



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS-CCSA
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL-DSS
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL

MÉRCIA PEREIRA DE BRITO

**SISTEMATIZANDO O TRABALHO SOCIOEDUCATIVO NA UNIDADE BÁSICA DE
SAÚDE BAIRRO DAS CIDADES I**

CAMPINA GRANDE - PB

2017

MÉRCIA PEREIRA DE BRITO

**SISTEMATIZANDO O TRABALHO SOCIOEDUCATIVO NA UNIDADE BÁSICA DE
SAÚDE BAIRRO DAS CIDADES I**

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

Orientadora: **Prof.^a Ms. Lúcia Maria Patriota.**

CAMPINA GRANDE - PB

2017

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.

B862s Brito, Mércia Pereira de
Sistematizando o trabalho socioeducativo na unidade básica de saúde bairro das cidades I [manuscrito] / Mércia Pereira de Brito. - 2017.
36 p.

Digitado.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, 2017.
"Orientação: Profa. Ma. Lúcia Maria Patriota., Departamento de Serviço Social".

1. Política de saúde. 2. Unidade básica de saúde. 3. Atenção básica à saúde. 4. Estratégia saúde da família. 5. Serviço Social.
I. Título. 21. ed. CDD 362.1

PARECER FINAL

A banca examinadora, instituída de acordo com a regulamentação do Trabalho de Conclusão de Curso de Serviço Social da UEPB, após a defesa, seguida de uma análise do artigo apresentado, resolve considerá-lo SATISFATORIO, atribuindo a aluna, NOTA 10,0.

Aluna: MÉRCIA PEREIRA DE BRITO


Artigo: SISTEMATIZANDO O TRABALHO SOCIOEDUCATIVO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE BAIRRO DAS CIDADES I

Data da Defesa 14/ Março /2017.

Campina Grande – PB 14 / Março /2017.

BANCA EXAMINADORA


Prof. Ms. Lúcia Maria Patriota (Orientadora)
Mestre em Saúde Coletiva-UEPB


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


Prof. Ms. William Almeida de Lacerda (Examinador)
Mestre em Ciências da Sociedade-UEPB

A Deus, pois tem sido em todo o tempo e circunstância, meu refúgio, fortaleza e provisão. Aos meus pais Antônio Cosme de Brito e M^a Pereira de Brito (In Memoriam), pelo exemplo de fé, superação e amor ao próximo. A querida amiga-irmã Déborah Moraes quanta saudades você deixou (In Memoriam). A minha tia-mãe Iracema, por todo carinho e apoio desvelado a mim, DEDICO.

AGRADECIMENTOS

A Deus toda glória pelas bênçãos sem fim.

Ao sobrinho Alexandre e a prima Gizza, motivadores para que eu fizesse um curso superior. A sobrinha Cecilia, que por muitas vezes tomou o lugar de cuidadora de Iracema. Ao sobrinho-neto Diogo, que na inocência de criança me transportava para o seu mundo de brincadeiras e aos demais familiares e amigos.

A Márcio motorista do busão dos estudantes que sempre nos conduziu com responsabilidade. As colegas de viagem Albertina, Amanda Araújo, Shirley Vasconcelos, Israela Lima e a sobrinha Pricilla.

A todos os professores que colaboraram magnificamente com a minha formação acadêmica. Aos colegas de sala de aula, as companheiras do início do curso Aparecida, Ligia e Suelene. A amiga Taise sempre tão prestativa quando estive ausente da sala de aula por motivo de saúde. Aos professores que neste período foram solidários comigo. As irmãs de fé Bernadete, M^a Martins e Ivonete, pois sem fé é impossível vencer as adversidades.

Ao meu amado Ivan Santos, homem simples de um carinho e compreensão imensurável.

Aos funcionários e usuários da UBS que nos acolheram de forma respeitosa.

As “Meninas” Sandra e Gerciane, equipe de estágio, uma com a moderação e o colo para os momentos de choro, a outra com jovialidade nos propiciavam risos assim, seguimos firmes às vezes nem sempre fortes, mas fortalecidas pelo carinho, cumplicidade e a determinação que nos envolvia.

Agradeço a supervisora de campo Andréya Dessoles, que sempre se portou com empenho e autenticidade, além dos momentos de diálogos que tanto me fortaleceram. As supervisoras acadêmicas Kathleen Vasconcelos e Socorro Pontes pela receptibilidade ao partilharem suas experiências, nos seus respectivos espaços sócio-ocupacionais e familiares. (a chegada de Jonathan!).

Minha gratidão à orientadora, Prof^a. Lúcia M^a Patriota por sua compreensão, colaboração, dedicação e reciprocidade de confiança, neste difícil, porém, gratificante processo de construção deste trabalho.

SUMÁRIO

RESUMO	06
1. INTRODUÇÃO	06
2. CONSIDERAÇÕES SOBRE A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL	07
3. ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE, ATENÇÃO BÁSICA E ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	14
3.1 A Estratégia Saúde da Família em Campina Grande/PB	18
4. ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE E NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	22
5. SISTEMATIZANDO O TRABALHO SOCIOEDUCATIVO DESENVOLVIDO NA UBS BAIRRO DAS CIDADES I	25
5.1 O lócus da experiência	25
5.2 As ações desenvolvidas na Unidade Básica de Saúde	26
6. CONSIDERAÇÕES	30
ABSTRACT	32
REFERÊNCIAS	32

SISTEMATIZANDO O TRABALHO SOCIOEDUCATIVO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE BAIRRO DAS CIDADES I

Mércia Pereira de Brito¹

RESUMO

Este Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), apresentado em forma de artigo, tem como objetivo apresentar a sistematização das ações desenvolvidas no Estágio Obrigatório em Serviço Social, realizado no período de Agosto/2014 a Novembro/2015, na Unidade Básica de Saúde (UBS) no bairro das Cidades I, município de Campina Grande-PB. A vivência das etapas do estágio, sobretudo o período de caracterização do campo, nos levou a perceber que os usuários ficavam ociosos enquanto aguardavam pelo atendimento na sala de espera e a necessidade do fortalecimento de ações voltadas à politização da questão saúde. Diante destas constatações identificamos a necessidade de se desenvolver algumas ações socioeducativas com vistas à socialização e democratização de informações juntos aos mesmos com temas que enfocam a saúde como direito de todos e dever do Estado e no seu conceito ampliado. Para tanto, elaboramos um plano de ação com algumas atividades como roda de conversas, apresentação de cartazes e folders trabalhadas na sala de espera por acreditarmos que além de se otimizar o tempo de espera também contribuiríamos com os usuários ao colocá-los como sujeito ativo na luta pela garantia do acesso aos serviços de saúde. Ao final apreendemos que a atuação socioeducativa do Assistente Social contribui para revigorar a visão crítica dos profissionais envolvidos e desperta no usuário o sentimento de vínculo na luta pela saúde.

Palavras Chave: Política de Saúde. Unidade Básica de Saúde. Serviço Social.

1. INTRODUÇÃO

Este artigo tem por objetivo sistematizar as ações desenvolvidas no Estágio Obrigatório em Serviço Social, realizado no período de Agosto/2014 a Novembro/2015, na Unidade Básica de Saúde (UBS) no Bairro das Cidades I, município de Campina Grande-PB. Conscientes da intrínseca relação entre a política de saúde e as políticas econômicas e sociais, do modelo assistencial de saúde que ainda permanece, tendo como referencial o modelo médico centrado e a dissociação das determinações sociais de saúde sobre o processo saúde-doença individual/coletivo, ressaltamos a importância da atuação socioeducativa junto aos

¹ Graduanda em Serviço Social pelo DSS da UEPB, Campus I em Campina Grande-PB.
E-mail: merciapbrito@hotmail.com

usuários nas UBSs sob forma de instrumentalizá-los ao exercício da cidadania na saúde.

Assim, elaboramos um plano de ação com ênfase nas ações socioeducativa por compreendermos que a socialização de informações referentes ao processo saúde-doença contribui para uma melhor qualidade de vida dos usuários, assim como fortalecê-los na cobrança da efetivação e na avaliação do cumprimento das políticas de saúde no âmbito da UBS.

Trata-se de um trabalho descritivo e bibliográfico pautado no relato da experiência vivenciada no campo de estágio. Para operacionalização das ações fizemos uso da sala de espera, das rodas de conversas, da exposição dialogada e da apresentação de cartazes e folders.

