sistema e personificam o conceito ampliado e de direito à saúde, sendo elas a universalidade, a integralidade e a equidade. O princípio da universalidade supõe o direito à saúde para todos, incluindo acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência. Já a integralidade da assistência é entendida como um conjunto de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema (PAIM, 2009).

Paim (2009) questiona sobre o significado da equidade como um dos princípios do SUS. Pois, para ele a equidade não consta entre os princípios que norteiam o SUS, seja na Constituição, seja na Lei Orgânica da Saúde: o princípio central nesses marcos legais é a igualdade. Sem entrar na polêmica acerca das diversas conotações da noção de equidade, o SUS poderia atender as pessoas e as coletividades de acordo com as suas necessidades, mediante a diretriz de utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridade, a alocação de recursos e a orientação programática (PAIM, 2009).

Mas, a equidade na conceituação “oficial” significa “assegurar ações e serviços de todos os níveis de acordo com a complexidade que cada caso requeira, more o cidadão onde morar, sem privilégios e sem barreiras” (BRASIL, 1990). Na Constituição Federal, a equidade foi definida como igualdade de acesso (BRASIL, 1998).

Entre as diretrizes estabelecidas pela lei, além daquelas aprovadas na Constituição-- descentralização, integralidade e participação da comunidade--, destacam-se as seguintes: a divulgação de informações; a regionalização e a hierarquização da rede de serviços de saúde; a integração, em nível executivo, das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico; e a organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos (PAIM, 2009).

De acordo com Paim (2009) nos primeiros anos de implantação do SUS, muita ênfase foi concedida à descentralização e a busca de financiamento. Poucas foram as iniciativas para a organização dos serviços e para a reorientação do modelo de atenção. Desse modo, as redes regionalizadas e hierarquizadas propostas pela Constituição e Lei Orgânica da Saúde ainda se encontram muito incipientes.

A partir de sua implantação, quando recebido pelo sistema de saúde, o usuário será encaminhado para um serviço de saúde de referência daquela região. O acesso à população ocorre preferencialmente pela rede básica de saúde (Atenção Básica), e os casos de maior complexidade são encaminhados aos serviços especializados, que podem ser organizados de forma municipal ou regional, dependendo do porte e da demanda do município.

O grande desafio é a incorporação do conceito de PS, enquanto Determinação Social sem culpabilizar o indivíduo pelas ações de saúde.

2.1. Breve Contextualização do Serviço Social na Saúde

No que diz respeito ao Serviço Social na política de saúde, é importante enfatizar a atuação dos profissionais de Serviço Social na área de saúde na década de 1970. Nessa época, a política de saúde no Brasil também sofreu alterações conceituais e práticas, fruto da mobilização e da luta dos trabalhadores e usuários dos serviços, em defesa de uma Reforma Sanitária capaz de modificar o modelo assistencial dominante, pautado na visão mercadológica do processo saúde-doença.

A realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, resultante desta movimentação, estabelece como princípios para o redirecionamento da política do setor: a

saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado; o acesso é universal e os bens e serviços devem promover e recuperar a saúde da população.

Segundo Matos (2013), a inserção do Serviço Social nos serviços de saúde se deu por meio de uma busca de construção do exercício profissional a partir do modelo médico clínico. Assim, o Assistente Social foi identificado (em conjunto com outras profissões, no contexto da cooperação vertical), como aquele que podia contribuir para o aperfeiçoamento do trabalho do médico. A relação era pautada numa perspectiva de complementaridade, onde o gestor era médico. Daí muito ter se usado, a categoria de paramédico para definir os outros profissionais não médicos que trabalhavam na saúde.

Atualmente a intervenção do profissional de Serviço Social é perpassada por necessidades e demandas que precisam ser desmistificadas, articuladas ao contexto mais amplo de desenvolvimento da sociedade, e assim, aos diferentes sujeitos sociais portadores de diferentes projetos societários.

O não entendimento das particularidades que envolvem a profissão, pode contribuir para o mascaramento das suas reais implicações no jogo de forças da sociedade, favorecendo em consequência, um projeto profissional e societário antagônico aos interesses dos usuários dos serviços sociais.

No contexto atual, esta intervenção deve ser pensada ainda, a partir das consequências advindas da reestruturação produtiva sobre o mundo do trabalho, que atinge a todos os trabalhadores, sejam aqueles inseridos em instituições públicas ou privadas.

Antunes (2009) argumenta que a precarização do mundo do trabalho acirra-se a partir das inovações tecnológicas, intensificadas com a instauração de novos modelos de organização e gestão da produção e da força de trabalho, cujas expressões são visualizadas na flexibilização das relações de trabalho, no trabalho temporário, fragmentado e terceirizado.

Do ponto de vista da demanda institucional, o mercado tem reforçado o requisito por um profissional mais técnico, voltado predominantemente, para o nível da execução, o que reforça, do ponto de vista do Serviço Social, um perfil profissional burocrático e empirista, reduzindo a intervenção do assistente social ao mero emprego. (IAMAMOTO, 2009).

É preciso que o sujeito profissional tenha competência para propor, para negociar com a instituição seus projetos, para defender o seu campo de trabalho, suas qualificações e funções profissionais. Para isso, é necessário que o profissional ultrapasse as rotinas institucionais e busque apreender o movimento da realidade para detectar tendências e

possibilidades nelas presentes, que são passíveis de serem impulsionadas no âmbito da profissão (IAMAMOTO, 2009).

O Código de Ética da Profissão apresenta ferramentas fundamentais para a ação dos assistentes sociais na saúde, em todas as suas dimensões: na prestação de serviços diretos à população, no planejamento e na assessoria. O projeto profissional, de acordo com Netto (1999, p. 95) apresenta a.

[...] autoimagem de uma profissão, elege [...] os valores que a legitimam socialmente, delimita [...] e prioriza [...] seus objetivos e funções, formula [...] os requisitos (teóricos, práticos e institucionais) para o seu exercício, prescreve [...] normas para o comportamento dos profissionais e estabelece [...] as bases das suas relações com os usuários de seus serviços, sociais privadas e públicas.

É neste sentido que MATOS, (2003), BRAVO e MATOS, (2004) se reportam à intervenção do Assistente Social na área da saúde, quando afirmam que este deve buscar uma ação necessariamente articulada a outros segmentos que defendem o aprofundamento do Sistema Único de Saúde (SUS); deve formular estratégias que busquem reforçar ou criar experiências que efetivem o direito social à saúde, atentando para o fato de que se esta intervenção tomar por referência o Projeto Ético Político Profissional deve necessariamente, se articular ao Projeto da Reforma Sanitária.

2.2 A implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF), o Serviço Social e a Promoção da Saúde na Unidade Básica Saúde da Família (UBSF) do José Pinheiro I em Campina Grande Paraíba.

Paim (2009) afirma que o SUS é um dos maiores sistemas público de saúde do mundo e desenvolve uma das propostas de atenção primária de saúde mais abrangente, por meio do Programa de Saúde da Família (PSF), que foi estruturado pelo Ministério da Saúde a partir de 1994.

O referido Programa busca a integração entre ações preventivas e curativas para cada seiscentas a mil famílias em territórios definidos, contando com o trabalho de equipes constituídas, basicamente, por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). A Política Nacional de Atenção Básica, formalizada em 2006, propõe que o PSF seja utilizado como uma estratégia para reorganização da atenção básica.

