



**UEPB**

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
CAMPUS I  
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS  
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL  
CURSO DE BACHARELADO EM SERVIÇO SOCIAL**

**HAKYANNA KARLA DE OLIVEIRA**

**A ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE: REFLEXÕES SOBRE A EXPERIÊNCIA DE  
ESTÁGIO SUPERVISIONADO EM SERVIÇO SOCIAL NA UNIDADE BÁSICA DE  
SAÚDE MONTE SANTO**

**CAMPINA GRANDE  
2019**

HAKYANNA KARLA DE OLIVEIRA

**A ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE: REFLEXÕES SOBRE A EXPERIÊNCIA DE  
ESTÁGIO SUPERVISIONADO EM SERVIÇO SOCIAL NA UNIDADE BÁSICA DE  
SAÚDE MONTE SANTO**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Departamento de Serviço  
Social da Universidade Estadual da  
Paraíba (UEPB) em cumprimento às  
exigências para obtenção de título de  
Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Ms. Gláucia Maria de Oliveira Carvalho

CAMPINA GRANDE  
2019

É expressamente proibido 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 do trabalho.

- O48a Oliveira, Hakyanna Karla de.  
A atenção básica em saúde [manuscrito] : reflexões sobre a experiência de estágio supervisionado em serviço social na Unidade básica de saúde Monte Santo / Hakyanna Karla de Oliveira. - 2019.  
35 p.  
Digitado.  
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, 2019.  
"Orientação : Profa. Ma. Gláucia Maria de Oliveira Carvalho, Coordenação do Curso de Serviço Social - CCSA."  
1. Sistema Único de Saúde - SUS. 2. Saúde da família. 3. Serviço social. 4. Atenção à saúde. I. Título  
21. ed. CDD 362.1

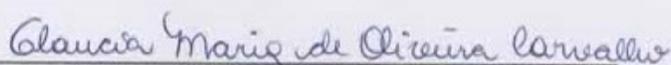
HAKYANNA KARLA DE OLIVEIRA

A ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE: REFLEXÕES SOBRE A EXPERIÊNCIA DE  
ESTÁGIO SUPERVISIONADO EM SERVIÇO SOCIAL NA UNIDADE BÁSICA DE  
SAÚDE MONTE SANTO

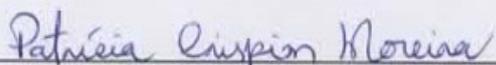
Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Departamento de Serviço  
Social da Universidade Estadual da  
Paraíba (UEPB) em cumprimento às  
exigências para obtenção de título de  
Bacharel em Serviço Social.

Aprovada em: 13/06/2019.

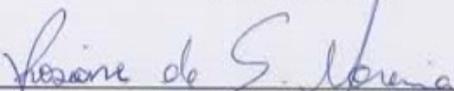
**BANCA EXAMINADORA**



Profª. Ms. Gláucia Maria de Oliveira Carvalho  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)  
(Orientadora)



Profª. Ms. Patrícia Crispim Moreira  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)  
(Examinadora)



Rosiane de Souza Moreira  
Especialista em Serviços de Saúde Pública- FCM  
Especialista em Processos Educacionais na Saúde – Hospital Sírio Libanês  
Assistente Social da Estratégia Saúde da Família – Campina Grande  
(Examinadora)

Ao meu Deus, por nunca me deixar só. A  
João e Ivonete, minha fonte de amor.  
DEDICO.

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>7</b>
<b>2. A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL A PARTIR DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988 E A CONSOLIDAÇÃO DO SUS: breves considerações.....</b>	<b>8</b>
<b>3. ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE E ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.....</b>	<b>14</b>
<b>3.1 A Estratégia Saúde da Família no Município de Campina Grande – PB... </b>	<b>18</b>
<b>4. SISTEMATIZANDO A EXPERIÊNCIA DO ESTÁGIO CURRICULAR SUPERVISIONADO EM SERVIÇO SOCIAL NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE “MONTE SANTO” .....</b>	<b>23</b>
<b>4.1 O lócus de realização do estágio supervisionado em Serviço Social .....</b>	<b>25</b>
<b>4.2 As ações desenvolvidas na Unidade Básica de Saúde “Monte Santo” ...</b>	<b>26</b>
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>30</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>31</b>

## **A ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE: REFLEXÕES SOBRE A EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO SUPERVISIONADO EM SERVIÇO SOCIAL NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE MONTE SANTO**

Hakyanna Karla de Oliveira<sup>1</sup>

### **RESUMO**

Este Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), apresentado em forma de artigo, tem o objetivo de apresentar a sistematização das ações realizadas no Estágio Curricular Supervisionado em Serviço Social, realizado no período de outubro de 2017 a maio de 2019, na Unidade Básica de Saúde (UBS) "Monte Santo", em Campina Grande-PB. A vivência no campo de estágio possibilitou nossa aproximação com a Política de Saúde, especialmente com a Estratégia Saúde da Família, enquanto reorganizadora da Atenção Primária a Saúde no Brasil. Diante da atual conjuntura de ajustes neoliberais, com cortes e redução nas políticas sociais, bem como no financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS), além das privatizações na gestão da saúde pública, identificamos a necessidade de discutir junto aos usuários a importância do SUS e do fortalecimento do controle social na sua defesa. Para tanto, elaboramos um plano de ação que foi desenvolvido com uma turma de Jovens e Adultos na Escola Municipal do bairro. Para trabalharmos o tema utilizamos o recurso "oficina" com confecção de cartaz expondo os serviços realizados pelo SUS, roda de conversa e distribuição de folders informativos. A nossa inserção no referido espaço nos possibilitou a articulação entre o conhecimento teórico e a prática, nos permitindo ver as demandas ao trabalho profissional na saúde para além do que está posto no seu imediatismo.

**Palavras-chave:** Sistema Único de Saúde. Estratégia Saúde da Família. Serviço Social.

### **ABSTRACT**

This undergraduate thesis (TCC), stated as an article, has the objective of presenting the systematization of the actions performed in the Supervised Curricular Internship in Social Work, carried out from October 2017 to May 2019, at the Basic Unit of Health (UBS) "Monte Santo" in Campina Grande-PB. The experience in the internship field enabled our access to Health Policy, especially with the Family Health Strategy, as a reorganizer of Primary Health Care in Brazil. Given the current conjuncture of neoliberal adjustments, with cuts and reduction in social policies, as well as in the financing of the Unified Health System (SUS), in addition to privatizations in the management of public health, we identified the need to discuss with users the importance of SUS and the strengthening of social control in their defense. To do so, we formulated a plan of action that was developed with a group of Youth and Adults in the Municipal School of the neighborhood. In order to work on the theme, we use the "workshop" as feature to create a poster exposing the services realized by SUS, yarning circle and distribution of informational folders. Our insertion in this space has

---

<sup>1</sup> Graduanda em Serviço Social pelo DSS da UEPB, Campus I, Campina Grande-PB. E-mail: hakyannakarla@hotmail.com

enabled us to articulate theoretical knowledge with practice, allowing us to see the demands on professional work in health beyond what is put in its immediacy.

**Keywords:** Unified Health System. Family Health Strategy. Social Service.

## 1. INTRODUÇÃO

O presente artigo tem por objetivo sistematizar as ações desenvolvidas no Estágio Curricular Supervisionado em Serviço Social, realizado no período de outubro de 2017 a maio de 2019, na Unidade Básica de Saúde (UBS) “Monte Santo”, localizada no bairro do Monte Santo no município de Campina Grande-PB.

A UBS é o espaço destinado para realização de assistência contínua nas especialidades básicas, e é onde a Estratégia Saúde da Família (ESF), também, desenvolve sua função. Nesta vivência pudemos acompanhar o exercício profissional da assistente social e a relação estabelecida entre o usuário e a política de saúde pública no âmbito da atenção básica. Identificamos a importância da ESF enquanto “porta de entrada” do sistema de saúde público, por estar diretamente inserida nas comunidades e pelo contato aproximado com a população usuária, buscando realizar seu principal objetivo: promoção, prevenção, proteção e continuidade do cuidado à saúde. Compreendendo a saúde conforme a Organização Mundial da Saúde, que a define como um completo estado de bem-estar, tanto físico, como mental, e também social, desmistificando a saúde como mera ausência de doenças.

Entretanto, também identificamos limites que são postos aos profissionais da ESF no seu cotidiano de trabalho, os quais impossibilitam a equipe de atender na sua totalidade as demandas que chegam à instituição.

Neste sentido, destacamos que, diante dos processos de contrarreforma das políticas sociais e, especialmente a política de saúde, com o sucateamento e desmonte do Sistema Único de Saúde (SUS), adotados pelo Estado neoliberal<sup>2</sup>, observamos a necessidade de construir ações que nos possibilitassem refletir junto aos usuários do serviço a importância do SUS na garantia do acesso à saúde, assim como assegurado na Carta Magna, uma saúde pública, gratuita e de qualidade para todos.

Assim, conforme preconizada na Constituição Federal de 1988 é de extrema importância o fortalecimento da participação popular nos espaços de controle democrático, como os Conselhos e Conferências de saúde, mas também, e especialmente, em outros espaços de controle social de organização dos trabalhadores, como as associações de moradores, os movimentos sociais, os clubes de mães, etc.

Desse modo,

Perante a conjuntura de crise do capital em que a classe dominante, para o seu enfrentamento, tem buscado o ‘consentimento ativo’ das classes subalternas através da propagação da ‘cultura política da crise’ [...] o controle social das classes subalternas sobre as ações do Estado e sobre o destino dos recursos públicos torna-se um desafio importante na realidade brasileira para que se criem resistências à redução das políticas sociais, à privatização e mercantilização (CORREIA, 2009, p. 117).

Para tanto, elaboramos um plano de ação com o intuito de fortalecer a defesa da saúde enquanto um direito de cidadania e dever do Estado. O referido plano foi realizado na Escola Municipal do bairro, com a turma de Jovens e Adultos e foi trabalhado através do instrumento “oficina”.

O referido trabalho apresenta cunho descritivo – sem deixar de realizar as devidas mediações sócio históricas para a apreensão da experiência abordada – e

---

<sup>2</sup> Cujo foco está na privatização, focalização e descentralização das políticas sociais.

bibliográfico, pautado no relato da experiência vivenciada no campo de estágio. Para operacionalizar as ações realizadas nesse espaço, utilizamos instrumentos como: oficinas, rodas de conversas, confecção de cartazes com imagens de serviços oferecidos pelo SUS, realizamos uma discussão sobre os processos de contrarreforma do Estado e os mecanismos de defesa do SUS e distribuimos folders informativos, realizamos ainda atendimentos individual e domiciliar e participamos de reuniões da equipe, como também de reuniões intersetoriais.

A nossa vivência na realização do estágio supervisionado, e também o trabalho ora exposto, foram fundamentados nas contribuições do método crítico-dialético, que nos possibilitou fazer uma apreensão da realidade em sua totalidade, além de nos permitir realizar mediações entre teoria e prática. Conforme Tobias (2015) é fundamental perceber que as dimensões ético-política, teórico-metodológica, técnico-operativa que fundamentam o Serviço Social são determinadas por fenômenos macrosociais que transpassam a relação entre instituição, profissional e usuário. De acordo com a autora, o aporte teórico oferece aos profissionais condições de “suspender” o cotidiano e ultrapassar a imediatividade, desse modo, a teoria e a prática devem ser compreendidas de forma articulada.

Diante do exposto, o artigo está organizado da seguinte forma: no primeiro item fazemos uma breve consideração sobre a política de saúde no Brasil a partir da consolidação do SUS na década de 1990; no tópico seguinte abordamos a Atenção Básica em Saúde e a Estratégia Saúde da Família como instrumento para reorganização da atenção à saúde, no subtópico tratamos sobre a Estratégia Saúde da Família em Campina Grande-PB; no terceiro item apresentamos a sistematização da experiência do estágio curricular supervisionado em Serviço Social realizado na UBS “Monte Santo”, iniciamos o item com uma abordagem sobre o lócus da experiência e em seguida, apresentamos o relato da vivência no campo de estágio; e por último, traçamos algumas considerações finais.