A estrutura do trabalho esta apresentada na seguinte ordem: no primeiro item fazemos uma contextualização histórica do modelo assistencial em saúde adotado no Brasil e do processo de redemocratização do país. No segundo item, abordamos a Atenção Primária à Saúde e a Atenção Básica como uma estratégia de saúde e instrumento para a reorganização da atenção à saúde. No terceiro item, tratamos da Estratégia Saúde da Família em Campina Grande-PB, como um espaço de desafios e conquistas. No quarto item, discorremos sobre o trabalho do assistente social na saúde e na Estratégia Saúde da Família. No quinto item, apresentamos a sistematização do trabalho socioeducativo desenvolvido na UBS Bairro das Cidades I. Princípios o item com uma abordagem sobre o lócus da experiência e em seguida, apresentamos o relato da experiência desenvolvida. Por fim, são apresentadas as considerações do trabalho e as referências utilizadas na construção do mesmo.

2. CONSIDERAÇÕES SOBRE A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

A política de saúde no Brasil é marcada por fatos/acontecimentos e conjunturas específicas, muitas vezes adversas do ponto de vista político e econômico, que não nos permite dissociá-la da conjuntura macroestrutural.

Do período da autocracia burguesa (1964/1985) até a instauração da Nova República (1985), a saúde pública era ineficiente e conservadora, de caráter excludente, mantida com recursos da Previdência Social que beneficiava o

desenvolvimento do setor privado de saúde, através da compra de serviços, portanto orientada pelo e para o grande capital (CABRAL, 2000; BRAVO, 2000).

O sistema de saúde adotava o modelo biomédico ou biologicista e era condizente com uma medicina curativa, individual, assistencialista, que privilegiava a centralização política e administrativa no processo decisório da política de saúde e ainda culpabilizava o indivíduo por sua situação de doença (BRAVO, 2000).

O chamado processo de redemocratização do país, ou seja, a transição entre a ditadura militar e a recuperação das instituições democráticas abolidas pelo regime ditatorial foi marcada por desafios e lutas de movimentos populares e da classe trabalhadora cuja bandeira de luta era garantir o acesso aos direitos sociais, promover a dignidade, a cidadania e a emancipação humana, a politização da questão saúde, assim como, ampliar os espaços de atuação coletiva democrática e de controle social, este último com um novo significado, ou seja, como sinônimo do controle da sociedade civil sobre o Estado num confronto contra o poder constituído e sua gestão antidemocrática que cerceava a liberdade individual (RIZOTTI, s/d).

O processo de redemocratização trouxe a tona novos sujeitos políticos procedentes dos Centros Acadêmicos universitários, da Igreja Católica, intelectuais, a imprensa alternativa, e culminou com o término do bipartidarismo e o movimento Diretas-Já. Em meio a tais fatos ocorreram greves, prisão de trabalhadores e sindicalistas, cassação de lideranças sindicais e políticas e a intervenção nos sindicatos, gerando opiniões antagônicas ao regime militar (BRAVO, 2000; RIZOTTI, s/d).

A Nova Republica inicia-se no governo José Sarney (1985/1990) com o lema "Tudo Pelo Social". O discurso oficial apontava para a necessidade de restaurar a democracia, o Estado de direito e as liberdades civis e políticas no país, portanto esta seria uma democracia social (SILVA, 2000).

No entanto a obstrução às eleições direta causou no processo de redemocratização uma junção entre ruptura e continuidade de ideias conservadoras no novo governo, que não efetivou as reformas estruturais necessárias, ao mesmo passo que os novos sujeitos políticos assumiram determinados cargos no novo governo, inclusive na área da saúde pública no Brasil (BORLINI, 2010).

Cabe aqui destacar que na área de saúde, especificamente, as críticas ao caráter privatista e excludente do sistema de saúde já se constituíam bandeira de alguns movimentos populares e instituições, cujo intuito era a defesa da saúde

pública no Brasil. Entre estes se destacam as entidades representativas dos profissionais de saúde, o Centro Brasileiro de Estudo de Saúde (CEBES), o Movimento Popular de Saúde (MOPS), os partidos políticos de oposição e de forma decisiva, o chamado Movimento de Reforma Sanitária (MRS). Nesse contexto, o tema “saúde” passou a ter uma conotação política, num extenso debate, numa relação intrínseca entre saúde, democracia e determinação social de saúde (BRAVO; CORREIA, 2012).

No que se refere ao MRS este teve sua gênese no interior das universidades com estudantes, pesquisadores, profissionais de saúde e sociedade questionando o modelo biomédico adotado como referencial para a saúde, a defesa da saúde como direito de todo cidadão. Assim, o sistema de saúde deveria assegurar o acesso à população aos programas preventivos e/ou curativos e estas ações e serviços deveriam estar ligados em um único sistema de saúde, com descentralização da gestão administrativa e financeira e controle social das ações de saúde (BRASIL, 2000).

Na verdade, as propostas do MRS estavam para além de uma mudança no setor saúde, almejavam a consolidação da democracia e da cidadania para a sociedade brasileira, uma melhor qualidade de vida, com efetiva participação do Estado, que seria o responsável pela implementação de políticas públicas sociais e econômicas, com o objetivo de promover, prevenir e proteger a saúde do povo brasileiro.

O MRS teve importante participação na histórica VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em Brasília/1986. Esta conferência contou com a participação da sociedade civil, profissionais de saúde, intelectuais, usuários, integrantes de sindicatos e de partidos políticos, diferenciando-se das conferências anteriores, que se limitavam apenas a questões de caráter técnico. A VIII CNS consolidou a democratização e/ou universalização da saúde com o tema: Direito a saúde, sistema de saúde e financiamento. Esta conferência representou um avanço político ao sugerir à criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a ampliação do conceito de saúde, bem como expôs este como um direito de todo cidadão e dever do Estado incorporado na Constituição Federal de 1988 (BERTOLOZZI; GRECO, 1996).

Sem dúvida, neste processo de consolidação da democracia no país, a promulgação da nova Constituição foi um fato de extrema relevância para ampliar o direito à cidadania e garantir o acesso aos direitos sociais.

A Constituição Federal de 1988 traz em seu Artigo 194 um conceito inovador: o conceito de seguridade social como questão de ordem pública e responsabilidade do Estado. Esta compreende um conjunto integrado de ações de iniciativas dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e a assistência social (OLIVEIRA, 2003).

A Constituição Federal em seu Art. 196 traz também de forma inovadora um conceito ampliado de saúde, associando-o a outras políticas públicas:

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, 2006, p.8).

Com base no conceito ampliado de saúde, foi implementado constitucionalmente o SUS:

[...] Formado pelo conjunto de todas as ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público. À iniciativa privada é permitido participar desse Sistema de maneira complementar. (BRASIL, 2000, p. 5).

De acordo com as Leis 8.080/1990 e 8.142/1990 o SUS é regido pelos seguintes princípios: a universalidade, para que todos tenham acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; a integralidade, o conjunto articulado/contínuo das ações e serviços preventivos /curativos, individuais /coletivos [...] em todos os níveis de complexidade do sistema; a equidade da assistência à saúde sem preconceitos /privilégios de qualquer espécie; a regionalização que implica na delimitação de uma base territorial para o sistema de saúde, conforme a divisão político-administrativa dos serviços; a hierarquização que condiz com a possibilidade de organização das unidades de saúde segundo o nível de complexidade tecnológica dos serviços; a descentralização da gestão do sistema com a transferência de poder nas decisões sobre a política de saúde em cada instância governamental correspondente (nacional, estadual, municipal); e a participação e o controle social que ocorre com a participação da sociedade nos rumos tomados

pelo/para o SUS, através da formação /funcionamento dos conselhos e conferências de saúde (BRASIL, 2000; BRASIL, 2006).

Compreendem os objetivos do SUS: a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde; a formulação de política de saúde destinada a promover nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei; e a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação de saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas (BRASIL, 1990).

Após a promulgação da Constituição Federal de 1988, também conhecida como Constituição Cidadã, a saúde no Brasil passou a ser tratada com destaque e a ter respaldo jurídico. Cabe ressaltar que a Assembleia Constituinte foi palco de acirrados debates sobre a saúde entre dois blocos distintos e extremos. De um lado integrantes da autocracia burguesa e lideranças representantes do setor hospitalar privado, a exemplo da Federação Brasileira de Hospitais, e do setor farmacêutico com a Associação de Indústrias Farmacêuticas, e do outro lado, aqueles que lutavam pela efetivação da Reforma Sanitária (BRAVO, 2000).

No entanto, partes das conquistas constitucionais passam a ser tensionadas na conjuntura conservadora da década de 1990, marcada pela convivência entre democratização e liberalização econômica.

