



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

EMILLY VITÓRIA NOGUEIRA WANDERLEY

**AÇÕES SOCIOEDUCATIVAS COM O GRUPO DE IDOSOS DA UBS ODETE
LEANDRO: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO OBRIGATÓRIO EM
SERVIÇO SOCIAL**

**CAMPINA GRANDE
2024**

EMILLY VITÓRIA NOGUEIRA WANDERLEY

**AÇÕES SOCIOEDUCATIVAS COM O GRUPO DE IDOSOS DA UBS ODETE
LEANDRO: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO OBRIGATÓRIO EM
SERVIÇO SOCIAL**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao curso de Serviço
Social da Universidade Estadual da
Paraíba, como requisito parcial à
obtenção do título de Bacharel em
Serviço Social.

Orientadora: Prof^a. Ms. Lucia Maria Patriota.

**CAMPINA GRANDE
2024**

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto em versão 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.

W245a Wanderley, Emilly Vitoria Nogueira.

Ações socioeducativas com o grupo de idosos da UBS Odete Leandro: relato de experiência de estágio obrigatório em Serviço Social. [manuscrito] / Emilly Vitoria Nogueira Wanderley. - 2024.
32 f. : il. color.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço social) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, 2024.

"Orientação : Prof. Ma. Lucia Maria Patriota, Departamento de Serviço Social - CCSA".

1. População idosa. 2. Envelhecimento ativo. 3. Saúde integral. 4. Autonomia do idoso. I. Título

21. ed. CDD 362.6

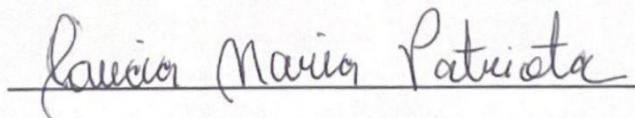
EMILLY VITÓRIA NOGUEIRA WANDERLEY

AÇÕES SOCIOEDUCATIVAS COM O GRUPO DE IDOSOS DA UBS ODETE
LEANDRO: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO OBRIGATÓRIO EM
SERVIÇO SOCIAL

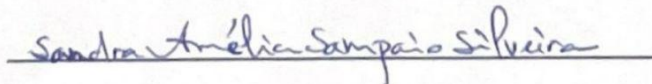
Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
a/ao Coordenação/Departamento do Curso
Serviço Social da Universidade Estadual da
Paraíba, como requisito parcial à obtenção do
título de Bacharel em Serviço Social

Aprovada em: 14 / 12 / 2024.

BANCA EXAMINADORA



Profª. Ms. Lucia Maria Patriota (Orientador)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Profª. Ms. Sandra Amélia Sampaio Silveira (Examinador)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Assistente Social Luciana Paiva Cavalcante
(Supervisora de Campo e Examinadora)

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	05
2	A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: DA UNIVERSALIDADE DO SUS À FOCALIZAÇÃO NEOLIBERAL	06
3	ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO FUTURO	13
4	A UBS ODETE LEANDRO E AS AÇÕES VOLTADAS AO CUIDADO COM A PESSOA IDOSA	17
5	O ESTÁGIO OBRIGATÓRIO EM SERVIÇO SOCIAL E AS AÇÕES DESENVOLVIDAS JUNTO AO GRUPO DE IDOSOS	21
5.1	A construção e execução do projeto de intervenção	22
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	25
	REFERÊNCIAS	26
	AGRADECIMENTOS	30

AÇÕES SOCIOEDUCATIVAS COM O GRUPO DE IDOSOS DA UBS ODETE LEANDRO: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO OBRIGATÓRIO EM SERVIÇO SOCIAL

SOCIO-EDUCATIONAL ACTIVITIES WITH THE ELDERLY GROUP AT UBS ODETE LEANDRO: REPORT OF MANDATORY INTERNSHIP IN SOCIAL WORK

Emilly Vitória Nogueira Wanderley^{1*}

RESUMO

O envelhecimento populacional no Brasil evidencia a necessidade de um cuidado especializado, tendo em vista o aumento da expectativa de vida e o crescimento expressivo da população idosa. Assim, torna-se imperativo que as políticas de saúde ofereçam suporte que abranjam a saúde integral dos idosos. Neste sentido, as Unidades Básicas de Saúde (UBSs) desempenham papel fundamental, por se constituírem como a porta de entrada do cidadão ao Sistema Único de Saúde (SUS). Deste modo, o presente Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) tem como objetivo sistematizar a experiência de Estágio Obrigatório do Curso de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba, desenvolvido na UBS Odete Leandro Oliveira de Campina Grande - PB. Corresponde a um trabalho de natureza descritiva e bibliográfica, baseado em um relato de experiência das vivências no campo de estágio. A intervenção realizada e aqui apresentada buscou colaborar com ações socioeducativas direcionadas ao grupo de idosos da unidade, com foco no fortalecimento da autonomia e independência, implementação de estratégias de conscientização e prevenção da violência contra o idoso, promoção de saúde e garantia de direitos. A metodologia utilizada foi participativa e dialógica, incentivando o envolvimento ativo dos participantes. As experiências vivenciadas no estágio resultaram em grandes aprendizados sobre a atuação do assistente social na promoção da saúde. A conclusão deste processo nos permitiu compreender a dinâmica, as demandas espontâneas, os desafios e complexidade envolvidos no trabalho multiprofissional da UBS com a população idosa, para promover saúde com um atendimento contínuo e o envelhecimento ativo.

Palavras-chave: população idosa; envelhecimento ativo; saúde Integral; autonomia do idoso.

ABSTRACT

Population aging in Brazil highlights the need for specialized care, given the increase in life expectancy and the significant growth of the elderly population. Therefore, it is crucial that health policies offer support that addresses the comprehensive health of

¹Graduanda em Serviço Social pela Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). E-mail: emillyvitorianogueira0@gmail.com

the elderly. In this context, the *Unidades Básicas de Saúde (UBSs)* play a fundamental role, serving as the entry point for citizens to the *Sistema Único de Saúde (SUS)*. In this way, this undergraduate thesis aims to systematize the Mandatory Experience Internship from the Social Work course at the *Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)*, developed at the *UBS Odete Leandro Oliveira* in Campina Grande-PB. This work is descriptive and bibliographical, based on a report of the experiences gained in the internship field. The intervention carried out and presented sought to contribute to socio-educational activities directed at the elderly group, focusing on strengthening autonomy and independence, implementing strategies for raising awareness and preventing violence against the elderly, the promotion of health, and insurance of rights. The methodology used was participatory and dialogical, encouraging active involvement of participants. The experiences obtained during the internship resulted in significant learning regarding the social worker's role in health promotion. This conclusion of the process allowed us to comprehend the dynamics, spontaneous demands, the challenges and complexities involved in the *UBS's* multidisciplinary work with the elderly population, to promote health through continuous care and active aging.

Keywords: elderly population; active aging; comprehensive health; elder autonomy.

1 INTRODUÇÃO

A saúde no Brasil é marcada por avanços e desafios e evidencia grandes conquistas, como a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), pela Constituição Federal de 1988, na busca de garantir o direito universal à saúde, oferecendo acesso a serviços de promoção, recuperação e proteção da saúde para toda a população. No entanto, o sistema de saúde enfrenta desafios que vão desde o subfinanciamento até a mercantilização dos serviços de saúde, limitando a eficácia do SUS e colocando em risco seus princípios de universalidade e integralidade.

Dentro desse contexto, a Atenção Primária à Saúde (APS) desempenha um papel fundamental, ao ser a porta de entrada dos usuários no SUS, estruturando-se para atender as necessidades de saúde da população. A APS oferece cuidados essenciais e contínuos, que vão além da abordagem biomédica, promovendo ações de prevenção, promoção e educação em saúde que contribuem para a melhoria da qualidade de vida da comunidade. Baseada em atributos como a integralidade, a longitudinalidade e a coordenação do cuidado, a APS é especialmente importante para populações que exigem cuidado contínuo, como é o caso da população idosa.

Na Unidade Básica de Saúde (UBS) Odete Leandro, é considerável o crescimento da população idosa atendida, e suas demandas específicas resultam na necessidade de iniciativas que promovam o envelhecimento ativo. Desta forma, as ações desenvolvidas pela UBS incluem grupos de convivência para socialização, oficinas educativas sobre autonomia e independência, violência contra a pessoa idosa e orientações sobre direitos garantidos pelo Estatuto do Idoso. Além disto, são realizadas visitas domiciliares para oferecer o apoio contínuo, fortalecendo o vínculo com a unidade. Neste sentido, as ações socioeducativas e os grupos de convivência oferecidos pela UBS Odete Leandro, desempenham um papel crucial para a

promoção de um envelhecimento saudável promovendo a autonomia e fortalecendo os vínculos sociais dos idosos.

A UBS configura-se como um espaço importante para a atuação de assistentes sociais, sendo estes profissionais essenciais na efetivação dos direitos sociais propostos pela estratégia de saúde. O Serviço Social atua como peça fundamental para assegurar o acesso da população aos direitos sociais, promovendo orientação e a mobilização de recursos necessários para um atendimento integral.

Assim, esse Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) tem como objetivo relatar a experiência de Estágio Obrigatório em Serviço Social, do Curso de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba, na Unidade Básica de Saúde Odete Leandro Oliveira, em Campina Grande. Como objetivos específicos: Sistematizar a experiência de Estágio Obrigatório vivenciada na UBS Odete Leandro/UEPB; Contextualizar a política de saúde no Brasil; Problematicar a Atenção Primária à Saúde com ênfase na APS do futuro; Situar o trabalho da UBS voltado à pessoa idosa.

A presente produção corresponde a um trabalho descritivo e bibliográfico, baseado no relato de experiência das vivências no campo de estágio, e pretende contribuir para o desenvolvimento do debate acerca da atenção em saúde à população idosa, abordando suas especificidades.

Este artigo está estruturado da seguinte maneira: no item 2, discutimos o contexto da Política de Saúde no Brasil, com foco na universalização do SUS e a focalização neoliberal; no item 3, abordamos a Atenção Primária à Saúde (APS) e A Atenção Primária à Saúde do Futuro; no item 4, apresentamos a estrutura da UBS Odete Leandro e as ações socioeducativas realizadas com o grupo de idosos incluindo atividades de socialização e promoção da saúde; No item 5, relatamos a experiência no campo de estágio, destacando o cotidiano, a construção da caracterização e a elaboração e implementação do projeto de intervenção junto ao grupo de idosos. Finalizamos com as considerações e referências utilizadas.