Destarte, buscamos contribuir para a ampliação das discussões no âmbito acadêmico e das equipes profissionais, com reflexões sobre a Estratégia Saúde da Família no município de Campina Grande-PB enquanto espaço de ações que possibilitem além da proteção, promoção, prevenção e cuidado da saúde, mas também como espaço para o fortalecimento do SUS.

## **2. A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL A PARTIR DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988 E A CONSOLIDAÇÃO DO SUS: breves considerações**

Os serviços de saúde no Brasil passaram por uma série de modificações até o seu reconhecimento enquanto direito social. As primeiras iniciativas no campo da saúde se desenvolviam atreladas a ações de caráter filantrópico e liberal, posteriormente, destinadas apenas a indivíduos que possuíam vínculo formal de trabalho.

Dentre tais modificações, é importante destacar que a década de 1980, período este sob o qual inicia o foco de nosso estudo, ficou conhecida, do ponto de vista econômico, como a “década perdida”. No entanto, também ficou marcada pela superação da Ditadura Militar, vivenciada desde 1964, e pelo processo de redemocratização do país, em função das lutas sociais e da implementação da Constituição Federal de 1988. (BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

Durante esse processo a saúde assumiu uma dimensão política e contou com a participação da sociedade nas discussões sobre a qualidade de vida do povo brasileiro. Estavam presentes os profissionais da saúde, o movimento sanitário, os partidos políticos de oposição à autocracia burguesa, e os movimentos sociais urbanos. Os debates tratavam principalmente sobre a universalização do acesso, sobre a concepção de saúde como um direito social e responsabilidade do Estado, sobre a reestruturação da saúde através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde e sobre a descentralização do processo de decisões e financiamento (BRAVO, 2009).

O Projeto de Reforma Sanitária Brasileira (RSB) vinha sendo construído desde meados dos anos 1970 e consegue avançar na elaboração de propostas de fortalecimento do setor público em detrimento do modelo de privilegiava o setor privado (BRAVO e MATOS, 2009).

Em 1980, o referido Projeto foi formulado com os princípios da saúde, sendo esta, direito de todos e dever do Estado, universal e igualitária, e seus serviços deveriam seguir as diretrizes, tais como: “descentralização, com direção única em cada esfera do governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e participação da comunidade” (SILVA, 2011, p. 119). Conforme destaca a referida autora, o Projeto de RSB lutava por reformas além do setor saúde, defendia mudanças no projeto de sociedade.

A realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), conforme Bravo e Matos (2009), marcou a trajetória da política pública de saúde do país, realizada no ano de 1986, em Brasília, a qual reuniu cerca de 4.500 pessoas, que buscavam discutir os rumos da saúde da sociedade brasileira. As discussões tinham o tema central voltado para: “Saúde como direito de cidadania”, “Reformulação do Sistema Nacional de Saúde”, e “Financiamento Setorial”.

Em 1988, é promulgada a Constituição Federal (CF), a qual passa a adotar o sistema de Seguridade Social que é formada pela saúde, previdência social e assistência social<sup>3</sup>. Conforme Behring; Boschetti (2011) tal medida significou um dos mais importantes avanços na política social do Brasil. Silva (2011) aponta que após acordos políticos e pressão por parte da população, em relação à saúde, o texto constitucional atende parte das reivindicações do Movimento Sanitarista, dessa forma, prejudica interesses do setor empresarial hospitalar, no entanto, a indústria farmacêutica permanece sem alterações.

De acordo com Paim (2009), foi inspirado no relatório final da 8ª CNS que o capítulo II que trata sobre a Saúde na Constituição Federal foi elaborado, considerando, em seu artigo 196, a saúde como “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

Segundo Mota (2009) essas políticas de proteção social, as quais compõem a seguridade social, são produto histórico das lutas da classe trabalhadora em resposta as suas necessidades, inspirada em princípios e valores socializados pelos trabalhadores e reconhecidos pelo Estado.

Como a saúde passou a ser considerada direito de todos e dever do Estado, a CF de 1988 cria o Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado sob as Leis Orgânicas da Saúde (LOS) – Leis 8.080/90 e a 8.142/90 –, que tratam sobre as

---

<sup>3</sup> Sendo a saúde considerada um direito universal e não contributivo; a previdência assegurada a partir da contribuição prévia e a assistência social assegurada a todos que dela necessitar (SILVA, et al, 2017).

normas de funcionamento do sistema de saúde, ou seja, sobre as condições para a promoção, prevenção e recuperação da saúde, assim como a organização dos serviços e o controle social<sup>4</sup>.

De acordo com a CF/1988 a organização do SUS deve partir de três diretrizes essenciais: a descentralização que busca adequar o SUS à diversidade regional, devido à realidade econômica, social e sanitária muito distinta; a integralidade que envolve promoção, proteção e recuperação da saúde; e a participação da comunidade, na identificação, fiscalização, avaliação e encaminhamentos de ações e serviços de saúde (PAIM, 2009).

Conforme a Lei 8.080/90, no seu Art. 2º “A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”. Assim, Bravo (2002) afirma que a Constituição Federal introduziu avanços que buscaram corrigir as históricas injustiças sociais acumuladas secularmente, incapaz de universalizar direitos tendo em vista a longa tradição das classes dominantes de privatizar a coisa pública.

Então, de acordo com a LOS, o SUS é regido pelos seguintes princípios: universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; integralidade de assistência para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; igualdade da assistência à saúde, sem que ocorra nenhum tipo de preconceitos ou privilégios; direito à informação sobre sua saúde; divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário; utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades; participação da comunidade; descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo; integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico; conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população; capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos (BRASIL, 2006).

Quanto à descentralização do sistema de saúde brasileiro, segundo Paim et al (2011), esta esteve vinculada a um processo de transição política e de reconfiguração do Estado, iniciado na década de 1980 pelos movimentos democráticos, e em seguida, moldado pelos programas de ajustes macroeconômicos. Para tais autores, a descentralização foi a lógica subjacente da implementação do SUS e que, para tanto, foram necessárias legislação complementar, novas regras e reforma administrativa em todos os níveis do governo.

Nesse processo de descentralização, o controle social que é um direito conquistado a partir da CF/1988, garantido na Lei 8.142/90 em duas instâncias formais de participação: o conselho de saúde e as conferências de saúde, de acordo com Bravo (2009), tais mecanismos foram instituídos num cenário de regressão dos direitos sociais e de mundialização do capital. Conforme Carvalho (1995, apud, BRAVO, 2009), os conselhos são espaços paritários que reúnem sociedade civil (50%) e prestadores de serviços, tanto públicos, como privados e filantrópicos, para discutirem, elaborarem e fiscalizarem as políticas sociais das diversas áreas.

Quanto aos Conselhos, Bravo (2009, p. 04) aponta que,

---

<sup>4</sup> “[...] o sentido de controle social inscrito na Constituição é o da participação da população na elaboração, implementação e fiscalização das políticas sociais.” (BRAVO, 2002, p. 45).

A sua novidade é a ideia do controle exercido pela sociedade através da presença e da ação organizada de diversos segmentos. Os Conselhos devem ser visualizados como lócus do fazer político, como espaços contraditórios, orientados pela democracia participativa, tendo no horizonte a construção da democracia de massa.

As conferências se constituem em eventos que devem ser realizados nos três níveis do Governo (Federal, Estadual e Municipal) a cada quatro anos e têm o objetivo de discutir as políticas sociais de cada esfera, além de propor ações, deve nortear a implantação das políticas e influenciar as discussões nos conselhos de cada esfera (BRAVO, 2009).

Embora não sejam os únicos espaços para o exercício do controle popular, de acordo com Bravo (2002), esses espaços têm uma importante contribuição nas tomadas de decisões, uma vez que essas decisões são realizadas por consenso, dessa forma, são considerados como espaços de luta. Assim,

Essas estruturas políticas representam grande inovação na governança em saúde no Brasil, pois permitiram que maior número e variedade de atores participassem do processo de tomada de decisão e definiram áreas de responsabilidade institucional com mais clareza que no passado, assegurando que cada nível de governo apoiasse a implementação da política nacional de saúde (PAIM et al., 2011, p. 19).

Ainda conforme os autores citados, o SUS tem como função realizar ações de promoção e vigilância em saúde, controle de vetores, educação sanitária, além de assegurar a continuidade do cuidado nos três níveis de atenção (atenção básica, média e alta complexidade).

O financiamento do SUS é realizado por meio de impostos e têm como fonte as receitas estatais e contribuições sociais dos orçamentos das três esferas do governo, as demais fontes de financiamento são privadas. Segundo Paim (2009), embora o financiamento seja insuficiente e irregular para o custeio e praticamente inexistente para investimento, obteve certa estabilidade a partir do ano 2000, com a aprovação da Emenda Constitucional número 29 (vinte e nove)<sup>5</sup>.

O SUS oferece uma rede hierarquizada de serviços, mas esse caráter hierarquizado não significa dizer que um serviço deve ser entendido como mais importante ou mais poderoso do que outro. Esse sistema de hierarquização tem função de usar os recursos disponíveis de uma forma racional para atender mais e melhor as pessoas (PAIM, 2009).

Um dos princípios defendidos pelo SUS é a integralidade da assistência e, esta deve contemplar a continuidade do atendimento, em seus níveis distintos (PAIM, 2009). A atenção básica constitui o primeiro nível de atenção no sistema de saúde, e suas ações tem caráter individual e coletivo, que envolvem promoção, prevenção, educação, diagnóstico, tratamento e reabilitação da saúde. Esse nível de assistência é considerado a 'porta de entrada' do SUS. A atenção ambulatorial ou média complexidade dispõe de ações voltadas a atender aos principais problemas de saúde da população, essas ações demandam disponibilidade de profissionais especializados e recursos tecnológicos de apoio diagnósticos e terapêuticos. A alta

---

<sup>5</sup> A Emenda Constitucional nº 29/2000 define os percentuais mínimos de aplicação em ações e serviços públicos de saúde e estabelece regras para o período de 2000 a 2004. O Artigo 198 da Constituição Federal prevê que, no final desse período, a referida Emenda seja regulamentada por Lei Complementar, que deverá ser reavaliada a cada cinco anos.

complexidade corresponde ao terceiro nível de atenção a saúde, os procedimentos realizados nesse nível de atenção envolvem alta tecnologia e/ou alto custo, como por exemplo, cirurgias cardíacas e de atenção oncológica.

Como afirmam Noronha e Soares (2011) “O SUS ainda é o único sistema público universal da América Latina, e, apesar das suas restrições e problemas, continua sendo a única alternativa que resta à parcela majoritária da nossa população”. Esse sistema público e universal vai muito além das Unidades Básicas de Saúde em condições precárias, dos hospitais lotados, da falta de medicamento de uso continuado nas farmácias populares, etc., como é propagado pela mídia.

Paim (2009) destaca que “o SUS faz muita coisa que pouca gente sabe”, “tudo é muito grande no SUS”. Para o autor, o SUS desenvolve uma das propostas mais abrangentes de atenção primária, através da Estratégia Saúde da Família (ESF) e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). É também o responsável pelo Programa Nacional de Imunização (PNI)<sup>6</sup>, que é reconhecido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como uma das estratégias de vacinação mais bem-sucedidas.

O SUS também estabeleceu uma Política Nacional de Medicamentos, ampliando a assistência farmacêutica, desde medicamentos básicos aos medicamentos excepcionais, como é o caso dos medicamentos para as Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) que são comprados pelo Ministério da Saúde e distribuídos às secretarias de saúde, entre tantos outros serviços.

De acordo com Nogueira e Miotto (2009) “a maior conquista do SUS foi quanto ao direito legal de acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde em todos os níveis de complexidade.” Muito embora, conforme tais autoras, muitos aspectos desse acesso ainda estão por se concretizar devido à exclusão social em saúde.

