



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

DANIELZA SOARES GONÇALVES

**UM ESTUDO SOBRE A EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO SUPERVISIONADO
OBRIGATÓRIO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA BONALD
FILHO DE CAMPINA GRANDE - PB**

CAMPINA GRANDE
2016

DANIELZA SOARES GONÇALVES

**UM ESTUDO SOBRE A EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO SUPERVISIONADO
OBRIGATÓRIO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA BONALD
FILHO DE CAMPINA GRANDE - PB**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Departamento de Serviço
Social da Universidade Estadual da
Paraíba como requisito para a obtenção
do título de Bacharela em Serviço
Social.

Orientadora: Prof^a. Ma. Thaisa Simplicio Carneiro Matias

CAMPINA GRANDE
2016

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

G635e Gonçalves, Danielza Soares

Um estudo sobre a experiência de estágio supervisionado obrigatório na unidade básica de saúde da família Bonald Filho de Campina Grande - PB [manuscrito] / Danielza Soares Gonçalves. - 2016.

31 p.

Digitado.

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

"Orientação: Prof. Ma. Tháisa Símplicio Carneiro Matias, Departamento de Serviço Social".

1. Política nacional de saúde. 2. Serviço social. 3. Saúde da Família. 4. Saúde pública. I. Título.

21. ed. CDD 362.1

DANIELZA SOARES GONÇALVES

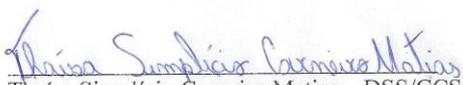
**UM ESTUDO SOBRE A EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO SUPERVISIONADO
OBRIGATÓRIO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA BONALD
FILHO DE CAMPINA GRANDE - PB**

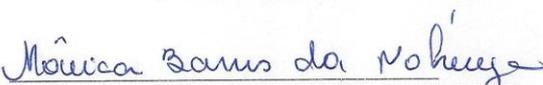
Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Departamento de Serviço
Social da Universidade Estadual da
Paraíba como requisito para a obtenção
do título de Bacharela em Serviço
Social.

Artigo aprovado em: 06.07.2016

Nota: 9.0.

BANCA EXAMINADORA


Profa. Ma. Thaísa Simplicio Carneiro Matias – DSS/CCSA/UEPB
(Orientadora)


Profa. Dra. Mônica Barros da Nóbrega – DSS/CCSA/UEPB
(Examinadora)


As. Soc. Esp. Rosiane de Souza Moreira – Estratégia Saúde da Família/PMCG
(Examinadora)

“O momento em que vivemos é um momento pleno de desafios. Mais do que nunca é preciso ter coragem, é preciso ter esperanças para enfrentar o presente. É preciso resistir e sonhar. É necessário alimentar os sonhos e concretizá-los dia-a-dia no horizonte de novos tempos mais humanos, mais justos, mais solidários”.

Marilda Yamamoto

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CNS	Conselho Nacional de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
FEDPs	Fundações Estatais de Direito Privado
FHC	Fernando Henrique Cardoso
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
LOS	Lei Orgânica de Saúde
OSCIPs	Organizações de Sociedade Civil de Interesse Público
OSs	Organizações Sociais
PEP	Projeto Ético-Político
PMCG	Prefeitura Municipal de Campina Grande
PPD	Pessoas Portadoras de Deficiência
PPPs	Parcerias Público-Privadas
PSF	Programa de Saúde da Família
SAB	Sociedade de Amigos do Bairro
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SUS	Sistema Único de Saúde
UBSF	Unidade Básica de Saúde da Família
UEPB	Universidade Estadual da Paraíba

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	6
2	A POLÍTICA DE SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL: CONSIDERAÇÕES AO DEBATE	7
2.1	O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E O IDEÁRIO NEOLIBERAL.....	12
3	A INSERÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA ÁREA DA SAÚDE: HISTÓRIA E TRANSFORMAÇÕES	15
4	SERVIÇO SOCIAL NA CONTEMPORANEIDADE: A ENCRUZILHADA ENTRE PROJETOS ANTAGÔNICOS	18
4.1	ANÁLISE DO ESTÁGIO SUPERVISIONADO OBRIGATÓRIO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA BONALD FILHO EM CAMPINA GRANDE	21
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	28
	REFERÊNCIAS	29

UM ESTUDO SOBRE A EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO SUPERVISIONADO OBRIGATÓRIO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA BONALD FILHO DE CAMPINA GRANDE - PB

Danielza Soares Gonçalves

RESUMO

O Estágio Supervisionado Obrigatório em Serviço Social, na área de saúde, contribui para promover uma conexão entre os acadêmicos, profissionais e os usuários dos serviços de saúde, possibilitando uma troca de experiência e saberes. Este artigo traz uma revisão bibliográfica abordando a experiência vivenciada por um grupo de estagiárias inseridas dentro do contexto da Estratégia Saúde da Família durante o Estágio Supervisionado Obrigatório em Serviço Social, desenvolvido na Unidade Básica de Saúde da Família Bonald Filho em Campina Grande - PB. No atual contexto da Estratégia de Saúde da Família, destaca-se o trabalho dos profissionais de saúde, dentre estes o do assistente social, voltado para a assistência integral e contínua aos usuários com medidas promocionais de educação, socialização e proteção bem como a organização de grupos para debates e troca de experiência, proporcionando conhecimentos fundamentais para a formação acadêmica e profissional, aproximando a realidade do campo estágio junto a política nacional de saúde.

Palavras-chave: Política Nacional de Saúde. Serviço social. Saúde da Família. Saúde pública.

1 INTRODUÇÃO

A garantia do direito à saúde para todos os indivíduos de forma igualitária no Brasil é uma conquista histórica recente, que se consolidou com o processo de desenvolvimento do sistema de saúde brasileiro e foi caracterizado por diversos debates teóricos e conceituais que fundamentaram a Reforma Sanitária e deram origem ao Sistema Único de Saúde (SUS), criado pela Constituição Federal de 1988, e regulamentado pelas Leis número 8.080 e 8.142 de 1990, conhecidas por Lei Orgânica de Saúde (LOS), estando a saúde inserida na seguridade social.

A prática profissional dos assistentes sociais, na área da saúde pública, vem se desenvolvendo e a cada dia tem se tornada uma prática necessária para a promoção e atenção à saúde, levando em conta todo o processo de trabalho que envolve sua atuação. Sua intervenção tem se ampliando e se consolidado, a objetivação do trabalho do

assistente social, que é composta por uma grande diversidade de tarefas, derivadas da natureza e do modo de organização do trabalho em saúde, bem como das contradições internas e externas ao sistema, evidenciam a capacidade desse profissional para lidar com uma gama heterogênea de demandas.

O Estágio Supervisionado Obrigatório em Serviço Social se constitui como uma atividade fundamental e indispensável para uma formação profissional de graduandos do curso de Serviço Social, visto que se configura como um espaço que se tem, ao se iniciar o contato com o cotidiano do trabalho profissional, a possibilidade de desenvolver as competências e habilidades necessárias ao exercício profissional.

De acordo com o atual projeto formativo dos assistentes sociais o Estágio Curricular Obrigatório passa a assumir centralidade na formação profissional, preconizada nas Diretrizes Curriculares de 1996 para os cursos de graduação em Serviço Social, ora em vigência. Formação esta que busca garantir o ensino-aprendizagem na realização do ensino teórico-prático.