2 A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: DA UNIVERSALIDADE DO SUS À FOCALIZAÇÃO NEOLIBERAL

Durante todo o período que antecedeu a década de 1980 e a promulgação da Constituição Federal de 1988, a população brasileira viveu com a ausência de uma política de saúde universal. Apenas alguns cidadãos tinham acesso aos serviços de saúde, através da caridade das santas casas de misericórdia, favores, e pela via contributiva da previdência social. Além disto, tratava-se de uma política centrada no atendimento individual, curativo, biologicista e hospitalocêntrico. A década de 1980 marcou a trajetória da política de saúde no Brasil, quando esta se articulou aos movimentos nacionais que buscavam a redemocratização do país, pós-período ditatorial.

Destacamos nesse processo, a contribuição do Movimento de Reforma Sanitária (MRS), associado às lutas populares e sindicais para tornar a saúde um direito de todos, posicionando-se contra o modelo médico assistencial. Tal movimento tinha como principal premissa, o fato de que a saúde deveria ser

universal, com controle social, reconhecida como direito social e garantida pelas políticas públicas, suprimindo a necessidade da população (Bravo; Pelaez, 2018).

Borlini (2010, p. 326), destaca a importância do movimento de reforma sanitária na constituição do SUS:

[...] dada sua relevância, na participação social e de atores estratégicos, o MRS garantiu espaço na formulação da Constituição Federal (1988). A partir da CF/88, a saúde passa a ser direito de todos e dever do Estado, integrando os serviços de forma regionalizada e hierarquizada. Estava criado o Sistema Único de Saúde (SUS), amparado pelas leis 8.080/90 e 8.142/90, que tem por preocupação central a democratização do acesso, a universalização dos direitos, melhoria da qualidade dos serviços prestados e integralidade e equidade das ações.

Destacamos, nesse processo, a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em 1986, em Brasília, a primeira aberta para a sociedade. Nela os temas centrais para os debates foram: I - A Saúde como direito inerente à personalidade e à cidadania; II - Reformulação do Sistema Nacional de Saúde; e, III - Financiamento setorial. A 8ª CNS é considerada um marco, visto que serviu como base para pensar a saúde na Constituição Federal de 1988, que resultou na criação do SUS (Bravo, 2000).

Historicamente, a atenção à saúde no Brasil foi marcada pelo modelo assistencial médico-individual, com uma visão hospitalocêntrica, centrado apenas na ausência de doenças. A tentativa de romper com essa lógica, convergiu com a Constituição de 1988 e a criação do SUS e com as Leis 8080/90 e 8142/90. A partir destes mecanismos legais, a saúde passou a se dirigir a todos os cidadãos de forma universal, através da promoção, recuperação e proteção da saúde. Conforme destacado na Constituição Federal de 1988, em seu artigo 196:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Brasil, 1988, p. 118-119).

De acordo com Paim (2009), o SUS supõe uma sociedade solidária e democrática, movida por valores de igualdade e de equidade, além de prevê a organização de suas ações de acordo com o nível de complexidade de suas demandas para promover a saúde de forma integral, prevenindo os agravos ocasionados pelas doenças. Desta forma, os serviços oferecidos são organizados de acordo com a necessidade e demandas da população. Os níveis de atenção e assistência à saúde previstos pelo SUS são: Atenção Básica ou Atenção Primária à Saúde, Atenção Secundária ou Média Complexidade, e Atenção Terciária ou de Alta Complexidade.

A Atenção Primária à Saúde (APS) é a porta de entrada do usuário no SUS e busca acompanhar/cuidar dos usuários e não apenas tratar de doenças (Motta; Siqueira-Batista, 2015). Centra as ações no cotidiano das famílias e da comunidade, atendendo as necessidades de saúde da população, ao longo de sua vida. Procura acompanhar a população, e os grupos prioritários, na preservação e promoção da saúde, evitando agravamentos, isto é, seu objetivo é a atenção integral à saúde do coletivo.

Os serviços mais especializados e direcionados aos hospitais e ambulatórios enquadram-se na média complexidade, que envolve atendimentos em áreas como

cardiologia, neurologia e outras especialidades. Segundo o Ministério da Saúde, as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) são exemplos típicos de serviços de média complexidade, funcionando sete dias por semana, 24 horas por dia, atendendo a maioria das urgências e emergências. Nestas unidades, os pacientes recebem o primeiro atendimento, incluindo estabilização em casos cirúrgicos ou de trauma, além de uma investigação diagnóstica inicial, que ajuda a definir o encaminhamento adequado para casos que necessitam de cuidados mais complexos. Policlínicas, hospitais e centros especializados, que possuem equipamentos para exames avançados, como ecocardiogramas e endoscopias, também fazem parte desse da média complexidade (Brasil, 2022).

A alta complexidade, presente em hospitais de grande porte, a exemplo de hospitais universitários, unidades de pesquisa e ensino, envolve tecnologia de ponta e demanda custos mais elevados. Este nível de atenção está apto para tratar os casos mais complexos que não podem ser atendidos na atenção primária ou média complexidade. Compreende os procedimentos de alto risco e se materializa nos centros de oncologia, locais cirúrgicos e leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) (Brasil, 2022).

De fato, os avanços na saúde do Brasil com a Constituição Federal de 1988 e as mudanças objetivas com a criação do SUS, possibilitaram para a população uma saúde universal, inerente à condição de cidadão, conforme assevera Paim (2009).

Contudo, a partir dos anos 1990, o chamado ajuste neoliberal vivenciado no Brasil, com a Reforma Administrativa do Aparelho de Estado, passa a preconizar a privatização, o subfinanciamento e a mercantilização da saúde, fazendo com que o SUS sofra sérios e graves ataques, como forma de adaptá-lo aos interesses do capital, refletindo, assim, na destruição das conquistas democráticas (Vieira *et al.*, 2023).

Segundo Behring; Boschetti (2008 *apud* Borlini, 2010, p. 324):

[...] a reforma sugerida pelos neoliberais está voltada aos interesses do mercado, na contramão dos anseios democráticos e progressistas. Trata-se de uma contrarreforma do Estado, a qual foi possível a partir de fatores estruturais e conjunturais, externos e internos, que ganharam impulso nos governos Collor e Fernando Henrique Cardoso (FHC), sobretudo pelos antecedentes de crise econômica e impasses sociais no processo de democratização.

Nesse contexto, o ajuste neoliberal tem gerado um sucateamento expressivo nas políticas sociais em áreas como a seguridade social, formada pelo tripé saúde, assistência social e previdência social. De acordo com Bravo e Matos, (2002 *apud* Borlini, 2010, p. 327):

[...] os momentos de ruptura com o projeto democrático da saúde na década de 1990, começam pelo governo Collor, com redução de gastos na área social e boicote à implantação do SUS, via emendas constitucionais. Posteriormente, a era Itamar Franco foi marcada por iniciativas incipientes de descentralização e financiamento das ações do SUS, mas também pelo início da primazia da área econômica sobre a social. O governo FHC, por seu turno, inicia explicitamente a implantação do projeto neoliberal nas políticas de saúde, a partir da inércia das ações neste setor ou, ainda, por ações deliberadas sem a consulta ou consentimento da população, a exemplo da CPMF (Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira). É também no governo FHC que se evidencia mais fortemente a ação dos grupos contrários ao SUS, sobretudo no aspecto de gestão,

orçamento e controle, adaptando o já sucateado setor saúde aos ditames da equipe econômica.

Com a chegada do governo Lula ao poder, em 2003, havia uma esperança de mudança no modelo privatista da saúde priorizado por seus antecessores, porém, a história aponta para a continuidade das medidas neoliberais e mercadológicas das políticas sociais. Segundo Mendes e Marques, (2005, p. 259):

[...] desde os primeiros momentos, ficou claro que, em matéria de política econômica. Lula, no lugar de implementar uma transição para um novo modelo, defendida durante a campanha eleitoral, não só havia mantido a política macroeconômica do segundo mandato de Fernando Henrique Cardoso – FHC – como a havia aprofundado, o que fica evidente com a manutenção do compromisso de promover superávit fiscal primário.

As ações em destaque no governo Lula seguiam a lógica da desvinculação dos recursos destinados à saúde para outros fins lucrativos que beneficiam o mercado. Entre as medidas de interesse do capital, relacionadas ao não financiamento da saúde, estavam: a Emenda Constitucional 29, que assegurava o mínimo de recursos para a saúde; a Desvinculação de Receitas da União (DRU), permitindo que uma parte dos impostos fosse destinada aos interesses do governo, isto é, utilizar em outros recursos, causando impacto na seguridade social, especificamente na saúde pública; e a Lei de Diretrizes Orçamentárias estabeleceu que os gastos voltados para a erradicação da pobreza fossem contabilizados como parte do orçamento do Ministério da Saúde, no âmbito do SUS. (Mendes e Marques, 2005).

Mesmo vinculado às medidas neoliberais, o governo Lula desenvolveu programas que contribuíram para a saúde, como Brasil Sorridente, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e Farmácia Popular. Sendo assim:

Os governos Lula expressaram esforços de mudança no modelo de desenvolvimento econômico-social, tendo as políticas trabalhistas e sociais contribuído de forma expressiva para a redução da pobreza, das desigualdades de renda e para a ascensão de parte da população trabalhadora, em círculo virtuoso entre fomento à demanda interna e desempenho econômico. A política de saúde apresentou elementos de continuidade e inovações incrementais, não tendo sido uma área de destaque na agenda governamental, com persistência dos problemas estruturais do SUS (Machado *et al.*, 2017, p.153).

A política de saúde no governo Dilma (2012-2016), foi marcada por continuidades em algumas áreas, como atenção básica e adotou alguns programas de governo, sem enfrentamentos de problemas estruturais. A questão do financiamento e a regulamentação do setor privado não foi resolvida de forma adequada, acarretando na abertura do setor da saúde ao capital estrangeiro (Machado *et al.*, 2017, p.155), ou seja, o eixo central foi a diminuição dos gastos públicos e aumento no setor privado, assim, mantendo a ideia na continuidade da apropriação do SUS pelo setor privado. Conforme destacam Reis e Paim (2018, p. 106-107):

na segunda metade do primeiro governo Dilma, ficaram evidentes diversos ataques ao SUS, sobretudo partindo do Congresso Nacional, entre eles: 1) a abertura do setor saúde ao capital

estrangeiro; 2) o orçamento impositivo (PEC 358/2013); 3) a PEC 451/2014 propondo planos de saúde privados para todos os trabalhadores, exceto os empregados domésticos; 4) a tentativa de anistia para as multas das operadoras de planos de saúde, por meio da Medida Provisória – MP nº 627; 5) o rebaixamento do financiamento da seguridade social; 6) os cortes no Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB) resultando no fechamento de farmácias da modalidade rede própria; 7) a proposta de perdão de R\$ 2 bilhões para empresas de planos de saúde, entre outros.