O cenário político e social brasileiro neste interim foram marcados, segundo Borlini (2010, p. 323), “pela conjuntura da crise interna e externa, pela dificuldade na formulação de políticas econômicas de impacto positivo, pelo aprofundamento da dívida externa, pela disparidade na distribuição de renda e pela explosão de juros e taxas inflacionárias.” É nesta conjuntura que o Brasil se insere à nova lógica neoliberal.

A década de 1990 é marcada pelos avanços da perspectiva neoliberal para uma política macroeconômica pelo processo da exploração total nos países periféricos inclusive no Brasil, de seus recursos humanos, ambientais e sociais, pela globalização da economia com a abertura de mercado, o aumento da competitividade e margem de lucro, a flexibilização das relações de trabalho, a redução de salários e de direitos sociais, a mercantilização e privatização de serviços públicos, o aumento da terceirização e o enfraquecimento das organizações populares e das instâncias participativas.

A Reforma do Estado brasileiro posta em curso de modo incisivo no governo Fernando Henrique Cardoso (FHC-1995/2002) tem como meta o pagamento da dívida externa, a privatização de empresas estatais, a forte redução no orçamento destinado à área social. Cabe destacar que todo esse processo foi iniciado pelo governo José Sarney ao afirmar que a nova Constituição tornava o país ingovernável, adotou medidas de cortes nos gastos sociais, a interrupção no programa de reforma agrária e o predomínio de ações assistencialistas e clientelistas. Algumas destas medidas tiveram continuidade no governo Collor de Melo (1990/1992) (SILVA, 2000).

A década de 1990 no Brasil e seus respectivos governos (Sarney, Collor de Melo e FHC), marcaram o desmonte da saúde pública e favoreceram o projeto privado, através de medidas como o boicote a implantação do SUS; as primeiras iniciativas de descentralização de poderes, do orçamento e financiamento das ações do SUS; a transferência das questões relativas à saúde pública e da gestão foram repassada ao terceiro setor; o repasse de recursos públicos para o setor privado de saúde; a desarticulação da Atenção Básica (AB) da secundária e terciária; a AB com programas focalizados e a rede hospitalar pública formando parcerias com a rede privada; o preenchimento de vagas em saúde sem concurso público; e o não repasse de verbas à saúde pelo governo federal (BORLINI, 2010).

O teor político dos anos 90 foi mantido no governo Lula (2003-2010) período no qual se mantiveram cortes de verbas destinadas às políticas de saúde, que fez prevalecer à focalização a exemplo do Programa Saúde da Família (PSF), apesar do aumento do financiamento e ampliação de equipes de saúde, não reorganizou a estrutura da AB. Logo, sua cobertura se restringe apenas as populações carentes, a falta de ação intersetorial que culmina com a falta de democratização do acesso aos serviços e ações de saúde, o não controle dos planos privados de saúde, a criação de Fundações Estatais de Direito Privado, a terceirização dos recursos humanos e o fator preponderante a articulação com o mercado exemplo a Farmácia Popular, que destoa do que preconiza o SUS “atendimento integral a saúde e a universalização”, favorecendo o setor privado de saúde (BRAVO; MENEZES, 2011).

Dando prosseguimento ao ideário neoliberal, o governo Dilma Rousseff (2011/2016) estabeleceu parcerias com o setor privado de saúde, ampliou a terceirização com a adoção de modelos de gestão com as Organizações Sociais (OSs) e as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs), dessa

forma, privilegiou a terceirização e a precarização dos trabalhadores em saúde, fortaleceu o modelo hospitalocêntrico, e com a autorização da criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) comprometeu a qualidade e continuidade do atendimento em saúde nos Hospitais Universitários (HUs), além de retirar a integralidade e intersectorialidade no atendimento (BRAVO; MENEZES, 2011; MATOS, 2014).

No governo Michel Temer (2016), o Ministro da Saúde declarou que haverá corte de verbas para a saúde, pois o país não terá condições de manter direitos como o acesso universal à saúde, e para tanto, foi criado um grupo de trabalho para revisão da legislação do SUS, foi aprovado pela câmara dos deputados a Proposta de Emenda à Constituição (PEC) da Desvinculação das Receitas da União (DRU) retirando investimentos em áreas sociais e a PEC 451/2014 que obriga os empregadores a garantir plano privado de saúde aos seus empregados, (CEBES, 2016). Por conseguinte, tais medidas retiram da população o direito ao atendimento justo e igualitário e o princípio da universalidade da saúde.

Cientes que o cenário do processo saúde-doença de uma sociedade é decorrente do modo como a riqueza socialmente produzida desta mesma sociedade é distribuída, e sua intrínseca relação entre a forma de produção e reprodução social, o processo de universalização da saúde e os direitos sociais adquiridos no Brasil, passam a sofrer fortes e progressivos retrocessos influenciados pelas prescrições neoliberais (BORLINI, 2010; BOSCHETTI, 2010).

Neste contexto, a política de saúde pública e a necessidade do capital de concentração de riqueza favorecem o início de metas para reforma da seguridade social e molda-la ao interesse do grande capital, ao mesmo passo que, aquela que seria o maior flagelo para a população brasileira: a focalização, a seletividade e descentralização das políticas sociais desse modo, as ações e serviços de saúde passam a ter um caráter imediato e individualista (MOTA, 2009). Volta-se ao estado de responsabilização do indivíduo pelo seu processo saúde-doença, a um atendimento excludente e deixam de ter relevância para as políticas de saúde pública o conceito ampliado e as determinações sociais da mesma, fatos que já eram debatidos em âmbito internacional.

3. ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE, ATENÇÃO BÁSICA E ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Em decorrência de discussões no âmbito internacional desde 1960, numa crítica aos sistemas de saúde com referencial médico-centrado, hospitalocêntrico e os elevados custos dos serviços médicos, os quais colocavam limites no atendimento de saúde à população, foi-se ampliando a compreensão do conceito de saúde e o enfrentamento para mudanças nos diferentes sistemas de saúde no mundo.

Neste contexto surgem proposições para a Atenção Primária a Saúde (APS) tendo como principal referência a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma-Ata no Cazaquistão/1978. Em tal conferência prevaleceu à defesa da promoção e proteção à saúde, com foco na desigualdade social das políticas de saúde e a apresentação da APS como ponto chave para a universalização dos cuidados a saúde individual e coletiva (VASCONCELOS; SCHMALLER, 2011).

A Declaração de Alma-Ata, documento produzido no citado evento, também classificou os componentes fundamentais da APS: educação em saúde, saneamento ambiental, programas de saúde materno-infantis, prevenção de doenças endêmicas locais, tratamento apropriado para doenças e lesões comuns, fornecimento de medicamentos primordiais, promoção de boa nutrição e medicina tradicional (STARFIELD, 2002).

Em consonância com a Declaração de Alma-Ata, a APS propõe a reorganização da atenção à saúde de forma regionalizada, contínua e sistematizada, composta por ações preventivas e curativas para atender o máximo possível às necessidades de saúde dos indivíduos e comunidades (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Os países que adotaram a APS adequaram-na aos seus contextos sócio-político e econômico, por exemplo, na Europa a APS se dá pelos serviços ambulatoriais de primeiro contato, interligados a sistemas de saúde universais. Já nos países socialistas, as policlínicas financiadas com recursos públicos atuam de forma inclusiva e integral na articulação de serviços clínicos e preventivos, universais e gratuitos. Nos países periféricos, a APS está vinculada a programas seletivos,

focalizados, de baixa resolutividade, pouco recurso tecnológico e sem acesso as demais redes de atenção.

No Brasil, cabe destacar que os objetivos do MRS, da VIII CNS que foram incorporados ao SUS pela Constituição Federal de 1988, têm similitudes com os princípios da APS que são: a universalidade, a acessibilidade, a integralidade da atenção, a equidade, o vínculo, a continuidade do cuidado, a responsabilização, a humanização e a participação social (BRASIL, 2012).

Ao fazermos uma leitura crítica da APS, constatamos a não efetivação de alguns de seus princípios: na acessibilidade, por exemplo, ocorre ausência e/ou limitação nos encaminhamentos às especialidades, as barreiras sociais e geográficas, a quebra da continuidade do atendimento e do vínculo decorrente da rotatividade da equipe de saúde e isso retira do usuário o direito a atenção preventiva necessária. Uma parcela dos profissionais da APS ainda tem como foco a doença e não apreendem as determinações sociais no processo saúde-doença do usuário. A integralidade, por sua vez, não assegura/ajusta os serviços de saúde necessários à população. Há ainda de se considerar o fraco incentivo à participação popular nos processos decisórios de saúde (STARFIELD, 2002).