Assim, inicialmente, este artigo faz um recorte histórico da política de saúde brasileira no atual contexto da dinâmica política social e econômica do país, contemplando os avanços e retrocessos, como também a inserção do Serviço Social na Saúde e com a finalidade de apresentar um relato da experiência de Estágio Curricular Obrigatório em Serviço Social desenvolvido na Unidade Básica de Saúde da Família Bonald Filho.

2 A POLÍTICA DE SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL: CONSIDERAÇÕES AO DEBATE

As modificações da década de 1980, juntamente com o projeto de Reforma Sanitária e a promulgação da Constituição de 1988, inauguraram um novo sistema de proteção social baseado na concepção de Seguridade Social, que universaliza os direitos sociais, concebendo a saúde, a assistência Social e a previdência como questão pública de responsabilidade do Estado.

A saúde pública brasileira nas décadas anteriores à consolidação do SUS se configurava como precária, curativista, fortemente ligado, aos interesses de uma elite social, e com pouco destaque das ações governamentais.

As ações na saúde pública, voltadas para o aspecto coletivo e preventivo, deixavam desamparada grande parcela da sociedade que não possuía condições de custear sua própria assistência à saúde. O direito à saúde integral para a população ainda não era uma preocupação do Estado, de forma que não existia interesse na definição de uma política ampla de proteção social.

Segundo Paim (1999 apud VASCONCELOS; CARNEIRO, 2011), desde o início do século XX convivem no Brasil, de forma contraditória ou complementar, dois modelos assistenciais: o médico-assistencial privatista e o “sanitarista”. Os modelos assistenciais se diferem na forma em que produzem e distribuem ações de saúde e de como se relacionam com os serviços de saúde e o Estado.

O modelo médico-assistencial privatista se baseia no paradigma flexneriano e se caracteriza por estar centrado na doença, tendo a rede de serviços de saúde, com ênfase no hospital, como sua forma de organização principal. Tal modelo, não busca, de forma efetiva, a integralidade, nem o compromisso com os resultados dos serviços e ações de saúde. Apesar de tais restrições, o modelo médico assistencial privatista “é o mais conhecido e prestigiado, apesar de não contemplar o conjunto de problemas de saúde da totalidade da população” (PAIM, 1999 apud VASCONCELOS; CARNEIRO, 2011, p. 177).

Como colocam Vasconcelos e Carneiro (2011), o modelo sanitariaista corresponde à saúde pública tradicional e tem enfrentado os problemas sanitários da população através de campanhas, programas especiais e ações de vigilância epidemiológica e sanitária. Sendo assim, sua atenção se concentra no controle de determinados grupos supostamente em risco de adoecer ou morrer e tem como objeto os fatores de risco de transmissão.

Por volta da metade da década de 1960 até meados de 1980, o Brasil passou por um período de Ditadura Militar. A nova forma de organização do Estado estimulou o crescimento progressivo do setor privado de saúde. O sistema de saúde passou a ser caracterizado pela prática médica orientada à lucratividade do setor. O Ministério da Saúde aos poucos perdeu seus privilégios políticos e com recursos limitados se torna ineficiente para enfrentar os problemas da precária saúde pública.

Segundo Aguiar (2011), com o agravamento dos problemas sociais e de saúde, e a resolução lenta e insignificante por parte do Ministério da Saúde, cresceu a insatisfação da sociedade gerando um clima propício para o surgimento dos movimentos sociais. Esses movimentos sociais denunciaram a ineficiência das

estruturas de saúde pública e previdenciária, reivindicando serviços de saúde e lutando por melhores condições de vida à população menos favorecida.

Foi diante desses problemas e de um cenário marcado pela abertura política, após o regime ditatorial, que ocorre a maior participação da sociedade civil nas discussões sobre as condições de vida da população brasileira. Estudantes, pesquisadores, profissionais da saúde e instituições acadêmicas passaram a questionar o Sistema de Proteção Social garantido pelo Estado, e a reivindicar uma reestruturação do sistema de serviços públicos de saúde no país. As principais propostas debatidas foram:

[...] a universalização do acesso à saúde; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde, visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde (BRAVO, 2001, p. 96).

Segundo Bravo (2001) essa luta ficou conhecida como Movimento pela Reforma Sanitária ou Movimento Sanitário que se direcionou mediante três aspectos: a universalização da saúde; a ampliação de seu conceito e a reforma de seu sistema nacional. De acordo com a autora, “a saúde assumiu uma dimensão política, deixando de ser interesse apenas de técnicos, agora estava diretamente vinculada à democracia”.

Tais reivindicações e o fato do Estado passar para o setor privado a responsabilidade da garantia dos direitos sociais da população gerou o sucateamento e a mercantilização dos serviços de saúde.

A realização da VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986 criou um espaço importante para o debate dos problemas do sistema de saúde e de propostas de reorientação da assistência médica e de saúde pública. No evento foram debatidos os princípios e diretrizes da Reforma Sanitária, destacando-se: o conceito ampliado de saúde, o reconhecimento da saúde como direito de todos e dever do Estado e a criação do SUS tornou-se um marco histórico no que se refere à discussão sobre saúde no Brasil.

Os principais objetivos, marcos legais e normativos para a conformação do SUS foram contemplados nos artigos 196 a 200 do texto da Carta Magna, promulgada em

1988, em um sentido mais abrangente, foi afirmada a importância de promover a saúde como direito fundamental de cidadania, cabendo ao Estado a obrigação de garanti-la a todos os cidadãos.

O ideal inaugurado e defendido pela Constituição era a saúde como direito de todos e dever do Estado, o qual afirmou o modelo de saúde pública para direcionar o SUS, ressaltando propostas de expansão da área de assistência médico-sanitária de caráter integral e universal, com acesso igualitário dos usuários aos serviços e uma gestão descentralizada. De acordo com Teixeira (1989, p. 50-51):

O direito universal à Saúde e o dever do Estado, acabando com discriminações existentes entre segurado/não segurado, rural/urbano; As ações e Serviços de Saúde passaram a ser considerados de relevância pública, cabendo ao poder público sua regulamentação, fiscalização e controle; Constituição do Sistema Único de Saúde integrando todos os serviços públicos em uma rede hierarquizada, regionalizada, descentralizada e de atendimento integral, com participação da comunidade; A participação do setor privado no sistema de saúde deverá ser complementar, preferencialmente com as entidades filantrópicas, sendo vedada a destinação de recursos públicos para subvenção às instituições com fins lucrativos. Os contratos com entidades privadas prestadoras de serviços far-se-ão mediante contrato de direito público, garantindo ao Estado o poder de intervir nas entidades que não estiverem seguindo os termos contratuais e proibição da comercialização de sangue e seus derivados.

O SUS foi criado para prover as necessidades da população referentes à saúde e foi implantado no país como um processo social em permanente construção, como um direito de cidadania garantido pela Constituição Federal. No entanto, este não é um processo fácil, principalmente, em uma sociedade marcada historicamente por políticas que favorecem elites dominantes que lucram com o modelo de saúde vigente.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), o modelo de saúde adotado até então dividia os brasileiros em três categorias: os que podiam pagar por serviços de saúde privados; os que tinham direito à saúde pública por serem segurados pela previdência social (trabalhadores com carteira assinada); e os que não possuíam direito algum. Assim, o SUS foi criado para oferecer atendimento igualitário e cuidar e promover a saúde de toda a população. O Sistema constitui um projeto social único que se materializa por meio de ações de promoção, proteção e recuperação na assistência à saúde dos brasileiros.

A Lei Orgânica da Saúde foi fundamental para orientar a operacionalização do sistema de saúde. A Lei 8.080 definiu os objetivos e atribuições do SUS e a Lei 8.142 definiu as regras gerais para a participação popular e financiamento.

