



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

**FIAMA DE CASTRO AZEVEDO DIAS**

**ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA A PARTIR DO  
MAPEAMENTO DAS INSTITUIÇÕES QUE ATENDEM PESSOAS COM DEFICIÊNCIA  
NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE-PB.**

**CAMPINA GRANDE-PB  
2017**

**FIAMA DE CASTRO AZEVEDO DIAS**

**ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA A PARTIR DO  
MAPEAMENTO DAS INSTITUIÇÕES QUE ATENDEM PESSOAS COM DEFICIÊNCIA  
NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE-PB.**

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

Área de concentração: Serviço Social

Orientador: Prof. Ms. Willian Almeida de Lacerda

**CAMPINA GRANDE-PB  
2017.**

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

D541e Dias, Fiana de Castro Azevedo.  
Estratégia saúde da família [manuscrito] : um relato de experiência a partir do mapeamento das instituições que atendem pessoas com deficiência no município de Campina Grande-PB. / Fiana de Castro Azevedo Dias. - 2017.  
31 p. : il. colorido.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, 2017.

"Orientação : Prof. Me. Willian Almeida de Lacerda, Coordenação do Curso de Serviço Social - CCSA."

1. Política de saúde. 2. Pessoa com deficiência . 3. Sistema único de saúde. 4. Assistência à saúde . 5. Programa saúde da família .

21. ed. CDD 362.4

**FIAMA DE CASTRO AZEVEDO DIAS**

**ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA A PARTIR DO  
MAPEAMENTO DAS INSTITUIÇÕES QUE ATENDEM PESSOAS COM DEFICIÊNCIA  
NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE-PB.**

Artigo apresentado ao Programa de Graduação em Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Área de concentração: Serviço Social,

Aprovada em: 12/12/2017.

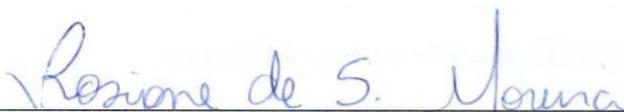
**BANCA EXAMINADORA**



Prof<sup>o</sup>. Ms. Willian Almeida de Lacerda (Orientador)  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

---

Prof<sup>a</sup>. Ms. Thereza Karla de Souza Melo  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof<sup>a</sup>. Ms. Rosiane de Souza Moreira  
Assistente Social e Supervisora de Campo do Estágio

Ao meu pai, Euclides (*In memoriam*), ao meu avô Severino Azevedo (*In memoriam*), a minha amada vovó Dulcineia e a maravilhosa mainha, Guia Azevedo, pela dedicação, companheirismo e amizade, DEDICO.

## AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço a Deus e a Nossa Senhora, que sempre me deram forças para continuar, para acreditar, para sonhar e alcançar. Protegeram-me dos perigos diários e mantiveram firme a minha fé.

Agradeço a minha mãe, por ser minha fortaleza, meu exemplo. Admiro-a por ter o coração repleto de amor e bondade, agradeço ainda, por ter me guiado para o caminho certo.

Agradeço também ao meu irmão, pelos anos em que moramos juntos, por todos os dias ir me buscar na integração tentando me proteger das noites perigosas da amada Campina. Agradeço pelo amor fraterno.

Agradeço ao meu pai (*In memoriam*): mesmo sem tê-lo conhecido, fez-se presente como bom marido, bom pai enquanto pôde e que ainda permanece presente como luz em minha vida.

Agradeço a toda a minha família, por ser sinônimo de união, em especial a minha avó Dulcineia, minha Tia Zezé e Tia Lola, minha afilhada Júlia, minhas primas, notadamente Janaína e Aline, meus primos e tios, de sangue e de coração.

Agradeço ao meu namorado, por todo apoio e companheirismo em todos os momentos.

Agradeço a minha amada vira-lata Pepita, por todo companheirismo e em especial nas noites em que escrevia o TCC.

Agradeço aos meus amigos de infância, de adolescência e da fase adulta, em especial a minha “turminha” da Universidade, notadamente Simone, Cecília, Angel, Igor, Zinaldo e Ricardo.

Agradeço a minha cunhada, por ter me cedido seu computador quando mais se fez necessário para concluir o TCC.

Agradeço à Universidade Estadual da Paraíba e aos professores que, por felicidade, cruzaram meu caminho.

Agradeço ao meu Orientador e Supervisor Acadêmico, Professor Willian Almeida, por toda dedicação, ensinamentos e comprometimento.

Agradeço ainda, a minha Supervisora de Campo, Rosiane de Souza, por toda dedicação, paciência, ensinamentos e comprometimento. Estendo meus agradecimentos às equipes das Unidades Básicas Monte Santo e Bonald Filho.

E, por fim, agradeço a minha banca examinadora que se dispuseram a se fazer presente nesse momento.

“A história da sociedade até aos nossos dias é a história da luta de classes.” (Karl Marx)

## SUMÁRIO

1	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	07
2	<b>FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	09
2.1	<b>Aspectos Históricos a partir da Constituição Federal de 1988 à Conjuntura atual</b> .....	09
2.1.1	<i>A Política da Saúde no contexto do Sistema Único da Saúde</i> .....	12
2.1.2	<i>A Estratégia Saúde da Família no Brasil: a realidade de Campina Grande-PB</i> .....	16
2.1.3	<i>A estratégia saúde da família e sua interface com a rede de atendimento à pessoa com deficiência</i> .....	19
2.1.4	<i>Apresentação e discussão do Relato de Experiência na Estratégia Saúde da Família das Unidades Básicas de Saúde “Monte Santo” e “Bonald Filho”, em Campina Grande- PB</i> .....	22
3	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	28
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	29
	<b>ANEXO A – FOLDER</b> .....	26
	<b>ANEXO B - FLUXOGRAMA</b> .....	27

# A SAÚDE DA FAMÍLIA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA A PARTIR DO MAPEAMENTO DAS INSTITUIÇÕES QUE ATENDEM ÀS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE-PB.

Fiana de Castro Azevedo Dias<sup>1</sup>

## RESUMO

O presente artigo apresenta o relato de experiência do estágio Supervisionado do Curso de Serviço Social nas Unidades Básicas de Saúde da Família Monte Santo e Bonald Filho, ambas no bairro Monte Santo em Campina Grande-PB, que objetivou em contribuir para a socialização dos direitos e dos serviços destinados às pessoas com deficiência. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica a partir de um relato de experiência, tendo como resultados a facilitação de acesso às informações e o conhecimento dos serviços destinados à pessoa com deficiência, auxiliando também como fonte de trabalhos futuros que tratem do tema exposto.

**Palavras – Chave:** UBSF. Intervenção. Pessoa. Deficiência.

## 1 INTRODUÇÃO

De acordo com Costa (2000) no Brasil, a inserção dos assistentes sociais nos serviços de saúde foi facultada pelo reconhecimento social da profissão e pelo conjunto de necessidades que emergiram a partir das condições históricas sob as quais a saúde pública se desenvolveu neste país. Além disso, Costa (2000) complementa que a partir da década de 1990, a implementação do SUS, vai exigir novas formas de organização no processo de trabalho em saúde, a parit das reivindicações históricas do movimento sanitário, tendo como diretrizes a universalização, a descentralização e a participação popular.

A ideia dessa pesquisa surge justamente como uma proposta de mapear uma Rede de Serviço para pessoa com deficiência, para que a mesma possa conhecer e ter acesso aos serviços disponíveis no Município, bem como a realização de trabalhos articulados com a população usuária, na luta pela garantia dos direitos sociais, na construção de novos sujeitos cidadãos e é relevante

---

<sup>1</sup> Aluna de graduação do Curso de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) – Campus I.  
Email: fiamazevedo@hotmail.com

considerar a importância da sociabilização do presente artigo para a comunidade, para as Instituições e para a Secretária de Saúde, órgão gestor para a política de Saúde no Município de Campina Grande-PB.