O governo Dilma enfrentou uma instabilidade política crescente, marcada por dificuldades em fornecer respostas adequadas aos problemas econômicos e sociais. Um dos fatos mais notáveis foi a abertura do setor privado à participação do capital estrangeiro, o que gerou riscos e retrocessos significativos para as políticas sociais e de saúde, fragilizando e comprometendo a universalização dos serviços públicos. Diante disso:

Em 2016, a política de saúde mergulhou em uma fase de indefinições e instabilidade com o agravamento da crise política, que culminou com o afastamento temporário da Presidenta Dilma Rousseff em maio e a confirmação do seu impeachment pelo Senado Federal em agosto de 2016. Nesse contexto, destacou-se o lançamento de propostas que fragilizariam ainda mais a base financeira do SUS e fortaleceriam os mercados em saúde (Machado *et al.*, 2017, p. 155).

Em 2016, com o impeachment de Dilma, Michel Temer assume a presidência (2016 a 2018), tendo este governo se orientado por medidas consideradas ultraneoliberais, buscando resolver questões ligadas à acumulação do capital e favorecer os interesses da elite dominante do país, reforçando a dependência do Brasil em relação ao capital internacional. Mediante isto, a crise da acumulação perpassa o peso dessas medidas para os trabalhadores, o que compromete os seus direitos sociais, com proposta de contrarreformas (Bravo *et al.*, 2018). Uma de suas ações, encaminhadas ao Congresso Nacional, foi a Emenda Constitucional 95 que limitou o teto de gastos públicos por 20 anos, impactando diretamente as políticas sociais, como a previdência social e saúde. O congelamento de recursos prejudicou a previdência social, comprometendo a proteção e os benefícios essenciais para a população. Na saúde, a limitação orçamentária do SUS comprometeu a qualidade e a expansão dos serviços. Esta iniciativa representou graves problemas para o funcionamento da política de saúde e, conseqüentemente, do SUS (Vieira *et al.*, 2023).

As orientações desse governo evidenciam-se em três documentos: Agenda Brasil, Uma Ponte para o Futuro e Travessia Social, que sistematizam a aceleração no desmonte do Estado brasileiro, indicando uma nova fase de contrarreformas, que impactam negativamente os direitos dos trabalhadores (Bravo *et al.*, 2018).

Segundo a autora citada, o documento Agenda Brasil propôs medidas para a política de saúde, como a restrição do pagamento pelo SUS para tratamentos experimentais, a fim de reduzir a judicialização da saúde. Além disto, sugeriu o aumento da desvinculação de receitas da União e a implementação do copagamento no SUS, ou seja, a cobrança de serviços de saúde pública de acordo com a renda dos usuários. Seguindo essa lógica contrarreformista, o documento Uma Ponte para o Futuro, apresenta diversas medidas econômicas, incluindo a redução das vinculações constitucionais, como os recursos destinados à saúde e à

educação. Propõe uma reforma previdenciária com aumento da idade mínima para aposentadoria e maior envolvimento do setor privado, tanto na infraestrutura quanto no desenvolvimento de políticas. Por fim, o documento *Travessia Social* destaca, no âmbito da saúde, questões relacionadas ao gerencialismo, com ênfase no cumprimento de metas e na contenção de gastos, responsabilizando o SUS por todos os problemas de gestão. Além disso, propunha que o SUS focasse em atender principalmente aqueles que não têm condições de pagar por planos privados. Em contrapartida, incentivou a expansão da cobertura dos planos de saúde privados, como forma de aliviar a demanda sobre o sistema público.

O governo Temer mostrou-se fortemente vinculado aos processos de contrarreformas, à privatização da saúde e ao congelamento de recursos para as políticas sociais. Neste sentido, ocorreram diversas mudanças no âmbito da saúde, em destaque na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Conforme evidencia Bravo *et al.*, 2018, p. 16:

Com relação à revisão da Política Nacional de Atenção Básica, pactuada na Reunião da CIT (Comissão Intergestora Tripartite, composta por Ministério da Saúde, Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) e Conselhos Nacionais dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) em 31/08/2017, ressalta-se que a mesma não foi analisada no Conselho Nacional de Saúde e não foi discutida junto à sociedade, restringindo esse debate a uma consulta pública por meio eletrônico, realizada em um curtíssimo espaço de tempo. Apesar do texto afirmar que a Saúde da Família continua como a estratégia prioritária para a expansão e consolidação da Atenção Básica no Brasil, o mesmo rompe com sua centralidade e institui formas de financiamento para outros arranjos assistenciais que não contemplem equipes multiprofissionais com a presença de agentes comunitários de saúde (ACS), possibilitando a organização da Atenção Básica com base em princípios opostos àqueles norteadores da Atenção Primária à Saúde (APS). Também causa estranheza a referência à diferenciação de ações e serviços essenciais e ampliados a serem executados na Atenção Básica, o que pode configurar restrições ao acesso à assistência, legitimando sua configuração como uma política focalista e restrita a populações mais vulneráveis ou agravos mais comuns, limitando-se a oferta do mínimo do mínimo no que consta aos serviços oferecidos à população. Outra questão à política aprovada refere-se à redução da carga horária da equipe de 40 horas, podendo ser de 10 horas.

Em 2019, a presidência do Brasil foi assumida por Jair Messias Bolsonaro, cujo governo representou a continuidade e intensificação das ações do governo anterior, evidenciando o desmonte das políticas sociais, a privatização e mudanças negativas na área da saúde. Na saúde, sua principal iniciativa foi o novo modelo de financiamento Previne Brasil, com o objetivo de transferir recursos para os municípios. Neste modelo, os pagamentos são realizados com base no desempenho, utilizando critérios de captação ponderada, que é a base da remuneração de acordo com o número de usuários cadastrados. Consequentemente, segundo destaca Massuda (2020, p. 1186) sobre o Previne Brasil:

[...] a adoção da capitação e a avaliação de desempenho como critérios para cálculo de transferências intergovernamentais parece servir mais a propósitos restritivos do que a qualificação de serviços, devendo limitar a universalidade, ampliar distorções no financiamento e induzir a focalização das ações na APS no SUS. Numa perspectiva

de prolongada restrição orçamentária, que agravará o sub-financiamento público da saúde no Brasil, a nova política pode contribuir para reverter conquistas históricas de redução de desigualdades em saúde, ocorridas desde a implantação do SUS e da ESF. Trata-se, portanto, de um retrocesso que deve ser enfrentado pelo conjunto da sociedade brasileira

No mesmo contexto, a criação da Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS), em 2019, como parte do Programa Médicos pelo Brasil, foi apresentada como uma solução para suprir lacunas na atenção primária do SUS. Regulada como um Serviço Social Autônomo (SSA), a ADAPS introduziu maior flexibilização na contratação de profissionais e estabeleceu parcerias com entidades privadas. Contudo, sua implementação tem um caráter com viés privatista, com impactos negativos nas relações trabalhistas. Além disso, há controvérsias sobre sua adequação jurídica, especialmente devido à terceirização de funções públicas e à fragilidade do controle social, agravada por uma governança pouco transparente. (Carnut; Mendes, 2023).

Durante o governo Bolsonaro, o Brasil enfrentou a pandemia da COVID-19, uma crise sanitária mundial que demandou medidas urgentes na saúde pública e proteção social, com o objetivo de preservar vidas e controlar eficazmente a disseminação do vírus. No entanto, a gestão da saúde pública revelou-se controversa, marcada por falhas significativas. Desde o início, os discursos do presidente demonstraram descaso em relação às recomendações científicas, incluindo a vacinação da população, além de uma postura negligente diante do SUS. Cabe aqui o registro de que durante seu governo assistimos a quatro trocas de ministros da saúde.

Além disso, a APS, um componente fundamental do SUS, foi relegada a segundo plano durante o enfrentamento da pandemia. Mesmo com a chegada das vacinas, o governo não utilizou plenamente o papel estratégico da APS na imunização em massa da população. Isso contribuiu para a maior disseminação do vírus, pois a APS, que atua como porta de entrada ao SUS, tem a função essencial de promover a saúde, prevenir doenças e evitar que casos se agravem para níveis de média e alta complexidade. Durante a pandemia, sua atuação seria crucial para coordenar a vacinação, reduzir os níveis de mortalidade e fornecer informações sobre a letalidade do vírus. A ausência de uma abordagem eficaz e coordenada por parte do governo aumentou os níveis de transmissão e o número de mortes causadas pela COVID-19 (Vieira *et al.*, 2023, p. 132).

A postura negacionista de Bolsonaro foi um fator crucial no modo como o Brasil enfrentou a pandemia, resultando em uma crise prolongada, com uma alta taxa de mortalidade e impacto devastador na saúde pública. Desta forma, o governo “adensa a racionalidade instrumental burguesa sob a perspectiva ultraneoliberal do Estado, aliada ao irracionalismo negacionista, neoconservador e de cunho neofascista” (Vieira *et al.*, 2023, p. 130).

O governo Bolsonaro causou desmontes claros para proteção social, ou melhor:

A desproteção social e do trabalho promovida pelo governo Bolsonaro, com aumento da informalidade, precarização das relações de trabalho, redução da cobertura do Bolsa Família e cancelamento de benefícios, redução e atraso na concessão de aposentadorias, auxílio-doença, e licenças-maternidade, mostra sua face mais perversa de forma aguda em um momento em que a situação sanitária exigia distanciamento social para diminuir o

contágio, reduzir sofrimento e mortes (Giovanella *et al.*, 2020, p. 895).

Em 2022, Lula retorna ao poder para seu terceiro mandato, tendo como desafio na saúde a retomada do processo de consolidação do SUS para a efetivação de seus princípios constitucionais de universalidade, integralidade, descentralização, equidade e participação social, interrompido no último governo.