Diante desse contexto de transformações e crises, segundo Netto (1990, apud BRAVO; MATOS, 2002) o Brasil têm dois projetos societários antagônicos, um fundamentado em uma democracia restrita e o outro em uma democracia de massas, com ampla participação social. Esses projetos sanitários repercutem na área da saúde através do Projeto Privatista e do Projeto de Reforma Sanitária, respectivamente.

Construído na década de 1980, o Projeto de Reforma Sanitária tem o SUS como sua principal estratégia e foi fruto de lutas e mobilizações articuladas entre profissionais de saúde e movimentos sociais. Tal projeto propõe uma relação diferenciada entre Estado e Sociedade, de modo que se tenha uma maior presença de sujeitos sociais na definição da política setorial, através dos mecanismos de controle social. Em relação ao Projeto Privatista, este está pautado no ajuste neoliberal, que tem como medidas a contenção de gastos com racionalização da oferta, a descentralização do poder central e as focalização das ações (BRAVO; MATOS, 2002).

Conforme os autores supracitados, a saúde na década de 1990 é marcada por projetos antidemocráticos, iniciado no governo de Fernando Collor de Melo com redução de verbas para os setores sociais, além de não apresentar planos de governo na área da saúde, causando assim desvios para implantação do SUS. Após o afastamento do então Presidente, via *impeachment*, se inicia a gestão de Itamar Franco com proposições de fortalecimento do SUS, embora tenham ocorrido alguns avanços na saúde nada mudou na qualidade de vida da população, foi o período de

---

<sup>6</sup> “O programa assegurou a erradicação da poliomelite, a eliminação do sarampo e possivelmente da rubéola, além da drástica redução do tétano, difteria e coqueluche” (PAIM, 2009, p. 79).

êxito do Plano Real e, conseqüentemente, de efetivação do projeto neoliberal. Mas é no governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC) que tal projeto é implantado, evidenciando ações que se contrapõem aos princípios do SUS, adaptando a política de saúde, já bastante sucateada, às imposições da equipe econômica.

Silva (2011) aponta que a eleição de Lula foi um marco político na história do país, por ser a primeira vez que se elege um representante da classe operária, ou seja, a primeira vez que vence um projeto com interesses divergentes da classe dominante. Entretanto, conforme destaca a autora, após o seu primeiro mandato, as propostas e mudanças dão seguimento às contrarreformas iniciadas no governo de FHC, ao encolher o espaço público e ampliar as privatizações.

Apesar de a saúde ser reconhecida com dever do Estado a CF/1988 também garantiu espaço para o setor privado na condição de complementar. Diante das contrarreformas realizadas pelos governos desde os anos 1990, conforme Sousa (2017), o setor saúde tornou-se um serviço de gestão e de execução não exclusiva do Estado, abrindo espaço para as parcerias público-privadas e para as terceirizações. Novas formas de gestão e prestação de serviços são efetivadas, como as Organizações Sociais (OS) e as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), as Fundações Estatais de Direito Privado (FEDP), as Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH).

A partir desse novo modelo de gestão, as atividades desenvolvidas pelo SUS podem ser geridas por organizações públicas não estatais e de direito privado, de modo que essas organizações passam a ter direito à dotação orçamentária do Estado para realização dos serviços. O que acaba por se constituir em estratégias de privatização na gestão e execução das políticas públicas. Ou seja, “a reconfiguração do SUS pela via da privatização tem tratado a saúde como mercadoria de interesse dos grandes e pequenos grupos empresariais” (SOUSA, 2017, p.150).

A saúde pública brasileira tem sido vítima de ataques e desmontes, além dos que já foram mencionados anteriormente, temos ainda o aumento da Desvinculação das Receitas da União (DRU)<sup>7</sup> de 20% para 30% com prorrogação até o ano de 2023, a aprovação da Emenda Constitucional nº 95/2016 que congela os investimentos sociais, estabelecendo um teto para os gastos públicos por um período de 20 (vinte) anos, causando, conforme Sousa (2017), a falência do serviço público e, conseqüentemente, a abertura ao capital na exploração dos serviços que geram altos lucros no país como é o caso da saúde.

Entretanto, esse cenário de ataques e desmontes, não ocorre sem resistência. De acordo com a mesma autora, existem debates e produção intelectual que argumentam em defesa do SUS, que denuncia o interesse de grupos de capital financeiro na mercantilização da saúde.

Assim, a partir das considerações traçadas até aqui quanto à política de saúde no Brasil após a implantação do SUS, no próximo eixo iremos tratar sobre o

---

<sup>7</sup> Tal desvinculação foi criada em 1994 com o nome de Fundo Social de Emergência, instituída para estabilizar a economia logo após o Plano Real, em 2000 o nome foi mudado para Desvinculação de Receitas da União, e permite que o governo federal utilize livremente 20% de todos os tributos federais. Conforme Berhring; Boschetti (2011, p. 166), “esse mecanismo de manipulação orçamentária, que transfere recursos do orçamento da seguridade social para o orçamento fiscal, tem sido nefasto, pois permite a transferência de recursos públicos crescentes para o mercado financeiro, por meio do pagamento de serviços da dívida pública.” Em 2016 o Congresso Nacional aprovou a Emenda Constitucional (PEC nº 87/2015) que permite prorrogar a DRU até 2023 e aumentou a retirada dos recursos da Seguridade Social para 30% do orçamento da União, estendendo ainda para os estados e municípios.

primeiro nível de atenção do sistema de saúde brasileiro, a Atenção Básica (AB), considerada como “porta de entrada” desse sistema, e sobre a Estratégia Saúde da Família (ESF), onde a AB se desenvolve.

### 3. ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE E ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Nos anos de 1970, o cenário mundial foi marcado por crises dos sistemas de saúde. Os custos com a atenção médica especializada cresciam aliando-se a baixa resolubilidade da assistência e ainda a exclusão de uma parte considerável da população ao acesso dos serviços de saúde (AQUINO et al, 2014).

Conforme os autores supracitados, em 1977, foi realizada a Assembleia Mundial de Saúde que reafirmou a saúde como direito fundamental e definiu como meta “saúde para todos nos anos 2000”. No ano seguinte, foi realizada a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em Alma-Ata, no Cazaquistão. Nessa Conferência foi elaborado um documento que ficou conhecido como “Declaração de Alma-Ata” no qual ficaram registrados os princípios fundamentais da Atenção Primária em Saúde (APS), apresentando um conceito amplo de saúde.

Como destaca Starfield (2002, p. 28), a Atenção Primária em Saúde

[...] é aquele nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros.

A citada Conferência trouxe também especificações sobre os componentes fundamentais da APS, que de acordo com Starfield, eram:

Educação em saúde; saneamento ambiental, especialmente de águas e alimentos; programas de saúde materno-infantis, inclusive imunizações e planejamento familiar; prevenção de doenças endêmicas locais; tratamento adequado de doenças e lesões comuns; fornecimento de medicamentos essenciais; promoção de boa nutrição; e medicina tradicional. (STARFIELD, 2002, p. 31)

A referida autora assinala ainda que APS não deve priorizar apenas a enfermidade individual, mas deve focar a saúde das pessoas observando o meio social e físico no qual as pessoas convivem. É a APS que aborda os problemas mais comuns na comunidade, e oferece serviços tanto de prevenção como de tratamento e reabilitação da saúde.

No Brasil, após a institucionalização do SUS – que têm como princípios a descentralização, a equidade, a participação popular, etc. –, o Ministério da Saúde (MS) cria, em 1991, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), com o objetivo de enfrentar as altas taxas de mortalidade infantil e materna no Nordeste. Em seguida, o programa é ampliado para a região Norte do país, conforme afirmam Aquino et al (2014).

De acordo com a Portaria 1.886 de dezembro de 1997, o agente comunitário de saúde (ACS) deve trabalhar com adscrição de famílias em área definidas, sendo responsável por acompanhar, no máximo, 150 (cento e cinquenta) famílias ou 750 (setecentos e cinquenta) pessoas. O ACS deve ser morador da área onde

desenvolverá sua atividade há pelo menos dois anos. As atividades desenvolvidas por este profissional se referem a atividades de prevenção das doenças e promoção da saúde, através das visitas nos domicílios e de ações educativas, tanto individuais quanto coletivas, sob supervisão de enfermeiro na unidade básica de saúde (UBS) de sua referência.

Em 1994, após 04 (quatro) anos da criação do SUS, como sinaliza Aquino et al (2014) inicia-se a implementação do Programa Saúde da Família (PSF), posteriormente denominado de Estratégia Saúde da Família (ESF). A Estratégia evoluiu e atingiu todas as regiões do país sendo sustentada por um conjunto de iniciativas governamentais, desse modo, se constituiu como a maior reforma nacional de reorganização da APS no Brasil. Segundo Morosini et al (2018), o PSF permitiu ampliar a cobertura de saúde de modo a atender parte da população em situação social mais vulnerável.

Como proposta de reorganização da atenção primária, as diretrizes operacionais da ESF, definem a UBS como unidade ambulatorial pública destinada a realizar assistência contínua nas especialidades básicas, por intermédio de equipe multiprofissional. De acordo com a Portaria referenciada, as equipes de saúde da família deverão ser compostas minimamente por médico, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e ACS. Essas equipes devem atender entre mil famílias ou 4.500 (quatro mil e quinhentas)<sup>8</sup> pessoas (AQUINO et al, 2014).

As equipes da ESF podem ser ampliadas e incorporar profissionais de outras especialidades. Em 2001, o MS passou a financiar a incorporação do profissional de saúde bucal nessas equipes e, em 2004, estabelece as “Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal” que busca reorganizar, através da ESF, a atenção em saúde bucal, ampliando a atenção especializada e implantando Centros de Especialidades Odontológicas e também Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (BRASIL, 2004).

Posteriormente, em 2008, o MS cria o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)<sup>9</sup> instituído pela Portaria 154 de 24 de janeiro do referido ano. Conforme seu artigo 1º, o NASF tem como objetivo “ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica.”

A primeira Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) foi formulada em 2006, a qual considera a ESF como prioritária para a expansão e consolidação da atenção básica de acordo com os princípios do SUS. Centralidade reafirmada na segunda edição da PNAB de 2011, que também definiu princípios e diretrizes a serem seguidos pela atenção básica em saúde:

- I. Ter território adstrito de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com impacto na situação, nos condicionantes e nos determinantes da saúde das coletividades que constituem aquele território, sempre em consonância com o princípio da equidade;
- II. Possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e

---

<sup>8</sup> A partir da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2011, cada equipe da ESF fica responsável por, no máximo 4.000 pessoas, considerando para esta definição o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território. (BRASIL, 2012)

<sup>9</sup> As equipes do NASF são compostas por profissionais de diversas áreas do conhecimento, a exemplo de assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas, farmacêuticos, fisioterapeutas, educadores físicos. Esses profissionais atuam juntamente com as equipes da ESF no desenvolvimento de ações.

preferencial da rede de atenção, acolhendo os usuários e promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde. [...] O serviço de saúde deve se organizar para assumir sua função central de acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva, capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população e/ou de minorar danos e sofrimentos desta, [...]. A proximidade e a capacidade de acolhimento, vinculação, responsabilização e resolutividade são fundamentais para a efetivação da atenção básica [...];

III. Adscriver os usuários e desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado [...];

IV. Coordenar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integrando as ações programáticas e demanda espontânea; articulando as ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins e à ampliação da autonomia dos usuários e coletividades; trabalhando de forma multiprofissional, interdisciplinar e em equipe; realizando a gestão do cuidado integral do usuário e coordenando-o no conjunto da rede de atenção [...];

V. Estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território, no enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, na organização e orientação dos serviços de saúde a partir de lógicas mais centradas no usuário e no exercício do controle social [...]. (BRASIL, 2012)

Para que a atenção básica venha a contribuir com o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde (RAS) a PNAB de 2011 estabeleceu algumas funções a serem desenvolvidas pela AB, como: ser base, ou seja, ser o mais elevado grau de descentralização e capilaridade; ser resolutiva, identificando riscos, necessidades e demandas de saúde, utilizando tecnologias para o cuidado individual e coletivo; coordenar o cuidado por meio de elaboração, acompanhamento e gestão de projetos terapêuticos, acompanhamento e organização do fluxo de usuários entre os pontos de atenção das RAS; e ordenar as redes, mediante o reconhecimento das necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando-as em relação aos outros pontos de atenção (BRASIL, 2012).