No início de sua implantação os PSFs se consolidaram em municípios de pequeno porte, que não tinham nenhum tipo de serviço de saúde instalado. Já nas grandes cidades houve dificuldades para sua implantação, pois, a população era maior, havia complexos perfis

de saúde-doença, uma rede assistencial desarticulada e mal distribuída e uma grande parcela da população excluída do acesso aos serviços de saúde (ESCOREL et al, 2007).

Concebido inicialmente como um programa, a partir de 2006, no governo Lula, o PSF passa a ser denominada Estratégia Saúde da Família (ESF). Parte-se da compreensão de que o termo programa, aponta para uma atividade com início, desenvolvimento e finalização, algo provisório. Assim, o PSF deixa de ser entendido e designado como um programa, e torna-se a estratégia principal de organização do sistema de saúde no país com foco principal na atenção básica. Tal mudança expressa, em grande medida, o grau de importância que a Saúde da Família adquiriu com o passar do tempo na agenda governamental. (GAZIGNATO; SILVA, 2014, p.227).

Apesar das limitações em torno da Estratégia Saúde da Família, ela vem se consolidando como uma Política Nacional. Em Campina Grande-PB, sua implantação se deu no ano 1994, baseado na experiência da cidade de Niterói-RJ, com o projeto “Médico da Família”, copiado do modelo cubano de Atenção Básica à Saúde. Particularmente no município de Campina Grande-PB segundo a Secretaria Municipal de Saúde (1994) no período de implantação, o Programa contava com cinco equipes, sendo três delas localizadas no Bairro do Pedregal e duas no Bairro do Mutirão. Uma dessas últimas equipes posteriormente foi deslocada para o Bairro do Tambor. Os critérios utilizados na seleção dos bairros onde seria implantado o Programa, tomaram por base dados epidemiológicos, tais como: altos índices de desnutrição e mortalidade, carência de acesso aos serviços de saúde, entre outros.

Em se tratando dos profissionais, estes ingressaram no Programa através de um processo seletivo simplificado, que incluiu uma prova escrita, uma dissertação com o tema baseado no Programa, além de entrevista e da prova de títulos. As contratações foram feitas pelo regime celetista (Consolidação das Leis do Trabalho - CLT).

O processo envolveu ainda, uma capacitação profissional, por um período de duas semanas, com abordagem de temas relacionados ao Programa, como o relacionamento com a comunidade, a atenção primária em saúde, a legislação do SUS, e as visitas às comunidades. Só a partir de 2003, é que foram inseridos novos profissionais no PSF, como o cirurgião-dentista, o Auxiliar de Consultório Dentário (ACD) e o Assistente Social, sendo um profissional para cada equipe. O fisioterapeuta só foi incluído nas equipes um ano depois.

Em janeiro de 2008, com o objetivo de ampliar a capacidade resolutiva da Estratégia Saúde da Família, o Departamento de Atenção Básica (DAB), através da Portaria GM/MS N°.

154, criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Assim, tanto os NASFs como as ESFs que funcionam em Unidades Básicas Saúde da Família (UBSF), são compostos por vários profissionais de diversas áreas do conhecimento. Trata-se de equipes multidisciplinares que devem compartilhar saberes e práticas em saúde e é neste sentido que se coloca a contribuição do Assistente Social, um profissional que ao lidar com as expressões da questão social, tem possibilidades de desenvolver um trabalho que considere a saúde como uma destas expressões.

Para Vasconcelos (2008), em Campina Grande-PB, o principal argumento na reivindicação para a inserção de tal profissional era a contribuição da profissão para o campo da Promoção da Saúde, no sentido de incorporar profissionais que contribuíssem para que o processo de trabalho na ESF ultrapassasse a abordagem tradicional. Não obstante, cumpre enfatizar que havia o entendimento de que a PS e o social não são exclusivos de nenhuma profissão e não adiantaria ter, na equipe, a responsabilização por essa demanda para um profissional específico, no caso, o Assistente Social. No entanto, partia-se da necessidade de abordar a problemática de saúde como fenômeno coletivo e da contribuição do Assistente Social para tal processo.

Segundo Vasconcelos; Queiroz e Farias (2014), de forma distinta dos demais profissionais da equipe básica da ESF, cujas atribuições são determinadas pelo Ministério da Saúde, as dos profissionais de Serviço Social foram elaboradas localmente – com base nos princípios do SUS e da ESF, bem como nos instrumentos normativos profissionais, como o Código de Ética e a Lei de Regulamentação da Profissão. Como mostra Ribeiro et al (2006) citado por Vasconcelos; Queiroz e Farias (2014, p.419), tais atribuições foram assim definidas:

- a) Encaminhar providências, prestar orientações, informações a indivíduos, grupos e à população na defesa, ampliação e acesso aos direitos de cidadania;
- b) Prestar assessoria a grupos, entidades e movimentos sociais existentes na comunidade, viabilizando o processo de mobilização, organização e controle social;
- c) Desenvolver ações socioeducativas e culturais com a comunidade;
- d) Identificar as potencialidades existentes na comunidade, bem como os recursos institucionais, estimulando as ações intersetoriais, para a melhoria da qualidade de vida da população;
- e) Identificar, implementar e fortalecer os espaços de controle social na comunidade;
- f) Contribuir para a capacitação e formação de conselheiros (as) de saúde e de outros sujeitos sociais;
- g) Discutir, de forma permanente, junto à equipe de trabalho e à comunidade, o conceito de cidadania, enfatizando os direitos à saúde e as bases que o legitimam;
- h) Elaborar, coordenar e executar capacitação para os profissionais da ESF;

- i) Realizar atendimentos individuais de demandas espontâneas e/ou referenciadas na Unidade Básica de Saúde da família;
- j) Emitir laudos, pareceres sociais e prestar informações técnicas sobre assuntos de competência do Serviço Social;
- k) Planejar, executar e avaliar pesquisas que possam contribuir para a análise da realidade social e para subsidiar as ações do PSF;
- l) Acompanhar, na qualidade de supervisor (a) de Serviço Social, desde que tenha supervisão acadêmica; e
- m) Sistematizar e divulgar as experiências do profissional de Serviço Social no PSF.

Portanto, todas essas atribuições estão vinculadas com as proposições do MRS e também com as do Projeto Ético-Político do Serviço Social (PEPSS). Considerando, pois, a vinculação do Assistente Social com a área da saúde e as contribuições que podem advir desta vinculação para o resgate dos direitos sociais nos propõe a refletir então, em torno desta inserção e sua relação com a perspectiva de promoção da saúde, partindo da avaliação do próprio profissional e dos usuários de seus serviços.

Nosso trabalho teve como campo de pesquisa a UBSF (Unidade Básica Saúde da Família) José Pinheiro I, situada à Rua Severino de Branco, s/n, bairro de José Pinheiro, na cidade de Campina Grande-PB, os dados revelam que sua fundação se deu em setembro de 2006. A referida Unidade é composta por vários profissionais, dentre eles um Assistente Social, que atua ainda em duas outras unidades básicas de saúde.

Segundo Mota (2009) a fragilidade na atuação do Serviço Social nas instituições de saúde se dá pelas várias inquietações associadas à imprecisão da profissão (o que é? o que faz?), cujos traços voluntaristas e empiristas, contribuíram para desqualificação teórica e técnica do serviço social na área da saúde.