Como visto, o SUS é composto por serviços e ações públicas, e é integrado também por uma ampla rede de serviços privados complementares, principalmente por hospitais remunerados por meio de recursos públicos destinados à saúde.

A consolidação do SUS fez crescer o acesso da população aos serviços de saúde principalmente, relacionados à atenção básica, sobretudo em pequenas localidades carentes onde inexistiam recursos de saúde. A atenção básica é o primeiro nível de atenção à saúde dentro do SUS. De acordo com Heimann e Mendonça (2005, p. 485), a atenção básica tem como objetivo:

[...] articular a promoção à saúde, à prevenção e ao acolhimento, definindo uma porta de entrada a referência para maiores complexidades [...] se configurando como um conjunto de ações e serviços que vão além da assistência médica e se estruturam a partir do conhecimento das necessidades da população, apreendidas após o estabelecimento de um vínculo entre população e profissionais de saúde em contato permanente com o ambiente de um dado território.

Para responder a demanda de municipalização das ações em saúde, o Programa de Saúde da Família (PSF) foi idealizado e implantado em 1994, em 13 (treze) municípios brasileiros. O PSF se constituiu como um modelo de organização em meados da década de 1990 e passou a conviver com outros modelos dentro do SUS. É importante colocar que a partir do ano de 2006, o programa recebeu o nome de Estratégia Saúde da Família (ESF) e atualmente se constitui como um dos pilares da saúde pública no Brasil.

A organização deficiente entre a atenção básica e as de média e de alta complexibilidades acaba gerando tensões e mecanismos de seletividade entre os níveis. Para que ocorra uma implantação uniforme, é necessária uma grande disponibilidade de recursos financeiros, profissionais qualificados e uma efetiva política para viabilizar o sistema nas diferentes esferas de governo, fatos que vêm sofrendo flutuações ao longo dos anos das gestões dos presidentes da república de Fernando Collor a Luís Inácio Lula da Silva (ALEXANDRE, 2011, p. 138). Conforme afirma Paim (2009, p. 129):

[...] o SUS apresenta uma extrema dependência em relação ao setor privado, nos níveis secundário e terciário (média e alta complexidade).

Os prestadores de serviços, embora busquem contratos, credenciamentos ou convênios com o SUS, muitas vezes discriminam seus pacientes, seja dificultando o acesso, ao priorizar consumidores de planos de saúde privados na marcação de consultas ou exames, seja impondo uma porta de entrada distinta com acomodações mais precárias, para não misturar usuários do SUS com a clientela particular e de planos de saúde. [...] Tal situação provoca a insatisfação dos cidadãos, denúncias na mídia e, mais recentemente, na chamada judicialização da saúde, em que os cidadãos buscam o Ministério Público e no judiciário uma via para o atendimento daquilo que julgam fazer parte do seu direito à saúde.

Atualmente a operacionalização do SUS não acontece de forma consensual. Se o movimento de redemocratização da década de 1980 favoreceu a concepção do SUS, a sua concretização se iniciou na década de 1990, pós-regulamentação, em um período cujas forças econômicas e políticas, o neoliberalismo, eram extremamente desfavoráveis.

2.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E O IDEÁRIO NEOLIBERAL

No Brasil a questão saúde passou a se inserir em um contexto de disputa entre dois sistemas antagônicos: um sistema que defendia a saúde integral e universal, como um direito de cidadania e um sistema de saúde fragmentado voltado ao mercado¹, norteado pelo ajuste neoliberal que defende o aprofundamento do modelo médico-privatista.

Segundo Bravo (2006), a intenção da Reforma do Estado para o setor saúde ou contrarreforma, era de dividir o SUS em dois: o hospitalar e o básico. Ainda de acordo com a autora, a tarefa do Estado, nesse projeto, consiste em garantir um mínimo em assistência aos que não podem pagar, deixando para o setor privado o atendimento dos que têm acesso ao mercado, ampliando as privatizações e estimulando o seguro privado.

A institucionalização das políticas de assistência pós Constituição de 1988 vem sofrendo com os projetos governamentais nos anos que sucederam. O primeiro governo eleito pós Constituição adotou a política econômica neoliberal e os governos subsequentes mantiveram as restrições econômicas. A expansão da política neoliberal no Brasil tem sido responsável pela redução dos direitos sociais e trabalhistas, pela

¹ O projeto saúde, articulado ao mercado, ou a reatualização do modelo médico assistencial privatista, está pautado na política de ajuste, que tem como principais tendências a contenção dos gastos com racionalização da oferta e a descentralização com isenção de responsabilidades do poder central.

precarização do trabalho e o sucateamento da saúde e da educação, com forte impacto na área social.

A eleição de Lula² foi um marco político na história do país, pois foi a primeira vez em que se elegeu o projeto que não representava, em sua origem, os interesses hegemônicos das classes dominantes. A consagração eleitoral foi resultado da reação da população brasileira contra o Projeto Neoliberal implantando nos anos 1990. Contudo, as propostas defendidas pelo governo Lula deram sequência à contrarreforma do Estado iniciada na gestão anterior de Fernando Henrique Cardoso (FHC).

O SUS apresentou conquistas significativas durante os anos 2000, como coloca Paim (2009) o SUS realizou avanços indiscutíveis, como a formulação da Política Nacional de Saúde Bucal, a implantação do programa Brasil Sorridente, Reforma Psiquiátrica e a ampliação da ESF, alcançando metade da população brasileira e instalando o atendimento pré-hospitalar para urgências e emergências com a atuação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

Contudo, segundo Silva (2011), o governo Lula não foi capaz de fortalecer o Projeto de Reforma Sanitária na Saúde, ao contrário, o mesmo defendeu e implantou propostas com vistas à terceirização dos trabalhadores em saúde e à fragmentação e enfraquecimento do controle social.

Foi a partir do governo Lula que ocorreu um grande transformismo de autores que participaram do Movimento Sanitário e que diante dos limites da política econômica, acreditam na Seguridade Social possível no SUS. Sendo assim, o projeto da Reforma Sanitária flexibilizada, que também surgiu nos anos de 1990, se acentuou nos anos 2000 com a proposição do SUS *possível*³.

Esse processo possibilitou à muitos defensores da saúde pública um engajamento na produção e defesa de “inovações” na gestão da política de saúde sob o argumento da reatualização e modernização da reforma sanitária, quando, na verdade, estão negando.

Na atualidade, assiste-se ao embate entre três projetos na saúde: o Projeto da Reforma Sanitária dos anos 1980, o Projeto Privatista, reatualizado da década de 1990 e a proposição de flexibilizar a Reforma Sanitária, acentuada nos anos 2000,

² De acordo com Bravo (2007 apud SILVA, 2011, p. 127) a política de saúde é apresentada no programa do governo Lula, como direito fundamental e explicita-se o compromisso em garantir acesso universal, equânime e integral às ações e serviços de saúde. No entanto, a concepção de Seguridade Social não é assumida na perspectiva da Constituição Federal de 1988.

³ A crítica atual ao SUS possível consiste no fato desse modelo não cumprir com os princípios de universalidade e integridade defendidos pela Reforma Sanitária, além de apresentar tendências privatistas.

principalmente no governo Lula. O projeto do SUS *possível*, na verdade, termina por favorecer a ampliação dos espaços do projeto privatista e, apesar de suas lideranças não reconhecerem, os dois projetos compõem uma mesma unidade dialética.