Sua primeira iniciativa foi a retomada do Programa Bolsa Família (PBF), extinto no governo anterior. De acordo com Vazquez e Schlegel (2023, p. 2):

O Programa Bolsa Família é uma transferência condicionada de renda: são realizadas transferências em dinheiro (não em espécie, como cestas básicas) para famílias (não para indivíduos), de forma focalizada (buscam alcançar os mais pobres) e condicionada (as famílias devem cumprir compromissos, em geral de saúde e educação, para receberem seus benefícios).

A retomada do PBF, demonstrou resultados positivos para as famílias brasileiras, especialmente no aumento do consumo alimentar, indicando maior segurança alimentar, bem como na área educacional, em relação à frequência escolar, às taxas de abandono e ao empoderamento feminino (Vazquez e Schlegel, 2023, p. 3).

Outro destaque, refere-se à ampliação da cobertura de 60% para 90% da APS. Para Giovanella:

[...] as iniciativas se orientam pela retomada da prioridade do modelo da Estratégia Saúde da Família, com suas equipes multiprofissionais, que deixou de ser incentivado no governo anterior com prejuízos para as populações mais vulneráveis. Anunciou-se a meta de alcançar em quatro anos 90% de cobertura da população brasileira por equipes ESF, e a retomada do incentivo específico para os núcleos multiprofissionais de apoio à Saúde da Família (NASF), ademais de responder as mais de 56 mil solicitações de municípios para habilitação de equipes, serviços e agentes comunitários de saúde represadas no MS (Giovanella *et al.*, 2023, p. 123, *apud* SAPS/MS, 2023).

Conforme já sinalizado anteriormente, a APS é caracterizada por um conjunto de ações, de âmbito individual e coletivo, situadas no primeiro nível de atenção nos sistemas de saúde e seu papel é fundamental na e para organização de qualquer sistema de saúde, conforme veremos a seguir.

3 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO FUTURO

Um marco para pensar a APS adveio da Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em 1978. A Conferência de Alma-Ata, como ficou conhecida, apresentou elementos essenciais para a APS e seu funcionamento, como programas de saúde, imunização, planejamento familiar, a prevenção e o cuidado contínuo com a população, fornecimentos de medicamentos essenciais e a medicina tradicional, contando com a equipe multiprofissional. Estes princípios foram fundamentais para o desenvolvimento da APS no Brasil.

Dada a importância da APS para estruturação dos sistemas de saúde, a Organização Mundial de Saúde considera que:

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país pode manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade (1978, p. 1-2).

Assim, a APS organiza e otimiza o uso de todos os recursos do sistema de saúde para promover, manter e melhorar a saúde da população de maneira eficiente e equitativa. Ou seja, ela se volta para os problemas mais recorrentes na comunidade, oferecendo serviços que abrangem prevenção, tratamento e reabilitação, com o objetivo de promover o máximo de saúde e bem-estar. Desempenha um papel integrador, abordando múltiplos problemas de saúde de forma coordenada e considerando o contexto em que a doença ocorre, o que influencia a maneira como as pessoas respondem às suas condições de saúde (Starfield, 2002).

Segundo a autora citada, a APS é responsável pelo primeiro nível de contato do usuário com o sistema de saúde,

A Atenção Primária é aquele nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as 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 (Starfield, 2002, p. 28).

Além disso, desempenha um papel fundamental na coordenação do cuidado, garantindo que os usuários recebam um acompanhamento contínuo mesmo quando há necessidade de encaminhar para serviços especializados. Dessa forma, promovendo uma abordagem mais eficiente e resolutiva no cuidado à saúde.

A APS requer uma conceituação operacional que envolve a aplicação de sete atributos ou princípios, sendo assim, a qualidade da APS só é alcançada quando todos esses atributos/princípios estão em plena execução. Os quatro primeiros são: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação, considerados essenciais. Já os outros três envolvem: enfoque na família, orientação comunitária e competência cultural (Brasil, 2015).

Para Starfield (2002) o atributo/princípio do primeiro contato na APS refere-se à acessibilidade e ao uso dos serviços quando surgem os problemas e demandas de saúde, assegurando que os usuários tenham sua primeira abordagem pela equipe da unidade de saúde local. A longitudinalidade envolve o fornecimento contínuo de cuidados pela equipe de saúde ao longo do tempo, estabelecendo uma relação mútua de confiança entre profissionais, indivíduos e famílias. A integralidade, por sua vez, implica na oferta completa de serviços de saúde para a população adscrita, incluindo promoção, prevenção, cuidado, reabilitação e o atendimento às necessidades dos usuários, seja na articulação com outros serviços de saúde. Já a coordenação garante o cuidado contínuo, através da equipe de saúde, que identifica os problemas que exigem acompanhamento constante e se articula com a Rede de Atenção à Saúde (RAS).

O enfoque na família considera o usuário em seu contexto familiar, avaliando suas necessidades de saúde dentro desse ambiente. Isto envolve a análise das ameaças à saúde que afetam a família como um todo, além de reconhecer os desafios na coordenação do cuidado, diante de recursos familiares limitados. A competência cultural diz respeito à capacidade de identificar e atender as necessidades específicas de população que, devido a características étnicas, raciais ou culturais, podem não ser amplamente reconhecidas. Por fim, a orientação comunitária é resultado de um elevado grau de integralidade no cuidado em sua totalidade, ou seja, as necessidades de saúde dos usuários estão sempre inseridas em um contexto social, e para que essas demandas sejam plenamente reconhecidas, é essencial compreender esse ambiente social em que os usuários estão inseridos.

Esses atributos/princípios são essenciais para a qualidade dos serviços da APS na sua organização, funcionamento e articulação, proporcionando uma melhoria na sua estrutura, seja nos indicadores de saúde, no atendimento aos usuários no seu primeiro contato com o sistema de saúde, no cuidado contínuo e não apenas na abordagem da doença.

No Brasil, a APS reflete os princípios da Reforma Sanitária, levando o SUS a priorizá-la na reorientação do sistema. As ações de saúde, por meio da APS, têm como objetivo minimizar as disparidades populacionais dos grupos em desvantagem, proporcionando um acesso universal e como direito social. Como destaca o Conselho Nacional de Secretários de Saúde:

A interpretação da APS como o nível primário do sistema de atenção à saúde conceitua-a como o modo de organizar e fazer funcionar a porta de entrada do sistema, enfatizando a função resolutive desses serviços sobre os problemas mais frequentes de saúde, para o que a orienta a fim de minimizar os custos econômicos e a satisfazer às demandas da população, restritas, porém, às ações de atenção de primeiro nível (Brasil, 2015, p. 27).

Nesse sentido a APS foi consolidada como a base do SUS, sendo vista como primordial para o desenvolvimento de um sistema de saúde mais justo e acessível, além de ser a porta de entrada preferencial para os cidadãos no sistema de saúde. A APS foi incorporada ao SUS como o nível de atenção que deveria promover ações de forma contínua junto às comunidades, promovendo um atendimento mais humanizado e integral.

A materialização da APS pressupõe algumas estratégias para reestruturar o sistema de saúde e as principais medidas adotadas neste sentido no Brasil foi a criação do Programa Comunitário de Agentes de Saúde (PACS), implantado em 1991 com o intuito de enfrentar os problemas ocasionados pelos altos índices de mortalidade infantil e epidemias, buscando melhorar as condições de saúde da população brasileira (Fausto; Matta, 2007).

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB, 2012), os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) são responsáveis por desempenhar ações junto às famílias definidas pela microárea da Unidade Básica de Saúde (UBS), realizando os cadastros familiares e os mantendo atualizados, para isso é necessário conhecer o território e o ambiente familiar. Dentre suas atribuições destacamos:

VII - Desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, por exemplo, combate à dengue,

malária, leishmaniose, entre outras, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito das situações de risco; e VIII - Estar em contato permanente com as famílias, desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde, à prevenção das doenças e ao acompanhamento das pessoas com problemas de saúde, bem como ao acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa-Família ou de qualquer outro programa similar de transferência de renda e enfrentamento de vulnerabilidades implantado pelo governo federal, estadual e municipal, de acordo com o planejamento da equipe (Brasil, 2012, p. 49-50).

O Ministério da Saúde também adotou como estratégia para organizar a APS no Brasil, o Programa Saúde da Família, no ano de 1994, inspirado em experiências de outros países, como Cuba, Inglaterra e Canadá, que apresentavam sistemas de saúde adequados e qualificados. Essa lógica adotada pelo SUS prevê:

[...] a Saúde da Família como o modelo prioritário para organização do sistema, em consonância com os preceitos do SUS. Inicialmente, propôs-se o Programa Saúde da Família (PSF) como domínio (re)estruturante da APS, com base em ações de promoção da saúde, de prevenção de eventos morbidos, de assistência e de recuperação com qualidade, o que favoreceu maior aproximação entre os serviços e a população (Motta; Siqueira-Batista, 2015, p. 197).

Em 2006, o PSF deixou de ser um programa e transformou-se em uma estratégia permanente e contínua da APS, passando a ser chamado de Estratégia Saúde da Família (ESF).

Nesse sentido, a ESF destaca-se enquanto estratégia inovadora e reestruturadora das ações e serviços de saúde, inserida no território com população adstrita, ou seja, à população vinculada ao território da UBS, com direito a receber os serviços ofertados garantindo a continuidade do cuidado e a responsabilidade entre a equipe e a população usuária.

Dessa forma, a lógica de população adstrita possibilita conhecer melhor a realidade da população usuária, sendo indispensável considerar o contexto familiar e a vida comunitária como meios facilitadores para acompanhar e cuidar de cada realidade familiar, além de reorientar as práticas de saúde conforme cada contexto. Este modelo, estabelece vínculos entre profissionais e a população, e os acompanhamentos são realizados por uma equipe multiprofissional composta por médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem, ACS, profissionais de saúde bucal e, como diferencial, a cidade de Campina Grande - PB, inclui assistentes sociais, fortalecendo o cuidado integral e ampliando o suporte às necessidades da população.

A Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS/MS) apresenta a nova estratégia adotada para enfrentar os principais desafios da APS, a fim de melhorar suas lacunas, como o baixo investimento em incorporar novas tecnologias, dificuldade de garantir a sustentabilidade financeira e a infraestrutura do cuidado, baixa cobertura de serviços de saúde bucal e a falta de debates nas esferas públicas de saúde em torno da APS. Outro ponto crítico é a necessidade de superar a meta de cobertura de 65% a 70% das equipes de Saúde da Família. Além disso, há uma carência na qualificação do cuidado e um número insuficiente de especialistas atuando na APS (Brasil, 2023).