Como prioridade, também destacaremos a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência, que orienta as ações do setor de saúde, voltadas a esse segmento populacional. Também adotaremos o conceito fixado pelo Decreto nº 3.298/99 que considera como pessoa portadora de deficiência,

Aquele que apresenta, em caráter permanente, perdas ou anormalidades de sua estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica, que gerem incapacidade para o desempenho de atividades dentro do padrão considerado normal para o ser humano. (DECRETO 3.298/99-ARTIGO 3º).

A prática da integração social tem sido substituída pela prática da inclusão social, que parte do princípio de que, para que haja inserção de todas as pessoas, a sociedade precisa se modificar para conseguir atender as necessidades de todos. Assim, incluir socialmente as pessoas portadoras de deficiências significa possibilitar a todas, o acesso aos serviços públicos, aos bens culturais e aos produtos decorrentes do avanço social, político, econômico e tecnológico da sociedade, respeitando as necessidades próprias da sua condição. (BRASIL, 1999).

Para melhor compreensão do conteúdo abordado, o trabalho está estruturado em nove itens: a introdução, onde apresenta o trabalho, os objetivos e a justificativa do mesmo. O ponto dois é abordado os aspectos históricos a partir da Constituição Federal de 1988 à conjuntura atual. No item três é enfatizado sobre a Política de Saúde no Contexto do Sistema Único de Saúde. Em seguida, item quatro, trata-se sobre a Estratégia Saúde da Família no Brasil: a realidade de Campina Grande-PB. No item cinco, trata-se sobre a Estratégia Saúde da Família e sua interface com a rede de atendimento à pessoa com deficiência. No item seis é abordada a Apresentação e discussão do Relato de Experiência na Estratégia Saúde da Família das Unidades Básicas de Saúde “Monte Santo” e “Bonald Filho” - em Campina Grande-PB. Por fim, a metodologia do trabalho, as considerações finais e referências utilizadas na elaboração do trabalho.

## **2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

### **2.1 Aspectos Históricos a partir da Constituição Federal de 1988 à Conjuntura atual**

Com a Constituição Federal de 1988 é estabelecida a saúde como direito de todos e dever do estado, formando a base para o sistema público e universal atual.

Sabe-se que antes da promulgação da Constituição Federal de 1988, os serviços da saúde eram destinados apenas a determinados grupos, aqueles que poderiam de alguma forma contribuir, ficando sem os serviços, os indivíduos que não possuíam condições financeiras para recebê-los.

A Constituição Federal de 1988 estabelece a saúde como direito de todos e dever do estado e em seu art. 196, preconiza que a saúde deve ser direito:

Garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988, p.58).

Ao reconhecer a saúde como direito social fundamental, o Estado obrigou-se a prestações positivas, e, por conseguinte, à formulação de políticas públicas sociais e econômicas destinadas à promoção, à proteção e à recuperação da saúde.

A Constituição Federal de 1988, no seu Art. 6º, estabelece como direitos sociais fundamentais a educação, a saúde, o trabalho, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção a maternidade e a infância, com objetivo de garantir o bem-estar e a justiça social.

O direito à saúde figura entre os mais debatidos da Constituição, nos âmbitos acadêmico, doutrinário e judicial. A proteção constitucional à saúde seguiu a trilha do Direito Internacional, abrangendo a perspectiva promocional, preventiva e curativa da saúde, impondo ao Estado o dever de tornar possível e acessível à população o tratamento que garanta senão a cura da doença, ao menos, uma melhor qualidade de vida.

A Constituição Federal não se limitou a construir apenas uma organização para garantir o direito à saúde. Para que houvesse de fato a concretização do Sistema Único de Saúde (SUS), foram elaboradas as Leis específicas da Saúde. Nesse propósito, foi criada a Lei Federal 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as atribuições e funcionamento do Sistema Único de Saúde.

O Art.198 da Constituição de 1988 estabelece que:

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade.

A Lei Federal 8.142, de 28 de dezembro de 1990, por sua vez, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

Sobre o financiamento do Sistema Único de Saúde a partir da Constituição Federal, será de responsabilidade da Seguridade Social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.

A Constituição Federal apresenta em seu Ato, como pontos essenciais:

As necessidades individuais e coletivas são consideradas de interesse público e o atendimento um dever do Estado; a assistência médico-sanitária integral passa a ter caráter universal e destina-se a assegurar a todos o acesso aos serviços; estes serviços devem ser hierarquizados segundo parâmetros técnicos e a sua gestão deve ser descentralizada”. Estabelece, ainda, que o custeio do Sistema deverá ser essencialmente de recursos governamentais da União, estados e municípios, e as ações governamentais submetidas a órgãos colegiados oficiais, os Conselhos de Saúde, com representação paritária entre usuários e prestadores de serviços. (BRASIL, 1988, p. 58).

Então, a partir da promulgação da Constituição Federal, a sociedade poderia ter acesso aos serviços de saúde, a participar dos serviços de prevenção, de assistência, fiscalizar e denunciar aos órgãos competentes. A população também poderia ter possibilidades de participação em processos seletivos, particularmente, os agentes comunitários de saúde e os agentes de combates às endemias, para exercerem seus cargos. As redes privadas também poderiam participar do Sistema Único de Saúde, a partir de convênio estabelecido com o direito público.

A lei ainda determina requisitos para facilitação de órgãos, substâncias humanas e tecidos para transplantes, tratamentos e pesquisas, além do controle e fiscalização dos produtos, equipamentos, procedimentos e outros insumos, que sejam de importância para os serviços de saúde.

Assim sendo, as melhorias no âmbito da saúde se deram a partir da Constituição Federal de 1988, a Constituição Cidadã. Mas, na atual conjuntura vemos a criação da PEC 55, que, segundo o governo é a melhor saída de melhorar a crise, pois com isso diminuiria o dinheiro que o país gasta em todas as áreas. Ela é conhecida como PEC do Teto porque impõe um limite de gastos ao governo durante 20 anos. A PEC determina que os gastos do governo só poderão aumentar de acordo com o aumento da taxa de inflação. Caso a inflação esteja alta, mais dinheiro será gasto. Se estiver baixa, esse valor não aumenta. Ou seja, todos os órgãos federais (incluindo os ministérios) só poderão aumentar o seu orçamento de acordo com a inflação. Na prática, isso quer dizer que o

governo vai manter os orçamentos de todas as áreas congeladas a partir de por duas décadas, e, só se poderá gastar mais caso haja aumento na inflação.

A PEC 55 traz desmontes para a saúde e a educação no sentido de que muda a regra que existia (e é determinada pela Constituição), que obriga o Estado brasileiro a investir a 13,2% de sua receita em saúde e 18% em educação, no mínimo, se essa regra nova regra da PEC 55 estivesse valendo desde 2005, cerca de R\$ 350 bilhões teriam deixado de ir para a educação. O governo limitou os gastos por um longo período de tempo, alegando que isso ajudará a recuperar a economia do país.

#### Explicação da Ementa:

Institui o Novo Regime Fiscal no âmbito dos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social da União, que vigorará por 20 exercícios financeiros, existindo limites individualizados para as despesas primárias de cada um dos três Poderes, do Ministério Público da União e da Defensoria Pública da União; sendo que cada um dos limites equivalerá: I - para o exercício de 2017, à despesa primária paga no exercício de 2016, incluídos os restos a pagar pagos e demais operações que afetam o resultado primário, corrigida em 7,2% e II - para os exercícios posteriores, ao valor do limite referente ao exercício imediatamente anterior, corrigido pela variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA. Determina que não se incluem na base de cálculo e nos limites estabelecidos: I - transferências constitucionais; II - créditos extraordinários III - despesas não recorrentes da Justiça Eleitoral com a realização de eleições; e IV - despesas com aumento de capital de empresas estatais não dependentes. (PEC nº55, 2016).

Na atual conjuntura vivenciam-se mudanças nas políticas públicas até aqui conquistadas, além da PEC 55, tem-se uma proposta de atualização na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), abordaremos mais no parágrafo a seguir.