Aquino et al (2014 p. 361) aponta que a ESF no Brasil, em quase duas décadas, avançou no sentido de propostas de APS integral e destaca dois pontos desse avanço:

Em primeiro lugar, a concepção de redes de atenção ordenadas pela APS, proposta pela PNAB, papel a ser assumido pela ESF ou por qualquer outra estratégia de organização da APS; em segundo lugar, as transformações na concepção e maneiras de utilização do trabalho multiprofissional, ampliando as possibilidades da integração de vários saberes e fazeres na resolução dos problemas de saúde.

Com a criação do Piso de Atenção Básica em 1996 houve um grande avanço na modalidade de financiamento, atribuindo valores *per capita* para a atenção primária, além de incentivos aos programas como PACS e a ESF, com repasses feitos diretamente do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal Saúde, possibilitando autonomia dos municípios na gestão dos recursos, intensificando a adesão à ESF (AQUINO et al 2014).

Entretanto, apesar dos investimentos dos governos na ESF e dos avanços alcançados, para Vasconcelos et al (2017), há contradições e limites em sua concretização, os quais colocam em questionamento o seu papel como estratégia

nacional (re)organizadora do sistema de saúde. Segundo Silva (2011, p. 123) “o Programa Saúde da Família deveria ser uma estratégia significativa de assistência a atenção básica, mas o seu formato no Brasil tem apresentado a sua pouca efetividade, passando a ser mais um programa focal do governo federal.”

Desde o início da implantação do SF no Brasil algumas críticas são realizadas quanto às proposições do Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Mundial (BM). Segundo Franco e Merhy (2007 apud VASCONCELOS; CARNEIRO, 2011, p. 184) “tem funcionado como um verdadeiro ‘ministério da saúde’ dos países periféricos – em suas recomendações de contenção de gastos públicos”. Para tais autores, ao seguir a agenda posta pelo BM, a saúde como um direito social e dever do Estado deixa de ser considerada, e assume um papel focalista e seletivo, o que implica ir de encontro aos princípios do SUS, desse modo, ao não ampliar os serviços de saúde para todos, uma “cesta básica” de serviços é instaurada para atender a camada mais pobre da população, considerado pelo BM como um pacote básico de ações.

A saúde brasileira, atualmente, tem enfrentado mudanças e processos de contrarreformas, de modo a aprofundar as limitações e contradições da ESF bem como o Sistema Único de Saúde. Três medidas impactam diretamente a ESF: o projeto “SUS legal” que diz respeito à alteração no modelo de repasse de recursos da União para as demais esferas do governo; o projeto dos “Planos de Saúde Acessíveis”, que amplia o acesso aos planos de saúde “popular” fragilizando a APS; e a nova PNAB, aprovada em 2017 que, embora reafirme os princípios e diretrizes, bem como o significado da ESF definido na política anterior, reconhece outras Estratégias de AB e ameaça à viabilização da APS integral e universalista (VASCONCELOS et al, 2017).

Segundo Morosini et al (2018) houve pouquíssima divulgação da revisão da nova PNAB, as discussões ocorreram entre grupos restritos e a consulta pública do texto preliminar durou apenas dez dias, pouco tempo, mas ainda assim recebeu cerca de 6 (seis) mil contribuições, as quais não geraram mudanças expressivas no texto original.

Inúmeras críticas ocorrem em torno da nova PNAB, pois, a partir do que está disposto, várias opções se tornam possíveis e comprometem os princípios de universalidade, integralidade e equidade. Para as autoras citadas anteriormente, o discurso da nova Política “se constrói de modo ambivalente, incorporando verbos como sugerir e recomendar, que retiram o caráter indutor e propositivo da política e expressam a desconstrução de um compromisso com a expansão da saúde da família e do sistema público” (MOROSINI et al. 2018, p. 14).

Diferente das versões anteriores, a nova PNAB flexibiliza a cobertura da população, relativiza o número de ACS por equipe, a depender de critérios epidemiológicos e socioeconômicos, além de conformar a função de ACS e dos Agentes de Combate às Endemias (ACE), tornando assim, um único profissional, tal medida causa uma descaracterização no trabalho de cada profissional e acarreta na diminuição de postos de trabalho.

A PNAB 2017, conhecida como a nova PNAB, define dois padrões de ações para a AB, o primeiro é o padrão essencial, que são as ações e procedimentos básicos garantidos por todas as equipes e o padrão ampliado, que compreende aos serviços estratégicos para se avançar no padrão de qualidade na AB. Esse último modelo de padrão é apenas uma recomendação, a PNAB em si, se limita aos padrões essenciais, conforme aponta Morosini et al (2018).

A referida política passa a reconhecer outras estratégias de organização da AB, além da ESF, as novas equipes de AB são compostas por médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem, o ACS não é requerido na equipe mínima.

Isto significa que, pelo menos, três fatores tornam mais atraente a composição de equipes no modelo de AB tradicional: contam com menos profissionais do que a ESF e, portanto, podem ter um custo mais baixo; são mais fáceis de organizar, em função da flexibilidade da carga horária; e, agora, são também financeiramente apoiadas. É importante lembrar que a referência de população coberta também foi flexibilizada (MOROSINI et al 2018, p.19).

Assim, de acordo com Vasconcelos et al (2017), ao se reconhecer outras equipes de AB que seguem modelos diferentes da ESF, princípios e diretrizes da APS podem ser comprometidos, como o princípio da continuidade da atenção, o trabalho no território, a busca pela prevenção e promoção da saúde, por exemplo. Isso porque tais equipes podem contar com menos profissionais e com carga horária inferior as equipes da ESF.

Para as autoras, tais elementos

Indicam uma volta ao modelo tradicional e são convenientes ao enxugamento de recursos derivado da EC 95, visto que, ao menos imediatamente, a equipe tradicional de APS tem custos menores que o da ESF, contudo, a médio e longo prazo, trará impactos indesejados nos índices de morbimortalidade e internações por condições sensíveis à APS (VASCONCELOS et al., 2017, p. 243).

Assim, ao reconhecer a ESF como modelo de reorganização da APS do Brasil, partindo dos princípios do SUS, alguns municípios aderiram a tal modelo de atenção à saúde desde a sua implantação, no ano de 1994. Campina Grande, município da Região Nordeste situado no estado da Paraíba (PB), foi um dos pioneiros nesse propósito de estruturar o sistema de saúde local com base na Estratégia Saúde da Família, ampliando o acesso da população à saúde por meio da equidade e integralidade do cuidado.

### **3.1 A Estratégia Saúde da Família no Município de Campina Grande – PB**

A cidade de Campina Grande está localizada no Planalto da Borborema do Agreste Paraibano, possui uma área territorial de 593,026 km<sup>2</sup> e sua população, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), estima-se em 407.472 pessoas no ano de 2018<sup>10</sup>. É referência para municípios vizinhos em diversos serviços, mas especialmente na área educacional e na área da saúde, principalmente na alta complexidade.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) no referido município teve início no ano de 1994, quando a ESF ainda era conhecida como Programa Saúde da Família. A ideia de implantação desse modelo de APS, em Campina Grande, teve início em 1993, com a vinda de uma delegação cubana composta por profissionais de saúde com o objetivo de discutir o modelo de atenção básica implantado em Cuba no ano de 1984, o modelo “Médico e Enfermeira da Família”. O responsável por essa

---

<sup>10</sup> Dados disponíveis no site do IBGE <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pb/campina-grande.html>? Acesso em 17 de maio de 2019.

implantação também fazia parte dessa comitiva, além do Doutor Carlos Dotres que, posteriormente, veio a ser Ministro da Saúde (ALBUQUERQUE, 2004).

Após tal visita, foram realizadas discussões entre a equipe da Secretaria de Saúde local com a finalidade de encontrar alternativas para implantar em Campina Grande um modelo semelhante ao modelo cubano. O assunto foi levado ao Ministério da Saúde (MS), o qual também tinha o intuito de implantar no Brasil um programa inspirado na experiência cubana e em outras experiências brasileiras, como a de Niterói no Rio de Janeiro, que já desenvolvia, desde 1991, medicina da família, inspirada no de Cuba.

Para Albuquerque (2004), a vinda da referida delegação foi o marco inicial do PSF em Campina Grande. E, em janeiro de 1994, juntamente com treze municípios surgem as primeiras equipes de Saúde da Família (SF) no Brasil.

Em Campina Grande, o SF iniciou-se com cinco equipes, nos bairros do Mutirão, Pedregal e, posteriormente, no bairro Tambor. A escolha por esses bairros foi baseada em critérios epidemiológicos tais como: ausência de serviços básicos, índice de mortalidade infantil bastante elevado, altos índices de violência, entre outros.

Seguindo os critérios do MS, as equipes pioneiras eram compostas por médica, enfermeira e auxiliar de enfermagem, cada<sup>11</sup>. A seleção dos profissionais que iriam formar as equipes de SF se deu através de processo seletivo simplificado, com realização de entrevista e prova de títulos. Após a seleção, foi ministrado um curso de capacitação introdutória com os profissionais selecionados, abordando temas relativos ao SUS, à Atenção Primária, e às propostas do PSF, conforme destaca Ribeiro et al (2005).

O vínculo empregatício dos profissionais era de acordo com a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), mediante criação de convênios entre a Prefeitura Municipal e a Associação de Moradores das áreas onde estes trabalhavam.

Guimarães (2004) discorre que os profissionais dessas equipes, além de serem capacitados profissionalmente, deveriam, sobretudo, se comprometer com a luta pelo direito à saúde para todos, especialmente para aqueles que até então eram excluídos de tais serviços. O autor destaca que os principais inimigos que as equipes enfrentariam seria a mortalidade infantil elevada, a desnutrição e a violência. Para ele, o que marcou o PSF de Campina Grande foi “o desejo firme de mudanças sociais em busca da cidadania das comunidades atendidas” (2004, p. 30).

Devido ao caráter revolucionário de tal proposta, que buscava reorganizar os serviços de saúde e o fortalecimento do SUS, o período de implantação do SF foi uma fase de muitas dificuldades.

Dentre as dificuldades enfrentadas, destaca-se a inexistência de uma coordenação estadual, pois, qualquer negociação necessária deveria ser feita diretamente com o Ministério da Saúde, a exemplo de normas operacionais e financiamento do Programa. E devido à alta demanda inicial, o MS nem sempre conseguia atender, desse modo, as próprias equipes criavam suas estratégias visando solucionar os problemas que surgiam. Outro problema estava relacionado às Unidades de Saúde local, que não estavam preparadas para funcionarem como níveis de referência secundária e terciária para o PSF, dentro do princípio da integralidade defendido pelo SUS (GUIMARÃES, 2004).

---

<sup>11</sup> As primeiras equipes eram formadas apenas por mulheres (GUIMARÃES, 2004).

Farias (2004) destaca que a ausência de referenciais teóricos e de propostas concretas de organização das ações foi um grande desafio para a equipe no processo de implantação. No entanto, avalia como positivo, uma vez que o potencial criativo e inovador dos profissionais eram desafiados. Como sinaliza a autora,

Tivemos que aprender junto com o povo e alguns parceiros a superar as nossas deficiências de formação; a trabalhar em equipe, desconstruindo as relações interprofissionais extremamente hierarquizada que tínhamos vivido até então; a valorizar o saber da população; a lidar de forma completamente inusitada e próxima com a miséria, a fome, a violência; a construir uma relação mais horizontal com usuários e com a comunidade; a brigar em defesa da “nossa” população (FARIAS, 2004, p. 38).

O perfil dos profissionais selecionados era uma das dificuldades a serem enfrentadas, pois, embora alguns tivessem formação em saúde pública, a maioria tinha uma formação técnica especializada, indo de encontro aos princípios do PSF que exigia uma formação generalista.

