



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

HORTÊNCIA BARBOSA CARVALHO

**A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E A QUESTÃO DA EDUCAÇÃO EM
SAÚDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA DAS AÇÕES REALIZADAS NAS
UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DO BAIRRO MONTE CASTELO NO MUNICÍPIO
DE CAMPINA GRANDE –PB.**

CAMPINA GRANDE - PB

2017

HORTÊNCIA BARBOSA CARVALHO

A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E A QUESTÃO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA DAS AÇÕES REALIZADAS NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DO BAIRRO MONTE CASTELO NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE –PB.

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 Bacharela em Serviço Social.

Orientadora: **Prof.^a Ma. Maria do Socorro Pontes Souza**

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.

C331e Carvalho, Hortencia Barbosa.

A estratégia saúde da família e a questão da educação em saúde [manuscrito] : um relato de experiência das ações realizadas nas unidades básicas de saúde do bairro monte castelo no município de Campina Grande –PB / Hortencia Barbosa Carvalho. - 2017.

33 p.

Digitado.

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

"Orientação : Profa. Ma. Maria do Socorro Pontes Souza, Departamento de Serviço Social - CCSA."

1. Política de saúde. 2. Estratégia saúde da família. 3. Educação em saúde. 4. Saúde pública .

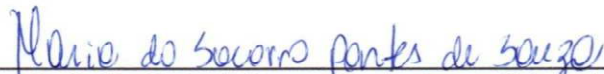
21. ed. CDD 362.1

HORTÊNCIA BARBOSA CARVALHO

A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E A QUESTÃO DA EDUCAÇÃO EM
SAÚDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA DAS AÇÕES REALIZADAS NAS
UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DO BAIRRO MONTE CASTELO NO
MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE –PB.

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

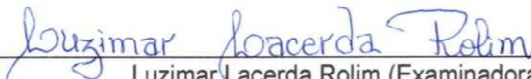
Aprovada em: 21/12/2017.



Profª. Ma. Maria do Socorro Pontes Souza (Orientadora)
Mestre em Serviço Social – UFPB



Profª. Ma. Thereza Karla de Souza Melo (Examinadora)
Mestre em Serviço Social – UFPB



Luzimar Lacerda Rolim (Examinadora)
Assistente social da Estratégia saúde da Família de Monte Castelo
Especialista em Saúde da Família – FACISA

SUMÁRIO

RESUMO	4
1. INTRODUÇÃO	4
2. A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: Algumas considerações	6
3. BREVES CONSIDERAÇÕES SOBRE ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE, ATENÇÃO BÁSICA E ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	12
4. A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E A QUESTÃO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE: Algumas reflexões	14
4.1 A Estratégia Saúde da Família em Campina Grande/PB	16
5. O SERVIÇO SOCIAL NO ÂMBITO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE CAMPINA GRANDE/PB	19
6. SISTEMATIZANDO AS AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE DESENVOLVIDAS NAS UBSs DE MONTE CASTELO	21
6.1 Caracterização do campo de estágio	21
6.2 A intervenção realizada junto aos usuários das Unidades Básicas de Saúde .	23
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	28
ABSTRACT	29
REFERÊNCIAS	32

A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E A QUESTÃO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA DAS AÇÕES REALIZADAS NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DO BAIRRO MONTE CASTELO NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE –PB.

HORTÊNCIA BARBOSA CARVALHO¹

RESUMO

Este Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado em forma de artigo, apresenta o relato de experiência de Estágio Obrigatório em Serviço Social, no período compreendido entre maio de 2016 a junho de 2017 nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) Dr. Antônio Mesquita de Almeida e Horacina de Almeida, ambas situadas no bairro Monte Castelo em Campina Grande – PB. Para elaboração deste artigo fizemos uso da pesquisa bibliográfica e documental, através de livros e artigos científicos voltados à temática aqui abordada, e da descrição da experiência vivenciada no período do Estágio Obrigatório em Serviço Social. A vivência do estágio em consonância com as leituras acadêmicas, nos fez despertar sobre a importância de realizar ações socioeducativas junto à comunidade local, com vistas à socialização de informações juntos aos mesmos com temas voltados a efetivação de direitos sociais. Nesse intuito elaboramos e executamos um plano de ação que apresentou uma metodologia participativa através de salas de espera e rodas de conversa, que possibilitaram a democratização de informações e a troca de saberes entre usuários. As atividades contemplaram os seguintes temas: direitos da criança e do adolescente (ECA) incluindo a discussão sobre a sexualidade na adolescência e as doenças sexualmente transmissíveis; Violência contra a pessoa idosa; SUS; e condicionalidades do Programa Bolsa Família. Ao final apreendemos que a atuação socioeducativa do Assistente Social contribui para revigorar a visão crítica dos profissionais inseridos em tais espaços e despertar no usuário o sentimento de vínculo na luta pelos direitos sociais de cidadania.

Palavras Chave: Política de Saúde. Estratégia Saúde da Família. Educação em Saúde.