A PNAB tem como objetivo reforçar a estratégia Saúde da Família como modelo prioritário para ampliação e resolutividade da Atenção Básica, respeitando as diferentes realidades de cada região. A nova proposta deve ampliar a resolutividade na Atenção Básica, que, atualmente, soluciona cerca de 80% dos problemas de saúde da população, diminuindo a busca por atendimentos na rede de urgência e emergência. O gestor poderá compor a equipe das Unidades Básicas de Saúde (UBS) de acordo com a realidade e necessidade do município, ampliando o acesso a serviços básicos de saúde para toda a população brasileira. Outra ação prevista na reforma é facilitar o atendimento ao cidadão em todas as unidades de saúde. Atualmente, o acompanhamento do usuário é vinculado ao endereço da sua residência. A mudança permitirá o tratamento do usuário em mais de uma unidade, podendo ser próximo da sua casa, do trabalho, ou outra UBS de sua escolha. Vale destacar que, com a implantação do Prontuário Eletrônico em todas as UBS, a população poderá ser atendida em qualquer unidade de saúde.

Em contrapartida, a PNAB não vem com o objetivo de reforçar a Estratégia Saúde da Família, mas, criar outra estratégia que caminhará para a extinção da Estratégia Saúde da Família e dos Agentes Comunitários de Saúde que vem se mostrando eficientes, no contexto atual de cortes dos gastos com essa nova Política significará menos investimentos para Estratégia Saúde da família, que vem dando certo.

Neste contexto de regressão e desmonte de direitos na Política de Saúde, será dado ênfase no Sistema Único de Saúde.

### ***2.1.1 A Política da Saúde no contexto do Sistema Único da Saúde***

A Criação do Sistema Único de Saúde (SUS, doravante) deu-se através da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes”.

Há um tempo, a saúde era considerada apenas como a ausência de doenças, o que levou a uma situação não apenas de doenças, mas da insatisfação da população com a falta de comprometimento profissional e a baixa qualidade nos serviços. Devido a esse cenário, foram elaborados elementos para serem os condicionantes da saúde: considerar o meio físico, a exemplo da alimentação, da habitação, considerar o meio socioeconômico cultural, por exemplo, emprego e renda e garantir o acesso do usuário aos serviços de saúde, de forma justa e igualitária. Ou seja, de acordo com a nova concepção de saúde, compreende-se que “os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país”. (LEI 8.080, ART. 3º).

Compreende-se o SUS como o conjunto de todas as ações e serviços de saúde prestados por instituições públicas: federal, estadual e municipal. Em todo o País, o SUS deve ter a mesma forma organizacional e a mesma doutrina, sendo um conjunto de elementos doutrinários e de organização do sistema de saúde: os princípios da universalização, da equidade, da integralidade, da descentralização e da participação popular.

No Sistema único de Saúde, concentram-se os princípios doutrinários e os princípios organizativos. Entre os princípios doutrinários, de acordo com o Sistema Único de Saúde e o Ministério da Saúde (BRASIL, 2000), são assegurados:

- **Universalização:** a saúde é um direito de cidadania de todas as pessoas e cabe ao Estado assegurar este direito, sendo que o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as

peçoas, independentemente de sexo, raça, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais.

- **Equidade:** o objetivo desse princípio é diminuir desigualdades. Apesar de todas as pessoas possuem direito aos serviços, as pessoas não são iguais e, por isso, têm necessidades distintas.
- **Integralidade:** este princípio considera as pessoas como um todo, atendendo a todas as suas necessidades. O princípio de integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, para assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos.

Entre os princípios doutrinários que trata de concretizar o SUS na prática, conforme o Sistema Único de Saúde e o Ministério da Saúde (2000) estabelece-se a:

- **Regionalização e Hierarquização:** os serviços devem ser organizados em níveis crescentes de complexidade, circunscritos a uma determinada área geográfica, planejados a partir de critérios epidemiológicos, e com definição e conhecimento da população a ser atendida. A regionalização é um processo de articulação entre os serviços que já existem, visando o comando unificado dos mesmos. Já a hierarquização deve proceder à divisão de níveis de atenção e garantir formas de acesso a serviços que façam parte da complexidade requerida pelo caso, nos limites dos recursos disponíveis numa dada região.
- **Descentralização e Comando Único:** descentralizar é redistribuir poder e responsabilidade entre os três níveis de governo. Com relação à saúde, descentralização objetiva prestar serviços com maior qualidade e garantir o controle e a fiscalização por parte dos cidadãos. No SUS, a responsabilidade pela saúde deve ser descentralizada até o município, ou seja, devem ser fornecidas ao município condições gerenciais, técnicas, administrativas e financeiras para exercer esta função. Para que valha o princípio da descentralização, existe a concepção constitucional do comando único, onde cada esfera de governo é autônoma e soberana em suas decisões e atividades, respeitando os princípios gerais e a participação da sociedade.
- **Participação Popular:** a sociedade deve participar no dia-a-dia do sistema. Para isto, devem ser criados os Conselhos e as Conferências de Saúde, que visam formular estratégias, controlar e avaliar a execução da política de saúde.

O SUS deve ser considerado a maior conquista da Constituição de 1988, um avanço quanto ao conceito de saúde e aos serviços oferecidos, no sentido de tornar os serviços universais e de descentralizá-los.

Com todos os avanços trazidos com o SUS, pode-se considerar um valor positivo, conforme aponta Heller:

[...] pode-se considerar valor tudo aquilo que, em qualquer das esferas e em relação com a situação de cada momento, contribua para o enriquecimento daquelas componentes essenciais; e pode-se considerar desvalor tudo o que direta ou indiretamente rebaixe ou inverta o nível alcançado no desenvolvimento de uma determinada componente essencial. (HELLER, 1992, p. p. 4-5).

O SUS é um Sistema singular no Mundo, que garante acesso igualitário, universal e integral, desde atendimentos ambulatoriais até os transplantes de órgãos, é também o único sistema que oferece o tratamento contra o câncer gratuito. A partir da implementação do SUS, todos os Estados e Municípios devem possuir conselhos de saúde com representantes do utente do SUS, dos que prestam serviço, dos profissionais de saúde e dos gestores.

Com a execução do Pacto pela Saúde, que se entende como reformas Institucionais do SUS, pactuadas entre as três esferas (União, Estados e Municípios), que tem como objetivo promover mudanças inovadoras nos processos de gestão, almejando alcançar maior eficiência no SUS e torna as responsabilidades para o gestor municipal, onde o mesmo irá possuir a integridade das ações e serviços de saúde oferecidos em sua extensão.

O financiamento do Sistema Único de Saúde é de responsabilidade em maior parte, da União e em outra parte os Estados e Municípios.

Alguns Municípios não possuem todos os serviços oferecidos pelo SUS, devido a isso, faz-se uma rede com outros Municípios que oferecem os serviços para que seja possível um atendimento integral de saúde à população, tendo de pactuar a negociação desses atendimentos com o gestor Estadual.

É necessário que a Atenção Básica de Saúde possua estrutura e uma equipe completa e que trabalhe com a intersetorialidade, pois, é na Atenção Básica que encontra-se o primeiro contato com o usuário e as orientações necessárias, a partir dela, os usuários serão encaminhados para outros serviços de maiores complexidades.

Em relação à distribuição de medicamentos, o Ministério da Saúde postula que:

Os medicamentos básicos são adquiridos pelas secretarias estaduais e municipais de saúde, dependendo do pacto feito na região. A insulina humana e os chamados medicamentos estratégicos incluídos em programas específicos, como Saúde da Mulher, Tabagismo e Alimentação e Nutrição são obtidos pelo Ministério da Saúde. Já os medicamentos excepcionais (aqueles considerados de alto custo ou para tratamento continuado, como para pós-transplantados, síndromes – como Doença de Gaucher e insuficiência renal crônica) são comprados pelas secretarias de saúde e o ressarcimento a elas é feito mediante comprovação de entrega ao paciente. Em média, o governo federal repassa 80% do valor dos medicamentos excepcionais, dependendo dos preços conseguidos pelas secretarias de saúde nos processos licitatórios. Os medicamentos para DST/Aids são comprados pelo ministério e distribuídos para as secretarias de saúde. (BRASIL, 2006, p. 6).