Em resposta a todos esses desafios, o governo Lula em seu terceiro mandato (2023-2026), vem priorizando a reestruturação da APS no país, instituindo a chamada Atenção Primária em Saúde do Futuro – a APS do Futuro - que tende a ser

moldada por uma série de transformações tecnológicas, sociais, políticas e econômicas que buscam melhorar a eficácia, a acessibilidade e a qualidade dos serviços de saúde. Desta forma, a Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS/MS) destaca os caminhos da APS do Futuro:

Escutar o povo, os trabalhadores, gestores e todos que possuem pensamento estratégico na saúde; Dimensionamento de recursos humanos; e Promover a incorporação tecnológica; Alcançar uma cobertura 90% na eSF; Serviço acessível e de qualidade; Cuidado Multiprofissional, com escopo ampliado na APS; Integralidade e Rede, com ações intersetoriais com outros Ministérios, em especial MDS; Transformar a rede de serviços da APS em rede de ensino e pesquisa aplicada ao SUS (Brasil, 2023, p. 11).

A ministra da Saúde, Nísia Trindade, ao participar da mesa de abertura do 1º Fórum 90/90 da APS do Futuro, realizado em fevereiro de 2023, destacou a centralidade da política de atenção básica à saúde no SUS. Já o secretário da SAPS/MS, Nésio Fernandes, afirmou que a APS do futuro será aquela em que empregada e empregadora façam pré-natal na mesma unidade, lembrando que a equidade no acesso a saúde está diretamente ligada à qualidade na oferta de saúde – que envolve aumento de recursos humanos, capilaridade, eficiência e diminuição de filas, entre outras necessidades que motivam brasileiros a procurar os serviços privados. (Brasil, 2023)

Em Campina Grande/PB a APS encontra-se em processo de reestruturação, ajustando-se às recomendações da chamada APS do futuro que prevê ampliação da cobertura de 60% para 90%, entre outras ações. A seguir apresentamos a Unidade Básica de Saúde Odete Leandro, lócus da vivência de nosso Estágio Obrigatório em Serviço Social.

4 A UBS ODETE LEANDRO E AS AÇÕES VOLTADAS AO CUIDADO COM A PESSOA IDOSA

No ano 1996 foi implementada a Clínica Escola de Enfermagem, da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), voltada, inicialmente, ao atendimento da comunidade “Vila dos Teimosos”. Em 2019, a Clínica passou a contar com uma unidade da Estratégia Saúde da Família (ESF), por meio de uma parceria entre a UEPB e a Prefeitura Municipal de Campina Grande (PMCG).

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Odete Leandro Oliveira, fica localizada dentro da estrutura do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (CCBS), da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), na Rua Baraúnas, Bairro Bodocongó, participando do distrito sanitário VII.

A unidade atende uma vasta população cujo cadastramento ocorreu entre dezembro de 2018 e janeiro de 2019. Atualmente, a UBS envolve 5 microáreas², acompanhadas por cinco Agente Comunitário de Saúde (ACS), como destaca a Tabela 1, a seguir:

TABELA 1 - Microáreas.

Área	Endereço
------	----------

² Campina Grande está em processo de remapeamento para se ajustar à chamada APS do Futuro, portanto, os dados aqui apresentados estão sendo atualizados. As informações apresentadas referem-se ao período de realização do estágio que ocorreu entre agosto de 2022 a dezembro de 2023.

1	Av. Juvêncio Arruda e R. Maria Gonçalves de Melo.
2	Lindu III; Villa Capri Residence I; Villa Capri Residence II; Villa Capri Privilege; R. Emílio Rosendo da Silva; R. José André da Rocha; R. Aloisio Batista da Silva; R. Severino Teófilo Basílio; R. João Alfredo Filho; R. Domitila Cabral de Castro; R. Maria Quitéria; R. Compositor Rosil Cavalcante.
3	Lindu II, R. Luís Malheiros; R. Roquete Pinto; R. Manoel Mota; R. Eng. Lourival Andrade; R. José Marinho Falcão.
4	Lindu III; João Paulo II; R. Luís Malheiros; Residencial Santa Tereza.
5	Av. Juvêncio Arruda e Lindu I.

Fonte: Dados da UBS Profº Odete Leandro Oliveira, 2023.

A Tabela 1 apresenta as áreas de cobertura da UBS. Como previsto pelo Ministério da Saúde (MS), cada ACS deve ter até de 750 pessoas e essas áreas são divididas para atender melhor às demandas apresentadas.

O perfil dos usuários cadastrados na UBS passa por constantes atualizações. Diante disso, os dados presentes na Tabela 2 devem ser interpretados como valores estimados e aproximados. Sendo destacado:

TABELA 2 - Perfil dos Usuários.

Usuários	Microárea 01	Microárea 02	Microárea 03	Microárea 04	Microárea 05
Crianças- 0 a 2	25	20	7	10	20
Crianças- 3 a 9	87	81	39	56	48
Adolescentes- 10 a 14	83	36	44	40	37
Adolescentes- 15 a 19	56	30	34	40	32
Diabéticos	57	29	38	39	24
Gestantes	3	06	6	3	5
Hipertensos	120	68	74	83	54
Usuários especiais	54	16	11	33	4
Saúde mental	74	34	34	49	31
Idosos	127	63	75	53	44
Acamados	2	1	2	0	1
Mulheres férteis 10 a 48	293	317	96	240	142
Total de famílias/Pessoas	294 / 874	374 / 694	329* / 580	332 / 642	466 / 583

Fonte: Dados da UBS Profº Odete Leandro Oliveira, 2023.

A rotatividade dos usuários acompanhados pela UBS é comum devido à natureza diversificada da área de atendimento, por conter um público flutuante, que abrange duas universidades em sua área de cobertura. Outra parcela significativa é composta por usuários em extrema vulnerabilidade social, e 100 dessas famílias recebem o PBF (microáreas 1 e 3). Além disso, o remanejamento das áreas tem

sido realizado para o quantitativo de pessoas ficar relativo a cada ACS e cumprir com as normas estabelecidas pelo MS.

A microárea 3 encontra-se com alguns dados fora do sistema Sistema de Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), ocasionado por problemas operacionais a partir da implementação Programa Saúde de Verdade, que inclui a falta de migração dos cadastros das famílias, assim, vários arquivos são perdidos e não é repassado as informações para o PEC, resultando em déficit nos serviços da Atenção Básica e a falta de cumprimento com o Previne Brasil. O Programa Saúde de Verdade foi uma iniciativa da gestão municipal, implementada apenas em Campina Grande-PB, contudo, não logrou êxito, resultando no retorno do sistema anterior, utilizado em nível nacional, o PEC saúde. Mediante estes fatos a equipe está em processo de recuperação e reorganização dos dados perdidos para melhor funcionamento da unidade.

A Estratégia Saúde da Família é formada por uma equipe multiprofissional, denominada como Equipe da unidade básica Saúde da Família. O Ministério da Saúde preconiza uma equipe mínima ou básica para os atendimentos em saúde. A UBS Odete Leandro atualmente é composta pelos seguintes profissionais:

TABELA 3 - Composição da Equipe.

Quantidade de profissionais	Cargo do profissional	Categoria de Vínculo
1	Médica	Residente
1	Técnica de enfermagem	Concursado
1	Enfermeira	Contratado
1	Recepcionista	Contratado
1	Recepcionista UEPB (Auxilia na UBS)	Contratado
5	Agentes Comunitários	Concursado
1	Técnica de farmácia	Contratado
1	Assistente Social	Concursado

Fonte: Dados da UBS Prof^o Odete Leandro Oliveira, 2023.

Os dados apresentados na Tabela 3 evidenciam a ausência de concursos públicos para contratação de profissionais para a ESF de Campina Grande, gerando uma rotatividade destes profissionais nos serviços e nas UBSs. Conforme visto, a maioria dos profissionais da UBS Odete Leandro são contratados. Entendemos que tal fato tende a se colocar como um elemento dificultador e limitante do processo de acompanhamento aos usuários, visto que a ESF compreende um modelo de práticas voltado aos cuidados de saúde da família. Isto é, seus profissionais devem possuir conhecimento da realidade das famílias da comunidade, assumindo, assim, um maior vínculo e, conseqüentemente, exercendo com maior empenho seu papel nas demandas apresentadas. Desta forma, a rotatividade desses profissionais resulta em efeitos negativos, afetando a qualidade de assistência prestada pela UBS.

O espaço físico da UBS Odete Leandro se diferencia das demais unidades do município, por estar inserida em um ambiente universitário, em uma clínica de enfermagem localizada no campus universitário. A sua estrutura é composta da seguinte forma:

TABELA 4 - Estrutura física.

Quantidade	Estrutura física
1	Recepção
1	Triagem
1	Consultório de enfermagem
1	Sala de vacina
1	Sala Interdisciplinar
1	Consultório médico
1	Copa
1	Sala de coordenação (Clínica)
1	Sala de procedimentos
1	DML
1	Sala de educação em saúde
1	Sala de Esterilização
1	Sala de atendimentos psicológicos (ocupada momentaneamente)

Fonte: Dados da UBS Profº Odete Leandro Oliveira, 2023.

No geral, a UBS dispõe de uma boa estrutura, comparado a outras UBSs espalhadas pela cidade que se encontram em estado bem precário. Entretanto, o espaço apresenta algumas limitações físicas, faltam salas adequadas para alguns serviços prestados, incluindo o Serviço Social. Tal fato tem gerado alguns transtornos na organização das atividades desenvolvidas e exigido um planejamento rigoroso por parte das equipes que dividem o mesmo espaço físico, a UBS e a Clínica de Enfermagem.

Um elemento fundamental no atendimento e acompanhamento em saúde da família corresponde a interação da unidade com a comunidade, na identificação e na utilização dos equipamentos sociais existentes no território. Na área de cobertura da UBS Odete Leandro temos os seguintes equipamentos sociais: 3 igrejas, 1 associação de moradores e 1 escola municipal.

A UBS Odete Leandro oferece serviços para toda a população de abrangência, garantindo atenção integral à saúde. No entanto, conforme visto na TABELA 2, observa-se no perfil dos usuários um significativo aumento da população idosa, realidade posto em todo Brasil. Tal fato exige um olhar para além das doenças crônicas comumente presente na velhice como diabetes, hipertensão e os cuidados necessários para os pacientes acamados. Entre as atividades das UBSs é preconizado também o acompanhamento contínuo e a promoção de cuidados preventivos, essenciais para garantir o envelhecimento saudável.