Atualmente o apoio do Estado à privatização tem se dado de diversas formas: renúncias fiscais relacionadas a planos e seguros privados; alocação de recursos públicos em setor privado; e propostas de flexibilização da gestão pública e da implantação de modelos organizacionais que seguem a lógica de mercado para gerir os serviços públicos, como as Organizações Sociais (OSs), as Fundações Estatais de Direito Privado (FEDPs), as Parcerias Público-Privadas (PPPs), as Organizações de Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs), e as Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), o que constituem uma forte ameaça ao SUS (BRAVO, 2013).

No ano de 2016 o SUS completa 28 anos e apesar dos reajustes da política neoliberal com a mercantilização da saúde e a ampliação do setor privado desde 1990, o SUS transformou-se numa das políticas públicas brasileiras de maior amplitude para solucionar os problemas de saúde da população. Como coloca Alexandre (2011) em meios a todas as dificuldades, o reconhecimento mundial quanto à excelência de vários programas de atendimento à saúde, a melhoria de vários dados epidemiológicos e de satisfação da população quanto à qualidade de atenção ofertada pelo SUS, são alguns avanços que apontam para a legitimação da política de saúde no Brasil.

Assim, compreendemos a importância do Serviço Social na atual conjuntura da saúde, de acordo com os princípios expostos no Código de Ética (CFESS, 1993), para atuar nas disparidades sociais causadas pelo sistema neoliberal, que torna a realidade complexa e contraditória e valoriza mais os aspectos econômicos.

O Projeto Ético-Político (PEP) da categoria profissional defende uma nova concepção da profissão, com compromisso com a justiça social, viabilização dos direitos sociais, defesa da democracia social, econômica, política e construção de uma nova ordem social sem discriminação de gênero, raça, etnia e classe, viabilizando a saúde como um direito de todos.

Esse projeto é representado pelo Código de Ética Profissional e pela Lei de Regulamentação da Profissão, ambos do ano de 1993. Nesses documentos constam as atribuições, competências, os direitos e deveres dos assistentes sociais como profissionais. O Código de Ética profissional norteia a atuação do assistente social em qualquer área ou campo sócio ocupacional, buscando sempre, conforme

CFESS/CRESS, a legitimação social da profissão e a garantia da qualidade dos serviços prestados.

No próximo item desse artigo versaremos sobre a inserção e particularidade do assistente social no setor saúde.

3 A INSERÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA ÁREA DA SAÚDE: HISTÓRIA E TRANSFORMAÇÕES

Segundo Bravo e Matos (2009) o Serviço Social surge no Brasil por volta dos anos de 1930 a 1945 com uma forte influência europeia⁴, onde se manifestava um Serviço Social caridoso, inspirado na doutrina social da Igreja Católica.

As características político-econômicas brasileiras da época levaram a criação de políticas sociais e o desenvolvimento da profissão. Por volta de 1945 ocorre a expansão do modo de produção capitalista e o surgimento das crises políticas, sociais e econômicas que leva o Serviço Social a responder demandas na articulação de uma harmonia social na relação Estado/sociedade.

Nesta década, a ação profissional na saúde também se amplia, transformando-se no setor que mais vem absorvendo os assistentes sociais. A influência norte-americana na profissão substituiu a europeia⁵, que marcou a conjuntura anterior, tanto no nível da formação profissional – com alteração curricular – como nas instituições prestadoras de serviços. [...] Os assistentes sociais brasileiros começaram a defender que o ensino e a profissão nos Estados Unidos haviam atingido um grau mais elevado de sistematização; ademais, ali, na ação profissional, o julgamento moral com relação à população cliente é substituído por uma análise de cunho psicológico (BRAVO; MATOS, 2009, p. 198).

Para Iamamoto (2004) com o surgimento das grandes instituições o mercado de trabalho se amplia para o Serviço Social, o Estado necessitava de profissionais tecnicamente qualificados para executar as políticas sociais, e capazes de organizar,

⁴ Para Silva (1995, p. 10) o objeto de estudo do Serviço Social na década de 1930, era o homem carente, e seus objetivos estavam mais direcionados para o atendimento da pobreza, através da assistência, prestação de serviços e orientação individual.

⁵ Após a 2ª Guerra Mundial, a conjuntura econômica e política mundial sofre uma significativa mudança com o advento da hegemonia norte-americana, principalmente no ocidente. A profissão que antes apresentava um cunho doutrinário e religioso foi encontrando espaço para sua ação social e possibilitando a fundação das primeiras escolas de Serviço Social e passou a receber uma forte influência americana tendo como base as teorias positivistas e funcionalistas de Augusto Comte.

coordenar e distribuir esses serviços à população, a profissão se tornar uma atividade institucionalizada⁶ e legitimada pelo Estado, inscrita na divisão sócio-técnica do trabalho e um mecanismo de repasse da ideologia das classes dominantes.

Conforme Bravo e Matos (2009) sinalizam, a área da saúde se transformou no principal campo de absorção do profissional em Serviço Social. A consolidação da Política Nacional de Saúde no país e o caráter excludente e seletivo da assistência médica da previdência social na época geraram uma forte demanda pelos serviços dos assistentes sociais em hospitais e ambulatórios. Os profissionais se colocavam entre a instituição e a população a fim de viabilizar o acesso dos usuários aos serviços e benefícios, empregando ações como: plantão, triagem ou seleção, encaminhamento e orientação previdenciária.

Segundo Bravo (2009), a inserção do Serviço Social na área da saúde começou a partir da intervenção estatal nas políticas de saúde brasileira, iniciada efetivamente, a partir da década de 1930. No decorrer desse período a profissão de Serviço Social e as políticas de saúde se vinculavam fortemente ao modelo hospitalocêntrico, principalmente com a instauração do golpe militar de 1964, que estabeleceu a ditadura do grande capital e, na saúde, o modelo de privilegiamento do produtor privado.

A profissão, até os anos de 1960, se caracterizava pelo seu conservadorismo, que dominou tanto a formação como o trabalho profissional, que defendia uma prática voltada à priorização das ações curativas em detrimento das preventivas, visando o usuário de forma individual e não como um ser que faz parte de um coletivo. A partir da década de 1960, esta situação começa a mudar, surgindo um debate na profissão, questionando o seu conservadorismo.

Netto (2010) analisa a renovação do Serviço Social no Brasil pós-1964. Identifica três tendências neste processo. A primeira, hegemônica nos anos 1960 e 1970, denominada *perspectiva modernizadora*, que faz um recurso ao estrutural-funcionalismo; a segunda é identificada pelo autor como *reatualização do conservadorismo* e pautada na fenomenologia; a terceira, hegemônica desde os anos 1980, denominada *intenção de ruptura*, que realizava um recurso – inicialmente enviesado – à tradição marxista. Essa última tendência não só anima o debate desde então, mas é fundamental na constituição do atual projeto profissional.

⁶ O reconhecimento dos problemas sociais do país foi importante no processo de constituição dos direitos sociais e ampliando o mercado de trabalho para os profissionais da área social, criando condições para a institucionalização do Serviço Social como profissão e a rápida expansão das Escolas de Serviço Social no Brasil.

O processo de revisão da profissão foi uma exigência da realidade social brasileira. A reatualização do Serviço Social apresentou também novas propostas para a área da saúde, impulsionadas pela reforma sanitária da década de 1970 e por suas reivindicações de um sistema de saúde universal e igualitário, com um caráter mais preventivo, em detrimento da ênfase na recuperação e no respectivo modelo hospitalocêntrico e médico-centrado.