É importante ressaltar que grande parte das conquistas obtidas pelo e para o SUS deve-se às reivindicações por parte da sociedade e ao movimento que ficou conhecido como o “Movimento Sanitarista” que eram representados por secretários municipais nas Conferências Municipais de Saúde e os atos administrativos normativos que foram elaborados nessas Conferências tornaram-se então, parâmetros que foram inscritos na Constituição de 1988. Também convém ressaltar que o SUS comporta um grande volume de participação social, devido ao funcionamento democrático e descentralizado com maior êxito nos serviços públicos brasileiros.

O SUS obteve avanços significativos nos governos Lula e Dilma, a exemplo do Programa “Mais Médico”, que veio para fortalecer a Estratégia Saúde da Família, a Atenção Básica e a melhoria nos atendimentos aos usuários do Sistema Único de Saúde. Foi no governo Lula que também mais se investiu em Saúde no Brasil. Mas esse cenário mudou, particularmente no governo Temer, os gastos públicos com a saúde entraram em declínio, o que coloca em risco o Sistema Único de Saúde e o subfinanciamento, que já se verifica no ano de 2018, existirá com mais força e domínio, o que agrava todo o modelo de saúde pública visto até então.

As políticas públicas de saúde estão entre as maiores e melhores na participação da sociedade, mas ainda assim, precisa-se que o aperfeiçoamento na qualidade dos serviços do SUS, nas informações prestadas à sociedade e nas ações inovadoras que venham trazer benefícios para o usuário do Sistema Único de Saúde não parem, não se acomodem, não se desmontem, que seja permanente essa busca.

No ano de 1994 o Programa Saúde da Família foi implantado no Brasil. Em 2011, deixou de ser Programa Saúde da Família e passou a ser Estratégia Saúde da Família, abordaremos mais sobre a Estratégia Saúde da Família no item a seguir.

### **2.1.2 A Estratégia Saúde da Família no Brasil: a realidade de Campina Grande-PB**

A existência do Pacs, Programa de Agentes Comunitários no Brasil, que já abrangia um grande número de Agentes Comunitários de Saúde, facilitou a implantação do Programa Saúde da Família. O Estado da Paraíba foi o primeiro no Brasil a implantar o Programa de Agentes Comunitário de Saúde no Brasil, no Nordeste em 1991.

O Programa Saúde da Família foi implantado no Brasil, no ano de 1994. Em 2011, deixou de ser Programa Saúde da Família e passou a ser Estratégia Saúde da Família, com propósito de organizar a atenção primária e é considerado um dos pilares de sustentação do Sistema Único de Saúde. Este Programa surgiu a partir da indignação da população por falta de acesso aos serviços de saúde.

Os primeiros resultados positivos do Programa Saúde da Família foi a queda da mortalidade infantil, devido ao aumento do percentual das mulheres que passaram a fazer o pré-natal nos três primeiros meses da gestação. Outros resultados positivos dizem respeito aos cuidados com os hipertensos, diabéticos e à ampliação das redes de atenção à saúde, em lugares sem nenhum acesso a esses serviços. Para a implantação do Programa Saúde da Família (PSF), os recursos financeiros eram escassos e transferidos aos Estados e municípios por meio de convênios. Não havia nenhuma estratégia para preparação dos profissionais requeridos.

Com pouco mais de 20 anos de existência, é possível afirmar que a Estratégia Saúde da Família (ESF) configura-se como uma política de Estado, e não mais de governo.

As Equipes da Estratégia Saúde da Família são compreendidas como reorientação do modelo assistencial, preparada mediante a implantação de equipes multiprofissionais nas Unidades Básicas de Saúde. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes e na manutenção da saúde de dada comunidade. A Estratégia Saúde da Família é formada por um médico generalista, enfermeiro (a), técnico (a) de enfermagem, agente comunitário de saúde e pode ainda ser composta por um dentista e um técnico em Saúde Bucal.

A ação na Atenção Básica, porta de entrada do sistema de saúde, inicia-se com o ato de:

Acolher, escutar e oferecer resposta resolutiva para a maioria dos problemas de saúde da população, minorando danos e sofrimentos e responsabilizando-se pela efetividade do cuidado, ainda que este seja ofertado em outros pontos de atenção da rede, garantindo sua integralidade. (BRASIL, 2011, p 3.).

Para que essa definição seja efetivada, é necessário o trabalho em equipe para que os reais cuidados com o usuário sejam oferecidos com responsabilidade. Mas ainda é notória a falta de articulação entre as equipes, dificultando assim o trabalho entre ambas e os serviços ofertados à população. Conforme destaca Francischini (2008):

Essas relações muitas vezes são conflituosas, acarretando a seus membros competitividade, conflitos e hostilidade, situações que podem ser superadas com a construção de um projeto comum em que seja definida a responsabilidade de cada membro, assim como a disposição em ouvir e considerar as experiências uns dos outros, sendo a comunicação a principal ferramenta para que esses conflitos sejam convertidos em crescimento para a equipe e em um trabalho multiprofissional e interdisciplinar que redunde na gestão do cuidado integral do usuário. (FRANCISCHINI; MOURA; CHINELATTO, 2008; BRASIL, 2011).

Sabe-se que a Estratégia Saúde da Família oferece ações de promoção e prevenção à saúde, sendo que, uma grande parte da população só procura os serviços da saúde quando já estão doentes. “Paim (1999) destaca que é a pressão espontânea e desordenada da demanda que condiciona a organização de recursos para a oferta.”

Em outro caso, temos a prática sanitária que conforme “Mendes (1996) é a atenção médica que tem por características a forma curativa e individual de ofertar, tendo o médico como o centro para resoluções de suas demandas.” De acordo com “Paim (1999) sobre o padrão médico-assistencial, é o mais conhecido e prestigiado, apesar de não contemplar o conjunto de problemas de saúde da totalidade da população”.

Conforme citado antes, muitos foram os benefícios que a Estratégia Saúde da Família apresentaram, como a diminuição da mortalidade infantil, a diminuição do número de internações hospitalares, a melhoria do acesso aos serviços, o trabalho em equipe em alguns serviços, a humanização nos serviços, o estímulo para o vínculo entre profissionais e usuários. Mas existem também as dificuldades encontradas na Estratégia, tais como baixos salários para alguns profissionais, um excessivo número de famílias para poucas equipes de atendimento, falta de recursos materiais para atender as demandas.

De posse dessas informações, partiremos para a realidade da Estratégia Saúde da Família no Município de Campina Grande. A Estratégia Saúde da Família foi implantada em Campina Grande no ano de 1994, uma das primeiras cidades a adotá-la.

Desde o primeiro momento, percebem-se resultados positivos. Nessa primeira fase, o enfoque foi dado ao acesso da população aos direitos sociais, a partir daí foi solicitada a

incorporação de Assistentes Sociais às equipes de Estratégia da Saúde, oficializada somente no ano de 2003. No ano de 2003, também teve a inserção do profissional de Saúde Bucal, mesmo sem incentivo financeiro do Ministério da Saúde.

No período inicial de implantação, o Programa contava com cinco equipes, sendo três delas localizadas no Bairro do Pedregal e duas no Bairro do Mutirão. Salientamos, no entanto, que uma dessas últimas equipes posteriormente foi deslocada para o Bairro do Tambor. Os critérios utilizados na seleção dos bairros onde seria implantado o Programa tiveram por base dados epidemiológicos, tais como: altos índices de desnutrição e mortalidade, carência de acesso aos serviços de saúde, entre outros. (CAMPINA GRANDE-PB, 1994, p. 04).

A expansão do Programa foi bastante lenta, tornando-se mais expressiva apenas nos anos de 2001 e 2002, quando foram implantadas mais de 26 novas equipes, privilegiando a cobertura do atendimento da população rural do município. Existem, atualmente, no município 88 equipes, alcançando uma cobertura de 72% da população. (CAMPINA GRANDE-PB, 2008).

No ano de 2008, pretendeu-se ampliar a capacidade determinante da Estratégia Saúde da Família, o departamento de Atenção Básica criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) (BRASIL, 2008).

Os NASFs podem ser compostos por: assistentes sociais, médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas, psicólogos, terapeutas ocupacionais, educadores físicos e farmacêuticos que trabalham de forma intersetorial para construção de melhores resultados nos serviços prestados.