Quanto à nomenclatura utilizada pelos diferentes países, ressalta-se que no Brasil, o governo federal adotou o termo Atenção Básica à Saúde (AB) por entender que o termo APS tinha conotação de noções seletivas e intervenções de baixo custo para países /populações pobres, ou seja, a denominada “cesta básica” da saúde. (VASCONCELOS; SCHMALLER, 2011).

Segundo Giovanella; Mendonça, 2008 apud Vasconcelos; Schmaller (2011, p.99) a APS pode ser vista como “cesta restrita de serviços ou como concepção para um novo modelo assistencial que tenha como norte as necessidades dos usuários”. Já para Franco; Merhy (2007) a APS não é capaz de atender à complexidade dos problemas de saúde por adotar a racionalização de custos em conformidade com a lógica neoliberal, nem ultrapassar o modelo médico dos serviços, portanto não modifica o modelo assistencial de saúde.

Para o Ministério da Saúde (MS) a AB é composta por um conjunto central de elementos funcionais e estruturais que garantem a cobertura e o acesso universais a serviços aceitáveis à população e que aumentam a equidade. Oferece cuidados abrangentes, coordenados e adequados ao longo do tempo, enfatiza a prevenção e

a promoção da saúde e assegura o cuidado no primeiro atendimento, as famílias e as comunidades são sua base de planejamento e ação (BRASIL, 2008).

Em substituição a Política Nacional de Atenção Básica do ano 2006 (PNAB, 2006), a PNAB 2.488/2012 estabeleceu a revisão de diretrizes e normas para a organização da AB, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). De acordo com o referido documento, a AB caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado, gestão democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe e dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações (BRASIL, 2012).

As diretrizes da PNAB/2012 para a AB são: ter território adstrito, de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais; possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos; adscrever os usuários e desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita; coordenar a integralidade em seus vários aspectos; estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia.

O papel da AB para contribuir com o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde (RAS), são as seguintes: ser base; ser resolutiva; coordenar o cuidado; ordenar as redes (BRASIL, 2012). As RAS são acordos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes níveis tecnológicos que, interligadas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam assegurar a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010).

Na busca pela efetivação da AB, foram adotadas responsabilidades em comuns a toda a esfera de governo em relação à AB que são: contribuir para a reorientação do modelo de atenção e de gestão com base nos fundamentos e diretrizes assinalados; apoiar e estimular a adoção da ESF pelos serviços municipais de saúde como tática prioritária de expansão, consolidação e qualificação da AB à

Saúde; garantir a infraestrutura necessária ao funcionamento das UBS's, de acordo com suas responsabilidades; contribuir com o financiamento tripartite da AB; estabelecer, nos respectivos planos de saúde, prioridades, estratégias e metas para a organização da AB; desenvolver mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de qualificação da força de trabalho para gestão e atenção à saúde; valorizar os profissionais de saúde estimulando e viabilizando a formação e educação permanente dos profissionais das equipes, a garantia de direitos trabalhistas e previdenciários, qualificação dos vínculos de trabalho e a implantação de carreiras que associem desenvolvimento do trabalhador com qualificação dos serviços ofertados aos usuários; desenvolver, disponibilizar e implantar os sistemas de informações da AB de acordo com suas responsabilidades; planejar, apoiar, monitorar e avaliar a AB; estabelecer mecanismos de controle, regulação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados pelas ações da AB, como parte do processo de planejamento e programação; divulgar as informações e os resultados alcançados pela AB; promover o intercâmbio de experiências e estimular o desenvolvimento de estudos e pesquisas que busquem o aperfeiçoamento e a disseminação de tecnologias e conhecimentos voltados à AB; viabilizar parcerias com organismos internacionais, com organizações governamentais, não governamentais e do setor privado, para fortalecimento da AB e da ESF no País; e, estimular a participação popular e o controle social (BRASIL, 2012).

Desse modo, por suas diretrizes e funções, a APS desponta na década de 1990 no Brasil como uma tática na saúde principalmente para efetivar a promoção da saúde e alcançar a meta Saúde Para Todos no Ano 2000 (SPT-2000). Nessa conjuntura, sob orientações neoliberais, o Brasil vivia um período de uma política de ajuste econômico rígida, e a AB configurou-se uma estratégia de baixo custo para o governo federal, com a finalidade de atender e superar as desigualdades no atendimento de saúde da população e amenizar os graves problemas de saúde.

Assim, a partir do ano de 1994, foi implantado em alguns municípios do país o PSF. Posteriormente, dados os resultados positivos das experiências em curso, o mesmo estendeu-se por toda federação, com a proposta de reorganizar a atenção à saúde, de acordo com os princípios do SUS de descentralização e municipalização, norteado pela Norma Operacional Básica (NOB /1996).

Ultrapassando o caráter de programa, o PSF passa a ser adotado como uma estratégia, denominada de Estratégia Saúde da Família, no ano de 2006, inovando a

AB com as seguintes finalidades: ter caráter substitutivo, a intersetorialidade, a territorialização e uma equipe multidisciplinar, além de recomendar a atenção centrada na família, apreendida a partir do seu ambiente físico e social, numa compreensão ampliada do processo saúde-doença e intervenções que vão além de práticas curativas (MERHY et al 2000).

A começar pela apreensão do PSF como parte constitutiva para a prevenção em saúde e da deficiência na qualidade das ações e serviços de saúde prestados aos seus munícipes, a gestão municipal de Campina Grande-PB adotou e incentivou o projeto pioneiro do PSF, como subsídio importante à reorganização da atenção em saúde, tencionando atender as necessidades e demandas da população.

3.1 A Estratégia Saúde da Família em Campina Grande/PB

Desta forma, por reconhecer a necessidade da população do atendimento em saúde e a ineficiência do modelo hospitalocêntrico e da prática flexneriana, o município de Campina Grande-PB, defendeu o conceito ampliado de saúde conforme o MS, e ficou reconhecido como pioneiro e inovador ao assumir, juntamente com mais treze municípios do Brasil, o então chamado Programa Saúde da Família no ano de 1994, baseados na experiência com resultados satisfatórios de Cuba e Niterói/RJ (CARNEIRO, 2011).

Cabe aqui ressaltar que Campina Grande-PB, é referência no setor saúde para a Paraíba e sede do Terceiro Núcleo Regional de Saúde do Estado, por este motivo agrega um total de 70 municípios, a sua rede de serviços de saúde esta dividida em sete Distritos Sanitários, cujas equipes/gestões tinham como finalidade a cooperação para assegurar a resolutividade e qualidade nos atendimentos em saúde, no entanto na atual conjuntura ocorre uma divisão meramente burocrática e geográfica (LEITE; VELOSO, 2009).

O programa foi implantado inicialmente como um projeto-piloto com cinco equipes distribuídas nos bairros do Pedregal e Mutirão por serem consideradas áreas de alta vulnerabilidade social e sanitária, para superar as condições de extrema pobreza, fome e exclusão, de acordo com a prescrição do Banco Mundial (BM) e do MS.

As equipes pioneiras, seguindo os critérios do MS, eram formadas por uma equipe mínima que contava com um médico, um enfermeiro e um auxiliar de

enfermagem. Estes profissionais passaram por um processo seletivo simplificado, transparente, com análise de currículos e em sua maioria possuíam perfil com os ideais da reforma sanitária, e forte convicção em defesa do SUS.

Logo após o processo seletivo houve um Curso Introdutório com a abordagem de temas relativos às propostas do PSF e da AB, do SUS e à comunidade. Tais profissionais junto com a gestão municipal apresentaram e discutiram o projeto com a população dos citados bairros. Ocorria também por parte da gestão municipal um interesse na capacitação permanente dos trabalhadores, para tanto foi firmado um convenio com o MS e a Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) para a especialização das equipes da Saúde da Família (SF) (BERNARDINO et al 2005; CARNEIRO, 2011).

O vínculo empregatício dos mesmos era pela Consolidação das Leis de Trabalho (CLT) através de convênios entre a Prefeitura Municipal e as Sociedades de Amigos dos Bairros (SAB's). A inclusão do Programa de Agentes Comunitários de Saúde ocorreu em 1995, e cada equipe recebeu entre cinco a seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Cada equipe, conforme previsto pelo MS, atendia um número de 600 a 1000 famílias. Tanto os profissionais da Estratégia Saúde da Família, nomenclatura adotada a partir de 2006, quanto os usuários reconheciam a importância da estratégia para o fortalecimento da organização da comunidade.