A década de 1980 foi de extrema relevância para o Serviço Social, pois a busca pela ruptura teórica e prática tradicional (a partir de então baseados no pensamento marxista), marcou o início da maturidade da tendência atualmente hegemônica na academia e nas entidades representativas da categoria, permitindo que os profissionais conquistassem novas competências e atribuições, dando ao Serviço Social uma postura mais científica e um enfoque mais crítico na área da saúde.

Do final dos anos 1980 até meados dos anos 2000, foi um período de grande transformação para a profissão. O Serviço Social passou a se construir como produtor de conhecimento, a estudar e debater os desafios e as novas exigências impostas aos profissionais relacionados ao processo de intervenção, como também a abertura de um amplo mercado de trabalho na área da saúde, devido à promulgação da Constituição Federal de 1988 e a regulamentação do SUS.

O campo de atuação dos assistentes sociais na área da saúde é bastante vasto. Para atuar nesse espaço sócio-ocupacional, é necessário que o profissional seja detentor de conhecimentos a respeito das legislações específicas que norteiam sua prática, a exemplo PEP, que foi construído mediante ações da categoria que defende uma prática profissional comprometida com as lutas da classe trabalhadora, bem como pelo reconhecimento da cientificidade da prática profissional.

Outros documentos importantes para a profissão são as Diretrizes Curriculares de 1996, que orientam a formulação do projeto pedagógico do curso de Serviço Social, nas entidades de nível superior, a lei de regulamentação da profissão e o código de ética de 1993.

Além dessas legislações específicas para o Serviço Social, a própria Constituição Federal de 1988, os Estatutos, como o do idoso da criança e do adolescente e as leis de proteção à pessoa com deficiência, a mulher, a pessoa negra, entre outros, embasam as ações dos assistentes sociais na área da saúde.

A resolução nº 218/1997 reconhecida pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), traz o assistente social como um dos 13 (treze) profissionais de saúde de nível superior,

bem como a resolução 383/1999 CFESS que caracteriza o assistente social como profissional da saúde. Ademais o documento instituído pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), elaborado em 2008, intitulado “Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde”, traz como objetivo:

[...] referenciar a intervenção dos profissionais de Serviço Social na área da saúde, [...] com orientações gerais sobre as respostas profissionais a serem dadas pelos assistentes sociais às demandas identificadas no cotidiano do trabalho no setor saúde e àquelas que ora são requisitadas pelos usuários dos serviços ora pelos empregadores desses profissionais (CFESS, 2009, p. 6).

Tal documento apresenta as atribuições dos assistentes sociais na saúde, tanto nas ações diretas como nas ações assistenciais, em equipe, socioeducativa, mobilização, participação e controle social, investigação, planejamento e gestão, assessoria, qualificação e formação profissional.

Espera-se com este documento, fortalecer o trabalho dos assistentes sociais na saúde, na direção dos Projetos de Reforma Sanitária e Ético-Político, imprimindo maior qualidade ao atendimento prestado à população usuária dos serviços de saúde, sempre articulando teoria e prática nas suas intervenções durante seu cotidiano profissional. (CFESS, 2009).

Para analisar o Serviço Social na contemporaneidade, faz-se necessário ter em mente que o período da década de 1990 aos dias atuais foi de implantação e êxito ideológico do projeto neoliberal no Brasil, conforme já sinalizado, o qual se confronta com o projeto profissional hegemônico no Serviço Social e com o projeto da reforma sanitária.

4 SERVIÇO SOCIAL NA CONTEMPORANEIDADE: A ENCRUZILHADA ENTRE PROJETOS ANTAGÔNICOS

Na conjuntura atual brasileira, o projeto privatista tem sido responsável pela redução dos direitos sociais e trabalhistas, desemprego estrutural, precarização do trabalho, desmonte da previdência pública, sucateamento da saúde e educação, tornando as políticas seletivas e focalizadas, fazendo com que o assistente social tenha dificuldades em viabilizar tais direitos aos usuários.

Além disso, a prática profissional do assistente social inserido nesse contexto, como tantas outras profissões, não se encontra imune a esse processo, e está submetido

a um conjunto de determinações sociais inerentes ao trabalho na sociedade capitalista: o trabalho assalariado, controle e subordinação da força de trabalho e aos objetivos e necessidades das entidades empregadoras.

Desta forma, os profissionais do Serviço Social se inserem dentro da ideologia neoliberal no que diz respeito aos objetivos de sua atuação, possuem, por vezes, vários vínculos de trabalho, alguns até precários, para que tal profissional tenha uma renda mensal razoável, sofrem com a tendência à burocratização e rotina de seus serviços e imediaticidade das respostas às demandas que lhe são postas pelo sistema.

Não considerar tal processo de subordinação, aliado a uma frágil discussão sobre as particularidades da prática profissional nos serviços de saúde, constituem uma das variáveis que interferem na tensão existente entre as exigências do mercado e a idealização dos profissionais a cerca de suas ações.

Apesar da forte requisição de um assistencialismo através da ideologia do favor e predomínio de práticas individuais, segundo Bravo e Matos (2009), o projeto da reforma sanitária vem apresentando, como demandas, que o assistente social trabalhe as seguintes questões: busca da democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde, atendimento humanizado, estratégias de interação da instituição de saúde com a realidade, interdisciplinaridade, ênfase nas abordagens grupais, acesso democrático às informações e estímulo à participação cidadã.

As contradições evidenciadas direcionam algumas questões dentro da profissão, a exemplo de como numa realidade político-conjuntural adversa, construir e concretizar uma prática que garanta um Estado participativo, formulador de políticas sociais equânimes, universais e não discriminatórias.

Dentro desse embate, o assistente social não pode se deixar levar pela superficialidade e imediaticidade dos fatos. O profissional deve se permitir pensar sobre as complexas problemáticas sociais, visualizando em uma totalidade o contexto histórico, sempre voltado para o projeto ético-político, intervindo de maneira crítica, tendo o indivíduo como um ser genérico e ao mesmo tempo reconhecendo suas particularidades, para assim intervir de forma crítica e eficiente no cotidiano da prática profissional.

Assim, para o mercado atual, é imprescindível que o assistente social conheça suas competências e atribuições, para não se limitar a serviços burocráticos e mecanizados, algo que também remete a relevância da formação continuada, para que o

profissional esteja sempre se aprimorando intelectualmente acerca do cotidiano profissional e institucional, pois

[...] um dos maiores desafios que o Assistente Social vive no presente é desenvolver sua capacidade de decifrar a realidade e construir propostas de trabalho criativas e capazes de preservar e efetivar direitos, a partir de demandas emergentes no cotidiano. Enfim, ser um profissional propositivo e não só executivo (IAMAMOTO, 2010, p. 20).

Atualmente o Serviço Social também enfrenta alguns conflitos. Ao mesmo tempo em que a década de 1990 é marcada pela hegemonia da tendência de intenção de ruptura, a profissão também se identifica com uma ofensiva conservadora a esta tendência, no âmbito do Serviço Social que apresenta possíveis lacunas e não oferece resposta para o conjunto dos desafios postos a profissão pela contemporaneidade.

Apesar das discussões promovidas dentro e fora dos espaços acadêmicos, deve existir mais empenho das instituições acadêmicas em formar profissionais qualificados de Serviço Social para atuar no campo da saúde, como coloca Costa (2009, p. 328):

A objetivação do trabalho do assistente social, na área da saúde pública, é composta por uma grande diversidade e volume de tarefas que evidenciam a capacidade desse profissional para lidar com uma gama heterogênea de demandas, derivadas da natureza e do modo de organização do trabalho em saúde, bem como das contradições internas e externas ao sistema de saúde.