1. INTRODUÇÃO

O presente artigo, traz o relato da experiência vivenciada no Estágio Obrigatório em Serviço Social, no período de maio de 2016 a junho de 2017 nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) Dr. Antônio Mesquita de Almeida e Horacina de Almeida, ambas situadas no bairro Monte Castelo em Campina Grande – PB.

¹ Aluna de Graduação em Serviço Social na Universidade Estadual da Paraíba – Campus I.
E-mail: hortencia_hbc@hotmail.com

Conscientes da importante conquista que foi tornar a saúde um direito de todos e dever do Estado, a partir da Constituição Federal de 1988, e do avanço em seu conceito ampliado, norteado pelos princípios da universalidade, integralidade e equidade, ressaltamos a relevância das ações socioeducativas no âmbito dos serviços de saúde, visando a democratização das informações aos usuários, enquanto importante instrumento na luta pela efetivação dos direitos sociais de cidadania.

Cabe destacar que, no Brasil, a partir do avanço do projeto neoliberal no contexto dos anos 1990, nos deparamos com sucessivos ataques às políticas sociais e nesse âmbito à política de saúde, se refletindo no subfinanciamento do SUS e sucateamento dos serviços, comprometendo ainda mais a prestação dos serviços. Assim, na perspectiva de socializar informações referentes aos direitos sociais e particularmente ao direito à saúde, elaboramos um plano de ação, no âmbito das UBSs mencionadas anteriormente, objetivando trabalhar temas de interesse da comunidade local, utilizando como instrumentos as rodas de conversas e salas de espera, com exposições dialogadas e dinâmicas, com auxílio de folders informativos.

Para elaboração deste artigo fizemos uso da pesquisa bibliográfica e documental, através de livros e artigos científicos voltados à temática aqui abordada, e da descrição da experiência vivenciada no período do estágio obrigatório em serviço social. O artigo está estruturado da seguinte forma: No primeiro item, são feitas algumas considerações sobre a política de saúde no Brasil, contextualizando-a a partir da década de 1980 até os dias atuais. No segundo item, discorremos sobre a Atenção Primária a Saúde, Atenção Básica e Estratégia Saúde da Família. No terceiro item, fizemos algumas reflexões sobre a Estratégia Saúde da Família no âmbito geral e em Campina Grande – PB, esse sendo um espaço pioneiro da implantação da ESF e discorremos sobre a importância da educação em saúde como instrumento de viabilização do acesso a tal política. No item seguinte, tratamos sobre o Serviço Social no âmbito da Estratégia Saúde da Família em Campina Grande-PB. No quinto item, apresentamos a sistematização das ações de educação em saúde desenvolvidas nas UBSs de Monte Castelo, apresentamos também a caracterização das UBSs e o relato da vivência do estágio e das ações realizadas.

Por último, apresentamos as considerações finais do trabalho e as referências que serviram de fundamentação para o mesmo.

2. A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: Algumas considerações

A construção da política de saúde no Brasil é fruto de intensas transformações ao longo da história, permeada por tensões políticas, econômicas e sociais. Destacaremos aqui os avanços significativos e estruturantes da política de saúde a partir dos anos de 1980 e os impasses vivenciados por tal política, com o avanço da ofensiva neoliberal a partir da década posterior.

O modelo de gestão da saúde característico do período anterior à década de 1980 dispunha de peculiaridades, pois se desenvolvia “através de ações curativas, comandadas pelo setor privado” (BRAVO, 2006, p. 95).

Durante os governos do Regime Militar Brasileiro (1964 a 1985), a política de saúde era desenvolvida de forma conservadora e ineficiente. A saúde era compreendida como ausência de doença, conceito esse norteador a partir dos elementos ideológicos do paradigma Flexneriano. Com base em tal modelo, as ações e serviços de saúde se voltavam para um caráter curativo, individual, especializado e assistencialista, havendo um forte incentivo à indústria de medicamentos e equipamentos médico-hospitalares. Ocorria massivos convênios com hospitais, clínicas e serviços particulares, desprivilegiando visivelmente os serviços públicos e impulsionando o capital industrial da saúde privada (BRAVO; MATOS, 2002).

O período de redemocratização do país, nos anos 1980, que se refere à transição do governo ditatorial para o democrático, foi palco de intensas mobilizações populares, em protesto contra a suspensão dos direitos civis e o aprofundamento da desigualdade econômica e social posta pelo estado autoritário e antidemocrático vigente. As mobilizações trouxeram à tona novos sujeitos políticos, a exemplo dos membros dos Centros Acadêmicos Universitários, Igreja Católica, intelectuais, a imprensa alternativa e as várias categorias profissionais da classe trabalhadora, que resultou no movimento Diretas-Já. Cujas bandeira de luta era

garantir o acesso aos direitos sociais, promover a dignidade, a cidadania e a emancipação humana. (BRAVO, 2000; RIZOTTI,s/d)

O governo de José Sarney (1985/1990) marca o início do período democrático, pós-ditadura. É válido destacar nesse contexto, a importância da luta e reivindicações dos movimentos sociais para tal avanço. Porém, Boschetti (2006) menciona que a transição democrática ocorreu de forma negociada e pactuada no Brasil, o “pacto” permitiu mudanças sem grandes rupturas, mantendo a participação da elite brasileira no poder, com a permanência de alguns membros da ditadura no governo.