Aqui o registro de que através dos trabalhos das Unidades de Saúde foram criados os Conselhos Locais de Saúde (CLS). Estes eram em nível local articuladores de ações intersetoriais, levava a população informações referente a cuidados com a saúde, direitos sociais e exercício da cidadania, que gerou conquistas como a urbanização de um bairro e a criação do vínculo entre a equipe e a população atendida. Um resultado concreto deste vínculo refere-se ao acompanhamento do pré-natal e ao recém-nascido realizado pelas equipes da ESF, que reduziu significativamente a mortalidade infantil e materna no município, além da diminuição do número de internações (LEITE; VELOSO, 2009; VASCONCELOS; CARNEIRO, 2011).

Estes profissionais também inovaram ao criar a Associação dos Profissionais de Saúde da Família (APSF/1997), devido à nova gestão municipal não priorizar a agenda da SF. Este não foi um espaço para lutas corporativista, e sim de articulações para melhorias e efetivação do acesso aos direitos sociais e a saúde

por parte dos profissionais de saúde e da população. Inclusive a APSF protagonizou dois processos de greve da categoria no ano de 2002 e 2004.

Tamanho empenho das equipes elevou a nível nacional a SF do município de Campina Grande, por exemplo, o PSF do Mutirão foi reconhecido em nível nacional como um dos 10 melhores do país (1998), com ênfase no combate a pobreza e a exclusão e em 1999, o PSF de Campina Grande teve sua qualidade reconhecida ao receber o Prêmio Saúde Brasil (CARNEIRO, 2011).

Conforme Vasconcelos; Carneiro (2011), no ano de 2005/2006 se inicia mais uma nova gestão municipal, com visão divergente dos princípios do SUS e da ESF. Trava-se mais uma luta entre a gestão municipal e os profissionais da ESF. A gestão numa decisão vertical, autoritária e sem a participação ou consulta aos trabalhadores “anuncia” o primeiro concurso público para a ESF e em seguida a convocação dos profissionais aprovados sem o devido Curso Introdutório. Desde então até a atualidade a capacitação permanente tornou-se restrita a algumas categorias profissionais, as reuniões de equipes passaram de semanal a mensal e a participação das equipes nos espaços democráticos de controle social passou a ser controlados pela gestão.

Para as citadas autoras, as atividades coletivas deixaram de ser pauta, a intersetorialidade e o controle social que são peças fundamentais à promoção de saúde estão renegados a segundo plano e, assim a ESF em Campina Grande está voltada a ações pontuais para a prevenção de saúde destinada a grupos de riscos, com grandes limitações e dificuldades à atuação das equipes em relação à continuidade da atenção e a integralidade. Ao mesmo passo que ocorre um crescimento desordenado entre a ESF e as especialidades e as estruturas físicas não são adequadas às demandas.

Para Leite; Veloso (2009), apesar dos avanços obtidos e do reconhecimento nacional são inúmeros os obstáculos enfrentados pelas equipes pioneiras e as atuais, dentre estes podemos destacar as ações intrasetorial e intersetorial. As primeiras dizem respeito a um serviço mínimo de referência e contrarreferência, a falta da integralidade das ações e o acesso a todos os níveis de atenção a saúde, além da falta de insumos e medicamentos; e a segunda a fraca e/ou ausência de ações que geram possibilidades de melhores condições de saúde na comunidade, desse modo retira a resolutividade da estratégia quanto à promoção e prevenção da saúde.

Para Carneiro (2011), os desafios encontrados pelas equipes foi ultrapassar o modelo flexneriano; assegurar o acesso às especialidades; superar os problemas concernentes à gestão que incidem sobre os profissionais e a população; a ampliação do número de equipes da ESF para atender também a zona rural, conseqüentemente o aumento da demanda, a queda na qualidade do atendimento e precarização do trabalhador, ou seja, uma expansão meramente quantitativa.

Diante dos fatos aqui expostos podemos apreender que mesmo diante da militância dos profissionais e da vontade de alguns gestores local e federal, a política de saúde municipal não diverge daquela em nível nacional que transcorre conforme a política macroeconômica e as prescrições de grandes instituições internacionais.

Assim, compreendemos que a ESF tanto em nível local quanto nacional devido ao sistema macroestrutural esta se resumindo a uma “cesta básica de saúde”.

Ao passo que diante das situações aqui expostas apreendemos as limitações para a efetivação da ESF e do SUS, também constatamos que ainda existe um processo de resistência à privatização da saúde e a negação ao acesso aos direitos sociais, na busca pela efetivação da promoção e vigilância da saúde por parte de um grande número de trabalhadores da saúde local, intelectuais e instituições como a UEPB, que numa parceria com o Departamento de Serviço Social promoveu no ano de 2015 um curso de extensão tendo como principal objeto de reflexão as Políticas Públicas de Saúde: Direito de Todos (as), com conteúdos relativos à Reforma Sanitária Brasileira na contemporaneidade; A Contrarreforma do Estado; O SUS: trajetória e desafios; Os interesses do capital na política de saúde e os novos modelos de gestão; Participação popular e controle social na saúde; e Rediscutindo a questão da determinação social da saúde.

Ao término do curso foi elaborada uma agenda com estratégias e ações concretas para a luta em favor do SUS e da ESF, destacamos que dentre as categorias profissionais presentes no curso, encontravam-se vários assistentes sociais de equipes da ESF do município de Campina Grande e de outros municípios do Estado. Iremos contextualizar no próximo tópico a inserção do assistente social na saúde, cientes que suas contribuições e limitações está intrinsecamente relacionada à política econômica e social adotadas no país.

4. ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE E NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

O Serviço Social surgiu no Brasil na década de 1930, sob influência da Igreja Católica, época de intensificação do processo de industrialização no país sua inserção na saúde ocorre na medida em que essa política vai sendo implementada.

No final da década de 1960 com a criação do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS) ocorreu uma forte presença do Assistente Social (AS) na área de saúde numa atuação conservadora como mero executor terminal de programas e projetos que privilegiava o modelo assistencial individual, curativo, hospitalocêntrico e vertical, o usuário era responsabilizado por seu estado de saúde e um sujeito passivo, ou seja, em consonância com a lógica privatista (LESSA, 2003).

Conforme a citada autora, entre 1970 a 1980 ocorreram mudanças significativas no cenário político e sanitário advindo da luta dos movimentos sociais, nesse interim o Serviço Social também passava por um movimento² interno de ruptura com o conservadorismo, e aproximava-se dos aportes teóricos do marxismo, a partir daí sua atuação na saúde passa a ser de natureza histórico-estrutural com dimensão política e o usuário é visto como um sujeito de direito.

Após a implantação do SUS, na década de 1980, houve uma ampliação dos espaços sócio-ocupacionais na área de saúde para o AS, ou seja, o mesmo passou a atuar em todos os níveis de atenção à saúde, no entanto esta ampliação é marcada por contradições postas pela correlação de força entre o projeto privatista e o projeto da reforma sanitária.

Cabe destacar que o AS foi reconhecido como profissional de saúde através da Resolução 218/1997 do Conselho Nacional de Saúde e da Resolução 383/1999 do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS). Sua abordagem nos diversos campos de atuação, bem como na saúde deve ser norteadada pelo Código de Ética

²Movimento de Reconceituação do Serviço Social. Neste processo de discussão o universo acadêmico do SS gravitou sobre fenômenos como a estrutura social brasileira, a disparidade socioeconômica, o desenvolvimento excludente e subordinado e qual o papel sócio-político da categoria, seguido de uma revisão na formação profissional e da intervenção institucional sob uma nova ótica de liberdade e valores como: as lutas sociais, democracia e participação social junto às classes subalternas na luta por transformações societárias que levem a um estado democrático e contra as diversas formas de opressão social e econômica. Cabe salientar que esta não é a perspectiva teórica hegemônica do SS.

do/a Assistente Social 273/1993, pela Lei 8.662/1993 que regulamenta a profissão e pelo Projeto Ético Político do Serviço Social (PEPSS) que propõe uma nova ordem social em favor da igualdade, da justiça social e da cidadania (CFESS; 1999, BARROCO; 2012, BRASIL; 1990)

Os parâmetros para a atuação do AS na saúde deve pautar-se no conhecimento da realidade do território/ sujeito assistido, a definição dos objetivos e a utilização de abordagens/instrumentos apropriados para intervir na realidade, ou seja, um potencial teórico-metodológico e ético-políticos para um proceder técnico-operativo qualificado, bem como reconhecer o conceito de saúde, intersetorialidade, integralidade, interdisciplinaridade e a participação social como elementos peculiar à transformação societária e ao estado democrático (CFESS; 2009).