O atual mercado de trabalho exige que o profissional do assistente social esteja sempre em busca de qualificação, se adequando as novas exigências para ter mais eficiência em suas atividades cotidianas, acompanhando as mudanças e transformações da realidade social, questionando as demandas institucionais e promovendo mudanças no cotidiano dos usuários, e na sua própria prática profissional.

Cabe aos assistentes sociais se posicionar em defesa da democracia, das políticas públicas e do trabalhador, articulado com outros sujeitos que partilhem destes princípios, fazendo frente ao projeto neoliberal e a sua proposta de macular os direitos e conquistas defendidos pelos seus fóruns e pelas legislações normativas da profissão.

Portanto, [...] compreende-se que cabe ao Serviço Social – numa ação necessariamente articulada com outros segmentos que defendem o aprofundamento do Sistema Único de Saúde (SUS) – formular estratégias que busquem reforçar ou criar experiências nos serviços de saúde que efetivem o direito social à saúde, atentando que o trabalho do

assistente social na saúde que queira ter como norte o projeto ético-político profissional tem que, necessariamente, estar articulado ao projeto da reforma sanitária (MATOS, 2003, p. 28).

Não existe um caminho para a construção de um projeto democrático e a sua defesa não deve ser exclusividade apenas de uma categoria profissional, as novas diretrizes das diversas profissões envolvidas no campo da saúde devem ressaltar a importância de formar trabalhadores de saúde para o SUS com visão generalista e não fragmentada. O desafio atual para o Serviço Social passa pela construção de uma proposta crítica e criativa de trabalho que consiga conciliar o papel profissional dentro de uma equipe multidisciplinar, sem perder de foco a busca constante pela consolidação da saúde como direito social de todo cidadão.

Enfim, o assistente social não pode se deixar levar pela superficialidade, pela mecanização, imediatividade e burocracia, muito pelo contrário tem que ser um profissional consciente, criativo, propositivo sempre voltado para o seu projeto ético-político, para que haja a efetivação dos valores de cidadania, democracia, igualdade e participação, para que em sua atuação profissional haja respostas qualificadas diante das demandas e tensões atuais.

4.1 ANÁLISE DE ESTÁGIO SUPERVISIONADO OBRIGATÓRIO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA BONALD FILHO EM CAMPINA GRANDE

A experiência vivenciada no Estágio Supervisionado Obrigatório em Serviço Social do Curso de Graduação em Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), desenvolvida na Unidade Básica de Saúde da Família Bonald Filho, ocorreu no período de 01 de abril de 2014 a 01 de junho de 2015, com uma jornada de 08 horas semanais, totalizando 225 horas.

O Estágio Supervisionado aqui descrito e analisado é caracterizado por momentos de aproximação a uma realidade profissional, tendo como objetivo central propiciar a oportunidade de vivenciar a relação teoria e prática, ao buscar articular as dimensões teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa do Serviço Social na perspectiva de fortalecer o projeto profissional hegemônico, desde a década de 1990.

Durante o primeiro semestre a observação sobre a instituição foi realizada a fim de aproximar o grupo de estagiárias à realidade do campo de estágio e no sentido de

apreender a dinâmica do seu funcionamento, dos profissionais que a compõem, da comunidade, das demandas apresentadas, bem como das diversas expressões da questão social. Além de contribuir para uma compreensão mais sólida sobre a Política da Saúde frente às expressões da questão social, bem como da prática profissional, o que abriu caminho para uma produção de registros em um diário de campo.

Tais registros foram imprescindíveis para uma caracterização do bairro, da instituição e das atividades desenvolvidas pelo assistente social, contribuindo para um conhecimento mais qualificado e acessível da área de estágio.

Assim, surgiu, mediante demandas identificadas dadas as observações registradas acerca do cotidiano institucional, a elaboração de um projeto de intervenção, com o intuito também de que se pudesse exercitar as atribuições e competências da profissão durante o período de estágio, o qual será discutido mais adiante.

A unidade de saúde supracitada se localiza na Rua Antonieta Cavalcante, s/n, Monte Santo, Campina Grande - PB. Atualmente a unidade é mantida por recursos do governo Municipal e Federal e funciona no prédio da Sociedade de Amigos do Bairro (S.A.B.) atendendo, aproximadamente, 4.000 (quatro mil) usuários.

A estrutura física do prédio ocupado pela UBSF Bonald Filho dispõe de recepção, sala de consultório dentário, sala de vacina, sala de curativo, farmácia, sala de enfermagem, consultório médico (duas salas), sala de reunião, pátio, copa, almoxarifado, banheiros e uma antessala que acomoda os usuários.

As equipes dessa unidade de saúde são compostas pelos seguintes profissionais: Médicos, Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem, Agentes Comunitários de Saúde, Dentista, Auxiliar de Consultório Dentário, Assistente Social e Atendente de Farmácia, Recepcionistas, Auxiliar de Serviços Gerais e Vigilante.

A assistente social da unidade de saúde oferece relevante contribuição para o trabalho das equipes e desenvolve atividades voltadas para área da prevenção e promoção da saúde, além de prestar significativo suporte para organização e mobilização da comunidade ao acesso dos direitos individuais e sociais. A profissional trabalha nesta unidade desde o ano de 2006, após sua aprovação em concurso público e nomeação pela Prefeitura Municipal de Campina Grande - PB.

Diversas são as demandas direcionadas à assistente social, a exemplo daquelas voltada para a saúde da criança; saúde da mulher; saúde do idoso; saúde das Pessoas Portadoras de Deficiência (PPD); saúde dos portadores de hipertensão e diabetes, o acompanhamento dos usuários do Programa Bolsa Família, acompanhamento dos

portadores do vírus HIV/AIDS, hanseníase e tuberculose, articulação com redes de saúde, identificação das áreas de risco, incentivo e assessoria a organização popular e supervisão de estagiários de Serviço Social.

Para tanto, a profissional utiliza diferentes instrumentos e técnicas no desenvolvimento do seu trabalho, como a entrevista, a visita domiciliar, os encaminhamentos, as atividades educativas (trabalho de grupo) como: palestras, oficinas, grupos de acompanhamento, entre outras atividades relacionadas a formação e capacitação dos profissionais da unidade.

Conforme as exigências do Estágio Supervisionado Obrigatório, a proposta de intervenção na referida Unidade de Saúde baseou-se na Política de Saúde considerando a necessidade de atividades voltadas para a educação em saúde, buscando, principalmente, otimizar um espaço de ociosidade durante o período em que o usuário chegava a Unidade de saúde e aguardava o atendimento pelos profissionais de saúde.

Este tempo de ociosidade do usuário possibilita a oportunidade de desenvolver processos educativos e permite a interação da população com os saberes dos profissionais de saúde da unidade em um momento importante de informação, orientação e prevenção da saúde.

A proposição de práticas educativas sensíveis às necessidades dos usuários pertence a um novo modelo de educação em saúde, o qual remete a um processo de ensino aprendizagem não estático, mas em contínua construção, no qual o profissional da saúde exerce papel relevante de mediador. Portanto, são atividades comprometidas com o desenvolvimento da solidariedade e da cidadania e, conseqüentemente, com a melhoria da qualidade de vida.

Nesse sentido, a educação em saúde é vista como uma estratégia de promoção à saúde e se constituem como um desafio para os profissionais, visto que comporta uma dimensão política social que exige, no contexto de ensino aprendizagem, que as práticas pedagógicas deem conta de promover a autonomia dos indivíduos.

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

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

Segundo Solla (2005), a implementação da ESF vem se caracterizando como uma estratégia estimulada em decorrência da reorganização do modelo de atenção do SUS, que tem como peculiaridades o fortalecimento do acolhimento na rede básica, bem como ampliando o vínculo entre os usuários, a equipe e os serviços prestados.