A respeito dos avanços obtidos com a Estratégia Saúde da Família no Município de Campina Grande, conseguiu-se a ampliação do acesso aos serviços de saúde, a diminuição de internações, a humanização e o vínculo entre profissionais e usuários, a melhora na qualidade dos atendimentos, o acesso dos usuários às informações sobre os cuidados à saúde e sobre os direitos ao cidadão, a intersetorialidade nos serviços e a inserção do assistente social e da equipe de saúde bucal na estratégia.

Posteriormente trataremos sobre a Estratégia Saúde da Família e sua relação com a Rede de Atendimento à Pessoa com Deficiência, como ocorre essa interação entre ambas.

### ***2.1.3 A Estratégia Saúde da Família e sua Interface com a Rede de Atendimento à Pessoa com Deficiência.***

No ano de 2011, foram efetivamente implantadas as Redes de Atenção à Saúde (RAS), representando um avanço na organização e nos resultados do Sistema Único de Saúde e a chance de se cumprir o estabelecido pelo princípio constitucional de integralidade a partir da RAS.

No Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta artigos da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, consta no art.7º que: “As Redes de Atenção à Saúde estarão compreendidas no âmbito de uma Região de Saúde, ou de várias delas, em consonância com diretrizes pactuadas nas comissões intergestores”; O artigo 30, por sua vez, dispõe que “As comissões intergestores pactuarão a organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em redes de Atenção à Saúde”.

As RAS têm algumas características próprias, sendo a atenção básica o eixo central para comunicação; centralidade nas necessidades de saúde da população; a responsabilidade por atenção contínua e integral; análise multiprofissional e o compartilhamento de objetivos.

A partir do referencial na Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, discutiu-se sobre algumas temáticas das Redes de Atenção à Saúde na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), em 2011 e 2012. As Redes discutidas foram: Rede Cegonha; Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE); Rede de Atenção Psicossocial (Raps); Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência e a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. (BRASIL, 2010).

Cada Rede possui componentes específicos, a Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência tem como componentes a atenção básica, atenção especializada em reabilitação auditiva, física, intelectual, visual, ostomia e em várias deficiências e atenção hospitalar de emergência e urgência.

A governança das Redes de Atenção à Saúde está descrita na Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, como:

Sistema de governança único para toda a rede com o propósito de criar uma missão, visão e estratégias nas organizações que compõem a região de saúde; definir objetivos e metas que devam ser cumpridos no curto, médio e longo prazo; articular as políticas institucionais; e desenvolver a capacidade de gestão necessária para planejar, monitorar e avaliar o desempenho dos gerentes e das organizações. (BRASIL, 2010, p.1)

A Regulação da Atenção à Saúde visa contribuir com a melhoria do acesso, da integralidade, da qualidade, da resolubilidade e na humanização das ações, sendo uma forma de facilitar o acesso aos serviços e garantir a equidade.

Devido ao aumento gradual da cobertura da Atenção Básica por meio da Estratégia Saúde da família, houve um aumento no número das equipes de atendimentos e também o número de atendimento aos cidadãos.

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção de saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, 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. (BRASIL, 2011, p. 02).

O funcionamento das Unidades Básicas de Saúde através da Estratégia Saúde da Família cresceu bastante, trazendo melhorias no acolhimento aos usuários.

Voltando-se para o atendimento à pessoa com deficiência, a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência faz parte do programa “Viver sem Limite” lançado ao final de 2011, pela Presidente Dilma Rousseff, com o objetivo de implementar novas iniciativas e intensificar ações que, atualmente, já são desenvolvidas pelo governo em benefício das pessoas com deficiência.

A Portaria N° 793 de 24 de Abril de 2012, institui a Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde:

Art. 1º Esta Portaria institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, por meio da criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva, ou estável; intermitente ou contínua, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). (BRASIL, 2012, p. 01.)

Em 2013, o Ministério da Saúde habilitou 102 Centros Especializados de reabilitação. Foram adaptados veículos para o acesso das pessoas com deficiência aos Centros Especializados de Reabilitação, bem como oficinas ortopédicas públicas no mesmo ano. A Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência tem como objetivos:

Ampliar o acesso e qualificar atendimento às pessoas com deficiência no SUS, com foco na organização de rede e na atenção integral à saúde, que contemple as áreas de deficiência auditiva, física, visual, intelectual e ostomias; ampliar a integração e articulação dos serviços de reabilitação com a rede de atenção primária e outros pontos de atenção especializada e desenvolver ações de prevenção de deficiências na infância e vida adulta. (BRASIL, 2012, p. 0 1).

No dia 06 de julho de 2015, foi sancionada a Lei Brasileira de Inclusão (LBI- Lei 13.146), conhecida também como Estatuto da Pessoa com Deficiência, pela presidente Dilma Rousseff, trazendo com o Estatuto vários direitos para a pessoa com deficiência, destinada a assegurar e a promover, em condições de igualdade, o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais por pessoa com deficiência, visando à sua inclusão social e cidadania.

Em 21 de Setembro é comemorado o Dia Nacional de Luta da Pessoa com Deficiência. Na contramão de todos os direitos alcançados pela pessoa com deficiência ao longo da última década, em 2017, com o Governo Temer houve ações que ameaçam os direitos humanos da pessoa com deficiência, uma das quais foi o congelamento dos gastos sociais durante 20 anos, baseadas na Pec 55, fato que trouxe (e trará) influências severas para as políticas públicas, incluindo obviamente, as pessoas com deficiência.

Outro desmonte foi a reforma da Previdência pela PEC 287/2016 e a já aprovada reforma trabalhista que traz alteração, revogação e limitação de vários direitos dessa população, dentre eles a limitação da pensão por morte a familiares com deficiência, a restrição e desfiguração da aposentadoria da pessoa com deficiência da Lei Complementar 142 de 2013.

Aa pessoas com deficiência, além das limitações vividas, ainda sofrem com preconceitos, opressão, violações dos direitos humanos, são vistos (as) como incapazes, pessoas que possuem necessidades especiais, devido a todas essas terminologias ultrapassadas A organização das Nações Unidas considera a pessoa com deficiência, como:

Art. 1º: Pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas. (ONU 2013,p. 01).

Verificou-se vários avanços nas políticas públicas para pessoas com deficiência, apesar de tantos preconceitos, vários espaços foram abertos a eles (as). Infelizmente, vivencia-se um contexto de desmonte dos direitos adquiridos através da luta e pressão dos mesmos, o que se configura como graves perdas das políticas públicas.

No ponto a seguir será explanado sobre a experiência vivenciada no Estágio Supervisionado nas Unidades Básicas de Saúde “Monte Santo” e “Bonald Filho”, em Campina Grande-PB.

#### **2.1.4 Apresentação e discussão do Relato de Experiência na Estratégia Saúde da Família das Unidades Básicas de Saúde “Monte Santo” e “Bonald Filho”, em Campina Grande-PB.**

O presente relato de experiência refere-se ao Estágio Curricular Obrigatório em Serviço Social, realizado entre os anos de 2016 e 2017, durante três semestres letivos da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), nas Unidades Básicas de Saúde da Família Monte Santo e Bonald Filho.

A Unidade Básica de Saúde da Família “Monte Santo” encontra-se localizada no Bairro Monte Santo, em Campina Grande-PB. De acordo com o Censo (2010), o bairro é composto por 7.600 habitantes, sendo representadas 3.527 habitantes do gênero masculino e 4.073 habitantes de população feminina. Ainda conforme o Censo (2010), a maior faixa etária da população está entre 15 e 64 anos e a menor, entre 0 e 4 anos. O Bairro dispõe de Escolas, Unidades Básicas de Saúde, Igrejas, possui um comércio diversificado, entre eles: vestuário, borracharias, padarias, supermercados.