São objetivos do AS na saúde: identificar/reconhecer as determinações sociais, cultural e econômica que interferem no processo saúde-doença, elaborar estratégias político-institucionais de enfrentamento a estas questões articulados com outros segmentos profissionais/sociais, cuja finalidade seja a consolidação do SUS, da ESF e do PEPSS (CFESS, 2009).

Quanto aos eixos de atuação são compostos por: o atendimento direto ao usuário que devem transpor o caráter emergencial/burocráticos nos diferentes níveis de atenção a saúde e esfera governamental, que se dá com as ações socioassistenciais tida como a principal demanda para o AS, e as ações socioeducativas reconhecida como o foco da atuação, esta ocorre com a democratização de informação e orientação individual, coletiva ou grupal aos usuários/sociedade junto com a/bem como em equipe, de modo a promover a construção de uma nova cultura, facilitar o acesso aos serviços e fortalecer a interdisciplinaridade; a mobilização, participação e controle social que tem como finalidade a construção e fortalecimento do usuário como sujeito político; a investigação, planejamento e gestão com o intuito de desvelar as reais condições de vida/ trabalho dos profissionais de saúde e usuários, fortalecer a gestão democrática /participativa e a intersetorialidade; e a assessoria, qualificação e formação profissional que tem como principal finalidade a melhoria na qualidade dos serviços prestados ao usuário, a formação permanente, a assessoria a movimentos sociais e a gestão, além de supervisionar estágios (CFESS, 2009).

Percebe-se que o AS deixou de ser um executor terminal das políticas sociais e tornou-se um profissional com qualificação/competência para elaborar, coordenar,

planejar, supervisionar, avaliar e executar pesquisas, planos, programas e projetos na área de saúde com/e para o bem da sociedade, seja no setor público ou privado de saúde, no entanto a forte influência neoliberal na mesma faz com que o cotidiano da atuação do AS nesta área ocorra em meio a contradições, com praticas individuais e respostas imediatas na maioria de natureza psicossocial que irá, lamentavelmente, favorecer o projeto privatista ao atuar com ênfase no assistencialismo (CFESS, 2009; LESSA, 2003).

Em relação à inserção do AS na ESF em Campina Grande esta ocorreu em consequência de forte movimento da categoria em nível local (2003) e nacional, por reconhecer este espaço sócio-ocupacional como lócus propício a sua atuação, contribuindo para o fortalecimento do vínculo/interação entre o usuário e a equipe de saúde.

Segundo Bernardino et al (2005), a atuação do AS na ESF está voltada para a intersectorialidade, o controle social, a promoção de saúde e o trabalho socioeducativo na saúde que envolve as seguintes ações: encaminhar, providenciar e prestar orientações /informações a indivíduos, inclusive com a visita domiciliar, a grupos ou a população na defesa da expansão do acesso aos direitos à cidadania, através de discussões sobre o conceito de cidadania com a equipe de saúde e a população; planejar e desenvolver ações socioeducativas/culturais como oficinas, palestras e dinâmicas de grupo não só aos usuários, mas, para toda população, porém, devido à precarização do trabalhador encontra-se na maioria voltados para os grupos de riscos: hipertensos, diabéticos, fumantes, adolescentes.

Prossegue a autora que cabe ainda ao AS na ESF reconhecer as potencialidades existentes nas áreas nas quais estiver inserido; prestar atendimento individual de demanda espontânea/referenciada; emitir laudos e/ou pareceres sociais; identificar, fortalecer ou implementar os espaços de controle social como os Conselhos Locais de Saúde, realizar capacitação/formação de conselheiros de saúde e de outros sujeitos sociais; elaborar, coordenar e executar capacitação para os profissionais da ESF; e supervisão de campo aos estagiários de Serviço Social.

5. SISTEMATIZANDO O TRABALHO SOCIOEDUCATIVO DESENVOLVIDO NA UBS BAIRRO DAS CIDADES I

5.1 O lócus da experiência

A UBS do Bairro das Cidades está localizada a Rua São João Del Rei, nº 026, Bairro das Cidades I, Campina Grande-Paraíba e atende ao público nos seguintes horários: das 8h às 12h e das 13h às 17h, de segunda-feira a sexta-feira.

A mesma foi fundada em novembro de 1998, sob a gestão do então governador Cassio Cunha Lima. O início de suas atividades contou com duas equipes de saúde (Bairro das Cidades I e II), e funcionava em um prédio locado à Prefeitura Municipal de Campina Grande.

Os fatores que contribuíram para que fosse implantada a Unidade de Saúde no Bairro das Cidades I foi a elevada taxa de mortalidade infantil, causada em sua maioria por problemas diarreicos e parasitoses e o grande número de famílias que residiam no mesmo em situação de extrema pobreza.

A UBS ainda permanece em um prédio locado pela Prefeitura Municipal de Campina Grande e sua área física é composta por uma sala ampla e com boa ventilação, que serve de sala de espera para os usuários; uma pequena sala de recepção, uma sala de curativo, uma sala de enfermagem, uma sala de imunização, um WC para usuários, um WC para funcionários, um consultório odontológico, um consultório médico, uma copa e um almoxarifado. A farmácia foi extinta, pois a sua estrutura física não era adequada. Este serviço é prestado, atualmente, na Unidade de Saúde das Cidades II.

A referida UBS dispõe de uma equipe de saúde ampliada, com os seguintes profissionais: uma assistente social, um médico, um odontólogo, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, um auxiliar de consultório dentário, um auxiliar de serviços gerais, quatro agentes comunitários de saúde, uma atendente e um vigilante.

Os serviços e ações desta Unidade de Saúde são direcionados para a família, com ênfase no atendimento à saúde da mulher e da criança. No atendimento a mulher ocorre o acompanhamento de pré-natal, exames citológicos, orientação para o autoexame de mama, orientação da importância do aleitamento materno, puericultura entre outros. Existem ainda alguns programas desenvolvidos como: o grupo do tabagismo, Hiperdia, saúde mental, acompanhamento do Programa Bolsa

Família (PBF), atendimento médico, odontológico e o Programa Saúde na Escola (PSE).

5.2 As ações desenvolvidas na UBS

As ações desenvolvidas na UBS, Bairro das Cidades I referentes ao estágio obrigatório em Serviço Social ocorreram no período de Agosto de 2014 a Novembro de 2015. Durante o período em questão nos deparamos com a relação teoria/prática e, portanto, com as dimensões teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa da profissão.

Iniciamos as atividades de estágio com a observação sistemática das UBS's Bairro das Cidades I e II, do seu funcionamento, dos profissionais que as compõem, bem como das demandas postas e os fatos vivenciados no cotidiano da Unidade de Saúde e da comunidade, o que nos propiciou uma visão aproximativa da totalidade das diversas expressões da questão social que incidem diretamente no processo saúde-doença de cada indivíduo e do coletivo.

Foram realizadas visitas domiciliares a algumas das famílias do bairro, inclusive em uma área de invasão e constatamos a realidade diária dos ACS, suas dificuldades quanto à acessibilidade de informações devido ao fato de muitos moradores do bairro não aceitarem a visita e nem fornecer as informações necessárias aos ACSs. Acompanhamos os atendimentos às famílias cadastradas no PBF para preenchimento das condicionalidades exigidas pelo referido programa. Todas estas atividades vivenciadas contribuíram para uma qualificada apreensão dos desafios postos a implementação da política de saúde e para o exercício profissional do assistente social neste espaço sócio-ocupacional.

O estágio nos proporcionou, ainda, a participação junto com a equipe de saúde em algumas ações intersetoriais como a Oficina Integrada do PSE, cujo tema foi: Garantir o direito de aprender, como começar? Numa parceria entre as Secretarias Municipais de Educação e Saúde foram realizadas ações como: a atividade de aferição de peso e medidas dos alunos (crianças e adolescentes) na Escola Municipal de Ensino Fundamental e Médio Maria da Vitória Pires Uchôa Queiroz; acompanhamos a discussão nas escolas do bairro de conteúdos referentes à educação alimentar, sedentarismo, a sensibilização para a participação na vacina

HPV, aspectos culturais e sociais acerca do bairro, entre outros, reconhecemos que as escolas são espaços imprescindíveis para essas ações intersetoriais.

Participamos também de um curso oferecido pela ONG Centro de Ação Cultural (CENTRAC) sobre o Controle Social da Saúde Pública Municipal cujo objetivo era capacitar lideranças e cidadãos/ãs para a atuação qualificada nos espaços de construção, definição e implantação da política pública de saúde; participamos das Pré-Conferências de Saúde Distritais e da Conferência Municipal de Saúde/ 2015 em Campina Grande; do processo de Conferências Municipais de Assistência Social; e de uma reunião extraordinária do Conselho Municipal de Saúde de Campina Grande cuja temática era a situação do abastecimento de água dos estabelecimentos de saúde do município.