As demandas postas aos Assistentes Sociais apresentam diferentes níveis de complexidade, indicando a necessidade de ação destes profissionais numa perspectiva coletiva, articulada as equipes multiprofissionais. As demandas que chegam precisam ser consideradas em relação às condições objetivas sob as quais se desenvolvem a prática profissional, a exemplo do trabalho assalariado e da desresponsabilização do poder público para com a garantia dos direitos sociais, que deveriam ser viabilizados através das políticas e programas sociais.

CAPÍTULO III

3. A Inserção do Assistente Social na Unidade Básica Saúde da Família e sua relação com a Perspectiva de Promoção da Saúde

Nesta seção, iremos apresentar os procedimentos metodológicos utilizados na pesquisa, assim como os resultados e análises da pesquisa de campo junto a Unidade Básica Saúde da Família do José Pinheiro I em Campina Grande-PB através da Inserção do Assistente Social nesse espaço sócio-ocupacional. Para tanto, destacamos alguns aspectos históricos, geográficos, econômicos e sociais da referida unidade de saúde.

3.1 Procedimentos metodológicos e instrumentos de coleta de dados

Esta parte do trabalho monográfico tem como finalidade, esclarecer o tipo de pesquisa utilizada no decorrer do nosso estudo. A fonte de coleta de dados utilizada foi a de campo, que de acordo com Gil (2008, p. 55) esse tipo de estudo “se caracteriza pela interrogação direta das pessoas cujo comportamento se deseja conhecer”. Utilizamos o método qualitativo, e nessa perspectiva, buscamos analisar a realidade social investigada, partindo de uma perspectiva crítica. Esta se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado, trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes (MINAYO, 2001).

De acordo com Minayo (2002) a metodologia define-se como sendo o caminho e os instrumentos próprios para abordar a realidade, incluindo concepções teóricas da abordagem, que permitem a compreensão da realidade, além de incluir a criatividade do pesquisador como instrumento a ser utilizado. Na mesma linha, Bruyne (1991 p. 29) diz que a:

“metodologia deve ajudar a explicar não apenas os produtos da investigação científica, mas principalmente seu próprio processo, pois suas exigências não são de submissão estrita a procedimentos rígidos, mas antes da fecundidade na produção dos resultados”.

As informações que foram coletadas visaram analisar a inserção do Assistente Social na Unidade Básica Saúde da Família e sua relação com a perspectiva de Promoção da Saúde e tem como objetivos específicos: 1) analisar as atribuições do assistente social na Unidade do José Pinheiro I; 2) identificar as principais demandas dos usuários desta Unidade, dirigidas ao

assistente social; 3) relacionar e analisar demandas e respostas profissionais a partir das condições objetivas de trabalho do Assistente Social, na referida Unidade de Saúde e a relação que estabelecem com a perspectiva de Promoção da Saúde.

Para elucidar as questões, foi preciso trazer algumas discussões como, por exemplo, um breve conceito sobre promoção da saúde, passando pelos congressos internacionais e seu desenvolvimento no Brasil, a política de saúde no Brasil, a construção do Movimento de Reforma Sanitária, a criação do SUS, implantação das ESFs e o serviço social nas UBSF.

Para trazermos tais discussões para o corpo deste trabalho, foi necessário tomarmos como indispensável, o uso da pesquisa bibliográfica, que nos propiciou uma sustentação teórica necessária para a análise dos dados coletados. Segundo Gil (1996), a pesquisa bibliográfica é desenvolvida a partir de material já elaborado, constituído, principalmente de livros e artigos científicos.

O autor salienta que, em quase todos os estudos, seja exigido algum tipo de pesquisa desta natureza. Existem pesquisas desenvolvidas exclusivamente a partir de fontes bibliográficas. A mesma é indispensável nos estudos históricos e em muitas situações, não há outra maneira de conhecer os fatos passados, senão com base em dados secundários. (GIL, 1996).

Para podermos desenvolver uma boa pesquisa de campo é imprescindível que o pesquisador tenha domínio do assunto, ou seja, tenha feito sua pesquisa bibliográfica, para que no ato da entrevista possa captar as respostas com clareza e nos mínimos detalhes.

Foi utilizado na coleta de dados, o formulário para delineamento do perfil dos entrevistados e a entrevista semiestruturada, por favorecer uma maior espontaneidade e liberdade na expressão do pensamento dos participantes. Desta forma, “o informante, seguindo espontaneamente a linha de seu pensamento e de suas experiências dentro do foco principal colocado pelo investigador, começa a participar na elaboração do conteúdo da pesquisa” (TRIVIÑOS, 2010, p. 146).

A pesquisa foi realizada entre setembro de 2012 e outubro de 2014, participaram da pesquisa 01 (um) Assistente Social e 05 (cinco) usuários. Pensamos para, nossa pesquisa que seria interessante um pequeno número de usuários, pois o enfoque do nosso trabalho é sobre a PS e o trabalho do Assistente Social, e esse número de usuários seria o suficiente para a realização da pesquisa. O Assistente Social trabalha na UBSF do José Pinheiro I, onde foi realizada a pesquisa. Já os usuários que frequentam a UBSF, por sua vez, foram escolhidos para participarem da pesquisa, por estarem desde a fundação e por frequentarem regularmente

a unidade de saúde e terem mais contato com a Assistente Social da UBSF, como também, por fazerem parte de alguns grupos que são coordenados pela Assistente Social, como os grupos de gestantes, de saúde mental e de planejamento familiar e além de serem coordenados pela Assistente Social, também são coordenados pela enfermeira.

3.1.2 O Locus da Pesquisa

Nossa pesquisa, foi realizada na cidade de Campina Grande-PB, como já tínhamos citado em outro momento, localizado no interior do Estado da Paraíba, no agreste paraibano, a cidade de Campina Grande possui, aproximadamente, 385.213 habitantes (IBGE/2010). A cidade começou a ser povoada por volta de 1697, sendo a segunda cidade mais populosa do Estado, depois da capital João Pessoa.

O município possui uma área de 970 km², situa-se a uma altitude aproximada de 560 metros acima do nível do mar, na região oriental do Planalto da Borborema.

Além de se destacar em vários aspectos, como por exemplo, na prestação de serviços, no comércio varejista, culturas agrícolas, pecuárias, são consideradas uma referência na produção de tecnologia. No campo da saúde também se torna uma referência para outras cidades do interior da Paraíba.

Atualmente a cidade de Campina Grande possui cerca de 16 hospitais, nos quais estão distribuídos entre hospitais públicos, privados e filantrópicos, e conta com mais de 90 Unidades Básicas de Saúde da Família dentre elas a UBSF do bairro José Pinheiro, onde foi desenvolvida nossa pesquisa de campo.

3.1.3 A Contextualização da Unidade Básica Saúde da Família (UBSF) José Pinheiro I

A UBSF José Pinheiro I, como já foi citada anteriormente, foi fundada em setembro de 2006, no qual conta atualmente com duas equipes, ambas multidisciplinares, compostas por 02 médicos, 02 enfermeiras, 02 auxiliares de enfermagem, 12 agentes comunitários de saúde, 01 cirurgião dentista, 01 auxiliar de consultório dentário e 01 Assistente Social.

A referida UBSF desenvolve atividades junto aos usuários, como: atividades educativas de diversos assuntos (escolhidos pelos próprios usuários), conta com o grupo de saúde mental, grupo de idosos, grupo de gestantes e planejamento familiar. Além da entrega de medicamentos, pré-natal, exames ginecológicos, verificação da pressão arterial e o acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família.