A Unidade Básica de Saúde “Monte Santo” é situada à Rua Agripino Diniz, s/n, fundada em Setembro de 2006, na gestão do Prefeito Veneziano Vital do Rêgo Segundo Neto. Seu horário de funcionamento pela manhã é das 7:00 às 11:00 horas e, à tarde, das 13:00 às 16:30 horas. Dispõe de consultas médicas todos os dias, de atendimento com a Assistente Social, atendimento na farmácia, atendimento com a enfermeira, visitas do Agentes Comunitários de Saúde.

A Assistente Social faz atendimentos aos usuários quatro dias por semana, incluindo atendimentos domiciliares, atendimentos aos usuários do Bolsa Família, atendimento a gestantes, idosos, atendimento à Comunidade em geral e participação em reuniões de equipes. O trabalho exercido pela assistente social é de suma importância para a unidade, facilita e direciona a demanda do usuário para o devido atendimento. Prestando orientação aos indivíduos, grupos e famílias, orientando-os para o acesso a bens e serviços públicos de direito do usuário. A Unidade básica de Saúde tem uma gerente do Distrito, sendo responsáveis pela UBS os profissionais de nível superior (Assistente Social, Médico, Enfermeira).

A UBS é composta por: um médico, uma enfermeira, cinco agentes de saúde (ACS), uma assistente social, uma técnica de enfermagem, uma recepcionista, um porteiro, uma auxiliar de serviços gerais e uma atendente de farmácia. Há, na unidade, quatro salas utilizadas respectivamente por uma assistente social, por um médico, por uma enfermeira e a sala para o dentista, que ainda não está em funcionamento. Além das salas de apoio, que são: a sala da farmácia, a sala de curativo, a sala de vacinação, a sala da recepção, a copa e o banheiro.

A Unidade Básica de Saúde da Família “Bonald Filho” também se localiza no Bairro Monte Santo em Campina Grande-PB, à Rua Antônio Cavalcante. Anteriormente, na sede, funcionava o Centro de Saúde “Bonald Filho”, era uma Instituição Escola, pertencente à Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), onde funcionava o Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC). Foi fundado em 1993, na gestão do Prefeito Félix Araújo Filho. A então Unidade Básica possui natureza pública sendo mantida por recursos Federais e Municipais.

O horário de funcionamento da Unidade Básica de Saúde da Família “Bonald Filho” é de 7:00 às 11:00 horas e, à tarde, das 13:00 às 16:30 horas, sendo formada por duas equipes multiprofissionais, cada uma composta por um médico, uma enfermeira, quatro agentes comunitários de saúde, uma auxiliar técnica de enfermagem, um cirurgião dentista que atende as duas equipes, uma assistente social que atende as duas equipes, um auxiliar de consultório dentário, incluindo também, recepcionista, atendente de farmácia, vigilantes e auxiliar de serviços gerais. A unidade é composta por seis salas, utilizadas respectivamente por um médico, uma enfermeira, dentista, farmácia, sala de reunião e mais uma sala para médico, a assistente social utiliza a sala que está vaga no momento. Além de dois banheiros, uma cozinha, recepção, sala de espera.

Em ambas as Unidades Básicas de Saúde, houve o momento de observação das demandas acompanhadas pela Assistente Social, houve momentos de sala de espera também precedida pelas estagiárias de Serviço Social e, posteriormente, servidos lanches aos usuários, momentos de visitas domiciliares, participação das reuniões de equipe, planejamentos das estagiárias com a Assistente Social, acompanhamento das famílias beneficiárias do Bolsa Família, junto com a Assistente Social, participação de Assembleias do Sindicato dos Trabalhadores Públicos Municipais do Agreste de Borborema (SINTAB), planejamento e criação de um Portfólio com todos os momentos do Estágio em forma de colagens, pesquisas sobre as redes de atenção de saúde para as pessoas com deficiência.

A proposta da criação de uma Rede de Apoio à Pessoa com Deficiência que abrangesse as duas Unidades Básicas de Saúde, foi feita devido a observação realizadas nas Unidades Básicas de Saúde da carência em captar para onde encaminhar os usuários com algum tipo de deficiência, observou-se a necessidade da criação de algo que contribuísse para melhoria nos atendimentos a esse público, situações essas que requerem orientações e encaminhamentos intersetoriais que envolve outras redes que atendam esse público.

É necessário um trabalho em equipe para obter o resultado esperado, conforme Silva (2013):

Uma malha que interconecta e integra os estabelecimentos e serviços de saúde de determinado território, organizando-os sistemicamente para que os diferentes níveis e densidades tecnológicas da atenção estejam articulados e adequados para o atendimento integral aos usuários e promoção da saúde. (SILVA, 2013, p.81).

A partir dessa verificação, nós, enquanto estagiárias, reunimo-nos com a Supervisora de Campo e com o Supervisor Acadêmico para discutirmos o caminho do projeto de intervenção. As atividades interventivas foram desenvolvidas por três estagiárias do curso de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) e coordenadas por dois profissionais: um supervisor acadêmico (Professor da Instituição) e uma supervisora de campo (Assistente Social das referidas Instituições).

Inicialmente, foi realizado um mapeamento das instituições que atendem pessoas com deficiência pelo Sistema Único de Saúde em Campina Grande, totalizando 14 (quatorze) Instituições dentro dos critérios da pesquisa. Após o mapeamento, foi feito o contato com assistentes sociais dessas instituições e/ou com as coordenadoras para que pudessemos marcar um horário de conversa com elas (es) sobre o trabalho de intervenção e o propósito do mesmo.

Para alcançar o objetivo deste trabalho, foram utilizados os métodos qualitativos, bibliográficos e descritivos, foram utilizados aprofundamentos teóricos que extraíram com zelo o tema aqui exposto.

A metodologia desse trabalho se deu a partir de quatro momentos articulados entre si:

- Primeiro momento: Mapeamento das Instituições que atendem pessoas com deficiência pelo Sistema Único de Saúde, no Município de Campina Grande-PB.
- Segundo Momento: Articulação com Assistentes Sociais ou Coordenadoras das Instituições para que fosse apresentada nossa proposta e fizéssemos algumas perguntas sobre a Instituição, enfatizando o público prioritário, critérios para ser usuário e os serviços oferecidos.
- Terceiro Momento: Montagem de um fluxograma que facilitasse o direcionamento de cada tipo de deficiência para a Instituição adequada e também foi planejado e executado um folder informativo com todas as Instituições, seus respectivos públicos, contato, local e a numeração do ônibus mais próximo destas, visando facilitar o acesso dos usuários.
- Quarto momento: Planejamento em equipe, para montar a estrutura do Trabalho de Intervenção, slides, impressões de folders, apresentação e discussão do Trabalho para as

Equipes das Unidades Básicas de Saúde e um momento de confraternização após a discussão.

Foram feitas visitas nas Instituições, aplicado um questionário aberto aos responsáveis por cada local. Posteriormente, foi criado de um folder explicativo (figuras 1) com todas as Instituições, seus respectivos endereços e o público-alvo de cada uma delas e elaborado um fluxograma (Figura 2) separando o tipo de deficiência e os locais de atendimento de cada uma delas.

Logo, o presente projeto de intervenção fez-se necessário em virtude do desconhecimento de uma rede que contribuísse para melhores condições no atendimento e encaminhamento para pessoas com deficiência.

Desse modo, considero o projeto de intervenção positivo, diante da receptividade dos profissionais das unidades básicas de saúde, da melhoria na facilitação dos acessos aos serviços destinados à pessoa com deficiência e também auxiliando como fonte de pesquisa para trabalhos futuros que tratem do tema exposto.

**Figura 1** - Folder explicativo visando à melhoria na facilitação dos acessos aos serviços destinados à pessoa com deficiência.