No que tange à saúde, as reivindicações por saúde gratuita e de qualidade se fez presente entre o leque de reivindicações no processo de redemocratização do país, em combate ao caráter excludente e privatista do sistema de saúde. Dentre os movimentos populares e instituições envolvidas, destaca-se as entidades representativas de profissionais de saúde, o Centro Brasileiro de Estudo de Saúde (CEBES), o Movimento Popular de Saúde (MOPS), os partidos políticos de oposição e de defensiva, o chamado Movimento de Reforma Sanitária (MRS). (BRAVO; CORREIA, 2012).

É importante destacar, no que se refere ao MRS, que 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. Sua pauta de reivindicações compreendia, segundo Bravo (2006), demandas pela compreensão da saúde como direito de todos e dever do Estado; pela universalidade, integralidade e equidade das ações e serviços do setor; pela descentralização de poder e de recursos financeiros, principalmente para as esferas estadual e municipal; e pela participação popular.

Fazendo tais requisições, o Movimento de Reforma Sanitária trazia para o cenário político um novo paradigma: o da produção social da saúde (MENDES, 1996). A partir deste, compreende-se que o processo saúde-doença é determinado pelo “estágio de desenvolvimento do modo de produção adotado, bem como das relações sociais de produção” (MIOTO; ROSA, 2007, p. 104). Em outras palavras, a saúde é compreendida como resultado das formas de organização social da produção, que podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida e, portanto,

nas condições coletivas de saúde, tendo influência decisiva nos padrões de morbimortalidade da população.

Segundo Bravo (2006), as principais propostas debatidas por esses sujeitos coletivos foram a universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde, visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde.

Cabe destacar em tal contexto que a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, em Brasília, representou um marco histórico na discussão da questão saúde no Brasil, pois introduziu no cenário da discussão importantes segmentos da sociedade, contando com a participação da sociedade civil, profissionais de saúde, intelectuais, usuários, membros de sindicatos e partidos políticos. O temário central versou sobre a saúde como direito inerente à personalidade e à cidadania, a reformulação do sistema nacional de Saúde e o financiamento setorial. A conferência propôs a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), seguindo o conceito ampliado de saúde como “direito de todos e dever do estado”, visando uma saúde pública, universal e de qualidade.

Em 1988 acontece a promulgação da Constituição Federal, conhecida como “constituição cidadã”, que abarcou um leque de reivindicações dos movimentos sociais. Nesse sentido, a Constituição Federal de 1998 representou um importantíssimo marco legal na perspectiva de direitos civis, políticos e sociais dos cidadãos. E no que se refere à saúde, o texto constitucional inspira-se nas proposições defendidas durante vários anos pelo movimento sanitário, embora não tenha sido possível atender todas as demandas quando elas se confrontavam com interesses empresariais ou de setores do próprio governo (BORLINI, 2010).

Com a constituição Federal de 1988, a saúde, a previdência social e a assistência social, passam a compor a seguridade social, sendo mencionados no Art.194 da constituição, compreendida como “um conjunto integrado de ações de iniciativas do poder público e da sociedade”. A saúde passa a ser reconhecida também, como um direito social, ou seja, inerente à condição de cidadão, cabendo ao poder público a obrigação de garanti-lo: “A saúde é direito de todos e dever do

Estado” (Art.196). Ainda no que tange a tal artigo, cabe destacar que a constituição passa a adotar o conceito ampliado de saúde, defendido no movimento de reforma sanitária, articulando-o a demais políticas públicas, sendo implementado constitucionalmente:

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).

Segundo Paim (2009), pela primeira vez na história do Brasil, foi promulgada uma constituição que reconhece a saúde como direito social, dispondo de uma seção específica e contando com cinco artigos destinados à saúde.

Nessa perspectiva, cria-se as leis 8.080/1990 e 8.142/1990 responsáveis por regulamentar o Sistema Único de Saúde (SUS) em todo território nacional, que 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 e 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 e 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 e funcionamento dos conselhos e conferências de saúde (BRASIL, 2000; BRASIL, 2006).

É importante mencionar que 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).

Cabe destacar aqui que as premissas da saúde na constituição não foram implementadas de forma pacífica e unilateral. Segundo Bravo (2006), a assembleia constituinte, no que tange à saúde, transformou-se numa arena de luta entre dois blocos com interesses distintos: os grupos empresariais, sob liderança da Federação Brasileira de Hospitais e da Associação de Indústrias Farmacêuticas, e os membros que compunham o Movimento de Reforma Sanitária. E após vários acordos políticos e pressão popular, o texto pode atender algumas das várias proposições do movimento.