Conforme Guimarães (2004, p. 35) “as instituições formadoras em nosso país ainda continuam produzindo profissionais dentro da lógica do modelo médico privatista”. Buscando superar tal dificuldade, o Programa, juntamente com professores do curso de medicina do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde das Universidades locais, ofertaram cursos (com caráter informal, sem envolvimento institucional) nas áreas de clínica médica, ginecologia e obstetrícia.

Nesse período de implantação do SF, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) não faziam parte das equipes, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) só veio a ser implantado no município em 1995. A ausência do ACS, segundo o autor citado anteriormente, impediu um melhor desenvolvimento do trabalho das equipes, tendo em vista o papel fundamental que os ACS desempenham no processo de acompanhamento das condições de saúde das famílias da comunidade, contribuindo para uma atuação precoce, aumentando a eficiência e a eficácia dos resultados obtidos.

Outra dificuldade destacada por Guimarães (2004) foi quanto ao processo de organização comunitária visando à formação dos conselhos locais e à participação dos moradores na busca por melhores condições de vida. As demandas eram intensas e as equipes não davam conta, foi então que se viu a necessidade de profissionais de Serviço Social nas equipes e, em 1995, duas assistentes sociais<sup>12</sup> lotadas na Secretaria de Saúde, passaram a compor as equipes e a desempenhar um importante papel.

Como resultado desse trabalho, foi possível formarem-se, gradativamente, os conselhos gestores das Unidades de Saúde da Família, além de serem desenvolvidos diversos projetos como o de Produção Artesanal para Geração de Renda no Mutirão, formação de grupos educativos para alimentação alternativa, etc. (GUIMARÃES, 2004, p. 35).

Em 1996, com uma nova gestão municipal, a ESF deixa de ser prioridade e passa, juntamente com seus profissionais, por situação bem diferente do que havia sido até então, segundo Farias:

---

<sup>12</sup> Segundo dados contidos no livro Dez anos de PSF em Campina Grande: o sentir e o fazer – suas vozes, as assistentes sociais pioneiras no referido Programa foram Francisca Eugênia Bernardino e Joselita Alves Brasileiro.

Sem apoio político e técnico, ficamos órfãos, marginais, loucos solitários lutando para provar a viabilidade e a importância de um projeto capaz de garantir o acesso à saúde e a inclusão social da população. Muito sofrimento, mas também muito crescimento. Viramos ONG. Assumimos as rédeas do nosso projeto, nos articulamos, no organizamos e investimos pesadamente na divulgação do trabalho [...] (FARIAS, 2004, p. 39).

Para Carneiro (2011) tal expressão teve o objetivo de comparar a desresponsabilização do Poder Público frente à ESF naquele momento, pontuando a organização dos profissionais ao assumirem, isoladamente, a Estratégia no âmbito local, enfrentando os desafios postos naquele período.

Entretanto, apesar dos desafios e oposições, houve também reconhecimento. Em 1998, o trabalho desenvolvido pela ESF do Mutirão ganhou destaque, a Fundação Getúlio Vargas o premiou como uma das dez melhores experiências brasileiras de combate à pobreza e à exclusão. Tal premiação gerou nas equipes ânimo para continuarem resistindo.

Um ano após, em 1999, acontece a I Mostra Nacional de Produção do Programa Saúde da Família e, novamente, Campina Grande ganha destaque, como uma das dez melhores experiências de SF no Brasil. Farias (2004) assinala que tal premiação trouxe para os trabalhadores o reconhecimento pelo que foi construído, apesar de todas as situações adversas.

Embora a experiência de Campina Grande fosse restrita e focalizada, “dezenas de trabalhadores tinham dedicado toda a sua capacidade e energia ao projeto; tinham conseguido qualificar o trabalho a despeito de toda a adversidade política” (FARIAS, 2004, p. 40). A obtenção dos prêmios mencionados deu visibilidade à importância da ESF (VASCONCELOS; CARNEIRO, 2011).

A expansão da ESF foi acontecendo aos poucos, a proposta inicial era ampliar para 15 (quinze) equipes/ano, como afirma Santos (2004 apud RIBEIRO et al, 2005), totalizando 75 (setenta e cinco) equipes para o município, mas, devido a compreensão dos gestores em relação ao SUS e ao PSF tal expansão foi seriamente comprometida, apenas em 1998 ocorreu uma primeira ampliação das equipes.

Carvalho (2004) menciona que, entre os anos de 1998 e 2000 a ESF contava com mais 13 (treze) equipes e em 2003 foram implantadas mais 18 (dezoito) equipes, garantindo cobertura da população da zona rural do município em sua totalidade. Embora no momento, ainda não fosse possível garantir a essas equipes condições necessárias de trabalho. Ainda assim, considera-se um grande avanço, na medida em que muitos desses usuários não tinham acesso algum a atendimentos de saúde, como ao pré-natal, por exemplo. Atualmente, o município de Campina Grande conta com dez distritos sanitários e 107 (cento e sete)<sup>13</sup> equipes da ESF.

Após anos de lutas e mobilizações<sup>14</sup>, em 2002, foi realizado um Processo Seletivo Simplificado para assistentes sociais na ESF do município em questão, tal

---

<sup>13</sup> Segundo informações colhidas na secretaria de saúde.

<sup>14</sup> Segundo Ribeiro et al (2005) o processo de mobilização para a inserção do assistente social na equipe básica foi construído a partir de parcerias com a APSF, com o departamento de Serviço Social da UEPB, com a delegacia seccional do CRESS – 13ª Região, com os Conselhos Comunitários de Saúde, com a coordenação local do PSF. Durante esse processo, aconteceram inúmeras reuniões com a gestão local e foram elaborados documentos que reivindicavam a inserção do referido profissional na equipe mínima do PSF de Campina Grande. Conforme aponta as citadas autoras, o movimento tomou maior visibilidade na III Conferência Municipal de Saúde, em 2000, quando foi aprovada a proposta de inserir o profissional de Serviço Social nas equipes. Tal proposta foi

processo ocorreu do mesmo modo que para os demais profissionais, com prova escrita, entrevista e análise do currículo. Todo o processo foi realizado por representantes da Coordenação da ESF local, do Curso de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), da Associação dos Profissionais de Saúde da Família (APSF) e do Conselho Municipal de Saúde. No ano seguinte, inicia-se oficialmente a inserção do assistente social na ESF, juntamente com o cirurgião-dentista e o auxiliar de consultório dentário, no caso deste último, sendo um profissional para cada duas equipes (RIBEIRO et al, 2005).

Quanto ao repasse financeiro este seguia a tabela do SUS que incentivava o pagamento por produção, o que acabava comprometendo a qualidade do atendimento, inclusive pela inviabilidade dos profissionais se afastarem do serviço até mesmo para capacitação, o que causaria diminuição dos recursos. Entretanto, a partir da NOB-SUS 01/96<sup>15</sup> que altera a questão do financiamento, esse problema foi solucionado, uma vez que o Piso da Atenção Básica passou a ser baseado na quantidade de habitante (parte fixa) e pelo incentivo aos programas, tais como o PACS, ESF, etc. (CARNEIRO, 2011).

Ao completar dez anos de funcionamento, Farias (2004) pontua alguns desafios no nível municipal, os quais são: a baixa cobertura e os recursos insuficientes para a ampliação, o insuficiente acesso aos serviços de média e alta complexidade, a dificuldade operacional de garantir condições de infra-estrutura necessárias ao trabalho, entre outros. No nível nacional, a autora aponta como desafios a ingerência política no recrutamento das equipes como na organização do trabalho, o pouco avanço na formação de profissionais que o projeto exige, a manutenção da lógica que privilegia o setor hospitalar, etc.

Com a mudança da gestão municipal em 2005, a estratégia sofreu algumas redefinições, modificando o papel da Rede que perdeu a cultura avaliativa, esgarçou seu caráter político e de defesa do SUS, cedendo o lugar à responsabilização burocrática por cada Distrito Sanitário, como avaliam Vasconcelos e Carneiro (2011).

As autoras citadas mencionam que nesse processo de mudanças, no início de 2006, tal gestão decide, de forma verticalizada, assinar um Termo de Ajustamento de Conduta junto ao Ministério Público de Trabalho, com o intuito de “regularizar” o vínculo dos trabalhadores, por meio do concurso público. Tal conduta foi questionada pela Associação de Profissionais de Saúde da Família (APSF), uma vez que as decisões ocorreram sem a participação dos trabalhadores. Havia ainda ameaças à permanência do Serviço Social nas equipes básicas, no entanto, devido às mobilizações da APSF e dos Conselhos Locais de Saúde a categoria conquista a sua inserção nos cargos destinados ao primeiro concurso público para a ESF local, que ocorreu no mesmo ano.

Ribeiro et al (2005) ressalta que tais mobilizações se justificavam nas contribuições que um profissional de Serviço Social poderia trazer para um programa que tinha como foco a atenção integral à saúde. As autoras ressaltam ainda que não houve preocupação alguma com a formação/capacitação dos novos profissionais, estes ingressaram no trabalho sem realizarem ao menos o Curso Introductório, diferente do que ocorreu com as equipes anteriores.

---

apresentada em Fóruns e Movimentos Populares em Saúde, em conselhos Comunitários e no Conselho Municipal de Saúde, a luta se justificava com base nas contribuições que tal profissional poderia oferecer a u programa voltado para a atenção integral à saúde.

<sup>15</sup> Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde, publicada no Diário Oficial em 06/11/1996. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/legislacao/nobsus96.htm>.

Segundo Brito (2017), desde então até os dias atuais, a capacitação permanente se restringe a algumas categorias profissionais, as reuniões de equipes que antes eram semanais passaram a ser mensais e a gestão passou a controlar a participação das equipes nos espaços democráticos de controle social.

Quanto ao Serviço Social, nem todos os profissionais aprovados no concurso foram convocados e os convocados assumiram entre 04 (quatro) e 08 (oito) equipes, sendo que diversas dessas equipes ficaram sem cobertura de atuação profissional do assistente social.

Há muitas fragilidades nesse processo de reorganização do SUS. Vasconcelos; Carneiro (2011) apontam em seus estudos que a falta de investimento nos demais níveis da atenção comprometem a continuidade da atenção e o princípio da integralidade, refletindo na demora do tratamento, na dificuldade de marcação de consultas e exames, tais situações geram a baixa resolubilidade dos problemas de saúde dos usuários. Destacam ainda que a precariedade na estrutura física de algumas Unidades Básicas de Saúde, a escassez de insumos e medicamentos, também são aspectos considerados como dificuldade para o trabalho das equipes.

Ao invés de contribuir efetivamente para a reversão do modelo assistencial, a ESF parece se configurar como “cesta básica de saúde”, ou talvez nem isso, diante do insuficiente investimento na qualidade de saúde da família municipal (VASCONCELOS; CARNEIRO, 2011). Ampliar quantitativamente a Estratégia não significa transformar a organização dos serviços sob a perspectiva do paradigma de produção social da saúde, tão pouco significa qualidade necessária para responder às demandas de saúde da população.

Assim,

[...] cumpre destacar que a inversão do modelo de atenção à saúde é um processo lento e sinuoso, configurando-se como verdadeiro palco de embates envolvendo os usuários e os profissionais e a gestão, sem desconsiderar, contudo, o contexto macroestrutural. (VASCONCELOS; CARNEIRO, 2011, p. 196).

Diante do exposto quanto às limitações para a efetivação da ESF bem como dos princípios do SUS, observa-se o rebatimento da ofensiva neoliberal nas políticas sociais, refletindo diretamente nas condições precárias de trabalho e no sucateamento dos serviços.

#### **4. SISTEMATIZANDO A EXPERIÊNCIA DO ESTÁGIO CURRICULAR SUPERVISIONADO EM SERVIÇO SOCIAL NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE “MONTE SANTO”**

O estágio supervisionado é uma atividade regulamentada na Lei Federal nº 11.788/2008, conhecida como Lei do Estágio. Conforme o seu artigo 1º o estágio é definido como:

Ato educativo escolar supervisionado, desenvolvido no ambiente de trabalho, que visa à preparação para o trabalho produtivo de educandos que estejam frequentando o ensino regular em instituições de educação superior, de educação profissional, de ensino médio, da educação especial e dos anos finais do ensino fundamental, na modalidade profissional da educação de jovens e adultos (BRASIL, 2008).