Entre as principais ações voltadas aos idosos na UBS Odete Leandro destacam-se o monitoramento de condições como hipertensão e diabetes, que são comuns nessa faixa etária. Este acompanhamento é feito por meio de consultas, aferição de pressão arterial e orientações para o uso adequado de medicamentos.

Além disso, a UBS promove campanhas de vacinação, como a da gripe, que são cruciais para prevenir complicações graves em idosos. A vacinação é feita de forma organizada, garantindo que todos os idosos cadastrados na unidade sejam vacinados. As campanhas são informadas à população idosa pelas equipes de saúde, principalmente pelos ACS, que realizam visitas domiciliares, acompanhando

os usuários em suas residências, o que é importante para idosos com dificuldades de locomoção ou em condições de maior dependência.

As visitas domiciliares também são realizadas pela equipe multiprofissional, e inclui acompanhamento pela assistente social, enfermeira e médico. Essas equipes realizam a avaliação da condição social dos idosos, identificando aqueles que vivem em situação de vulnerabilidade e procedendo com os encaminhamentos para programas de assistência social; além do acompanhamento aos acamados ou com dificuldades de locomoção; a aplicação de vacinas e realização de procedimentos simples, como curativos e administração de medicamentos, garantindo que recebam os cuidados necessários em casa. O Ministério da Saúde enfatiza que:

Na visita domiciliar, é possível estabelecer, junto aos familiares, um suporte mais adequado às necessidades específicas da pessoa idosa, negociando com familiares e/ou cuidadores cada aspecto desse cuidado. Essa atividade confere, também, maior conforto, tranquilidade e segurança aos familiares no acompanhamento da pessoa idosa, além de ser, o primeiro momento de reconhecimento do território, uma importante ferramenta na detecção de idosos em situações de abandono ou outras situações que apontem que seus direitos estão negligenciados (Brasil, 2006, p. 15-16).

Outra ação oferecida pela UBS Odete Leandro a população idosa refere-se às ações de socialização e promoção de saúde através de atividades em grupos com os idosos na comunidade. São realizadas palestras e oficinas que abordam temas sobre os seus direitos, violência contra a pessoa idosa, a importância da articulação em rede com outros serviços, discussão sobre saúde mental, prevenção de quedas e estímulo à prática de exercícios físicos adaptados à realidade dos idosos. Estas ações são planejadas para incentivar a autonomia, independência e a qualidade de vida da população idosa, além de promover a socialização e o fortalecimento dos vínculos comunitários. Desta forma:

O trabalho em grupos possibilita a ampliação do vínculo entre equipe e pessoa idosa, sendo um espaço complementar da consulta individual, de troca de informações, de oferecimento de orientação e de educação em saúde. O trabalho em grupo é uma realidade no cotidiano das equipes de Atenção Básica/Saúde da Família que desenvolveram grupos de hipertensão, diabetes, puericultura e de gestantes. [...] Destaca-se o papel fundamental da socialização obtida em qualquer trabalho em grupo, o que por si só, pode representar novas perspectivas para a pessoa idosa (dependendo de sua situação familiar e comunitária), além de maior aceitação na sociedade (Brasil, 2006, p. 23-24).

As atividades de socialização realizadas na UBS Odete Leandro contam com vários parceiros com os quais se estabelece uma relação de troca e compartilhamento de saberes e fazeres. Entre estes destacamos a própria Universidade Estadual da Paraíba, presente com seus projetos de extensão. De acordo com o Ministério da Saúde tais atividades:

Têm como objetivos propiciar a construção de laços e trocas sociais; a integração do serviço de saúde e do usuário com a família, a comunidade e a sociedade em geral; e a integração entre as famílias da comunidade. Essas atividades precisam ser planejadas e construídas junto à comunidade, podem ser: festas comunitárias, caminhadas com grupos da comunidade, participação em eventos e grupos dos centros comunitários (Brasil, 2006, p. 107).

Entendemos que as ações desenvolvidas junto ao grupo de idosos são de suma importância para promoção de um envelhecimento saudável e ativo, por proporcionar uma série de benefícios como citado anteriormente. A seguir apresentamos a experiência de estágio na UBS Odete Leandro, com registro de nossa intervenção realizada junto ao grupo de idosos.

5 O ESTÁGIO OBRIGATÓRIO EM SERVIÇO SOCIAL E AS AÇÕES DESENVOLVIDAS JUNTO AO GRUPO DE IDOSOS

No processo de formação profissional do assistente social, o Estágio Obrigatório possibilitará ao estagiário compreender a dimensão teórico-prático do conhecimento profissional na sua complexidade, dinâmica e articulações do campo inserido. Para Buriolla:

[...] o estágio é essencial à formação do aluno de Serviço Social, enquanto lhe propicia um momento específico de aprendizagem, de reflexão sobre a ação profissional, de visão crítica da dinâmica das relações existentes no campo institucional (2011, p. 16, *apud* Babiuk e Fachini, 2015, p. 4).

Nossos primeiros contatos com o campo de estágio foram marcados pela observação da realidade. Este período, que compreende ao Estágio Obrigatório I, nos possibilitou a construção da caracterização de campo de estágio, que nos colocou diante de dados concretos sobre a realidade do serviço e da população por ela assistida. Como resultado desta observação inicial foi identificada uma certa ausência dos idosos na UBS e, sobretudo, nas atividades em grupo. Atribuímos esse fato ao período pós-pandemia, o que já nos despertou a atenção para a retomada de tais atividades.

Outra observação relaciona-se ao cotidiano profissional do assistente social. Nos foi possível identificar que esta lida com muitas demandas espontâneas e sempre procura esta articulada com o código de ética profissional, na viabilização do direito e na perspectiva crítica, além do conhecimento de quais serviços encaminhar a depender da demanda, e exercendo um trabalho em consonância com a equipe multiprofissional.

O Estágio Obrigatório I também nos possibilitou conhecer a dinâmica do espaço sócio-ocupacional, o território de abrangência, os usuários e os sistemas utilizados para organização/registros das ações desenvolvidas, como o PEC Saúde e o sistema de acompanhamento dos usuários do Programa Bolsa Família.

O acompanhamento cotidiano do trabalho do assistente social na UBS também nos colocou frente a frente com a elaboração de parecer social, relatório social, avaliação social, visitas domiciliares, exemplos de casos para pensar em articulações, proporcionando um espaço para pensar o trabalho profissional criticamente.

Ao término da fase de observação passamos a fase de elaboração de uma proposta de intervenção a ser desenvolvida nas fases seguintes, conforme detalhamos a seguir.

5.1 A construção e execução do projeto de intervenção

Conforme já sinalizamos anteriormente, ao longo das observações sistemáticas vivenciadas no Estágio Obrigatório I, foi identificada certa dificuldade no que se refere ao comparecimento/acompanhamento dos idosos à Unidade. Desta

forma, nossa proposta de intervenção, construída e executada nos estágios II e III, foi desenvolvida junto ao Grupo de Idosos da UBS Odete Leandro.

O projeto de intervenção objetivou principalmente a reorganização/retomada do Grupo de Idosos da comunidade. Conforme Eiras, 2013 *apud* Bonfim *et al.*, 2018, p. 84, destacam:

[...] o Assistente Social ao responder as demandas socioinstitucionais através da realização de intervenções grupais tem o entendimento que esta intervenção tem um caráter socioeducativo, ou seja, o trabalho com grupos possui uma perspectiva socioeducativa no qual atribui ao Assistente Social uma função/prática pedagógica. Ao responder a estas demandas, o profissional de Serviço Social aciona um conjunto de conhecimentos teórico - metodológicos e ético - políticos direcionado a um projeto profissional no qual é assimilado diversamente segundo a percepção de cada Assistente Social.

Entendemos que esses espaços agregam pessoas com dificuldades semelhantes e possibilitam o convívio social, visto que a solidão/isolamento é uma queixa frequente entre idosos. Destacamos também a importância da realização de ações que possibilitem a sensibilização e esclarecimentos aos idosos sobre temáticas diversificadas de forma a promover uma melhoria na qualidade de vida daqueles que já envelheceram ou que estão em processo de envelhecimento.

Dessa forma, elaboramos um projeto de intervenção que teve por título Atividades socioeducativas junto ao Grupo de Idosos da Unidade Básica de Saúde Odete Leandro Oliveira e por objetivo incentivar a participação dos idosos no Grupo de Idosos da UBS Odete Leandro, contribuindo e fortalecendo o trabalho da unidade, além de contribuir na afirmação dos direitos das pessoas idosas.

O grupo em questão apresentou particularidades em sua saúde, como doenças crônicas, fragilidades e questões emocionais, demandando um acolhimento qualificado e ações que possibilitassem a socialização/orientação sobre questões as mais variadas que se fazem presente em seu cotidiano a exemplo da autonomia/independência, os direitos dos idosos, da violência contra os idosos, do preconceito que envolve a velhice, entre outras questões.

O Estatuto da Pessoa Idoso, (Lei nº 10.741/2003) que estabelece direitos e garantias fundamentais para as pessoas com mais de 60 anos, em seu artigo 15º assevera que a:

[...] atenção integral à saúde da pessoa idosa, por intermédio do Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente as pessoas idosas (Brasil, 2003, p. 17).

O Estatuto também evidencia a importância de atividades educacionais, culturais e de lazer para os idosos, as quais promovam o bem-estar físico e emocional dos idosos, além da interação e socialização.

Diante disso, a motivação para elaboração do referido projeto partiu da necessidade do retorno e fortalecimento das atividades do Grupo de Idosos da unidade. Para incentivar a participação, foram desenvolvidos convites personalizados com o objetivo de motivar os idosos a comparecer ao grupo. Esses convites foram distribuídos pelos ACS, que, durante as visitas domiciliares, não apenas os entregaram, mas também reforçaram a importância e os benefícios de participar do grupo.

Inicialmente, surgiram desafios, como a baixa adesão e a pouca participação nas primeiras atividades. Contudo, à medida que o grupo passou a se reunir de maneira regular, os próprios idosos começaram a convidar outros idosos, o que contribuiu para o crescimento e fortalecimento do grupo. As atividades foram planejadas com o objetivo de promover o conhecimento sobre os direitos da população idosa, estimular o envelhecimento ativo e incentivar a socialização por meio de dinâmicas em grupo, fortalecendo a interação entre a unidade e a comunidade.