Nos anos de 1990, tem-se início à contrarreforma do Estado, descrito por Behring (2003) como “um conjunto de medidas neoliberais de desmonte e destruição das conquistas democráticas”. Há um intenso processo de privatização de empresas estatais; redução nos gastos com a área social; e o direcionamento das políticas sociais para a focalização, seletividade e descentralização – trinômio do ideário neoliberal para com as políticas sociais (BEHRING; BOSCHETTI, 2008; MONTAÑO, 2002). A partir de então os interesses do modelo privatista ganha espaço frente ao modelo sanitário.

Observa-se no governo de Sarney, Collor e FHC, nos anos 1990 o desmonte massivo das políticas, desconsiderando o caráter universal das políticas sociais em função da focalização. No que tange à política de saúde, as medidas tinham como objetivo sucatear o SUS e impulsionar a iniciativa privada. Havendo restrições nos orçamentos para a política; repasse de recursos públicos para o setor privado; incentivo ao setor privado por meio de parcerias na rede hospitalar; restrição do sistema à atenção primária, desarticulando-a com os demais níveis de atenção, secundário e terciário (BORLINI, 2010).

Nos governos Lula e Dilma (2003- 2016), há a criação e ampliação de vários programas nas diversas políticas sociais, que trouxeram avanços significativos para o país. Na política de saúde, referente à atenção básica, houve a ampliação do programa saúde da família, com o aumento do financiamento e ampliação das equipes; criação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgências (SAMU); houve incentivo nos programas especiais em combate ao tabagismo e a AIDS; investimentos em ações de combate a doenças infectocontagiosas; criação do

programa Brasil Sorridente e Farmácia Popular; implantação das Unidades de Pronto Atendimento 24 horas (UPAS) e outros.

Porém, apesar da criação dos vários programas, Bravo e Menezes (2011) mencionam que tais governos dão sequência à contrarreforma do Estado, com a criação de programas em sua maioria focalistas, mantendo o corte de verbas na política de saúde e ampliando o espaço privado, a exemplo da ampliação dos modelos de gestão privada da saúde, como as Organizações Sociais (OSs), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs), Fundações Estatais de Direito Privado (FEDPs), e autoriza a criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) para gerir Hospitais Universitários. Dessa forma, foram estabelecidas inúmeras parcerias com o setor privado de saúde, ampliando a terceirização, a precarização dos trabalhadores de saúde, e comprometendo também a qualidade dos atendimentos.

Se no governo anterior houve avanços e retrocessos no que tange às políticas sociais, o governo ilegítimo de Michel Temer (2016), é caracterizado por inúmeros retrocessos e aprofundamento da contrarreforma do Estado nos vários espaços de políticas públicas. Boulos (2017) enfatiza que o governo aprova inúmeros projetos polêmicos que retira direitos conquistados ao longo dos anos, como por exemplo a PEC 55, que prevê o congelamento dos gastos sociais pelos próximos 20 anos, comprometendo as futuras gerações; o projeto de lei da Câmara (PLC) 38/2017, que trata da reforma trabalhista, alterando mais de 100 pontos da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), que precariza e retira direitos dos trabalhadores. Há ainda o desmonte de programas sociais como: Minha Casa, Minha Vida; Farmácia Popular; Ciências sem Fronteiras. Tem sido realizadas medidas de abertura do Pré-Sal para os Estrangeiros; ocorrido alterações em portarias de demarcação das terras indígenas, a favor dos grandes latifundiários; e aprovação projetos que preveem a privatização de patrimônios público; e de terceirização irrestrita. Dessa forma, constata-se que as inúmeras medidas do governo vêm acentuando a deterioração das políticas sociais.

Nesse contexto, a saúde a partir de uma perspectiva ampliada, garantida constitucionalmente como um “direito de todos e dever do estado”, enquanto uma política pública e universal articulada com as demais políticas sociais, vem sofrendo profundos retrocessos. Observamos que o SUS constitucional não vem sendo

implementado, e o que temos hoje é um SUS seletivo, focalizado, curativista, com ações individualizadas e imediatistas.

Portanto, é possível assinalar que, apesar dos avanços obtidos legalmente, assistimos a partir do contexto dos anos 1990, um embate acirrado entre dois projetos antagônicos: o projeto de reforma sanitária e o projeto privatista, que, norteado pela perspectiva de ajuste neoliberal, defende o aprofundamento dos traços do modelo médico-assistencial privatista. Nesse tenso cenário, o Ministério da Saúde começa a adotar, a partir de 1994, o Programa Saúde da Família (PSF), se constituindo em um caminho para o avanço na efetivação do SUS, configurando-se como porta de entrada do sistema e induzindo mudanças no modelo de atenção.