Toda nossa experiência foi registrada em um diário de campo. Após o período de observação que se estendeu por um semestre letivo, fixamos nosso olhar e nossas ações no Bairro das Cidades I.

Em sequência, com a contribuição da Assistente Social desta Unidade de Saúde e da nossa orientadora acadêmica, elaboramos um plano de ação que buscou dinamizar de forma participativa e crítica as salas de espera na UBS, através da educação em saúde. Durante a convivência cotidiana com os (as) usuários na Unidade de Saúde, percebemos que os mesmos ficavam ociosos na sala de espera enquanto aguardavam pelo seu atendimento, então pensamos em aproveitar tal espaço para trazer informações acerca de temas pertinentes a comunidade local, com o intuito de estimular uma ação política, bem como enriquecer o diálogo e o relacionamento dos usuários com toda a equipe de saúde.

Assim, realizamos algumas salas de espera, com a exposição de cartazes, entrega de cartilhas e folhetos informativos a respeito dos temas abordados e possibilitamos, principalmente, a participação popular por meio da troca de relatos.

Cabe aqui indicar, diante da natureza do trabalho por nós desenvolvido na UBS, a concepção de Educação e Saúde (ES) adotada. Tal esclarecimento se faz necessário pelo fato de que a temática da ES compreende um campo de disputas teóricas e ideológicas. Procuramos adotar ao desenvolver as atividades propostas uma perspectiva de ES crítica e dialógica, evidenciando o seu papel político pedagógico de contribuir para a melhoria das condições de vida dos usuários.

Entendemos a ES como forma de instrumentalizar o sujeito envolvido no processo educativo para intervir e transformar as condições objetivas que o

circundam, visando o alcance da saúde, entre outros bens socialmente produzidos, como um direito conquistado. A ES é, assim, um instrumento de construção das ações de saúde mais integral e mais adequado à vida da população, conforme Vasconcelos (2004).

A primeira sala de espera realizada foi sobre Direitos Previdenciários. Cada sala de espera durou entre 20-30 minutos. Durante esse tempo foi feita a exposição do tema e a socialização de informação entre profissional e usuários. Toda a atividade contou com a participação dos profissionais da UBS, dos usuários e estagiárias. O material utilizado para tal abordagem incluiu folder, cartaz e cartilha. Nesses materiais estavam explícitos os tipos de contribuintes da Previdência Social, a importância de contribuir, os tipos de serviços que a previdência oferece e onde tirar suas dúvidas através do portal de atendimento (telefone e site). Todo material foi confeccionado a partir das informações contidas no site do Ministério do Trabalho e da Previdência Social tais como: os tipos de aposentadoria, auxílios e outros serviços, as cartilhas distribuídas foram da própria previdência.

A medida que o tema era apresentado observou-se o despertar do interesse dos usuários, que passaram a interagir de forma intensa através de perguntas. Percebemos a necessidade de serem esclarecidos alguns direitos, como o Benefício de Prestação Continuada (BPC), Auxílio-reclusão e auxílio maternidade. No final, houve um momento de partilha de experiências e esclarecimento das dúvidas.

Na segunda sala de espera trabalhamos o tema “Violência doméstica e violência contra a mulher”. O tema foi apresentado através de um cartaz que trazia os conceitos de violência doméstica e violência contra a mulher, um breve histórico da Lei 11.340/2006 (Lei Maria da Penha), os cinco principais tipos de violência, alguns dados estatísticos sobre a violência contra a mulher no Brasil, os serviços de proteção à mulher (onde buscar ajuda?) e a importância do Disk 180. Distribuímos material educativo, cedido pelo CENTRAC, folders e realizamos, ainda, após a discussão do tema e das indagações feitas pelos usuários, uma dinâmica intitulada: “Espelho”.

A temática causou inquietação nas usuárias presentes, muito embora não compartilhassem as suas próprias experiências, era visível que conheciam a realidade exposta, ou conheciam alguém que já havia vivenciado experiências como as discutidas naquele momento. Foi perceptível o interesse dos usuários em entender melhor, principalmente, as medidas protetivas e a Lei 11.340/2006.

A terceira e última sala de espera realizada abordou o tema “Saúde da Mulher e Saúde do Homem”. O tema foi exposto de forma que os usuários compreendessem que o processo saúde-doença está para além do bem estar físico ou ausência de doença, portanto, intrinsecamente relacionado a fatores sociais, econômicos, cultural e espiritual.

Inicialmente falamos sobre o SUS e a saúde como um direito de todos e dever do Estado assegurado pela CF/1988. Apresentamos alguns dos princípios e diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PNAISM/2004) e da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem (PNAISH/2009). Abordamos ainda como estas políticas devem garantir o direito ao acesso a todos, nos seus diferentes ciclos de vida, assim como em todos os níveis de atenção à saúde. Que o atendimento a saúde pelo SUS deverá nortear-se pelo respeito a todas as diferenças, sem discriminação de qualquer espécie e sem imposição de valores e crenças pessoais.

Enfocamos em nossa exposição o fato de que os homens não buscam, como as mulheres, os serviços de Atenção Básica devido a nossa cultura patriarcal, machista, o nível de escolaridade, a classe social ou o mercado de trabalho, tais fatores contribuem para essa ausência, por isso se faz necessário que as companheiras incentivem seus parceiros a realizarem os exames preventivos. Lembramos quanto os muitos agravos poderiam ser evitados caso os homens e mulheres fizessem, com regularidade, as medidas de prevenção primária. Ressaltamos a gratuidade dos exames preventivos e da vacina contra o HPV na rede pública de saúde para a população e o direito de cada usuário procurar sua UBS para tal atendimento.

Também foi abordada a criação do PSF (1994), assim como a UBS, cuja finalidade é que o atendimento esteja mais próximo ao usuário e atenda as principais necessidades deles em seu próprio bairro, para que aumente a expectativa e qualidade de vida dos usuários com um atendimento humano e integral.

Por último abrimos uma roda de discussão em torno das dúvidas apresentadas pelas (os) usuárias (os) e debatemos sobre a qualidade da prestação de serviço em saúde no município de Campina Grande. Também ressaltamos a importância da participação de cada cidadão em espaços como o Conselho Municipal e/ou Local de Saúde, Clube de Mães, SAB's, tendo em vista a luta por

seus direitos em educação, segurança, transporte, lazer como parte constitutiva para a promoção a saúde.

Com o intuito de finalizar a atividade coordenamos uma dinâmica de grupo cujo tema era “As Rosas”, com o objetivo de despertar nas usuárias presentes a capacidade de lutar pelo seu direito individual e coletivo e estabelecer relacionamentos de pertencimento a grupos. Como se tratava da última atividade em campo de estágio, agradecemos a presença destas e também pelo período do estágio em que estivemos juntas num processo de ensino-aprendizagem, assim como pela receptividade e respeito das usuárias (os), das funcionárias (os) da UBS e da assistente social para conosco estagiárias de Serviço Social.

6. CONSIDERAÇÕES

Embora a legislação da saúde tenha avançado com a Constituição Federal de 1988 e a implantação do SUS, na mesma década o ideário neoliberal chega ao Brasil e encontra terreno fértil, por conseguinte engendra mudanças no processo de redemocratização em curso.

A contrarreforma do Estado levada a cabo nos anos subsequentes através de retaliações como: cortes de verbas para a saúde, repasses de recursos públicos para o setor privado de saúde, terceirização da gestão administrativa e financeira na saúde, na ESF preenchimentos de vagas por indicação política, a precarização do trabalho e as ações pontuais comprometem a universalidade, a integralidade e a intersetorialidade na saúde e, conseqüentemente, a dinâmica de trabalho das UBSs. Tal realidade reflete a crise estrutural do próprio capital.

A experiência aqui apresentada nos proporcionou uma apreensão da intrínseca relação entre as políticas sociais e econômicas e a política de saúde adotada no Brasil, além da relação complementar entre a teoria e a prática na atuação do assistente social.

Percebemos, ainda, que a precarização do trabalho colocam muitos desafios para a efetivação da vigilância de saúde, da integralidade no atendimento e do posicionamento político-partidário em algumas instâncias democráticas que fragilizam e intimidam a participação popular.