3.2 Análises dos dados e os Resultados da Pesquisa de Campo

Nossa pesquisa foi desenvolvida com dois tipos de sujeitos, 01 Assistente Social e 05 usuários. E, identificamos cada um da seguinte maneira: a Assistente Social (A.S) e os usuários (entrevistada 1, 2, 3, 4 e 5).

Portanto, iremos apresentar os dados coletados durante a realização da pesquisa, destacando o perfil da Assistente Social que é formada em Serviço Social desde 1993, fez duas especializações em Política Pública de Saúde uma em 2006, com a temática: O papel do Assistente Social numa equipe Multiprofissional dentro da Atenção a Violência Intrafamiliar. E recentemente, em 2014 a temática trabalhada foi: Promoção da saúde mental em uma equipe da saúde da família. Há doze anos atua como Assistente Social, sendo nove anos como educadora social, fazendo o papel de Assistente Social, mas sua carteira foi assinada como educadora social.

A A.S é formada desde 1993, ano de reconhecimento do Serviço Social, com a Lei nº 8.662/93 que regulamenta a profissão, fazendo com que todos os Assistentes Sociais possam exercer a profissão em todas as áreas, inclusive na área da saúde.

Com a criação e a construção continua do Projeto Ético Político (PEP), o Serviço Social foi buscar novos rumos para legitimar a profissão, fazendo com que o Assistente Social conheça suas competências e atribuições, deixando de serem considerados educadores sociais para se tornarem Assistentes Sociais com base nas dimensões teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa, ou seja, intelectuais capazes de atuar nas mais diversas áreas, tendo uma compreensão acerca das diversas questões sociais, que norteiam a profissão.

Para Netto (1996) o perfil do Assistente Social, já não seria (conforme os projetos conservadores que marcaram a história da profissão) um técnico treinado para intervir com eficácia, mas “um intelectual que, habilitado para operar numa área particular, compreende o sentido social da operação e a significância da área no conjunto da problemática social”.

Apesar de todas essas questões que são levantadas na trajetória do Serviço Social e da importância do conhecimento para a profissão, não devemos nos esquecer da prática, pois é no cotidiano do exercício profissional que encontramos vários obstáculos, como é o caso da A.S da UBSF do José Pinheiro I, que referenciava várias equipes e que muitas vezes ficava impossibilitada de executar suas ações.

É importante conceituarmos que a vida cotidiana é uma questão fundamental à prática profissional dos Assistentes Sociais, ou seja, espaço da práxis, pois, é nesse espaço que se consolidam e se transformam as condições de vida onde incidem as práticas profissionais. E que muitas vezes os Assistentes Sociais buscam a totalidade fora da vida cotidiana, privilegiando os espaços das relações complexas de produção e dominação, e ignorando o palco de mediações entre o particular e o global, o singular e o coletivo.

Carvalho e Netto (2000, p. 52) ensinam que:

Ela (a profissão) não atua sobre uma única necessidade humana (tal qual o dentista, o médico, o pedagogo...) nem tampouco se destina a todos os homens de uma sociedade, sem distinção de renda ou classe. Sua especificidade está no fato de atuar sobre todas as necessidades humanas de uma dada classe social, ou seja, aquela formada pelos subalternos, pauperizados ou excluídos dos bens, serviços e riquezas dessa mesma sociedade.

Ainda de acordo com Carvalho (2000), os profissionais de Serviço Social atuam basicamente na trama das relações de conquista e apropriação de serviços e poder pela população excluída e dominada.

E justamente essa população dominada e excluída que a A.S trabalha há seis anos na UBSF José Pinheiro I, e ainda atua como Assistente Social em outras UBSFs, dando cobertura a 08 equipes sendo reduzida para 05 equipes após a inserção do NASF. Segundo a A.S o número de equipes era excessivo e impossibilitava algumas ações.

Atualmente conseguimos reduzir para três equipes após justificarmos a impossibilidade de darmos continuidade de algumas ações sistemáticas com o número excessivo de equipes. Efetivamente trabalho junto à UBSF José Pinheiro I com uma carga horária de 16h (atualmente não estou trabalhando mais nesta unidade) já nas outras UBSFs com carga horária de 40h, com um dia de folga, por isso efetivamente trabalho 32h semanais, mas sem rigor na entrada e saída. (A.S, 2014).

Segundo Vasconcelos et al (2009), a inclusão dos Assistentes Sociais na ESF (chamada atualmente de UBSF), até a criação dos (NASF), foram incipientes em nível nacional. Entre os locais que inseriram tais profissionais nas equipes básicas, que se apresentaram como contínuas e que tiveram divulgação nacional, pudemos localizar apenas os municípios de Campina Grande/PB e Aracaju/SE.

Com isso, podemos evidenciar que essa inserção ainda está acontecendo em outros municípios, que o Assistente Social vem se mostrando de forma ainda tímida dentro das

UBSFs e que foi através da criação do NASF, que esse profissional foi requisitado para trabalhar nas unidades de saúde.

Quando indagada sobre as principais atribuições que são postas ao assistente social dentro da UBSF José Pinheiro I, foi colocado que compartilha do acompanhamento da condicionalidade da saúde dos beneficiários do Bolsa Família, realiza encaminhamentos à rede de atenção à saúde e a setores que se façam necessários, discute com a equipe os casos singulares, participa de atividades em grupo, participa das reuniões com as equipes, o que nos faz evidenciar que a profissional busca exercer seu trabalho dentro das suas possibilidades. Os Assistentes Sociais na saúde atuam em quatro grandes eixos: atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento, gestão, assessoria, qualificação e formação profissional (CFESS, 2009).

No que diz respeito às demandas que chegam do poder público, são de caráter burocrático e as demandas que chegam dos usuários em sua maioria, são questões que envolvem o Programa Bolsa Família.

Segundo o A.S (2014), as demandas que vão para o poder público são pareceres sociais, constando as situações socioeconômicas das famílias e solicitações de matérias como: medicamentos que não estejam na farmácia básica, órteses e próteses, fraldas geriátricas, entre outros, que se façam necessários. Já para os usuários, a maior demanda continua sendo o acompanhamento do Bolsa Família, o acesso a este benefício e ao Benefício de Prestação Continuada (BPC).

Segundo Costa (1998), o Serviço Social na saúde, não tem um objeto de trabalho burocraticamente definido, visto que vem sendo construído cotidianamente durante o processo de atenção à saúde, a partir das demandas colocadas tanto pela instituição, quanto pelos usuários. Isso de imediato diferencia o trabalho do Assistente Social dos demais componentes da equipe de saúde, que em geral tem seus objetos parciais objetivamente pré-fixados e estabelecidos, o que reduz seu campo de atuação a uma necessidade localizada num espaço, num setor mais ou menos específico do processo de produção dos serviços, de certa forma, conferindo-lhes aparência de maior visibilidade.

As atribuições e competências dos profissionais de Serviço Social, sejam aquelas realizadas na saúde ou em outro espaço sócio ocupacional, são orientadas e norteadas por direitos e deveres constantes no Código de Ética Profissional e na Lei de Regulamentação da Profissão, e que devem ser observados e respeitados, tanto pelos profissionais quanto pelas instituições empregadoras (CFESS, 2009, p.33).