**SERVIÇO SOCIAL**

**UEPB**

REALIZAÇÃO:  
GRUPO DE ESTAGIÁRIAS  
DE SERVIÇO SOCIAL DA UEPB

Supervisora de Campo  
**Rosiane de Souza Moreira**  
Supervisor Acadêmico  
**Willian Lacerda**  
Estagiárias  
**Ana Cecília Siqueira**  
**Fiana Azevedo**  
**Simone Araújo**

**REDE DE ATENÇÃO  
À PESSOAS COM  
DEFICIÊNCIA NO  
MUNICÍPIO DE  
CAMPINA GRANDE**

**HOSPITAL DOUTOR MAIA**  
FUNCIONA COMO CENTRO DE REFERÊNCIA PARA ATENDIMENTO A USUÁRIOS COM TRANSTORNOS MENTAIS, ALCOÓLICOS E USUÁRIOS DE DROGAS.  
RUA: PRESIDENTE GETÚLIO VARGAS, 442-PRATA  
CONTATO: (83) 3341-3038  
ÔNIBUS: TODOS QUE PAREM NA INTEGRAÇÃO, SERÁ A PARADA MAIS PRÓXIMA

**INSTITUTO DOS CEGOS**  
FUNCIONA COMO CENTRO DE REFERÊNCIA PARA ATENDIMENTO A USUÁRIOS PORTADORES DE DEFICIÊNCIA VISUAL, SEJA PARCIAL OU TOTAL, SENDO PELA MANHÃ O ATENDIMENTO PARA ADULTOS E À TARDE PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES.  
RUA: JOÃO QUIRINO, 33-CATOLÉ  
CONTATO: (83) 3322-1214  
ÔNIBUS: 004 (PRÓXIMO AO LUIZA MOTA)

**APAE - Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais**  
FUNCIONA COMO CENTRO DE REFERÊNCIA PARA ATENDIMENTO A USUÁRIOS PORTADORES DE DEFICIÊNCIA INTELLECTUAL OU MÚLTIPLA.  
RUA: EUTÉCIO VITAL RIBEIRO, 525-CATOLÉ  
CONTATO: (83) 3316-4700/(83) 3337-2684  
ÔNIBUS: 558 E 092 (APÓS AO HEMOCENTRO)

**PEDRO I**  
FUNCIONA COMO CENTRO DE REFERÊNCIA PARA ATENDIMENTO A CRIANÇAS PORTADORAS DA MICROCEFALIA.  
RUA: DOM PEDRO I, S/N- SÃO JOSÉ  
CONTATO: (83) 3315-7306  
ÔNIBUS: 092

**PAPEL MARCHÊ**  
FUNCIONA COMO CENTRO DE REFERÊNCIA PARA ATENDIMENTO A CRIANÇAS QUE APRESENTAM DIFICULDADES DE APRENDIZAGEM, TRANSTORNOS ESCOLARES, CRIANÇAS HIPERTATIVAS E AUTISTAS.  
RUA: GIOVANI G. GIOIA, 172-CRUIZEIRO  
CONTATO: (83) 3063-7887  
ÔNIBUS: 999 A, 245 E 900

**CER-CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO**  
FUNCIONA COMO CENTRO DE REFERÊNCIA PARA ATENDIMENTO A USUÁRIOS COM QUALQUER TIPO DE DEFICIÊNCIA FÍSICA.  
RUA: LUIZA MOTTA, S/N, BODOCONGÓ  
CONTATO: (83) 3333-2838  
ÔNIBUS: 333 E MUTIRÃO

**CERAST - Centro Regional de Reabilitação e Assistência em Saúde do Trabalhador**  
OFERECE SERVIÇOS DE SAÚDE PARA A RECUPERAÇÃO DE TRABALHADORES COM DOENÇAS DE TRABALHO OU VÍTIMAS DE ACIDENTE DE TRABALHO.  
RUA: ALCIDES LEÃO- 595  
BARRIO: SANTA CRUZ  
ÔNIBUS: 220  
CONTATO: (83) 3335-7254

**CACE-CENTRO DE ASSISTÊNCIA DA CRIANÇA EXCEPCIONAL**  
FUNCIONA COMO CENTRO DE REFERÊNCIA PARA ATENDIMENTO A USUÁRIOS PORTADORES DE NECESSIDADES ESPECIAIS, COM DEFICIÊNCIA MENTAL E TAMBÉM AUDITIVA.  
RUA: TAVARES CAVALCANTE, 167-CENTRO  
CONTATO: (83) 3341-3267  
ÔNIBUS: GALANTE OU ALGUM OUTRO QUE PARE NA RODOVIÁRIA VELHA.

**CAPS-VIVA GENTE**  
FUNCIONA COMO CENTRO DE REFERÊNCIA PARA ATENDIMENTO A USUÁRIOS DIAGNOSTICADOS COM TRANSTORNOS MENTAIS. ATENDE CRIANÇAS A PARTIR DE SEIS ANOS DE IDADE E ADOLESCENTES.  
RUA: MARECHAL DEODORO DA FONSECA, 551-PRATA  
CONTATO: (83) 3310-6396  
ÔNIBUS: 333 (PRÓXIMO AO ESTADUAL DA PRATA)

**CAPS REVIVER III**  
FUNCIONA COMO CENTRO DE REFERÊNCIA PARA O ATENDIMENTO A USUÁRIOS COM TRANSTORNOS LIVRE, SEVERO OU PERSISTENTES. ATENDE ADULTOS A PARTIR DE VINTE ANOS A SESSENTA ANOS DE IDADE.  
RUA: PAULO AFONSO- 188  
CONTATO: (83) 3342-7192  
ÔNIBUS: 055 E 555 (PRÓXIMO AO POSTO SÃO LUIZ E DA EMBRAPA)

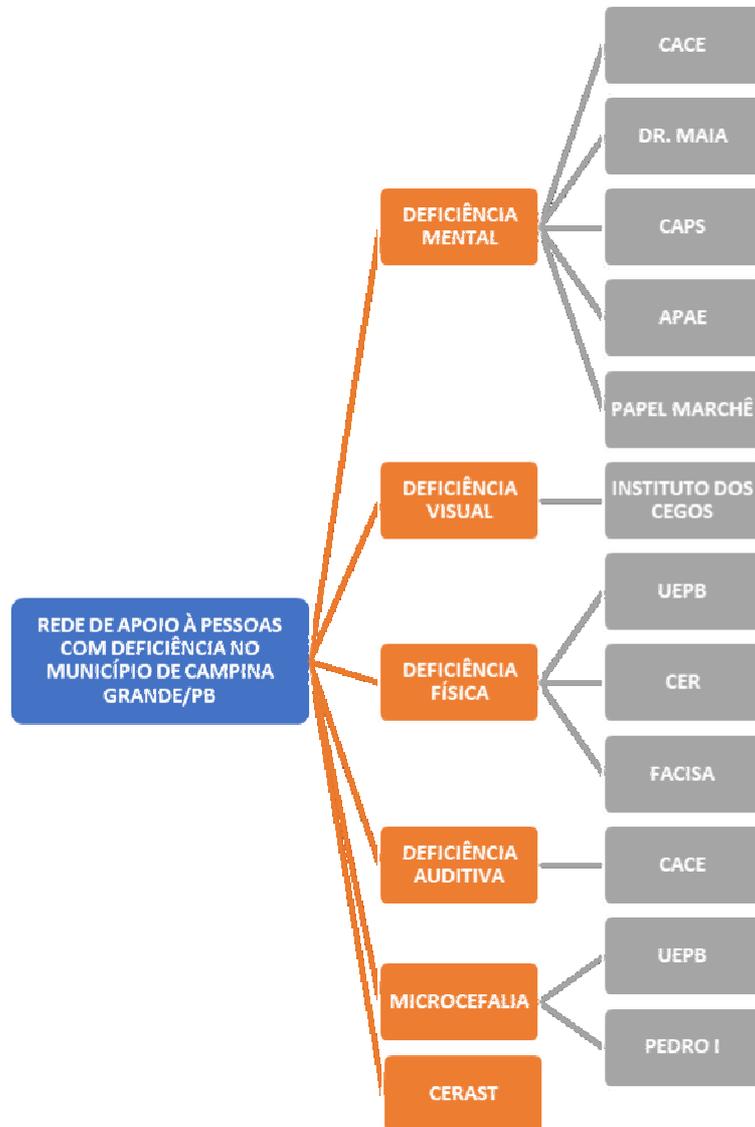
**CAPSI- Centro Campinense de intervenção precoce**  
FUNCIONA COMO CENTRO DE REFERÊNCIA PARA ATENDIMENTO A USUÁRIOS DIAGNOSTICADOS COM TRANSTORNOS MENTAIS. ATENDE CRIANÇAS DE 0 ANOS A QUINZE ANOS DE IDADE.  
AV. RIO BRANCO-100, PRATA  
CONTATO: (83) 33221-7454  
ÔNIBUS: 303 E 333