De acordo com a Lei referenciada, o estágio poderá ser obrigatório e não-obrigatório, conforme as diretrizes curriculares e o projeto pedagógico do curso.

Sendo que na primeira modalidade o estágio é definido como tal no projeto do curso, cuja carga horária é requisito para aprovação e obtenção do diploma. Quanto ao segundo, é aquele desenvolvido como opcional, acrescido à carga horária regular e obrigatória.

As Diretrizes Curriculares do Curso de graduação em Serviço Social, aprovadas em 1996, pela Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa (ABEPSS), apontam os princípios e as diretrizes para nortear o projeto pedagógico das instituições de formação profissional. Tais Diretrizes tratam o estágio supervisionado como um momento ímpar do processo ensino-aprendizagem, da relação teoria-prática, da relação entre pesquisa e intervenção profissional. Busca capacitar o aluno para o exercício profissional, por meio das mediações entre o conhecimento adquirido na formação acadêmica e a realidade social.

Segundo a Lei de número 8.662 de 1993, que regulamenta a profissão de Serviço Social, no seu artigo 5º, inciso VI, institui a supervisão direta de estagiários de Serviço Social como atribuição privativa do assistente social.

Conforme a Resolução 533/2008 do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), que regulamenta a supervisão direta de estágio em Serviço Social, o número de estagiários a serem supervisionados não deverá exceder 01 (um) estagiário para cada 10 (dez) horas trabalhadas, também deverá ser considerada a complexidade das atividades profissionais e as peculiaridades do campo de estágio. Tal supervisão se estabelece entre unidade acadêmica e instituição (pública ou privada) que recebe o estudante.

Para Guerra e Braga,

A supervisão é a expressão da indissociabilidade entre trabalho e formação profissional. Nela as duas dimensões da profissão se articulam, de modo a realizar uma síntese de múltiplas determinações que envolvem o exercício profissional na sua totalidade: as condições objetivas que se operam no mercado de trabalho, as condições subjetivas relativas ao sujeito e a necessidade de qualificá-las permanentemente (GUERRA; BRAGA, 2009, p. 03).

As autoras destacam que a supervisão como parte do processo ensino/aprendizagem envolve dois sujeitos profissionais (supervisor acadêmico e supervisor de campo), os quais devem planejar e avaliar tal processo, além de avaliar o desempenho do discente, assegurando a participação de todos os envolvidos.

Ainda conforme as autoras referenciadas, a supervisão – assim como o estágio – é a expressão entre teoria e prática, a mesma não pode ser compreendida desvinculada das dimensões teórica, ética e política, que compreendem o significado do Serviço Social na sociedade.

Para Guerra (2016) é no estágio que estudante, em primeira mão, enfrenta as dificuldades da própria realidade tanto para conhecê-la quanto para intervir em tais demandas. Para a citada autora,

O estágio permite que o estudante vivencie e capture o significado da profissão na rede de relações sociais, o lugar que ela ocupa na divisão sociotécnica do trabalho, sua funcionalidade ao padrão de sociabilidade dominante, o antagonismo dos interesses e demandas que se põe à profissão, sua instrumentalidade como condição de alcance de seus objetivos, o que realmente é e faz (GUERRA, 2016, p. 111).

Assim, conforme o CFESS, o processo do estágio não deve ser simplificado como a mera permanência ou visita do aluno a uma instituição. Este deve ser materializado conjuntamente pelas instituições envolvidas, que detêm responsabilidades, deveres e compromissos tanto com a formação do estudante, quanto com a população usuária.

O estágio também aproxima o estudante da realidade do mercado de trabalho, das dificuldades enfrentadas no cotidiano e das implicações da crise do capital no contexto dos espaços sócio-ocupacionais, uma vez que este se desenvolve nas mesmas condições e relações nas quais estão inseridos os assistentes sociais, conforme Guerra (2016).

No item a seguir faremos reflexões acerca da sistematização das atividades desenvolvidas no processo de estágio supervisionado em Serviço Social realizado na Unidade Básica de Saúde “Monte Santo” em Campina Grande-PB, considerando as particularidades de inserção deste espaço sócio ocupacional na dinâmica mais geral que perpassa a saúde pública do país.

#### **4.1 O lócus de realização do estágio supervisionado em Serviço Social**

A Unidade Básica de Saúde (UBS) “Monte Santo” está localizada na Rua Agripino Diniz s/n, no bairro Monte Santo em Campina Grande- PB, CEP: 58404-041e telefone: (83) 3310-6002. A referida Unidade possui prédio próprio e foi fundada em setembro de 2006 na gestão do Prefeito Veneziano Vital do Rêgo Segundo Neto.

A Unidade funciona de segunda a sexta-feira, nos horários de 07:30h às 11:30h e das 13:00h às 16:00h. Dispõe de uma equipe mínima, com quadro de profissionais concursados formado por: 01 (uma) enfermeira, 01 (uma) assistente social, 05 (cinco) agentes comunitários de saúde. A médica da equipe é vinculada ao programa “mais médicos”. A técnica de enfermagem, a recepcionista, a atendente de farmácia, a auxiliar de serviços gerais e o vigilante que compõem a equipe, são profissionais com vínculos firmados em contratos temporários.

A UBS em questão possui uma estrutura física composta por uma área que funciona como sala de espera para os usuários, recepção, sala de atendimento da técnica de enfermagem, consultório médico, consultório de enfermagem, sala de atendimento do Serviço Social, sala de vacinação<sup>16</sup>, sala de arquivo, farmácia<sup>17</sup>, 02 (dois) banheiros para usuários, 01 (um) banheiro para funcionários e copa. Há uma sala reservada para o consultório odontológico, entretanto, ainda sem funcionamento devido à falta de equipamentos e de profissionais da área.

Atualmente a equipe utiliza sistema informatizado para registro dos atendimentos e os prontuários dos usuários passaram a ser prontuário eletrônico. Para tanto, cada profissional da equipe dispõe de um aparelho de notebook conectado à internet, disponibilizados pela Secretaria de Saúde local. Também ocorreram mudanças quanto à marcação dos exames/consultas, em 2017 foi implantado o SISREG<sup>18</sup> (Sistema de Regulação) nas UBS.

Os serviços e ações realizados pela equipe da ESF da UBS mencionada referem-se ao que preconiza o MS e a Política Nacional de Atenção Básica, ou seja, são atividades voltadas para a atenção integral em saúde da família, com ênfase no atendimento à saúde do idoso, da mulher e da criança. Os atendimentos acontecem

---

<sup>16</sup> Atualmente está desativada por falta de estrutura física adequada para conservação das vacinas.

<sup>17</sup> A farmácia funciona apenas um turno por dia.

<sup>18</sup> O sistema visa agilizar e garantir qualidade ao processo de regulação.

nas mais variadas formas, desde a promoção, prevenção e educação em saúde que é o objetivo principal da Estratégia, até ao tratamento e cuidado continuado da atenção em saúde.

A UBS oferece consultas médica, atendimento de enfermagem, atendimento às demandas direcionadas ao Serviço Social, acompanhamento de pré-natal, puerpério e puericultura, dispensação de medicamentos, orientações sobre o autoexame de mama, exames citológicos, orientações sobre a importância da amamentação tanto para a mãe quanto para a criança, marcação de exames e/ou consultas para outras especialidades, promove atividades de educação em saúde através de salas de espera etc.

Existem também programas de acompanhamento realizados pela equipe, tais como o Programa Saúde na Escola (PSE)<sup>19</sup>, e o acompanhamento em saúde do Programa Bolsa Família<sup>20</sup>. Além dos atendimentos feitos na própria UBS, também são realizados atendimentos domiciliares a usuários domiciliados e/ou acamados, a depender da demanda em questão.

Quanto às vacinas, a Unidade não dispõe, atualmente, de estrutura adequada para conservá-las, com isso os usuários são encaminhados para as Unidades ou Centros de saúde mais próximo de seu domicílio.

#### **4.2 As ações desenvolvidas na Unidade Básica de Saúde “Monte Santo”**

As ações desenvolvidas na Unidade Básica de Saúde “Monte Santo” referentes ao estágio curricular em Serviço Social ocorreram no período de outubro de 2017 a maio de 2019. O período do estágio foi um momento propício para realizar articulações entre conhecimentos teóricos e saberes práticos no nosso processo de formação profissional, nos possibilitando desenvolver as diversas dimensões formativo-interventivas da profissão – ético-política, teórico-metodológica e técnico-operativa.

Iniciamos o estágio realizando a observação sistemática da UBS em questão, a estrutura, o seu funcionamento, os profissionais que a compõe, a comunidade, as demandas vivenciadas no cotidiano da Unidade, os recursos, as condições de trabalho. Tal observação nos levou a perceber determinantes que implicam no processo de saúde dos usuários bem como inúmeras expressões da “questão social”, aqui compreendida como:

Expressões do processo de formação e desenvolvimento da classe operária e de seu ingresso no cenário político da sociedade, exigindo seu reconhecimento como classe por parte do empresariado e do Estado. É a manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre o

---

<sup>19</sup> Trata-se de uma política intersetorial da Saúde e da Educação, instituída em 2007, voltadas às crianças, adolescentes, jovens e adultos da educação pública brasileira, com o objetivo de promover saúde e educação integral aos estudantes.

<sup>20</sup> Tal acompanhamento é uma das condicionalidades que devem ser assumidas pelos beneficiários do programa e devem ser realizados semestralmente. A intenção é garantir que os direitos sociais básicos cheguem à população em situação de pobreza e extrema pobreza. Para tanto, também é exigido o compromisso das três esferas do governo em assegurar a oferta de tais serviços. Na referida Unidade esse acompanhamento é realizado pela profissional de Serviço Social, e vai além das medidas pontuais tais como preenchimento das informações exigidas, é um procedimento que possibilita a aproximação da assistente social com a realidade social vivida por cada família, contribuindo para o processo de socialização de informações e encaminhamentos às demais políticas sociais.

proletariado e a burguesia, a qual passa a exigir outros tipos de intervenção, mais além da caridade e repressão (IAMAMOTO; CARVALHO, 2014, p. 84).

Assim, durante o período de estágio, acompanhamos a assistente social da Unidade em diversos atendimentos e em ações realizadas, visando à educação em saúde, a socialização de informações, também relacionadas a outras políticas sociais, sempre com o intuito de viabilizar o direito dos usuários.

Participamos de inúmeros atendimentos aos beneficiários do Programa Bolsa Família (PBF) para acompanhamento em saúde das condicionalidades que o Programa exige. Sabemos que esse acompanhamento não é uma atribuição privativa do Serviço Social, mas nesse espaço, a referida atividade se constitui como um instrumento de aproximação entre usuário e profissional da área.

Acompanhamos atendimentos às gestantes, tais atendimentos geralmente aconteceram de maneira individual com o objetivo de socializar informações e orientar tal grupo quanto aos seus direitos.

Com uma visão ampliada e crítica da realidade, esses atendimentos permitem ao profissional identificar outras demandas e, a partir dessas identificações fazer as devidas mediações, como exemplo: encaminhar o usuário para outros serviços da rede, realizar orientações sociais, informar ao usuário sobre seus direitos etc. Para tanto, é imprescindível o conhecimento da rede de atendimento. Conforme aponta Matos (2017 p. 14) “é no atendimento aos usuários que os assistentes sociais identificam contornos materiais das diferentes expressões da questão social na vida da população [...] têm acesso a um manancial de informações.” Contudo, é fundamental compreender a importância do sigilo profissional nesses atendimentos, que além de ser um direito do profissional, também se constitui como responsabilidade do profissional para com o usuário, conforme dispõe o Código de Ética profissional.