As demandas que são trazidas para o Assistente Social na UBSF, que fez parte de nosso estudo mesmo que envolva um só segmento, que nesse caso é do Programa Bolsa Família, não são únicas e que possam ser dadas as mesmas respostas, essas demandas se tornam cada vez mais contraditórias, fazendo com que o profissional tenha um arsenal de conhecimento para ter uma maior análise sobre as problemáticas que surgem em seu cotidiano dentro da instituição.

Ainda sobre essas demandas que chegam ao Assistente Social dentro da UBSF, ela relata que procura sempre viabilizar os direitos dos usuários, através de pareceres sociais, ou ao informar aos usuários os seus direitos enquanto cidadãos, no que se refere às políticas de saúde. Como também, em outras políticas públicas sociais existentes.

O atendimento direto aos usuários possibilita diversos espaços de atuação profissional na saúde, desde a atenção básica até os serviços que se organizam a partir de ações de média e alta complexidade, e que ganham materialidade na estrutura da rede de serviços brasileira a partir das unidades da Estratégia de Saúde da Família, dos postos e centros de saúde (...) independente da instância a qual é vinculada seja federal, estadual ou municipal (CFESS, 2009).

Apesar de não estar todos os dias na UBSF eu procuro me organizar para desenvolver todas as atividades nos dias que estou nesta unidade de saúde. Além dos atendimentos individuais e coletivos, fazemos visitas domiciliares, atividades em grupo, visitas e contatos institucionais, executando o programa saúde na escola, planejando ações com as equipes, discutindo casos singulares com os profissionais, realizando encaminhamentos para: CAPS, Conselho Tutelar, Ministério Público entre outros (A.S, 2014).

O que podemos evidenciar em toda essa discussão é que o Assistente Social trabalha basicamente nesta instituição, em um fornecimento emergencial de serviço para responder às necessidades dos usuários e da instituição. Mas, não culpamos o Assistente Social por isso, pois o foco dos serviços em saúde é a cura das doenças, os tratamentos individualizados, a produção de procedimentos e que o máximo que se busca dentro destas unidades de saúde é a prevenção.

Além disso, o Assistente Social não é o único responsável sobre a PS dentro das UBSF, pois, os profissionais responsáveis para desenvolverem esse papel dentro das unidades de saúde são as equipes multiprofissionais que compõe o NASF. E que de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2007), estas equipes devem atuar com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde da comunidade. Outro motivo, de não responsabilizar o Assistente

Social sobre a PS nas UBSF, é a falta de discussão e de produção acadêmica no Serviço Social sobre a temática como é mostrado por Vasconcelos (2013) em sua tese de doutorado:

Constatamos que a PS/NPS ainda não se tornou um problema “teórico” para o Serviço Social, ainda que o tema, com enfoque ampliado ou restrito, permeie as subáreas sanitárias, o trabalho profissional, bem como perpassa a produção teórica. É importante registrar que essa lacuna analítica não se limita aos periódicos ou anais dos eventos de Serviço Social, visto que as publicações de autores de referência na área muitas vezes também reproduzem as imprecisões do debate profissional. Assim, em linhas gerais, notamos três tendências nas produções mais divulgadas acerca do Serviço Social na saúde. A primeira seria a ausência de referência à PS ou à NPS; a segunda abrange autores que mencionam a PS, tal como pensada nas proposições da RSB, mas sem maiores aprofundamentos sobre o tema e a terceira tendência é a adoção do debate da NPS ou a perspectiva do Ministério da Saúde, enfoque presente especialmente nas produções sobre a APS. (VASCONCELOS, 2013, p. 299 e 300)

O que evidenciamos na nossa entrevista com o A.S é justamente uma falta de conhecimento mais aprofundado sobre o tema abordado, e hoje a organização dos serviços de saúde nas UBSF não tem possibilitado o desenvolvimento de ações na perspectiva da PS, tema este, que traz só benefícios para os usuários.

Outro motivo do pouco conhecimento sobre a PS é a recente e reduzida inserção do Assistente Social nas UBSFs, tornando mais complicada o debate sobre a PS e o Serviço Social, pois quando o profissional tem um embasamento teórico sobre a temática e tem mais tempo de trabalho numa mesma UBSF, fica mais fácil identificar as demandas expostas pelos usuários e quais as relações desses problemas com a PS, mesmo sabendo que o Assistente Social não é o único responsável pela PS dentro das UBSFs.

Em outro momento, quando indagamos ao profissional de Serviço Social como percebe a efetivação ou concretização da Promoção da Saúde no âmbito do SUS. O profissional relata que está mais ligada a uma forma de troca de informação entre profissional e usuário, e no âmbito do SUS já há avanços mesmo que de forma tímida. Assegura que:

Promover saúde é proporcionar aos usuários a troca de informações que possibilite que o nosso conhecimento técnico seja complementado pelo conhecimento popular do usuário, é melhorar a qualidade de vida do usuário, possibilitando que ele seja o autor da sua própria história, respeitando sua singularidade e autonomia. Já no âmbito do SUS ainda vejo de forma bastante tímida, mas já percebemos um avanço significativo entre a assimilação dos usuários para com as informações trazidas pelo SUS. (A.S, 2014).

Dessa maneira, entendemos que o A.S respeita o usuário de forma singular e autônoma, ao contrário do que traz o conceito hegemônico de PS que vê o usuário como

responsável pelo seu problema de saúde. Já em termo de SUS, o profissional enfatiza que existe uma troca de informações e que o usuário consegue assimilar essas informações trazidas pelo SUS, ou seja, o SUS se mostra como instrumento informativo e que os usuários recebem informações. A proposta do SUS está vinculada a uma idéia central: “todas as pessoas têm direito à saúde” (PAIM, 2009, p.43).

Como já foi colocado anteriormente, o SUS é um instrumento importante na estratégia da PS, à medida que possibilita o enfoque nos aspectos que determinam o processo de saúde-adoecimento em nosso país, e que corresponde a um conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas. Por isso que o SUS se torna muito importante para as instituições e para o embasamento do trabalho do Assistente Social, pois, com esse suporte o profissional será capaz de realizar seu trabalho de forma eficaz, mesmo que de maneira informativa, como nos foi relatada pelo A.S da UBSF do José Pinheiro I. Mas quando não há esse suporte, fica difícil da instituição e do profissional executar seu trabalho, principalmente na perspectiva da PS, e a falta de conhecimento sobre a questão também dificulta ainda mais esse trabalho.

Quando perguntada sobre a avaliação que faz em relação as suas atividades desenvolvidas na UBSF do José Pinheiro I e a perspectiva da promoção da saúde, ela nos fala que procura organizar seu tempo entre, “o que deve fazer?”, “o que precisa fazer?” e “o que é possível ser feito?”, pois para ela, o número excessivo de equipes prejudica uma ação mais sistematizada de suas atividades. Pois como já havia nos relatado anteriormente, ela referencia cinco equipes e ainda trabalha em outras unidades de saúde e todos esses elementos fazem com que muitas vezes não possa desenvolver as atividades planejadas.

O que mais nos limita é o pouco tempo em cada unidade de saúde o que fragiliza o vínculo e a continuidade de alguns trabalhos, principalmente as ações de promoção da saúde, ficam comprometidas pelas demandas que surgem a cada semana, inviabilizando ações mais sistemáticas. E quando as possibilidades têm encontrado uma abertura significativa dos profissionais e da própria gestão em realizar ações de promoção da saúde numa amplitude maior a que encontramos em anos anteriores, percebemos a vontade dos profissionais em sair mais do ambulatório (ação curativa) para ações de promoção e prevenção à saúde de uma forma mais dinâmica, porém esbarramos ainda no pouco investimento da gestão em capacitar e oferecer recursos para estas atividades (A.S, 2014).