**UEPB-UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA (CAMPUS DE FISIOTERAPIA)**  
FUNCIONA COMO CENTRO DE REFERÊNCIA PARA ATENDIMENTO A USUÁRIOS PORTADORES DE DEFICIÊNCIA FÍSICA E AS CRIANÇAS PORTADORAS DA MICROCEFALIA.  
RUA: BARÃOVAL, 351-GRANRO UNIVERSITÁRIO  
CONTATO: (83) 3315-3346  
ÔNIBUS: 305, 335, 600 E 245

**FACISA-CLINICA ESCOLA (FISIOTERAPIA)**  
FUNCIONA COMO CENTRO DE REFERÊNCIA PARA ATENDIMENTO A USUÁRIOS PORTADORES DE DEFICIÊNCIA FÍSICA.  
AV. SEM. ARGEMIRO DE FIGUEIREDO, 1901-ITARARÉ  
CONTATO: (83) 2101-6800  
ÔNIBUS: 004 A

Fonte: Acervo da pesquisadora.

**Figura 2** - Fluxograma separando o tipo de deficiência e os locais de atendimento de cada uma delas.



**Fonte:** Acervo da pesquisadora.

Ao final, foi elaborado um slide e realizada a apresentação do trabalho de intervenção para os profissionais das Unidades Básicas de Saúde da Família “Bonald Filho” e “Monte Santo”, ambas em Campina Grande-PB.

### 3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Historicamente, no Brasil, a trajetória do Serviço Social na saúde foi proeminente e produtora, tanto para se tornar reconhecido na equipe multidisciplinar, como nas lutas e movimentos pela garantia da saúde como direito básico de cidadania. Podemos hoje presenciar o assistente social como um profissional indispensável nas equipes de saúde, contribuindo na construção e efetivação de ações de valorização do ser humano e melhoria da qualidade de vida e dignidade das pessoas.

Apesar das políticas sociais estarem organizadas no âmbito legislativo, de forma articulada e intersetorial, vimos que isso ainda é um processo a ser construído e implementado na realidade, nos campos de atenção, nos serviços oferecidos. Partindo do pressuposto de que o processo de saúde/doença engloba diferentes fatores, o seu enfrentamento não deve resumir-se apenas a uma política. Por isso, a importância de se entender que embora a intersetorialidade e integralidade sejam concepções que têm sua origem na saúde, sendo diretrizes do SUS, sejam princípios adotados por outras áreas das políticas sociais, como assistência, trabalho, entre outras, o que já se observa como um processo em desenvolvimento, ainda que de forma incipiente.

É neste sentido que o trabalho do assistente social deve estar direcionado, buscando estratégias que ultrapassem a atuação institucional, de forma a conhecer a realidade enfrentada pelo usuário na sua plenitude, bem como os serviços que são possíveis de serem acessados.

O presente artigo discorreu sobre o relato de experiência do estágio obrigatório em Serviço Social vivenciado nas Unidades Básicas de Saúde da Família “Monte Santo” e “Bonald Filho”, ambas localizadas no Bairro do Monte Santo no Município de Campina Grande-PB.

A intervenção realizada proporcionou um novo aporte para o estudo sobre pessoas com deficiência, proporcionando aos usuários das referidas Unidades Básicas de Saúde da Família uma nova possibilidade de melhores condições e viabilizações de atendimentos para a pessoa com deficiência.

Diante disso, considerando a democratização dos direitos de serviços para os usuários(as), a criação de uma rede de atendimento para as pessoas com deficiência nas Unidades Básicas de Saúde da Família supracitadas, promove melhores condições ao usuário(a) acessar os serviços de saúde.

Considera-se também a oportunidade vivenciada como estagiária de Serviço Social, com supervisão e orientação de uma Assistente Social e a aproximação da intervenção profissional da mesma, adquirindo experiências profissionais que resultarão no cotidiano do trabalho.

Sendo assim, considera-se a intervenção de maneira positiva, tendo em vista que o mesmo contribui para a socialização dos direitos e dos serviços destinados as pessoas com deficiência.

STRATEGY FAMILY HEALTH: A REPORT OF EXPERIENCE FROM THE MAPPING OF INSTITUTIONS THAT SERVE PEOPLE WITH DISABILITIES IN THE MUNICIPALITY OF CAMPINA GRANDE-PB.

## ABSTRACT

This article presents the experience report of the Supervised Internship in the Basic Health Units of the Monte Santo and Bonald Filho Family, both in the Monte Santo neighborhood of Campina Grande-PB, which aimed to contribute to the socialization of rights and services for people with disabilities. It is a bibliographical research based on an experience report, with the results of facilitating access to information and knowledge of services for the disabled, also helping as a source of future work on the subject.

**Keywords:** UBSF. Intervention. Person. Deficiency.

## REFERÊNCIAS

BARRA, Sabrina Alves Ribeiro. **O acolhimento no processo de trabalho em saúde**. Disponível em: <http://www.uel.br>. Acesso em 09 de setembro de 2017.

BRASIL. **Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015**. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Disponível em: <http://www.planalto.gov.br>. Acesso em: 23 agosto de 2017.

\_\_\_\_\_. **Decreto 3.298, de 28 de junho de 2011**. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm). Acesso em: 23 agosto de 2017.

\_\_\_\_\_. **Decreto 7.508, de 20 de dezembro de 1999.** Disponível em: <http://www.cedipod.org.br>. Acesso em: 23 agosto de 2017.

\_\_\_\_\_. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br> Acesso em 09 de setembro de 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Saúde da Família:** uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial Brasília, DF, 1997.

\_\_\_\_\_. **Cartilha Saúde Trabalho.** Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br>. Acesso em 11 de setembro de 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde: **Entenda o SUS.** Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br>. Acesso em 12 de setembro de 2017

\_\_\_\_\_. **Ministério da Saúde.** Disponível em: <http://dab.saude.gov.br>. Acesso em: 13 de setembro de 2017.

\_\_\_\_\_. **Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br>. Acesso em 29 de setembro de 2017.

\_\_\_\_\_. **Estatuto da Pessoa com deficiência.** Disponível em: <https://www2.senado.leg.br>. Acesso em 29 de setembro de 2017.

**IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística).** Disponível em: <http://populacao.net.br>. Acesso em 10 de outubro de 2017.

\_\_\_\_\_. **IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística).** Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br>. Acesso em 16 de outubro de 2017.

\_\_\_\_\_. **PEC 55.** Disponível em: <https://www.portalsaude.saude.gov.br>. Acesso em 29 de novembro de 2017.

MARTINELLI, M.L. **O Serviço Social:** identidade e alienação. São Paulo: Cortez, 1993.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde.** São Paulo: HUCITEC, 1996.

MOURA, Elizângela Santos de. **O direito à saúde na Constituição Federal de 1988**. Disponível em: <https://www.unasus.unifesp.br>, Acesso em 10 de julho de 2017.

PAIM, J. S. **Modelos assistenciais**: reformulando o pensamento e incorporando a proteção e a promoção da saúde. Disponível em <http://www.anvisa.gov.br>. Acesso em 19 de Setembro de 2017.

\_\_\_\_\_. **Serviço Social em hospital – Escola**: Um espaço diferenciado de ação profissional. Serviço Social e Saúde. n. 1. Campinas, 2002.

TRENTINI, M.: PAIM, L. **Uma modalidade convergente-assistencial**. Florianópolis: Editora da UFSC, 1999.

SILVA, S. F.; MAGALHÃES JUNIOR, H. M. **Redes de atenção à saúde: importância e conceitos**. In: SILVA, S. F.. (Org.). **Redes de atenção à saúde: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde**.

COSTA, Maria Dalva H. da. **O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos Assistentes Sociais**. In: Revista Serviço Social e Sociedade nº 62. São Paulo: Cortez, 2000.