Realizamos, juntamente com a assistente social, atendimento domiciliar a usuários idosos acamados e domiciliados, tais atendimentos possibilitam a apreensão de informações, e caso necessário, o profissional poderá realizar encaminhamentos para outros serviços da rede, além de levar à demanda para a equipe a fim de promover a atenção e o cuidado à saúde do usuário em questão.

O estágio supervisionado nos proporcionou participar de algumas reuniões e ações intersetoriais, como a Oficina Integrada do PSE. A equipe da UBS, juntamente com a equipe da Escola Municipal “Doutor Severino Cruz” se reuniram com finalidade de planejar a atividade que seria desenvolvida. A proposta foi trabalhar com as crianças o “Aedes Aegypti”. A referida atividade aconteceu nos turnos da manhã e da tarde, foram utilizados vídeos educativos e atividades lúdicas ensinando aos alunos do que se trata o Aedes Aegypti, as doenças que ele causa, as maneiras de prevenção etc. O referido programa além de promover atuação compartilhada, fortalece a comunidade através da troca de saberes.

Participamos de uma ação da Campanha “Novembro Azul” realizada na Praça 13 de Maio, no bairro da Palmeira, em novembro de 2017, promovida pela Secretaria de Saúde e as UBSs da área. Teve café da manhã na praça e foram oferecidos serviços como aferição de pressão arterial, testes rápidos de HPV/Sífilis, orientações sociais, atendimento de saúde bucal. O evento contou com a participação da Filarmônica “Epitácio Pessoa”<sup>21</sup>.

---

<sup>21</sup> Orquestra da Prefeitura Municipal de Campina Grande-PB.

No ano seguinte, participamos do “Novembro Azul” na UBS “Bonald Filho” localizada no bairro do Monte Santo<sup>22</sup>. A atividade foi desenvolvida pelas equipes que atendem na referida Unidade e contou com a participação de muitos usuários. Foi realizada, na ocasião, uma palestra com o médico da equipe falando sobre o câncer de próstata – os principais sintomas, o diagnóstico, o tratamento etc. A atividade contou também com relatos de experiências de usuários que tiveram o diagnóstico precoce do câncer, o que contribuiu positivamente para o tratamento e a cura.

O atendimento com os profissionais da equipe, nesta ação, foi realizado através de teste rápido de HPV (Papiloma vírus Humano) e Sífilis, verificação de medidas antropométricas, verificação da glicose e pressão arterial, além de encaminhamentos para consultas com médicos urologistas. Houve a participação de grupo musical composto pelos próprios usuários e distribuição de lanches e brindes.

Participamos da “Semana da Mulher”, realizada na Unidade onde se desenvolveu nosso estágio supervisionado, durante a última semana do mês de outubro de 2018, como atividade da campanha “Outubro Rosa”, que busca conscientizar as mulheres sobre a importância da prevenção do câncer de mama.

Durante a referida semana, foram realizadas diversas atividades no turno da manhã, entre as quais se destacou a presença do Programa “Mexe Campina”<sup>23</sup>, que conta com a presença de um educador físico, levando à comunidade a importância da realização de atividades físicas para a saúde, esse foi um dos momentos de maior interação de todos que estavam presentes. Também aconteceram rodas de conversa com relatos de experiências de pessoas que venceram o processo de tratamento do câncer.

Contamos, neste momento, com a presença do Centro de Zoonoses, falando sobre os cuidados para prevenção da dengue e de doenças relacionadas. Tivemos a participação de uma assistente social do Hemocentro, trazendo informações sobre a doação voluntária do sangue, e sobre sua importância para contribuir no tratamento de muitas pessoas.

A equipe de estagiários em odontologia<sup>24</sup> da UBS “Bonald Filho” também esteve presente contribuindo para a socialização de informações relacionadas ao conceito ampliado de saúde. As estagiárias de Serviço Social, juntamente com supervisora de campo, realizaram uma discussão acerca dos direitos sociais que a pessoa portadora de câncer pode ter acesso.

Foi um momento de democratização de informações, no qual as dúvidas foram respondidas, permitindo que o usuário tenha conhecimento adequado sobre determinada política, assim, o mesmo poderá exercer sua cidadania e reivindicar por seus direitos. Durante a “Semana da Mulher” também aconteceu apresentação musical realizada por um dos funcionários da Unidade, além da distribuição de brindes e lanches.

Entre as atividades realizadas durante esse período, podemos citar as salas de espera, instrumento com grande potencial para a educação em saúde além de ser um espaço amplo para a democratização de informações. Realizamos salas de

---

<sup>22</sup> A nossa participação na referida UBS “Bonald Filho” aconteceram em alguns momentos do Estágio uma vez que a nossa supervisora de campo também realiza seu exercício profissional na referida Unidade atendendo a duas equipes.

<sup>23</sup> O “Mexe Campina” é um programa da Secretaria de Esportes Juventude e Lazer em parceria com a Secretaria de Saúde de Campina Grande com o intuito de proporcionar a população melhoria na qualidade de vida através do incentivo da prática de atividade física.

<sup>24</sup> Estudantes da Universidade Estadual da Paraíba.

espera sobre a importância da amamentação, sobre a hanseníase, sobre saúde da mulher, saúde do homem, sobre a importância do diagnóstico precoce de doenças, o que possibilita uma maior eficácia do tratamento, bem como a cura. Falamos sobre a precariedade nos serviços, sobre a falta de medicamentos, sobre as vagas limitadas para a marcação de exames e, nesse processo, defendemos a importância da participação popular e do controle social na defesa dos nossos direitos.

Prosseguindo as atividades desenvolvidas no campo de estágio, com contribuição das supervisoras de campo e acadêmica e, também da nossa colega de estágio, elaboramos um plano de ação cujo tema foi “O SUS que temos e o SUS a que temos direito: a possibilidade de reflexão a partir de oficina pedagógica”, com o objetivo de sensibilizar os usuários acerca da importância do SUS e do fortalecimento da participação popular na sua defesa. O referido tema foi estruturado em três eixos temáticos, visando fortalecer a defesa do Sistema Único de Saúde, o primeiro eixo tratou sobre “O SUS da Lei e o SUS que temos”, o segundo foi sobre “O SUS e a contrarreforma do Estado” e, por último “A defesa do SUS”.

O referido Plano de Ação foi executado na Escola Municipal “Dr. Severino Cruz”, no turno da noite, com a turma de Educação de Jovens e Adultos (EJA), tais alunos são moradores do bairro e usuários da UBS onde se realizou o estágio. Participaram da atividade cerca de dez alunos e tivemos a contribuição da professora da turma e da nossa supervisora de campo.

Iniciamos a atividade refletindo sobre como eram desenvolvidas as ações de saúde antes da CF/1988 e como se deu esse processo de mudança até a consolidação do SUS. Buscando nortear a discussão, realizamos a confecção de um cartaz com imagens de serviços oferecidos pelo Sistema Único de Saúde, como: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Estratégia Saúde da Família, Fundação Osvaldo Cruz (FIOCRUZ), Sistema Nacional de Transplante, Vacinação, Unidades de Pronto Atendimento (UPA), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Centro de Controle de Zoonoses, Hemocentro. Ao passo em que fomos apresentando os referidos serviços, realizamos discussões sobre os mesmos e nesse processo obtivemos relatos de experiências dos próprios alunos, uma vez que alguns deles já haviam nascido antes do SUS existir.

Apesar de todos os avanços que o SUS proporcionou e proporciona à sociedade, é inegável que ele ainda não funciona como deveria. A saúde pública, assim como as demais políticas sociais, tem sido constantemente sucateada, desvalorizada e ameaçada pelo avanço e aprofundamento das contrarreformas do Estado neoliberal.

Assim, na busca de contribuir na superação de tais ameaças e fortalecer a política de saúde é imprescindível a participação popular nos mecanismos de controle social, sejam eles Conselhos de Saúde local e/ou as Conferências de Saúde, como também os de organização de bairro, a exemplo das Associações de Moradores de Bairro, os Clubes de Mães, etc.

Para finalizar as discussões distribuimos panfletos informativos sobre o tema tratado na ocasião. Avaliamos a atividade como exitosa, tendo em vista o debate e as reflexões que ela nos possibilitou realizar.

Durante o estágio supervisionado tivemos a oportunidade de participar, juntamente como a equipe da Unidade, da Pré-Conferência de Saúde Distrital e da 8ª Conferência Municipal de Saúde de Campina Grande, que teve como tema “Democracia e Saúde: Saúde como Direito e Consolidação e Financiamento do SUS”. Destacamos a importância da participação popular nesses espaços que se configuram como mecanismos de luta pela garantia de acesso a serviços de saúde

com qualidade. As propostas com maior ênfase se constituíram em torno de melhores condições de trabalho, com insumos e matérias necessários para o funcionamento dos serviços, ampliação do número de vagas para marcação de exames e consultas, ampliação da saúde bucal para todas as UBSs, realização de concurso público, entre tantas outras. Na referida conferência também foram elaboradas propostas para serem encaminhadas às Conferências Estadual e Nacional, destacamos a proposta de revogação da EC 95 que congela os investimentos sociais por vinte anos.

Concluimos o estágio supervisionado realizando uma atividade de educação em saúde em sala de espera sobre a Hanseníase. Um tema já muito trabalhado na Atenção Básica, mas não menos importante, uma vez que os números de diagnósticos de hanseníase só crescem em nosso país. Conforme dados do MS<sup>25</sup>, o Brasil é o segundo país no mundo com registros de novos casos da hanseníase, portanto, a doença permanece como um problema de saúde pública no país.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Consolidado a partir da Constituição Federal de 1988, o Sistema Único de Saúde trouxe importantes avanços para a população brasileira, por ter princípios de integralidade, de universalidade, de gratuidade, de controle social, etc. Buscou por meio da atenção básica e da Estratégia Saúde da Família (ESF) reorganizar o sistema de atenção primária a saúde, visando à promoção, a proteção, e o cuidado continuado, compreendendo o indivíduo a partir de sua totalidade.

Em Campina Grande, a ESF ampliou o acesso aos serviços de saúde, permitindo uma qualidade de vida melhor a população campinense, um exemplo disso foi a redução do índice de mortalidade infantil e ter levado assistência à saúde para os moradores da zona rural.

Entretanto, desde o período de sua implantação, o SUS enfrenta mudanças que buscam torná-lo seletivo, oferecendo apenas serviços básicos àqueles que não podem comprar. Na atual conjuntura, a saúde pública tem sido alvo de inúmeras contrarreformas, o que acaba deturpando os princípios da Reforma Sanitária, que fundamenta o SUS e o torna possível.

Tais contrarreformas são visíveis na EC 95/2016 que estabelece um teto mínimo para gastos em serviços públicos, como a saúde, por um período de vinte anos, na nova PNAB que desvirtua os princípios da APS, na proposta dos planos de saúde acessíveis. Recentemente, o atual ministro da saúde, Luiz Henrique Mandetta, concedeu uma entrevista ao programa “Roda Vida”<sup>26</sup> e declarou não ser de acordo a gratuidade do SUS para aqueles que recebem altos salários e que levará a discussão ao Congresso Nacional. Tal medida fere o princípio da universalidade do acesso, que rege o Sistema Único de Saúde.

Diante de tal realidade, se faz necessário articular e fortalecer a participação da sociedade como mecanismo de defesa das políticas sociais que tem sido alvo dos ajustes neoliberais. Fortalecer não apenas os conselhos de saúde e as conferências, mas também, e principalmente, os movimentos sociais, as associações de bairros, os sindicatos etc.

<sup>25</sup> Informação disponível no portal do Ministério da Saúde, <http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/hanseniose>.

<sup>26</sup> Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=O02qhzamw84>. Acesso em: 04/06/2019.

A experiência ora apresentada nos possibilitou apreender como os desmontes na política de saúde implicam diretamente no cotidiano de trabalho das equipes da ESF, com condições precárias de trabalhos, com falta de insumos o que permite apenas ações pontuais, descaracterizando o trabalho da ESF. É um desafio constante, onde interesses antagônicos estão envolvidos.