Como já foi exposto em outro momento, a dificuldade de sistematizar as ações feitas pelo A.S é o pouco tempo que o profissional tem nas UBSFs, pois a cada dia surgem novas demandas e o Assistente Social tem que ser dinâmico e possuir uma bagagem de conhecimentos para responder as demandas. Porém, cabe ao poder público fazer seu papel e

dar condições de trabalho para esses profissionais desenvolverem seu trabalho com qualidade, priorizando o usuário e por consequência criar um vínculo entre o profissional e usuário. Desse modo, existe a possibilidade do Assistente Social sistematizar suas ações dentro das UBSF.

Portanto, são levantadas várias questões importantes acerca da PS dentro das UBSF, que são: 1) O Assistente Social possui um conhecimento apenas conceitual do que seja a PS; 2) O Assistente Social não é o único responsável pela efetivação da PS nas UBSFs, por se tratar também de um profissional que de forma inicial está se inserindo dentro das UBSFs e 3) O pouco tempo que o A.S tem em cada unidade de saúde o que prejudica seu trabalho.

Diante de todos esses pontos levantados, seria importante estudos mais aprofundados sobre a PS e o trabalho do Assistente Social dentro das UBSFs e por que essa deficiência de Assistentes Sociais nas UBSFs.

Mas como foi dito no início da nossa pesquisa, o estudo foi realizado com dois tipos de sujeitos, com o Assistente Social e com os usuários. A partir desse momento, iremos analisar as entrevistas com os usuários da UBSF do José Pinheiro I.

Em relação aos usuários a predominância é 100% de mulheres, estes dados mostram que as mulheres ainda são as que mais se preocupam com a saúde. No Brasil, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde, nas primeiras décadas do século XX, sendo limitada nesse período, as demandas relativas à gravidez e ao parto (BRASIL, 2011).

Na década de 1980, o Ministério da Saúde cria diretrizes para humanizar e qualificar o atendimento, implantando programas voltados para a saúde da mulher, deixando de ser um serviço limitado apenas para a gravidez e ao parto. Passa-se então a desenvolver outros atendimentos, como o planejamento familiar, e com a criação do SUS, as mulheres tiveram mais acesso a outros serviços específicos ao público feminino, o que significa uma forma de PS relacionada para a mulher, através da criação do SUS.

Evidenciamos que na UBSF do José Pinheiro I, existem vários serviços voltados para a mulher, mas isso não quer dizer que não haja programas desenvolvidos para a saúde do homem. Observamos alguns motivos para que os homens não procurem a unidade de saúde, entre os quais se destaca: 1) O horário de funcionamentos das unidades de saúde que não possibilita que os homens procurem o atendimento, 2) as empresas que a grande maioria deles trabalham, não liberam e 3) os homens apenas procuram atendimento quando estão doentes e dificilmente vão para um atendimento de rotina.

No que diz respeito às mulheres, elas vão mais para esses atendimentos porque estão inseridas em algum programa do governo, como o Bolsa Família ou até mesmo são as responsáveis por levar as crianças para a vacinação e aproveitam para serem atendidas pelo médico ou pelos outros profissionais. Já o Assistente Social é solicitado quando há questões que envolvam o Bolsa Família, informações sobre os direitos dos usuários, pareceres sociais para a aquisição de algum medicamento que não seja fornecido pela farmácia básica, fraldas geriátrica, visitas domiciliares, entre outros.

A faixa etária dos sujeitos da pesquisa na UBSF do José Pinheiro I é entre 23 e 58 anos, as mulheres na fase adulta são as que mais procuram atendimentos na UBSF. Trata-se de um período que as mulheres estão mais vulneráveis às doenças, pois já têm uma vida sexual ativa e estão mais propícias a desenvolverem doenças como as DSTs (Doenças Sexualmente Transmissíveis), o HPV, entre outras. E por isso, procuram atendimento na unidade de saúde para realizar exames preventivos, esses exames também se encaixam nas políticas de PS.

Além disso, são realizadas palestras educativas na UBSF sobre as doenças acima destacadas, suas causas, tratamentos e como se prevenir. Essas palestras são em sua maioria desenvolvidas pelo Assistente Social e pela equipe da UBSF juntamente com o NASF.

Quanto à escolaridade das usuárias pesquisadas, a maior parte das entrevistadas respondeu não ter completado o ensino fundamental e só uma, respondeu ter concluído o ensino médio e que iria prestar vestibular. Já em questão da frequência que eram atendidas pelo Assistente Social da UBSF, relataram ter mais contato com o Assistente Social para o Bolsa Família, pois devem assumir este compromisso de saúde/educação e também quando estão participando de algum grupo coordenado pela profissional.

Na saúde as beneficiárias precisam estar frequentando regularmente a unidade de saúde para continuar recebendo o benefício, cumprindo a chamada agenda de saúde e de nutrição, a qual inclui a pesagem das crianças, verificação da pressão arterial, recebimento de medicação, vacinação e acompanhamento nutricional das crianças e pré-natal, entre outros. As entrevistadas falaram que tem mês em que elas têm mais contato com o Assistente Social quando precisam tirar alguma dúvida sobre o Programa do Bolsa Família ou sobre outros programas do governo.

Ao serem questionadas quais os serviços oferecidos pela UBSF José Pinheiro I, elas relataram que são: entregas de medicamentos, verificação da pressão, atendimento do Bolsa

Família, atendimento do médico, exame com a enfermeira, vacinação, atendimento com a dentista e entrega de remédios controlados.

Eu venho mais para a consulta com o médico e de vez em quando venho medir a pressão e também quando é atendimento do Bolsa Família (entrevistada 3).

Eu venho mais quando é dia de vacinar as meninas e quando elas estão doentes eu trago no médico (entrevistada 4).

Em relação à promoção da saúde, a maioria das entrevistadas disse não saber do que se trata e apenas uma respondeu da seguinte forma:

O que eu já ouvi falar é que são ações que são promovidas pelo posto de saúde, como o outubro rosa que fala sobre fazer exames de mama, novembro azul para os homens fazerem exames da próstata, as palestras que são feitas aqui no posto e outras coisas (entrevistada 2).

Quando questionadas sobre os serviços oferecidos pelo Assistente Social e a avaliação feita sobre esses serviços, relataram conhecer mais o trabalho do Assistente Social em relação ao programa Bolsa Família e a avaliação que fazem é positiva.

Ela é uma pessoa maravilhosa, amiga e muito humilde estava sempre pronta para auxiliar a gente não sei por que ela saiu desse postinho era para ela voltar (entrevistada 1).

Gostava muito dela uma pessoa excelente sempre tratou a gente muito bem, era uma pessoa humana e ajudava muito a gente quando a gente não sabia de uma coisa ela falava dos direitos que a gente tinha (entrevistada 5).

Em relação às solicitações apresentadas pelos usuários para o Assistente Social, a maioria são em relação ao Bolsa Família, pois como já foi referido anteriormente, é com o Bolsa Família que os usuários têm mais acesso ao Assistente Social, e as respostas dadas pelo Assistente Social às suas solicitações são atendidas, mas sempre dentro das possibilidades que cabem ao profissional, nesse caso do Assistente Social.