Mediante isso, entendemos a saúde de forma ampliada e evocada como um direito social, com acesso universal e integral. Foi nessa perspectiva que nos propomos a desenvolver o presente projeto, ressaltando a lógica do direito à saúde, o direito a um envelhecimento saudável, primando pela integralidade, criando e oportunizando aos envolvidos – usuários e profissionais – um momento de construção e troca de saberes, de fortalecimento do protagonismo político de cada um enquanto cidadão.

Para execução do projeto foi adotado uma metodologia participativa, dinâmica e dialógica. Compreendemos que uma metodologia participativa permite um contato mais próximo entre os vários atores envolvidos no processo educativo, possibilita um rico aprendizado, respeitando a autonomia e valorizando a criatividade dos sujeitos. Segundo Silva, 2002 *apud* Queiroz e Couto, 2015, p. 173:

[...] o emprego de métodos e técnicas que possibilitem aos integrantes de um grupo a vivência dos sentimentos e percepções sobre determinados fatos ou informações, a reflexão sobre eles e a ressignificação de seus conhecimentos e valores, percebendo, assim, as possibilidades de mudanças. Na perspectiva das metodologias participativas, as reuniões de moradores privilegiam experiências de diálogo, em que novos sentidos são criados, por meio dos quais, no grupo, o sujeito se sinta empoderado a buscar sua cidadania e a transformação de sua realidade social. As reuniões se caracterizam, então, como espaços de promoção da emancipação do sujeito e do grupo.

Dessa forma, foram delimitadas cinco ações, com o intuito de destacar assuntos pertinentes ao cotidiano da pessoa idosa. A primeira atividade trabalhou os conceitos de autonomia e independência entre os idosos, evidenciando sua importância no dia a dia. Foram citados exemplos concretos para melhorar a autonomia/independência, como realizar o acompanhamento em saúde, fazer exercícios físicos e participar dos grupos oferecidos pela UBS. Em todos os momentos foram abertos espaço para participações e perguntas. Essa abordagem esteve alinhada com a busca por uma melhor qualidade de vida, visando um envelhecimento saudável e ativo, pautado na preservação da autonomia e independência. Destacando, assim a sua importância:

Na busca de uma melhor qualidade de vida, fruto de um envelhecimento com independência e autonomia, de um envelhecimento saudável e ativo, tem-se investido no desenvolvimento de programas sociais e de saúde voltados para a preservação da independência e da autonomia, sendo metas fundamentais não só do governo, mas de todos os setores da sociedade. Como uma importante estratégia para alcançar esse desafio, destaca-se o Programa de Saúde da Família, desenvolvido nas Unidades de Saúde da Família, sendo apontado como eficiente para alcançar medidas específicas de promoção e de prevenção da

saúde, cuidando dos idosos que vivem na comunidade (Ferreira *et al.*, 2012, p. 514).

A segunda ação do projeto contou com a participação do Centro de Convivência da Pessoa Idosa (CMCI) DR. João Marcos Moura, no grupo de idosos da UBS Odete Leandro. A ideia foi apresentar aos idosos da UBS Odete Leandro o conhecimento de um importante espaço existente na cidade e que muitos desconheciam, além de proporcionar a socialização dos idosos através do convívio grupal. Este momento foi encerrado com um momento cultural (dança de xaxado).

Cabe aqui destacar que esse processo de intersetorialidade na saúde permite:

[...] espaços compartilhados de decisões entre instituições e diferentes setores do governo que atuam na produção da saúde e na formulação, implementação e acompanhamento de políticas públicas que possam ter impacto positivo sobre a população. Permite considerar o cidadão na sua totalidade, nas suas necessidades individuais e coletivas, demonstrando que ações resolutivas em saúde requerem necessariamente parcerias com outros setores como educação, trabalho, emprego, habitação, cultura, segurança e outros (Machado, 2010, p. 6).

Na terceira ação do projeto abordou um assunto pouco debatido e discutido, no qual os idosos muitas vezes desconhecem, ou seja, os seus direitos. A discussão enfocou os principais direitos previstos no Estatuto da Pessoa Idosa, como o direito à saúde, transporte, o Benefício de Prestação Continuada (BPC), quais recursos o Poder Público oferece ao idoso, seja medicamentos gratuitos de uso contínuo ou tratamentos para reabilitação e como fazer para solicitar estes serviços, em Campina Grande-PB.

A quarta ação do projeto foi referente a conscientização sobre a violência contra a pessoa idosa. De acordo com o Estatuto da Pessoa Idosa (2003), no seu art 4º, “nenhum idoso será objeto de qualquer tipo de negligência, discriminação, violência, crueldade ou opressão, e todo atentado aos seus direitos, por ação ou omissão, será punido na forma da lei”.

Dessa forma, as discussões procederam em torno dos tipos de violência cometidos contra a pessoa idosa. As percepções observadas demonstraram que os idosos estavam voltados apenas para a violência física e econômica, desconhecendo as violências: sexual, psicológica, abandono, negligência e autonegligência. Contudo, esse momento especificou todos os tipos de violência, tirando todas as dúvidas e questionamentos dos presentes. Os idosos ainda deram exemplos da violência econômica e autonegligência após as explicações. A assistente social também relatou algumas experiências vivenciadas no seu exercício profissional sobre violência de abandono e negligência. Esta atividade também contou com a participação da estagiária do Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), a qual relatou os serviços e as principais violências, sendo a negligência e financeira/patrimonial.

Segundo o Estatuto da Pessoa Idosa, no seu art 19º:

Os casos de suspeita ou confirmação de violência praticada contra idosos serão objeto de notificação compulsória pelos serviços de saúde públicos e privados à autoridade sanitária, bem como serão obrigatoriamente comunicados por eles a quaisquer dos seguintes órgãos: I - Autoridade Policial; II - Ministério Público; III - Conselho

Municipal do Idoso; IV - Conselho Estadual do Idoso; V - Conselho Nacional do Idoso (Brasil, 2003, p. 19).

Ressaltamos que a escolha dessa temática se originou em decorrência do mês de junho ser destinado a conscientização da violência contra o idoso, o chamado Junho Lilás, e pelo número alarmante dos casos de violência contra a pessoa idosa que vem aumentando aceleradamente nos últimos anos.

Por fim, para finalizar as ações do projeto e nosso estágio na UBS Odete Leandro, foi realizada uma visita do grupo de idosos da UBS ao Centro de Convivência da Pessoa Idosa (CMCI) DR. João Marcos Moura.

Para isso contamos com a colaboração/parceria do CMCI, que inclusive nos disponibilizou o transporte. A programação contou com apresentação de grupos de dança, brincadeiras, bingo e muito forró pé de serra. A realização dessa atividade proporcionou um olhar diferenciado aos idosos acerca da dimensão e riqueza do Centro de Convivência e os deixou muito animados para interagir com outros grupos de idosos e serviços ofertados para essa população. Foi, sem dúvida, uma atividade muito produtiva.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As ações de saúde voltadas para o atendimento integral das pessoas idosas revelam-se essenciais para garantir o direito à saúde e ao envelhecimento ativo. A trajetória de luta pela saúde universal foi fundamental para a construção de um sistema que contemplasse a toda a população, especialmente à pessoa idosa e suas especificidades.

A inserção na Unidade Básica de Saúde (UBS) Odete Leandro Oliveira como campo de estágio nos proporcionou uma compreensão aprofundada sobre o papel do assistente social na promoção da saúde e no atendimento das demandas sociais dos usuários.

A partir do processo de construção do projeto de intervenção, foi possível compreender aspectos históricos, sociais e políticos relacionados às necessidades em saúde da população idosa, destacando a importância de um atendimento contínuo para o envelhecimento ativo, além do compromisso com a melhoria da qualidade dos serviços oferecidos pela equipe da UBS a essa população.

O projeto de intervenção promoveu a socialização e a conscientização sobre direitos, os tipos de violência e a articulação em rede. A iniciativa de trabalhar com a socialização e autonomia/independência dos idosos reflete uma prática profissional ético-política e o compromisso com os princípios do Serviço Social. Diante disto, é importante ressaltar a continuação dessas atividades junto ao grupos de idoso, considerando a necessidade de que conheçam cada vez mais seus direitos.

A conclusão do Estágio Obrigatório em Serviço Social I, II e III, nos proporcionou uma experiência significativa, nos instrumentalizando para análise, avaliação e sistematização da prática profissional como futura assistente social. Os resultados obtidos ao longo deste processo reiteram a importância deste período na formação profissional. Assim, ressaltamos a importância do Serviço Social no trabalho desenvolvido na UBS Odete Leandro Oliveira, considerando a capacidade técnica, teórico-metodológica e ético-política da profissão.

Por fim, destacamos nossa satisfação em realizar o Estágio Obrigatório na UBS Odete Leandro Oliveira, uma experiência que, embora desafiadora em relação à retomada do grupo de idosos, contribuiu significativamente para nosso crescimento profissional e pessoal, possibilitando a aplicação de nossos

conhecimentos em um tema de grande relevância social, especialmente considerando o crescimento dessa demanda nos últimos anos. Enfatizamos, assim, a importância da atenção à saúde da pessoa idosa enquanto política pública.

REFERÊNCIAS

BABIUK, G. A.; FACHINI, F. G. Estágio supervisionado em serviço social: entraves e avanços para formação profissional. *In: I SEMINÁRIO NACIONAL DE SERVIÇO SOCIAL, TRABALHO E POLÍTICA SOCIAL*, 2015. Disponível em: https://seminarioservicosocial2017.ufsc.br/files/2017/05/Eixo_2_269_2.pdf. Acesso em: 24 jun. 2024.

BONFIM, G. G.; TEIXEIRA, J. M.; ALBIERO, C. E. O trabalho com grupos no serviço social: contribuições para a intervenção profissional. **Cadernos UNINTER de Humanidades e Educação**, Curitiba, v. 2, n. 2, 29 mar. 2018. Disponível em: <https://www.cadernosuninter.com/index.php/humanidades/article/view/642/513>. Acesso em: 28 jun. 2024.

BORLINI, L. M. Há pedras no meio do caminho do SUS: os impactos do neoliberalismo na saúde do Brasil. **Revista Textos & Contextos**, v. 9, n. 2, p. 321–333, 2010.

BRASIL. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde**. Brasília: CONASS, 2015. 127 p. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-Atencao-Primaria-e-as-Redes-de-Atencao-a-Saude.pdf>. Acesso em: 11 out. 2024.