Apesar desse contexto, a Estratégia tem buscado realizar seu papel enquanto espaço de democratização de informações, de promoção e educação em saúde, se constituindo ainda como espaço para debater com os usuários os direitos a eles constituídos, para tanto, as ações socioeducativas são fundamentais nesse processo.

O estágio curricular supervisionado nos possibilitou perceber a importância do conhecimento aprofundado da política ao qual se está inserido, bem como da rede de serviços a fim de realizar as mediações necessárias e atender as demandas postas. Constituiu-se ainda como um importante espaço para a articulação da teoria x prática, considerando as dimensões que norteiam o Projeto Ético-Político da profissão de Serviço Social.

## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Cristina. Saúde da Família em Campina Grande: de um sonho, um programa, a um modelo de atenção. In: MENDONÇA, Ana Valéria Machado; SOUSA, Maria Fátima de. (Orgs.). **Dez anos de PSF em Campina Grande: o sentir e o fazer – suas vozes**. Rio de Janeiro: CEBES, 2004. p. 25-28.

AQUINO, Rosana. Et al. Estratégia Saúde da Família e Reordenamento do Sistema de Serviços de Saúde. In: PAIM, Jarnilson Silva. FILHO, Naomar de Almeida. (Orgs.). **Saúde coletiva: teoria e prática**. – 1 ed. – Rio de Janeiro: MedBook, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Coletânea de Normas para o Controle Social no Sistema Único de Saúde**. – 2. ed. – Brasília – DF, 2006. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/coletanea\\_miolo.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/coletanea_miolo.pdf). Acesso em: 30 mai. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília – DF: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_brasil\\_sorridente.htm](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.htm) Acesso em: 14 mai.2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria 154, de 24 de janeiro de 2008. **Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF**. Brasília – DF, 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica – PNAB**. Brasília – DF, 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria 1.886 de dezembro de 1997. **Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família**. Brasília – DF, 2008. Disponível em:

[http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria1886\\_18\\_12\\_97.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria1886_18_12_97.pdf). Acesso em: mai. 2019.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.**

Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm). Acesso em: mai. 2019.

\_\_\_\_\_. Lei nº 11.788, de 25 de setembro de 2008. **Dispõe sobre o estágio de estudantes.** Brasília, 2008. Disponível em:

[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2008/lei/l11788.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/lei/l11788.htm). Acesso em: 16 mai. 2019.

BRAVO, Maria Inês Souza. Gestão Democrática na Saúde: O potencial dos conselhos. In: BRAVO, Maria Inês Souza; PEREIRA, Potyara A. P.. **Política Social e Democracia.** - 2. ed. - São Paulo: Cortez ; Rio de Janeiro: UERJ, 2002. p. 43-61.

\_\_\_\_\_. Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, Ana Elizabete. Et al, (Orgs.). **Serviço Social e Saúde** – 4 ed.- São Paulo: Cortez; Brasília – DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009, p. 88-188.

\_\_\_\_\_. Maria Inês Souza. O trabalho do assistente social nas instâncias públicas de controle democrático. In: **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais.** Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009, p. 01-17.

\_\_\_\_\_. Maria Inês Souza. MATOS, Maurílio Castro de. A Saúde no Brasil: Reforma Sanitária e Ofensiva Neoliberal. In: BRAVO, Maria Inês Souza; PEREIRA, Potyara A. P. **Política Social e Democracia.** - 2. ed. - São Paulo: Cortez ; Rio de Janeiro: UERJ, 2002. p. 197-216.

\_\_\_\_\_. Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de. Reforma sanitária e projeto ético-político do Serviço Social: elementos para o debate. In: BRAVO, Maria Inês Souza et al (Org.). **Saúde e Serviço Social.** - 4. ed.- São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2009. p. 25-45.

BRITO, Mércia Pereira de. **Sistematizando o Trabalho socioeducativo na Unidade Básica De Saúde Bairro Das Cidades I.** 2017. Trabalho de Conclusão de Curso. UEPB, Campina Grande, 2017.

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social: fundamentos e história.** – 9. ed. – São Paulo: Cortez, 2011.

CARNEIRO, Thaísa Simplício. **A Estratégia Saúde da Família em Campina Grande/PB.** Dissertação de Mestrado. UFPE, Recife. 2011.

CARVALHO, André Luís Bonifácio de. A determinação de cuidar de todas as famílias. In: MENDONÇA, Ana Valéria Machado; SOUSA, Maria Fátima de. (Orgs.). **Dez anos de PSF em Campina Grande: o sentir e o fazer – suas vozes.** Rio de Janeiro: CEBES, 2004. p. 59-67.

CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. **Resolução nº 533** de 29 de setembro de 2008. Regulamenta a Supervisão Direta de Estágio no Serviço Social. Brasília, 2008. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/Resolucao533.pdf>. Acesso em: 16 mai. 2019.

\_\_\_\_\_. Conselho Federal de Serviço Social. **Código de Ética Profissional do Assistente Social**. Resolução nº 273, de 13 de março de 1993. Brasília-DF, CFESS, 1993. Disponível em: [http://www.cfess.org.br/arquivos/resolucao\\_273-93.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/resolucao_273-93.pdf). Acesso em: 04 mai. 2019.

CORREIA, Maria Valéria Costa. Controle Social na Saúde. In: MOTA, Ana Elizabete. Et al, (Orgs.). **Serviço Social e Saúde** – 4 ed.- São Paulo: Cortez; Brasília – DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009, p. 111-135.

FARIAS, Ana Fábila da Mota Rocha. Continuidade de uma iniciativa de sucesso. In: MENDONÇA, Ana Valéria Machado; SOUSA, Maria Fátima de. (Orgs.). **Dez anos de PSF em Campina Grande: o sentir e o fazer – suas vozes**. Rio de Janeiro: CEBES, 2004. p. 37-42.

GUERRA, Yolanda. BRAGA, Maria Elisa. Supervisão em Serviço Social. In: **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

GUERRA, Yolanda. O estágio supervisionado como espaço de síntese da unidade dialética entre a teoria e prática: o perfil do profissional em disputa. In: SANTOS, C. M. dos. et al. (Orgs.). **A supervisão de estágio em Serviço Social: aprendizados, processos e desafios**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2016.

GUIMARÃES, Erinaldo Antônio Duarte. Bases para um alicerce seguro. In: MENDONÇA, Ana Valéria Machado; SOUSA, Maria Fátima de. (Orgs.). **Dez anos de PSF em Campina Grande: o sentir e o fazer – suas vozes**. Rio de Janeiro: CEBES, 2004. p. 29-35.

IAMAMOTO, Marilda Villela; CARVALHO, Raúl de. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. – 40. Ed. – São Paulo: Cortez, 2014.

**INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA**. Campina Grande. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pb/campina-grande.html?>. Acesso em: 17 mai. 2019.

LEITE, R. F. B; VELOSO, T. M. G. **Limites e avanços do Programa Saúde da Família de Campina Grande: um estudo a partir de representações sociais**. Revista Saúde Sociedade. São Paulo, v.18, n.1, p.56-62, 2009.

MATOS, Maurílio Castro de. **Serviço Social Ética e Saúde: reflexões para o exercício profissional**. – 2. ed. – São Paulo: Cortez, 2017.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, Luciana Dias de. **Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde**. Saúde Debate. Rio de Janeiro, V. 42, N. 116, p. 11-24, Jan-Mar. 2018.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro; MIOTO, Regina Célia Tamasso. Desafios Atuais do Sistema Único de Saúde - SUS e as Exigências para os Assistentes Sociais. In: MOTA, Ana Elizabete; et al (Org.). **Serviço Social e Saúde Formação e Trabalho Profissional**. - 4. ed. – São Paulo: Cortez; Brasília-DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009. p. 218-239.

NORONHA, José Carvalho de; SOARES, Laura Tavares. A política de saúde no Brasil nos anos 90. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 6, p. 445-450, 2011.

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

PAIM, Jairnilson et al. **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios**. 2011. Disponível em: [http://actbr.org.br/uploads/arquivo/925\\_brazil1.pdf](http://actbr.org.br/uploads/arquivo/925_brazil1.pdf). Acesso em: abril de 2019.

SILVA, Alessandra Ximenes da. et al (Orgs). **Contrarreforma, Intelectuais e Serviço Social: As Inflexões na Política de Saúde**. Campina Grande: EDUEPB, 2017. p. 137-154.

\_\_\_\_\_. Alessandra Ximenes da. Reforma sanitária, hegemonia e a efetividade do controle social. In: DAVI, J., MARTINIANO, C., PATRIOTA, L. M. (Orgs.). **Seguridade Social e Saúde: tendências e desafios**. - 2. ed.- Campina Grande: EDUEPB, 2011, p. 117-142.

STARFIELD, Barbara. **Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. – Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

SOUSA, Aione Maria da Costa. Reconfigurações do Público e do Privado na Saúde. In: SILVA, A. X. da; NÓBREGA, M. B. da; MATIAS, T.S.C. (Orgs.). **Contrarreforma, Intelectuais e Serviço Social: As Inflexões na Política de Saúde**. Campina Grande: EDUEPB, 2017. p. 137-156.

TOBIAS. Liliane Santos. **Uma análise da relação teoria x prática a partir dos trabalhos de conclusão de curso de Serviço Social da UEPB no período de 2000 a 2010**. Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), Campina Grande, 2015.

VASCONCELOS, K.E.L.; CARNEIRO, T.S. Saúde da Família em foco: uma análise da realidade de Campina Grande/PB. In DAVI, J.; MARTINIANO, C.; PATRIOTA, LM. (Orgs.) **Seguridade social e saúde: tendências e desafios** [online]. 2nd ed. Campina Grande: EDUEPB, 2011. p. 175- 199.

## AGRADECIMENTOS

A Deus (Pai, Filho e Espírito Santo) por ser minha Esperança, meu Salvador e por me ensinar todas as coisas.

Aos meus pais, João e Ivonete, por todo amor, cuidado, dedicação e orações constantes. Obrigada por me deixarem voar e por me lembrarem que sempre terei para onde voltar. A realização desse sonho é nossa!

Aos meus irmãos, Yolanda e Kyrton, por serem meus amigos, por rirem meu riso e chorarem o meu choro. Amo vocês incondicionalmente.

A Leandro, meu namorado-amigo-companheiro, por todo incentivo e dedicação. Graças a Deus por você!

As minhas amigas-primas-irmãs, Amanda, Juliana e Maria, por essa amizade que supera a distância e permanece forte – como nós. Há muito de vocês nessa conquista.

A Emanuely, por estar tão presente nessa fase de conclusão. Pelas conversas, risos, desabafos, pelo exemplo de fé. Obrigada por essa leveza que você transmite.

As minhas colegas/amigas de turma, por todos esses anos de convivência, experimentando a dor e a delícia que é esse processo de (des)construção. Gratidão por ter futuras colegas de profissão como vocês.

A Rayra e a Márcia, pela parceria durante esses anos. Juntas ficamos mais fortes.

Ao departamento de Serviço Social pelo compromisso ético, teórico e político com a nossa formação.

A todos(as) funcionários(as) desta Instituição.

A supervisora de campo, Rosiane Moreira, por compartilhar sua experiência como assistente social da ESF e por me receber no seu cotidiano profissional. Sempre sinalizando o nosso dever ético e a defesa intransigente dos direitos do usuário.

As equipes das Unidades Básicas de Saúde “Monte Santo” e “Bonald Filho”, assim como aos(as) usuários(as), pela acolhida carinhosa, pelo respeito e contribuição direta no meu processo de formação.

A minha orientadora, professora Glaucia Oliveira, por sua compreensão, pelas importantes contribuições e por acreditar em mim quando nem eu mesma acreditava. Conseguimos!

A banca examinadora – Patrícia Crispim e Rosiane – por atender nosso convite e por toda contribuição oferecida.

A todas e a todos que torceram e que contribuíram direta ou indiretamente para que este sonho fosse realizado.

A vocês, que acreditam e defendem a educação e a saúde como uma política pública, gratuita e de qualidade, muita obrigada!