Mas apesar de todas as limitações postas ao Assistente Social, ela procura fortalecer as ações que promovam à saúde para o bem estar e a qualidade de vida dos usuários, através de atividades educativas, visitas domiciliares, atendimentos coletivos e individuais, executando programas como Saúde na Escola, que foi desenvolvido em uma escola do mesmo bairro da UBSF, realizando encaminhamentos, entre outras ações que buscam promover a saúde.

4. Considerações Finais

Procuramos em nosso estudo, levantar alguns questionamentos sobre a inserção dos Assistentes Sociais nas UBSF e sua relação com a perspectiva de Promoção da Saúde.

A investigação realizada revelou-nos uma falta de conhecimento mais aprofundado sobre a Promoção da Saúde por parte do Assistente Social e entre os usuários, que em sua maioria desconhecem essa nova perspectiva. Também evidenciamos que o Assistente Social não pode ser o único responsável pela Promoção da Saúde na UBSF, pois é o NASF que deve buscar promover e trazer ações nessa perspectiva que serão desenvolvidas dentro das unidades de saúde junto com as equipes de saúde.

Contudo, o Assistente Social é um profissional que inserido nas UBSFs deve buscar desenvolver suas atribuições dentro destas unidades de saúde, na perspectiva de responder as necessidades dos usuários. Particularmente no que se refere ao nosso estudo o que dificulta seu trabalho é o pouco tempo que o profissional tem na unidade de saúde, pois conforme demonstrou os resultados de nossa pesquisa, que o Assistente Social coordena várias equipes e ainda trabalha em outras UBSF, dificultando ainda mais seu trabalho e suas ações, principalmente em se tratando de Promoção da Saúde.

Evidenciamos ainda, a partir de nosso estudo que a Promoção da Saúde dentro das UBSF não se efetiva, porque o foco dos serviços em saúde é a cura das doenças, são os tratamentos individualizados e o máximo que se busca é a prevenção de doenças, não avançando em ações que envolva a Promoção da Saúde no cotidiano das unidades de saúde.

Mesmo com todos esses obstáculos que são colocados no caminho da Promoção da Saúde e do trabalho do Assistente Social, evidenciamos que os usuários, mesmo não tendo um conhecimento sobre a temática, fazem uma avaliação positiva sobre o trabalho do profissional, que por sua vez, busca viabilizar os direitos dos usuários tanto dentro da política de saúde, como de outras políticas públicas existentes.

Portanto, concluímos que se faz necessário um estudo aprofundado da perspectiva da Promoção da Saúde enquanto Determinação Social, para que os Assistentes Sociais possam ter um conhecimento e um embasamento teórico sobre essa temática. E com isso, promover o fortalecimento das ações de Promoção da Saúde.

5. Referências

ANTUNES, Ricardo. **Os sentidos do trabalho ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho**. 2 ed. São Paulo: Boitempo, 2009.

BUSS. P.M. PELLEGRINI FILHO, Alberto. A Saúde e seus Determinantes Sociais. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro. v. 17, n.1,p. 77-93, 2007.

BUSS. P.M. Promoção da Saúde e qualidade de vida. *Ciência e Saúde Coletiva*, 5 (1): 163-177, 2000. Acesso em: 22 de Jul 2014.

BUSS. P.M. Promoção da Saúde da Família. *Revista Brasileira da Saúde da Família*, 2002; 2 (6): 50-63. Disponível em <<http://bvms.saude.gov.br/bvs/prprodutos/is-0103/IS23%281%29021.pdf>>. Acesso em: 10 Out. 2014.

_____. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D; FREITAS, C.M de. (Orgs). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2003.

_____. Uma introdução ao conceito de Promoção da Saúde. In: CZERESNIA, D; FREITAS, C M. (Orgs.). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendência**. 2ª Ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p. 15-38.

BRASIL. Ministério da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. (Série B. Textos Básicos em Saúde).

_____. MINISTERIO DA SAÚDE. Relatório **8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília- DF: MS, Março de 1986. Disponível em <<http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatórios/relatórios-8.pdf>>. Acesso em: 20 de Jul 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do Nasf**. n. 27. Brasília, 2009.

BRAVO, M.I; MATOS, M. C. A Saúde no Brasil: Reforma Sanitária e Ofensiva Neoliberal. In. BRAVO, M. I. S.; PEREIRA, P. A. (Orgs). **Política Social e Democracia**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2001.

BRUYNE, P. **Dinâmica da Pesquisa em Ciências Sociais: os pólos da prática metodológica**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1991.

CARVALHO. M. C. B; NETTO. J. P. **Cotidiano: conhecimento e crítica**. São Paulo: Ed. Cortez, 2000.

CARMARGO JR, K.R. As Armadilhas da “Concepção Positiva de Saúde”. *PHYSIS: Ver. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 76, n.1, p.63-76, 2007.

COSTA, M. D. H; VASCONCELOS, K. E. L. **Por uma crítica da promoção da saúde: contradições e potencialidades no contexto do SUS**__ São Paulo: Hucites, 2014. 477p.

_____. Os elos invisíveis do processo de trabalho em saúde: um estudo sobre as particularidades do trabalho dos assistentes sociais nos serviços públicos de saúde nos anos 90. **Dissertação de Mestrado** (Serviço Social). Recife: PPGSS/UFPE, 1998.

DESLANDES, S. F. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**/ Suely Ferreira Deslandes, Romeu Gomes; Maria Cecília de Souza Minayo (organizadora). 30. ed. – Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

ESCOREL, S. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: GIOVANELLA, L. et al. (org.), Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. p. 385-434.

_____. **Os dilemas da equidade em saúde: aspectos conceituais**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. Disponível em: <<http://w.w.w.epjv.fiocruz.br/dicionário/verbetes/equsau.html>>. Acesso em: 10 Out. 2014.

ESCOREL, S. et al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um modelo para atenção básica no Brasil. **Rev Panam Salud Publica/ Pan Am J Public Health** 21(2), 2007.

GAZIGNATO, E. C. S.; SILVA, C. R. C. Saúde Mental na Atenção Básica: o trabalho em rede e o matriciamento em Saúde Mental na Estratégia saúde da Família. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v.38, n.101, p.296-304, abr./jun.2014.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. ed. 3. São Paulo: Atlas 1996.

_____. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

HEIDMANN, Ivonete T. S. Buss; ALMEIDA, M. C. P; BOEHS, Astrild Eggrt; WOSNY Antônio de Miranda; MONTICELLI, Marisa. Promoção à Saúde: trajetória histórica de suas concepções. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2006 Abr-Jun; 15 (2): 352-8.

IAMAMOTO, M. V. O Serviço Social na cena contemporânea. In: CFESS; ABEPSS. **SERVIÇO SOCIAL: Direitos Sociais e Competências Profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

_____. **Renovação e conservadorismo no Serviço Social: ensaio críticos**. São Paulo: Cortez, 1992.

MATOS, M. C. **Serviço social, ética e saúde: reflexões para o exercício profissional**/ Maurílio Castro de Matos__ São Paulo: Cortez, 2013.

MINAYO, M. C. S. (org.) **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis/ RJ: Vozes, 2001.

MOTA, A. E. Seguridade Social Brasileira: desenvolvimento histórico e tendências recentes. In: MOTA, A. E. et al. (orgs). **Serviço Social e Saúde**. 4. ed. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009.