BRASIL. **Atenção Primária e Atenção Especializada**: conheça os níveis de assistência do maior sistema público de saúde do mundo, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/marco/atencao-primaria-e-atencao-especializada-conheca-os-niveis-de-assistencia-do-maior-sistema-publico-de-saude-do-mundo>. Acesso em: 15 set. 2024.

BRASIL. **Atenção Primária à Saúde do Futuro**: desafios e perspectivas. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2023/05/2.-b-Perspectiva-APS-Futuro.pdf>. Acesso em: 11 out. 2024

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Senado Federal, 2016. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf. Acesso em: 11 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 192 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 19). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_saude_pessoa_idosa.pdf. Acesso em: 31 out. 2024.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p. (Série E. Legislação em Saúde). Disponível em: <https://bibliotecadigital.economia.gov.br/bitstream/123456789/313/1/pnab.pdf>. Acesso em: 11 out. 2024.

BRASIL. Senado Federal. **Estatuto do Idoso e normas correlatas**. Brasília: Senado Federal, Secretaria Especial de Editoração e Publicações, 2003. Disponível em: <https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/70326/672768.pdf>. Acesso em: 31 out. 2024.

BRAVO, M. I. S.; PELAEZ, E. J. Avanços das Contrarreformas na Saúde no Governo Temer. **Revista Serviço Social e Saúde**, v. 1, n. 1, p. 1-18, mai. 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/abepss/article/view/22056>. Acesso em: 10 out. 2023.

BRAVO, M. I. S. **Política de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: UERJ/DEPEXT/NAPE, 2000. Disponível em: https://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/Politica_de_Saude_no_Brasil_Ines_Bravo. Acesso em: 15 set. 2024.

BRAVO, M. I. S.; PELAEZ, E. J.; PINHEIRO, W. N. As contrarreformas na política de saúde do governo Temer. **Revista Argumentum**, v. 10, n. 1, p. 9-23, jan./abr. 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/19139/13218>. Acesso em: 11 out. 2024.

CARNUT, Leonardo; MENDES, Áquilas. Ofensivas contra a saúde pública à luz do debate derivacionista: o caso da Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS). **Textos & Contextos** (Porto Alegre), v. 22, n. 1, p. 1-19, jan.-dez. 2023. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15448/1677-9509.2023.1.43437>. Acesso em: 20 nov. 2024

FAUSTO, M. C. R.; MATTA, G. C. Atenção primária à saúde: histórico e perspectivas. In: MOROSINI, M. V. G. C.; CORBO, A. D'Andrea (Org.). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: ESPJV/FIOCRUZ, 2007. p. 43-67. (Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde, 4).

FERREIRA, O. G. L.; MACIEL, S. C.; COSTA, S. M. G.; SILVA, A. O.; MOREIRA, M. A. S. P. Envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 513-518, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/fMTQ8Hnb98YncD6cC7TTg9d/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 24 out. 2024.

GIOVANELLA, L.; BOUSQUAT, A.; MENDONÇA, M. H. M. de; FACCHINI, L. A. 100 dias do governo Lula na saúde: os desafios do Sistema Único de Saúde e as primeiras iniciativas. In: MARTINS JUNIOR, José Paulo *et al.*, **Cem dias de Lula III**. Rio de Janeiro: Fundação Konrad Adenauer, 2023.

GIOVANELLA, L.; MEDINA, M. G.; AQUINO, R.; BOUSQUAT, A. Negacionismo, desdém e mortes: notas sobre a atuação criminosa do governo federal brasileiro no enfrentamento da Covid-19. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n.

126, p. 895-901, jul./set. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/yjzTqB9mNMpxj7hsrqmSmKs/>. Acesso em: 11 out. 2024.

MACHADO, C. V.; LIMA, L. D. de; BAPTISTA, T. W. F. Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, supl. 2, e00129616, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00129616>. Acesso em: 15 set. 2024.

MACHADO, L. A. **Construindo a intersetorialidade**. Santa Catarina: Secretaria de Estado da Saúde, 2010. Disponível em: <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/informacoes-gerais-documentos/conferencias-e-encontros/conferencia-estadual-de-saude-mental/textos/3153-construindo-a-intersetorialidade/file>. Acesso em: 31 out. 2024.

MARTINS, M. S.; MASSAROLLO, M. C. K. B. Conhecimento de idosos sobre seus direitos. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 479-484, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/appe/a/zcFhdtwbTYBZQsfYFQyx7FL>. Acesso em: 21 jun. 2024.

MASSUDA, A. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso?. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1181-1188, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/YXgJT56kHyPXDtW4TqVLFMg/>. Acesso em: 11 out. 2024.

MENDES, Á. N.; MARQUES, R. M. O impacto da política econômica do governo Lula na Seguridade Social e no SUS. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 71, p. 258-267, set./dez. 2005. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406345256004>. Acesso em: 15 set. 2024.

MOTTA, L. C. S.; SIQUEIRA-BATISTA, R. Estratégia Saúde da Família: Clínica e Crítica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 2, p. 196-207, abr./jun. 2015. Disponível em: <http://educa.fcc.org.br/pdf/rbem/v39n2/1981-5271-rbem-39-2-0196.pdf>. Acesso em: 9 out. 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Declaração de Alma-Ata sobre cuidados primários de saúde**. Alma-Ata, URSS, 12 de setembro de 1978. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf. Acesso em: 15 set. 2024.

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

QUEIROZ, A. G.; COUTO, A. C. P. Metodologia participativa, subjetividade individual e social: facilitação de reuniões de moradores em Residências Terapêuticas. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, v. 10, n. 1, jun. 2015. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082015000100014. Acesso em: 28 jun. 2024.

REIS, C. R.; PAIM, J. S. A saúde nos períodos dos governos Dilma Rousseff (2011-2016). **Revista Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 58, p. 101-114, jul. 2018. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/29852/1/Artigo%20Jairnilson%20Paim.%202018.pdf>. Acesso em: 11 out. 2024.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>. Acesso em: 15 set. 2024.

VAZQUEZ, D. A.; SCHLEGEL, R. Do Bolsa Família ao Arcabouço Fiscal: perspectivas sobre a agenda social do terceiro Governo Lula. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 7, e00108623, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/N6N8WTB5spnL6gJgT6BDfjM/>. Acesso em: 11 out. 2024.

VIEIRA, A. C. S.; MELO, D. C. S.; SOARES, R. C. Crise sanitária e atenção primária: atuação de assistentes sociais nos territórios. **Revista Katálisis**, v. 26, n. 1, p. 128-138, 2023 Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0259.2023.e89976>. Acesso em: 11 mai. 2023.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por me proporcionar o dom da vida e a chance de viver o extraordinário, guiando-me e dando forças para prosseguir nesta caminhada tão árdua, mas gratificante. Foi a mão de Deus que me ajudou a perseverar nessa jornada universitária e me permitiu chegar até aqui.

Aos meus pais, Shirleide Vanderley e Melquizedeque Nogueira, externo minha maior gratidão por serem fonte de inspiração, por nunca me deixarem desistir, por me incentivarem e serem meu apoio em toda essa trajetória. Não seria nada sem vocês, sem o amor e o carinho que me deram. Obrigada por me proporcionarem a chance de crescer e ser o maior orgulho de vocês.

Ao meu namorado, Gabriel Oliveira, que nunca mediu esforços para me ajudar, sempre com paciência, carinho e amor. Meu amor, você é parte desta conquista e minha inspiração diária, minha força para prosseguir. Nos momentos mais difíceis e desafiadores, você esteve ao meu lado e nunca me deixou desistir. Obrigada por ser a melhor bênção de Deus na minha vida.

À minha família, expresse minha gratidão por acreditarem em mim e estarem ao meu lado, especialmente nas fases mais desafiadoras. Este agradecimento se estende também à família do meu namorado, que considero como minha.

Aos colegas/amigas de faculdade, obrigada pela amizade, parceria, trocas de experiências, apoio, risadas e ajuda nos momentos difíceis. Vocês foram essenciais nessa caminhada.

Ao meu grupinho, Beatriz, Nicole, Jamile e Stephanie, vocês foram muito mais do que apoio durante essa jornada, foram inspiração, força e alegria em cada momento. Obrigada por cada palavra de incentivo, cada risada compartilhada e por acreditarem em mim até quando eu mesma duvidei. Que continuemos trilhando esse caminho de companheirismo e crescimento juntas. Sou eternamente grata por ter vocês ao meu lado

À minha duplinha de faculdade, Jamile Felinto, uma amiga que sempre esteve ao meu lado e foi uma das razões para eu nunca desistir. Amiga, você foi um presente.

Aos meus amigos de apartamento e à minha amiga do bloco B - 104, obrigada pelo apoio e por tornarem o processo mais leve e tranquilo. Morar com vocês durante esse período foi uma das melhores experiências.

À minha orientadora de TCC, Lucia Maria Patriota, por sua orientação cuidadosa, paciência e dedicação, essenciais para o desenvolvimento deste trabalho. Lucia, você é uma profissional incrível; seu cuidado e zelo pela docência são inspiradores. Obrigada por ser uma fonte de inspiração.

À minha supervisora de estágio, Luciana Cavalcante Paiva, pelo apoio, experiência e orientação prática, que contribuíram enormemente para minha formação profissional.

À professora Sandra Amélia, pela inspiração na temática de saúde, Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. Foi um prazer fazer parte do PIBIC sob sua coordenação. Meu interesse por essa área nasceu naquela sala do PIBIC.

À minha banca avaliadora, composta por Lucia Maria Patriota, Luciana Cavalcante e Sandra Amélia, por suas contribuições valiosas e observações que enriqueceram e aprimoraram este trabalho.

Agradeço a todos os professores do Departamento de Serviço Social, por compartilharem seus conhecimentos e proporcionar experiências enriquecedoras através da educação, formando-me para atuar como uma Assistente Social comprometida com a profissão.

A todos os profissionais do estágio, que me acolheram e compartilharam comigo suas vivências e conhecimentos, ajudando a transformar essa experiência em algo profundo e significativo.

Ao grupo de idosos que foi a fonte de inspiração para a realização deste trabalho, minha gratidão a cada um de vocês que me acolheram e me deram a oportunidade de crescer como pessoa, estudante e futura profissional.

Por fim, agradeço a todos aqueles que contribuíram, de forma direta ou indireta, para a realização deste trabalho.

A todos, minha mais sincera gratidão.