3. BREVES CONSIDERAÇÕES SOBRE ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE, ATENÇÃO BÁSICA E ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

O modelo de atenção à saúde da família tem seu marco na constituição da medicina social e comunitária emergente nos anos 1950, que leva em consideração o conceito ampliado de saúde, modelo esse, que problematiza o processo saúde-doença, entendendo saúde para além da ausência de doença, considerando as determinações das condições de vida e trabalho. A partir desse conceito emerge propostas de superação do modelo de saúde individual, medicalizante e hospitalocêntrico, visando uma organização dos serviços de saúde voltados para a prevenção a partir da atenção primária (CARNEIRO, 2011).

Um marco significativo para essa discussão foi a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde, que ocorreu em 1978 em Alma-Ata e que declarou os componentes fundamentais da atenção primária, esses sendo a educação em saúde, saneamento ambiental, programas de saúde materno-infantis, prevenção de doenças endêmicas locais, tratamento apropriado para doenças e lesões comuns, fortalecimento de medicamentos primordiais, promoção de boa nutrição e medicina tradicional. A discussão inspirou a criação da atenção primária em vários países, inclusive no Brasil. Porém, é válido destacar que cada país teve sua particularidade na forma de implantação, cobertura e financiamento (STRARFIELD, 2002 *apud* SOUSA, 2011).

No que se refere ao Brasil, os princípios que inspiraram a criação do SUS, fruto das reivindicações do movimento de reforma sanitária têm elo com princípios da Atenção Primária, que são: universalidade, acessibilidade, integralidade da atenção, equidade, vínculo, continuidade do cuidado, responsabilização, humanização e participação social (BRASIL, 2012).

Desse modo, por seus princípios 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). 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 populações pobres, ou seja, a denominada "cesta básica" da saúde. (VASCONCELOS; SCHMALLER, 2011).

No entanto, o que se observa é que nessa conjuntura, sob orientações neoliberais, o Brasil vivia um período de uma política de ajuste econômico rígida, e a AB configurou-se uma estratégia do governo federal, com a finalidade de atender e superar as desigualdades no atendimento de saúde da população e amenizar os graves problemas de saúde que se enfrentava no país.

A partir de tal perspectiva, o MS passa a conceber a AB como modelo para a reestruturação do sistema de saúde e a desenvolver alguns programas, a partir da década de 1990, como é o caso do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), criado em 1991, e do Programa Saúde da Família (PSF), que foi instituído e implantado em alguns municípios do país no ano de 1994. 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, 2000).

Para o Ministério da Saúde (2006), a Saúde da Família é uma estratégia de reorganização do modelo assistencial da saúde, voltado para a atenção integral através da promoção e prevenção, estabelecendo a porta de entrada para o SUS. A Saúde da Família propõe um modelo de atenção no qual o usuário é visto de uma forma integral, com ênfase no contexto familiar e comunitário, facilitando o acesso dos usuários ao sistema de saúde e a extensão da cobertura na tentativa de garantir a qualidade da assistência de forma humanizada (CARNEIRO, 2011).

Nessa perspectiva, a Estratégia Saúde da Família passa a se configurar como um modelo na reorganização do Sistema Único de Saúde e fortalecimento da Atenção Básica enquanto 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).

4. A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E A QUESTÃO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE: Algumas reflexões

Em substituição à 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.

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.

Portanto, um dos pilares da AB e nesse âmbito da estratégia saúde da família, é possibilitar a promoção em saúde por meio de práticas educativas. Essas devem se opor a metodologias tradicionais denominadas por Paulo Freire de “educação bancária”, que se traduz em práticas verticais, onde os profissionais se acham detentores do conhecimento absoluto e perpassam o conhecimento de forma verticalizada, dogmática autoritária e não possibilita a interação entre os usuários, desconsiderando suas crenças, valores, expectativas e necessidades (VASCONCELOS, 2011)

Entendemos que a educação em saúde não deve ser embasada apenas na transmissão de conhecimento historicamente acumulado, dos profissionais para os usuários. É necessário que haja metodologias educativas que aproximem ambos e que deem voz aos usuários, tornando-os mais fortes como sujeitos.

Vale ressaltar que a educação em saúde, enquanto prática social e campo específico de intervenção, possui um caráter político ao se voltar para a reflexão da realidade social, identificando na mesma os determinantes do processo saúde-doença. Concordamos com Vasconcelos e Schmaller (2014, p. 82), quando estas afirmam que a “Educação em saúde pode ser considerada como um componente da promoção à saúde, na medida em que ultrapasse a abordagem preventiva e incentive ações efetivas de promoção”.

No que se refere à abordagem da educação em saúde, Guedes e Souza (2009) chamam atenção para o fato que, a relação educativa entre profissionais e usuários deve buscar estimular o posicionamento mais crítico dos indivíduos quanto aos problemas de saúde e não se restringe à transmissão vertical de informações. Envolve o estabelecimento de relação entre saberes popular e científico e o privilegiamento de espaços coletivos de debate, estratégia que, potencialmente, possibilita incentivo à participação. Esta forma de educar está voltada para desencadear, através da participação dos atores envolvidos no processo de cuidado (serviços, profissionais, usuários e família/rede de relações), pelo menos três tipos de direitos: o direito à informação, o direito ao acesso e o direito à assistência.