Assim, dentre as ações da Estratégia de Saúde da Família, emergem as ações educativas como ferramentas essenciais para incentivar a autoestima e o autocuidado dos membros das famílias, promovendo reflexões que conduzam as modificações nas atividades e comportamentos. Dessa forma, as ações de educação em saúde são estratégias articuladoras entre a concepção da realidade no contexto de saúde e a busca de possibilidade e atitudes geradoras de mudanças que surgem em função do trabalho em equipe e dos diversos serviços que buscam uma transformação no quadro de saúde da população.

Ainda de acordo com a Portaria 2.488/11 (BRASIL, 2011), a vinculação dos processos de educação permanente a estratégia de apoio institucional pode potencializar significativamente o desenvolvimento de competências de gestão e de cuidado na Atenção Básica, na medida em que aumenta as alternativas para o enfrentamento das dificuldades vivenciadas pelos trabalhadores em seu cotidiano.

Desta forma, para o projeto de intervenção deste grupo de estagiárias foram sistematizadas atividades educativas a serem desenvolvidas junto aos usuários da referida unidade, na tentativa de tornar o atendimento mais humanizado e democrático, permitindo que estes também expressassem suas dúvidas, interesses e necessidades aos profissionais. Além de sensibilizar os usuários sobre a importância da educação em saúde, tendo em vista a possibilidade de adquirirem novos conhecimentos no processo de troca de experiências; desenvolver ações educativas de caráter preventivo e de promoção de saúde, direcionadas as reais necessidades dos usuários e proporcionar aos usuários orientações com relação aos seus direitos de cidadão em seu exercício pleno de cidadania.

Inicialmente a execução das atividades propostas no projeto de intervenção foi debatida em reuniões realizadas com os profissionais da UBSF Bonald Filho, com a finalidade de discutir acerca da importância da sala de espera no processo de educação em saúde e escolher temáticas para serem trabalhadas, ressaltando que durante o processo também foi debatido a viabilização de desenvolver alguns temas sugeridos pelos próprios usuários.

Considerando a importância da socialização de informações, o compartilhamento de experiências e o fortalecimento dos vínculos entre os usuários no trabalho em educação em saúde, a sala de espera se constitui como um instrumento de caráter coletivo bastante significativo, visto que possibilita, sobretudo, a aproximação entre os usuários e os serviços de saúde, a reflexão, o debate e o compartilhamento de experiências.

Por meio da sala de espera os profissionais da área da saúde, em especial os assistentes sociais, têm a oportunidade de desenvolverem atividades coletivas que ultrapassem a questão apenas do cuidado, priorizando a educação em saúde. Logo, promoverem discussões sobre a prevenção de doenças, condições de saúde e higiene e sobre a relação entre cidadania e saúde, bem como sobre a qualidade do atendimento, buscando fortalecer a inter-relação usuário/sistema/trabalhador de saúde como uma forma de humanizar os serviços prestados.

Veríssimo e Valle (2006) reforçam a ideia de que a sala de espera se constitui num instrumento adequado para as ações educativas, pois além de se caracterizar como uma forma produtiva de ocupar um tempo ocioso nas instituições, otimizando o tempo de espera para os atendimentos prestados nas unidades de saúde, possibilita o desenvolvimento de processos educativos, a exemplo do compartilhamento de experiências comuns entre os usuários.

As ações geradas por meio da constituição desses espaços vêm para superar possíveis problemas entre usuários, o serviço de saúde e a própria comunidade, neste sentido os usuários e os profissionais de saúde desenvolvem uma aproximação bastante satisfatória bem como podem criar vínculos e respeito mútuo, além de que o grupo de sala de espera ameniza o desgaste físico e emocional dos usuários associado ao tempo ocioso por algum atendimento.

O citado plano de intervenção foi desenvolvido durante 06 (seis) encontros realizados na própria UBSF, seguindo o cronograma das atividades realizadas pela Secretaria Municipal de Saúde, no período que compreendeu os meses de outubro de 2014 a março de 2015, com exceção do mês de Janeiro (recesso universitário). As referidas ações sócio-educativas foram realizadas em um espaço apropriado para esse fim (sala de reunião), denominado de “Sala de Educação em Saúde”, contemplando uma média de 30 (trinta) usuários em cada encontro. Entre as temáticas escolhidas e abordadas: violência doméstica contra a mulher; direitos trabalhistas, previdência, auxílios e aposentadoria; conferências de saúde e etc.

As atividades educativas duravam entre 15 e 20 minutos, seguindo a sequência de recepção, acomodação e explicação das atividades que seriam desenvolvidas no encontro (dinâmicas de interação); exposição dialogada relacionada ao assunto, através de vídeos, cartazes, panfletos explicativos, participação de profissionais de saúde da unidade como de outros setores da saúde, educação e assistência; bem como finalização e avaliação do encontro por parte dos usuários.

Os recursos materiais utilizados foram: vídeos, som, dinâmicas, cartazes, panfletos, cartilhas informativas, mural de fotos, caixa de perguntas e sugestões, entre outros. Como recursos humanos, destacamos a participação de médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, assistente social, recepcionista etc, divididos por encontro. Além de profissionais de outras instituições públicas e privadas do município. Já em relação aos recursos financeiros, contamos apenas com recursos próprios.

As atividades realizadas foram planejadas e avaliadas semanalmente. O planejamento consistiu em uma importante fase para a execução do projeto de intervenção. Compreendeu a **preparação, a organização e a estruturação** de um determinado objetivo ou de diversos objetivos. Sendo essencial para a **tomada de decisões** e execução das ações.

A avaliação contou com a participação de todos os envolvidos, a fim de se analisar os resultados das atividades propostas e realizadas na sala de espera. Da mesma forma, mensalmente foram realizadas reuniões entre os profissionais envolvidos para se discutir as consequências das ações na vida dos usuários, bem como planejar as atividades subsequentes.

Apesar de se manifestar algumas dificuldades durante a execução das atividades, tais como ruídos causados por terceiros no local, muita mobilização de usuários e alguns que não desejavam participar, não são consideradas tão relevante em relação as vantagens e benefícios que a sala de espera promoveu aos usuários e aos profissionais envolvidos. Ela potencializou discussões acerca do processo do cotidiano das pessoas, criando espaço para reflexões e posicionamentos críticos frente às ações destes na constituição de uma qualidade de vida, bem como na manutenção da saúde, efetivando, de fato, a participação ativa de todos e não apenas das pessoas em risco de adoecer.

A criação de espaço de debate (que contribui para o estreitamento das relações dos usuários e o serviço de saúde) se constitui como um importante alicerce na melhoria

na qualidade do atendimento ofertado, possibilitando resultados que, certamente, refletindo em um serviço mais humanizado.

Durante os momentos de sala de espera os usuários podiam tirar as suas dúvidas e fazer questionamentos sobre diversos assuntos, o que representava um momento impar de aproximação entre o saber popular e o saber técnico-científico gerado na graduação.

Cabe ressaltar que, além do envolvimento com o projeto de intervenção desenvolvido durante o período de Estágio Supervisionado Obrigatório, as estagiárias também participaram das diversas ações desenvolvidas pelo Serviço Social na Unidade de Saúde, desde o período de observação, como acolhimento dos usuários, acompanhamento social do Programa Bolsa Família, participação em reuniões das equipes de saúde que compõem a Unidade para planejamento e avaliações de atividades, visitas domiciliares, entrevista, aplicação de questionário, encaminhamentos e visitas a outras instituições relacionadas a saúde.