NETTO, J. P. **A construção do projeto ético-político contemporâneo**. In: Capacitação em Serviço Social e Política Social. Módulo1. Brasília: CEAD/ABESS/CFESS, 1999.

_____. Transformações societárias e Serviço Social – notas para uma análise prospectiva da profissão no Brasil. **Serviço Social e Sociedade** nº 50. São Paulo: 1996.

RONCALLI, A. G. **O desenvolvimento das políticas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde**. In: Pereira, A.C. Odontologia em Saúde Coletiva: planejando ações e promovendo saúde. Porto Alegre: Artmed, 2003.

RONCOLLI, A. G; SOUSA, E. C. F. **A saúde no Brasil: trajetória de uma política assistencial**. In: Odontologia Social: textos selecionados. Natal: UFRN, 1998.

PAIM, J. S. O Que é SUS. / Jarnilson Silva Paim. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. 148 p. (**Coleção Temas em Saúde**).

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 2010.

VASCONCELOS, K. E. L. Promoção da Saúde e Serviço Social: uma análise do debate profissional/Kathleen Elane Leal. **Tese** (Doutorado em Serviço Social) – Universidade Federal de Pernambuco. CCSA, 2013. Recife: O Autor, 2013. 349 folhas.

WESTPHAL, M. F. **Promoção da Saúde e a qualidade de vida**. FERNANDEZ, J. C; MENDES, R. (orgs). Promoção da Saúde e gestão local. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2007.

WESTPHAL, M. F. **Promoção da Saúde e prevenção de doenças**. In.: CAMPOS, G. W. S. et al (orgs). Tratamento de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006.

APÊNDICES

APÊNDICE A – DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA COM PROJETO DE PESQUISA

Título de pesquisa: A inserção do assistente social na unidade básica saúde da família e sua relação com a perspectiva de promoção da saúde.

Eu, CLEOMAR CAMPOS DA FONSÊCA, Professora do Curso de Serviço Social, da Universidade Estadual da Paraíba, portadora do RG: 865.356-SSP/PB declaro que estou ciente do referido Projeto de Pesquisa e comprometo-me em verificar seu desenvolvimento para que se possam cumprir integralmente os itens da Resolução 196/96, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Cleomar Campos da Fonsêca
Profª DSS/UEPB
Orientadora

Ioneide Ângela Calixto de Sousa
Orientanda

APÊNDICE B – TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

Pesquisa: A inserção do assistente social na unidade básica saúde da família e sua relação com a perspectiva de promoção da saúde.

Eu, Cleomar Campos da Fonseca, Professora do Curso de Serviço Social, da Universidade Estadual da Paraíba, portadora do RG: 865.356-SSP/PB e CPF: 352.668.134-15, comprometo-me em cumprir integralmente os itens da Resolução 196/96 do CNS, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Estou ciente das penalidades que poderei sofrer caso infrinja qualquer um dos itens da referida resolução.

Por ser verdade, assino o presente compromisso.

Cleomar Campos da Fonseca
Prof^a DSS/UEPB
Orientadora

Campina Grande/PB, 07 de Julho de 2014

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, _____, em pleno exercício dos meus direitos me disponho a participar da Pesquisa “A inserção do assistente social na unidade básica saúde da família e sua relação com a perspectiva de promoção da saúde”.

Declaro ser esclarecido e estar de acordo com os seguintes pontos:

O trabalho “**A inserção do assistente social na unidade básica saúde da família e sua relação com a perspectiva de promoção da saúde**” terá como objetivo geral analisar a inserção do assistente social na Unidade Básica Saúde da Família e sua relação com a perspectiva de promoção da saúde a partir da avaliação do assistente social e usuários da Unidade Básica Saúde da Família José Pinheiro I, localizada na cidade de Campina Grande.

- Ao voluntário só caberá a autorização para a entrevista e não haverá nenhum risco ou desconforto ao voluntário.

- À pesquisadora caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial; entretanto, quando necessário for, poderá revelar os resultados ao médico, indivíduo e/ou familiares, cumprindo as exigências da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

- O (a) voluntário (a) poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo para o mesmo.

- Será garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho, assegurando assim a privacidade dos participantes em manter tais resultados em caráter confidencial.

- Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes voluntários deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros ao (a) voluntário (a) e, portanto, não haveria necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da Instituição responsável.

- Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, o participante poderá contatar a equipe científica no número (083) 8803 4836, com Cleomar Campos da Fonsêca.

- Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados, com a pesquisadora, vale salientar que este documento será impresso em duas vias e uma delas ficará em minha posse.

- Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.

Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura do Participante

Assinatura Dactiloscópica Participante da pesquisa



UBSF JOSÉ PINHEIRO I
RUA: SEVERINO DE BRANCO, S/N
CÓDIGO: CNES- 5116449

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Estamos cientes da intenção da realização do projeto intitulado “A inserção do assistente social na unidade básica saúde da família e sua relação com a perspectiva de promoção da saúde” desenvolvida pela aluna Ioneide Ângela Calixto de Sousa, do Curso de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba, sob a orientação da professora Cleomar Campos da Fonsêca.

Campina Grande, 07 de Julho de 2014.

Coordenadora

APÊNDICE D – ROTEIRO DE QUESTIONARIO SEMIESTRUTURADO

Formulário para o Assistente Social

- Ano de formação de graduação? _____
- Pós-graduação? _____ Nível: Especialização (); Mestrado (); Doutorado ()
- Ano de conclusão da pós? _____
- Temática trabalhada na pós graduação? _____
- Tempo de atuação como Assistente Social? _____
- Tempo de atuação junto a UBSF – José Pinheiro I? _____
- Atua junto a outras UBSFs? ____ Quantas?
- Carga horária semanal, efetivamente trabalhada junto a UBSF – José Pinheiro I? _____
- Carga horária em outras UBSFs? _____

Formulário para @ usuári@

- Idade:
- Sexo F () M ()
- Escolaridade:
- Tempo que frequenta a UBSF – José Pinheiro I?
- Com que frequência semanal é atendido(a) pelo Assistente Social desta Unidade?

ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Assistente Social:

1. Quais são as suas principais atribuições na Unidade Básica Saúde da Família José Pinheiro I?
2. Quais as principais demandas que chegam para o AS vindas do poder público? E dos usuários, nesta Unidade Básica?
3. Quais as principais respostas a estas demandas?
5. Quais as atividades que efetivamente a Sra. desenvolve nesta UBSF?
6. Qual a sua concepção sobre promoção da saúde?

7. Como a Sra. percebe a efetivação/concretização desta perspectiva da promoção no âmbito do SUS?
8. Como a Sra. avalia a relação entre as atividades que desenvolve nesta Unidade de Saúde e a perspectiva da promoção em saúde?
9. Quais os limites e as possibilidades que a Sra. localiza no processo de concretização da perspectiva de promoção da saúde, a partir do seu local de trabalho e das condições que ele oferece?

Usuários:

1. Para o sr(a) quais os serviços oferecidos pela Unidade Básicos Saúde da Família José Pinheiro I?
2. Na sua opinião, o que significa “promoção da saúde”?
3. O Sr(a) conhece os serviços que são oferecidos pelo assistente social nesta instituição?
4. Qual a sua avaliação sobre estes serviços?
5. Quais são as solicitações que o sr(a) tem apresentado para o assistente social?
6. Como se sente diante das respostas dadas pelo A.S. as suas solicitações?