Nesse sentido, concordamos com Alves (2005) ao dizer que educação em saúde deve ir além da assistência curativa e vertical. Deve-se, pois, haver ações

preventivas e promocionais, que reconheçam os usuários dos serviços de saúde como sujeitos portadores de saberes, devendo possibilitar o diálogo recíproco e contínuo, viabilizando a participação democrática, permitindo a interação dos diferentes saberes, estimulando-os a lutarem por mais qualidade de vida e dignidade. Sendo necessário que as práticas em saúde sejam interdisciplinares, e que possibilite o diálogo resolutivo e o fortalecimento do vínculo entre os vários profissionais e usuários.

Portanto, as atividades educativas desenvolvidas pelos profissionais de saúde, em qualquer nível de atenção, e nesse âmbito, destacamos a Estratégia Saúde da Família, concentram em si grande potencial, na medida em que podem contribuir para que o indivíduo amplie sua compreensão acerca tanto de seu estado de saúde, quanto dos determinantes sociais que envolvem o processo saúde-doença.

Entretanto, é válido destacar que a Estratégia Saúde da Família, no atual contexto, caracterizado pela intensificação do projeto neoliberal, tem sofrido inúmeros retrocessos na perspectiva de se consolidar de fato como uma estratégia capaz de reorientar as ações de saúde, colaborando com a substituição do modelo assistencial hegemônico, centrado no médico; para um modelo que gera a prevenção e promoção da saúde de forma humanizada e acesso universal (SOUSA, 2011).

4.1 A Estratégia Saúde da Família em Campina Grande/PB

O município de Campina Grande-PB 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).

Inicialmente, o Programa contou com cinco equipes, sendo três delas localizadas no Bairro do Pedregal e duas no Bairro do Mutirão. Os critérios utilizados na seleção dos bairros para implantação do 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, 1994).

O PSF foi implantado seguindo orientação do Ministério da Saúde, com uma equipe mínima composta de um médico, um enfermeiro e um auxiliar de

enfermagem para cada grupo de 600 a 1000 famílias. Os agentes comunitários de saúde (ACS's) foram incluídos na equipe apenas no ano seguinte, em 1995, sendo cinco ou seis por equipe.

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, constando de uma prova escrita, uma dissertação sobre um tema pertinente ao Programa, além de uma entrevista e prova de títulos. Após a seleção, foi ministrado um curso de capacitação introdutória com os profissionais recrutados, abordando temas relativos ao SUS, à Atenção Primária, às propostas do PSF e à comunidade.

Cabe destacar que a implementação do PSF no município trouxe inicialmente consideráveis avanços nos indicadores de saúde, especialmente quanto à redução da mortalidade infantil. Além disso, é importante destacar a criação dos Conselhos Comunitários de Saúde, sendo um importante espaço de controle social em nível local, que possibilitou a participação da comunidade na elaboração de propostas para a política de saúde em sua localidade (BRAVO, 2002).

As discussões travadas nos Conselhos Comunitários de Saúde envolviam questões referentes a atendimento das equipes de Saúde da Família, moradia, saneamento básico, educação, lazer, segurança, transporte, trabalho, entre outros aspectos. Algumas das reivindicações trouxeram resultados concretos para a comunidade, a exemplo da urbanização de um bairro e do fortalecimento do vínculo com a equipe do PSF que possibilitou o maior acompanhamento do pré-natal e do recém-nascido, reduzindo o índice de mortalidade infantil e o número de internações. (LEITE; VELOSO, 2009; VASCONCELOS; CARNEIRO, 2011)

Em 1997, em virtude do não reconhecimento da importância da SF quando da mudança da gestão municipal, bem como no sentido de defesa da Estratégia, os profissionais criaram a Associação dos Profissionais de Saúde da Família (APSF) que se tornou um importante instrumento legal de luta e defesa da proposta da SF. (VASCONCELOS; CARNEIRO, 2011)

Segundo Carneiro (2011), tamanho empenho das equipes elevou a nível nacional a SF do município, por exemplo, em 1998 o PSF do Mutirão foi reconhecido em nível nacional como um dos 10 melhores do país, com ênfase no combate à

pobreza e à exclusão social. E em 1999, o PSF de Campina Grande teve sua qualidade reconhecida ao receber o Prêmio Saúde Brasil.

A expansão do Programa tornou-se mais expressiva nos anos de 2001 e 2002, quando foram implantadas mais de 26 novas equipes, privilegiando a cobertura do atendimento da população rural do município.

Num contexto de ampliação do programa no município, março de 2003 constitui-se como um marco para a categoria dos/as A.S, posto que ocorreu oficialmente a inserção deste profissional simultaneamente à inclusão da equipe de saúde bucal (cirurgião-dentista e auxiliar de consultório dentário) no PSF de Campina Grande, cada um dos Assistentes Sociais ficou responsável por duas equipes (BERNARDINO et al, 2005). Além disso, em 2004, atendendo a um plano de descentralizar as ações de reabilitação, foi incluído na equipe o fisioterapeuta. (LEITE; VELOSO, 2009).