Reconhecemos quanto às ações de natureza socioeducativas compreendem um dos campos de atuação mais desafiante, considerando-se que é na realidade do dia-a-dia que as diversas faces da questão social, as relações de poder e de interesses antagônicos se cristalizam. É nestes mesmos espaços cotidianos que o Assistente Social pode conferir à ação socioeducativa um processo de troca de informações e experiências como parte constitutiva para a construção de uma relação democrática e de igualdade com a sociedade usuária, orientado pelo Código de Ética Profissional e o PEPSS.

Sabemos que a luta é contínua e intensifica-se, principalmente em tempos tão sombrios como o momento atual em que os direitos adquiridos constitucionalmente através de luta estão sendo explicitamente retirados do cidadão brasileiro. Assim como, tais dificuldades postas à saúde requer um trabalho coletivo, intersetorial e a junção com outras categorias profissionais que lutam pelos mesmos interesses, como os movimentos sociais e instituições de participação democrática.

Apreender a história das políticas de saúde do país é identificar a importância dos movimentos sociais, de instituições e da sociedade quando se unem para reivindicar direitos e assegurar a garantia destes pelo Estado. Nesse sentido destacamos a importância de ações socioeducativas junto às classes subalternas com o propósito de despertar na população uma visão crítica, incentivar o sentimento de pertencer ao grupo no quais estão inseridos e motivá-los a unir-se na luta por seus direitos.

Enfim, foi evidente a importância e a contribuição das atividades socioeducativa na sala de espera para os usuários da UBS do Bairro das Cidades I, pois socializamos e democratizamos informações importantes sobre os direitos que são pertinentes ao cidadão e/ou usuário, com temas relativos à universalidade, promoção, integralidade e intersetorialidade da/na saúde, ao tornar evidente seu novo conceito garantido na Constituição Federal de 1988, onde a mesma não significa apenas a ausência de doença, mas está atrelada ao complexo econômico, político e social. Cientes que essa é uma das atribuições do AS reconhecida como foco da sua atuação também na saúde, seja de forma coletiva ou individual.

SISTEMATIZANDO O TRABALHO SOCIOEDUCATIVO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE BAIRRO DAS CIDADES I

ABSTRACT

This Course Completion Work (TCC), presented as an article, aims to present the systematization of the actions developed in the Mandatory Internship in Social Work, carried out from August/2014 to November/2015, at the Basic Health Unit (UBS) in the district of Cities I, municipality of Campina Grande-PB. The experience of the stages of the internship, especially the period of characterization of the field, led us to realize that the users were idle while waiting for the attendance in the waiting room and the need to strengthen actions aimed at politicizing the health issue. In view of these findings, we identified the need to develop a work of socio-educational actions aimed at the socialization and democratization of information together with themes that focus on health as a right of everyone and the duty of the State and its expanded concept. In order to do so, we developed a plan of action with some activities such as talks, posters and folders worked in the waiting room because we believe that in addition to optimizing the waiting time we would also contribute to the users by placing them as an active subject in the fight guaranteed access to health services. In the end, we learn that socio-educational that the Worker's Social contributes to reinvigorating the critical view of the professionals involved and awakens in the user the feeling of bond in the struggle for health.

Keywords: Health Policy. Basic Health Unit. Social Servic.

REFERÊNCIAS:

BARROCO, M. L.S.; TERRA, S. H. **Código de Ética do/a Assistente Social comentado**. CFESS (org.). São Paulo, Cortez, 2012.

BERNARDINO E. F.; BRASILEIRO, J. A.; VASCONCELOS, K.E.L.; CAVALCANTE, L.P.; RIBEIRO, S.P. O cotidiano profissional do Assistente Social no Programa Saúde da Família em Campina Grande. In: **Revista Katálasys**, n.2, v.8, jul./dez 2005.

BERTOLOZZI, M. R.; GRECO, R.M. As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.30, n.3, p.380-398, dez.1996.

BORLINI, L. M. Há pedras no meio do caminho do SUS- os impactos do neoliberalismo na saúde do Brasil. **Revista Textos e Contextos**. Porto Alegre, v.9, n.2, p.321-333, ago./dez.2010.

BOSCHETTI, I. Os custos da crise para a política social. In: BOSCHETTI, I. **Capitalismo em crise, política social e direitos**. São Paulo: Cortez, 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Lei 8.080 de 19/09/1990** Brasília, 1990. Disponível em:
<http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080_190990.htm>. Acesso em: 08/09/2016.

_____. Ministério da Saúde. **Coletânea de Normas para o Controle Social no Sistema Único de Saúde**. Brasília. 2006. Disponível em:
<<http://www.sindsaude.org.br/download/documentos/coletanea.pdf>>. Acesso em: 08/09/2016.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **As Redes de Atenção à Saúde**. Brasília, 2010. Disponível em:
http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_ras.php. Acesso em: 29/09/2016.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Renovação da Atenção Primária em saúde nas Américas**. Documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde e Organização Mundial da Saúde. Brasília, 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas**. Brasília, Ministério da Saúde, 2000.

BRAVO, M. I. S. As políticas brasileiras de seguridade social: saúde. In: **Capacitação em Serviço Social e Política Social**. Módulo 3, UNB/CEAD. Brasília: 2000.

_____. M. I. S.; CORREIA. M. V.C. Desafios do controle social na atualidade. In: **Revista Serviço Social e Sociedade**. São Paulo: Cortez. n.109, p.126-150, jan./mar.2012.

_____. M. I. S. MENEZES, J.S. B de. A saúde nos governos Lula e Dilma: algumas reflexões. In: BRAVO, M.I. S; MENEZES, J.S.B.de. **Saúde na atualidade**: por um sistema de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade. Rio de Janeiro: UERJ, rede Sirius, 2011.

CABRAL, M. do S. R. As políticas brasileiras de seguridade social: Previdência Social. In: **Capacitação em Serviço Social e Política Social**. Módulo 3. Brasília, UNB/CEAD. Brasília, 2000.

CARNEIRO, T.S. **A estratégia saúde da família em Campina Grande /PB**. Dissertação de Mestrado. UFPE, Recife. 2011.

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS EM SAÚDE- CEBES. Plenária da saúde em defesa da democracia e do SUS, Núcleo DF. Publicado em 06/06/2016. Disponível em: <<http://cebes.org.br/2016/06/plenaria-da-saude-em-defesa-da-democracia-e-do-sus-nucleo-df/>>. Acesso em: 08/09/2016.

CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. **Resolução Nº 383/99**. Caracteriza o assistente social com profissional da saúde. Brasília, 1999. Disponível em <http://www.cfess.org.br>. Acesso em 02/11/2016.

_____. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde**. Brasília. 2009.

FRANCO, T.B. MERHY. E.E. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: HUCITEC, 2007, p.55-124.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.H.M.; Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L et al (orgs). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro; Fiocruz, 2008.

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

LESSA, A. P. G. O trabalho do assistente social no SUS: desafios e perspectivas. In: COSTA, L. F. A.; LESSA, A. P. G. (org). **O serviço social no Sistema Único de Saúde**. Fortaleza, UECE, 2003. p. 65-79.

MATOS, M.C. de. No rastro dos acontecimentos: a política de saúde no Brasil. In: DUARTE, J.de O. (et al). **Política de saúde hoje: interfaces e desafios no trabalho dos assistentes sociais**. Campinas, SP: Papel Social, 2014.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Programa Saúde da Família: Contradições e novos desafios. In: **Congresso Paulista de Saúde Pública**. Anais. São Paulo: Associação Paulista de Saúde Pública, 2000. p. 145-154.

MOTA, A. E. Crise contemporânea e as transformações na produção capitalista. In: **Serviço Social: direitos e competências profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

OLIVEIRA, L.C. A seguridade social brasileira como sistema de proteção social “inacabado”. In: COSTA, L.F. A de; LESSA. A.P.G. **O serviço social no sistema único de saúde**. UECE, fortaleza, 2003.

_____. M.A.C.; PEREIRA. I.C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. In: **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, vol.66. p. 158-64. set. 2013.

RIZOTTI, M. L. A. **A construção do sistema de proteção social no Brasil: avanços e retrocessos na legislação social**. Mimeo, s/d.

SILVA, A. A. As relações Estado-sociedade e as formas de regulação social. In: **Capacitação em Serviço Social e Política Social**. Módulo 2. Brasília, UNB/CEAD, 2000.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre a necessidade de saúde, serviços e tecnologias**. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002.

VASCONCELOS, E. M. In: *Physis: Revista Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 14, 2004.

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

_____. K.E.L.; SCHMALLER, V.P.V. Estratégia saúde da família: foco da disputa entre projetos sanitários no Brasil. In: **Revista Sociedade em Debate**, Pelotas, n. 17, p. 89-118, jan./jun.2011.