Diante de tais atividades desenvolvidas no Estágio Supervisionado Obrigatório, ficou nítida a relevância do papel do assistente social na área de saúde, da necessidade de um profissional que possa fazer uma análise crítica das demanda que lhe são apresentadas, no acompanhamento social dos usuários, bem como dar respostas qualificadas que atendas as suas reais necessidades.

Tais ações desenvolvidas no Estágio, como os instrumentos utilizados proporcionaram um relevante aprendizado, contribuindo para uma formação de profissionais qualificados(as) e críticos(as) na perspectiva de viabilização e ampliação dos direitos dos(as) usuário(as).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estágio na UBSF Bonald Filho, no município de Campina Grande-PB, possibilitou, as estagiárias, a ampliação dos conhecimentos teóricos, das técnicas e dos instrumentos utilizados no cotidiano profissional, em conformidade com as competências e atribuições previstas na Lei que Regulamenta a Profissão de Serviço Social e do Código de Ética Profissional do assistente social de 1993, bem como vivenciar os desafios enfrentados no exercício profissional.

Vale destacar, que essa experiência possibilitou ao grupo de estagiárias o senso crítico-reflexivo da realidade dos usuários, instigando o interesse e compromisso em desenvolver a prática profissional, em sintonia com o PEP da profissão. O Estágio Supervisionado Obrigatório também se fez importante para a Unidade de Saúde, na medida em que promoveu uma conexão e a troca de saberes, pautados entre a teoria e a realidade, com os profissionais da própria instituição e com a comunidade.

Por fim, o Estágio Supervisionado Obrigatório proporciona também os conhecimentos fundamentais para a formação profissional das estagiárias, face à aproximação junto a Política Nacional de Saúde, seus avanços e retrocessos, seus desafios e encontros. Além de contribuir para o desenvolvimento das competências teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa, indispensáveis ao exercício profissional competente, qualificado e comprometido com a população usuária do Serviço Social.

**A STUDY ON THE EXPERIENCE REQUIRED SUPERVISED INTERNSHIP IN
BONALD FILHO BASIC HEALTH FAMILY UNIT IN CAMPINA GRANDE –
PB**

ABSTRACT

The Mandatory Supervised Internship in Social Work in healthcare, helps to promote a connection between academics, professionals and users of health services, enabling an exchange of experience and knowledge. This article presents a literature review addressing the situation experienced by a group of trainees placed within the context of the Family Health Strategy for the Supervised Internship Required in Social Work, developed in the Bonald Filho Basic Health Family Unit in Campina Grande - PB. In the current context of the Family Health Strategy, highlights the work of health professionals, among them the social worker, focus attention on comprehensive care and continues to users with promotional measures of education, socialization and protection as well as the organization of groups for discussion and exchange of experience, providing fundamental knowledge for academic and vocational training, bringing the reality of the stage field with the national health policy.

Keywords: National Health Policy. Social work. Family Health. Public health.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Z. N. Antecedentes históricos do sistema único de saúde: breve história da política de saúde no Brasil. In: _____. **SUS: Sistema Único de Saúde: antecedentes, percursos, perspectivas e desafios**. São Paulo: Martinari, 2011. p. 15-40.

ALEXANDRE, L. B. S. P. Os Avanços e desafios do SUS nas duas décadas de existência. In: AGUIAR, Z. N. (Org.). **SUS: Sistema Único de Saúde: antecedentes, percursos, perspectivas e desafios**. São Paulo: Martinari, 2011. p. 137-151.

BRASIL. **Carta de Serviços de Saúde**: relação das ações e serviços da secretaria de saúde de Campo Grande–MS. Campo Grande, 2012. Disponível em: <<http://www.capital.ms.gov.br/cartadeservicos/>> Acesso em: 26 fev. 2016.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/sf/legislacao/const/>>. Acesso em 16 jan. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Nº 2.488**: Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRAVO, M. I. S. A Política de saúde no Brasil: trajetória histórica. In: BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C. de; ARAÚJO, P. S. X. de (Orgs.). **Capacitação para Conselheiros de Saúde**: textos de apoio. Rio de Janeiro: UERJ/DEPEXT/NAPE, 2001.

BRAVO, M. I. S. Desafios atuais do controle social no Sistema Único de Saúde (SUS). **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 88, 2006.

BRAVO, M. I. S. Política de saúde no Brasil. In: MOTA, A. E.; BRAVO, M. I. S.; UCHÔA, R. et al. (Orgs.). **Serviço social e saúde**: formação e trabalho profissional. 4. ed. São Paulo: Cortez; 2009. p. 88-110.

BRAVO, M. I. S. Prefácio. In: SILVA, L. B.; RAMOS, A. (Orgs.). **Serviço social, saúde e questões contemporâneas**: reflexões críticas sobre a prática profissional. São Paulo: Papel Social, 2013.

BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. Projeto ético-político do serviço social e a sua relação com a reforma sanitária: elementos para o debate. In: MOTA, E.; BRAVO, M. I. S.; UCHÔA, R. et al. (Orgs.). **Serviço Social e Saúde**: formação e trabalho profissional. 4. ed. São Paulo: Cortez; 2009. p. 197-217.

CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. **Código de ética profissional do assistente social**. Brasília: CFESS, 1993.

CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. **Parâmetros para a atuação de assistentes sociais na saúde**. Brasília: CFESS, 2009.

COSTA, M. D. H. da. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos (as) assistentes sociais. In: MOTA, E.; BRAVO, M. I. S.; UCHÔA, R. et al. (Orgs.). **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009. p. 304-351.

HEIMANN, L. S.; MENDONÇA, M. H. A trajetória da Atenção Básica em Saúde e do Programa de Saúde da Família no SUS: uma busca de identidade. In: LIMA, N. T. (org.). **Saúde e democracia: história e perspectiva do SUS**. 20. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 481-502.

IAMAMOTO, M. V. **O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 19. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

IAMAMOTO, M. V. **Renovação e conservadorismo no serviço social: ensaios críticos**. 7 ed. São Paulo: Cortez, 2004.

LOPES, E. F. S. et al. Educação em saúde: um desafio para a transformação da práxis no cuidado em enfermagem. **Rev. HCPA**, v. 2, n. 27, p. 25-27, 2007.

MATOS, M. C. O debate do serviço social na saúde na década de 90. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, v. 74, 2003.

NETTO, J. P. **Ditadura e serviço social: uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64**. 15. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

PAIM, J. S. **O que é SUS?** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

SILVA, A. X. Reforma sanitária, hegemonia e efetividade do controle social. In: DAVI, J.; MARIANO, C.; PATRIOTA, L. M. (Orgs.). **Seguridade social e saúde: tendências e desafios**. 2. ed. Campina Grande: EDUEPB, 2011. p. 117-146.

SILVA, Maria Ozanira. da Silva e. **Formação profissional do assistente social**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1995.

SOLLA, P. S. J. J. Acolhimento no sistema municipal de saúde. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 4, n.5, p. 493-503, out./dez., 2005.

TEIXEIRA, F. S. (Org.). Reflexões teóricas sobre democracia e reforma Sanitária. In: **Reforma Sanitária: em busca de uma teoria**. 2.ed. São Paulo: Cortez, 1989.

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

VERÍSSIMO, D. S; VALLE, E.R.M. A experiência vivida por pessoas com tumor cerebral e por seus familiares. **Psicologia Argumenta/pontifica**, Universidade do Paraná, Curitiba: Champagana, v. 24, n. 45, jun., 2006.