No entanto, Vasconcelos; Carneiro (2011), chamam atenção para o fato que, no ano de 2005/2006 se inicia 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 dos trabalhadores, “anuncia” o primeiro concurso público para a ESF e em seguida a convocação dos aprovados sem devido curso introdutório. De acordo com as referidas autoras, deste então até a atualidade a capacitação permanente tornou-se restrita a algumas categorias, apenas mensalmente, e a participação das equipes nos espaços democráticos de controle social passou a ser controlado pela gestão.

Em janeiro de 2008, com o objetivo de ampliar a capacidade resolutiva da estratégia Saúde da Família, o Departamento de Atenção Básica (DAB), através da Portaria GM/MS N.º. 154, criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) (Brasil, 2008). Os NASF são compostos por profissionais de diversas áreas do conhecimento, que compartilham a construção de práticas em saúde.

Dado o contexto histórico da sua implementação até os dias atuais, é inegável os avanços que a ESF possibilitou, como citam Vasconcelos e Carneiro (2011, p. 193):

(..) à ampliação do acesso aos serviços de saúde; à diminuição dos índices de morbi-mortalidade; à diminuição das hospitalizações; mas também à humanização, à construção do vínculo, à melhoria da qualidade do atendimento, às experiências de controle social e

intersetorialidade (embora estas últimas sejam ainda embrionárias), à inserção do(a) assistente social e da equipe de saúde bucal nas equipes; à questão do acesso à informação sobre os direitos de cidadania e sobre os cuidados necessários à saúde; à contribuição para a organização popular.

Por outro lado, constata-se as dificuldades enfrentadas para o cumprimento dos princípios da Estratégia e para a concretização do SUS, em virtude do ajuste econômico que a política da saúde sofre com a ofensiva neoliberal, refletindo nos impasses entre a referência e contra referência; dificuldades para acesso a exames e consultas especializadas; escassez de insumos e medicamentos; falta de qualidade de alguns serviços, entre outros (BERNARDINO et al, 2005).

Mas, apesar das limitações correntes, Brito (2017) ressalta a existência de articulações entre os trabalhadores da saúde local, intelectuais e as universidades, na luta contra a contra à privatização da saúde, precarização e negação de direitos sociais. A exemplo disso, destacamos o curso de extensão ofertado em 2015 pelo Departamento de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba denominado “Políticas Públicas de Saúde: Direito de Todos (as)” que discutiu conteúdos relativos à Reforma Sanitária Brasileira na contemporaneidade; à contrarreforma do Estado; ao SUS: trajetória e desafios; aos interesses do capital na política de saúde e os novos modelos de gestão; Participação popular e controle social na saúde; e à rediscussão da questão da determinação social da saúde. Possibilitando reflexões e ações na busca pela efetivação da política de saúde tal como defendida pelo movimento de reforma sanitária.

5. O SERVIÇO SOCIAL NO ÂMBITO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE CAMPINA GRANDE/PB

Lessa (2003) expressa que a atuação do assistente social na saúde no final da década de 1960, tinha espaço restrito e era visto apenas como mero executor terminal de programas e projetos que privilegiava o modelo assistencial individual, curativo, hospitalocentrico e vertical. Porém, em virtude das mudanças no interior da profissão e na percepção de saúde – o primeiro, fruto da intenção de ruptura e o segundo, da luta do movimento de reforma sanitária expresso legalmente na constituição – há uma multiplicação dos espaços ocupacionais, desde a atenção

básica até os serviços de média e alta complexidade, onde a atuação se volta para avaliar e executar pesquisas, planos, programas e projetos, levando em consideração a concepção ampliada de saúde, a integralidade, a intersetorialidade, a participação social e a interdisciplinaridade.(CFESS,2009).

É importante mencionar que o Serviço Social foi reconhecido como profissão da área de saúde pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), através da Resolução 218/1997. Cabe destacar ainda a Resolução CFESS N.º 383/99 de 29/03/1999, que caracteriza o assistente social como profissional da saúde.

De acordo com os parâmetros para a atuação do A.S na saúde, as ações de tais profissionais devem pautar-se no conhecimento da realidade do território/sujeito assistido, na definição dos objetivos e utilização de abordagens/instrumentos adequados para intervir na realidade, ou seja, um potencial teórico-metodológico e ético-político para um proceder técnico-operativo qualificado, bem como reconhecer o conceito de saúde, intersetorialidade, integralidade, interdisciplinaridade e a participação social constitui-se como elementos alinhados aos princípios defendidos pelo SUS, inerentes à transformação societária e ao estado democrático (CFESS, 2010).

Assim, o A.S deve atuar não somente como executor terminal das políticas sociais, mas como um profissional com qualificação/competência para elaborar, coordenar, planejar, supervisionar, avaliar e executar pesquisas, planos, programas e projetos na área de saúde. (CFESS; 2010, LESSA; 2003).

No que concerne à inserção do A.S na ESF em Campina Grande/PB, esta ocorreu sob forte movimento de militância e organização da categoria em nível local (2003) e nacional, por reconhecer tal espaço sócio-ocupacional como lócus propício a sua atuação, contribuindo para o fortalecimento do vínculo/interação entre o usuário e a equipe de saúde.

No que se refere particularmente à atuação do AS na ESF, Bernardino (2005) destaca que esta deve se voltar para a intersetorialidade, o controle social, a promoção de saúde e o trabalho socioeducativo; além de realizar atendimentos individuais de demandas espontâneas e/ou referenciadas na Unidade Básica de Saúde da Família; emitir laudos, pareceres sociais e prestar informações técnicas sobre assunto de competência do Serviço Social; planejar, executar e avaliar pesquisas que possa contribuir para a análise da realidade social e para subsidiar as

ações da ESF; acompanhar, na qualidade de supervisor de campo, estagiários de Serviço Social, desde que tenha supervisão acadêmica; e sistematizar e divulgar as experiências do profissional de Serviço Social da ESF.

A autora ainda destaca que a atribuição referente à orientação acerca dos direitos sociais perpassa todas as atividades, seja nos atendimentos individuais de usuários, com encaminhamentos para as diversas instituições de viabilização de direitos existentes no município, seja nas visitas domiciliares, nas atividades educativas em grupos ou nas salas de espera.

No entanto, cabe ressaltar que, apesar da importância da inserção dos assistentes sociais na Estratégia saúde da Família em Campina Grande/PB, gostaríamos de chamar a atenção, de acordo com Silva (2015), para os retrocessos advindos da ampliação da quantidade de equipes sob responsabilidade das assistentes sociais que ocorreram nos últimos anos, apontando para a grande perda para o Serviço Social com a nova configuração e os desafios em função do excesso de equipes por profissional. Esse cenário acaba por comprometer o acompanhamento da dinâmica das equipes, até mesmo de participar do planejamento/execução/avaliação das atividades desenvolvidas pelas mesmas. Por outro lado, compromete-se também a continuidade do atendimento ao próprio usuário.

A autora destaca que, nessa verdadeira “roda-viva” de equipes e demandas na qual estão inseridas as assistentes sociais da SF, as atividades desenvolvidas voltam-se para o atendimento individual (destacando-se aqueles relativos ao acompanhamento do Programa Bolsa-Família), os encaminhamentos, as visitas institucionais, a supervisão de estágio e as atividades grupais de educação em saúde.

6. SISTEMATIZANDO AS AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE DESENVOLVIDAS NAS UBSs DE MONTE CASTELO

6.1 Caracterização do campo de estágio

A experiência do Estágio Curricular Obrigatório do Curso de Graduação em Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), foi vivenciada em duas

Unidades Básicas de Saúde (UBS), ambas situadas no Bairro Monte Castelo em Campina Grande-PB, sendo a (UBS) Dr. Antônio Mesquita de Almeida, situada na Rua Professor Hortêncio Ribeiro, nº478, ativada desde janeiro de 2014, tendo sido a mesma inaugurada em 09 de agosto de 2011 na gestão do prefeito Veneziano Vital do Rêgo Segundo Neto. E a (UBS) Horacina de Almeida, situada na Rua Abdedon Licarião S/N. Cabe destacar que, a referida unidade foi implantada inicialmente como Posto Médico, em outubro de 1984, na gestão do Prefeito Ronaldo Cunha Lima, mas é somente em outubro de 2001 que foi implantado o Programa Saúde da Família (PSF) sob a gestão de Cássio Cunha Lima.

Com sede própria, a UBS Dr. Antônio Mesquita de Almeida dispõe de sala de espera, recepção, sala de imunização, sala de nebulização, sala de esterilização, sala de marcação de consulta, sala de triagem, sala para realização de exame citológico, consultório de enfermagem, sala de curativos, farmácia, sala de Serviço Social e do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), consultório médico, consultório odontológico, copa, almoxarifado, auditório/sala de reunião, dois banheiros para os usuários, um banheiro para deficientes físicos e dois banheiro para os funcionários.

A unidade comporta uma equipe, composta por uma médica, que é contratada pelo Programa Mais Médico (PMM), uma dentista, um auxiliar de saúde bucal, uma enfermeira, dois técnicos em enfermagem, sendo um por turno, uma assistente social, um farmacêutico, um auxiliar de farmácia, seis agentes comunitários de saúde. Equipe de apoio: uma recepcionista, um porteiro e uma auxiliar de serviços gerais. E conta com o apoio de forma pontual dos profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que comporta um fisioterapeuta, um psicólogo, uma educadora física e uma nutricionista.

No que se refere à (UBS) Horacina de Almeida, esta também com sede própria, dispõe de recepção, sala de espera, sala de reunião, sala de vacina, sala de triagem, sala de curativo, sala de digitação, sala de serviço social, um banheiro para os usuários e um banheiro para os funcionários, copa, consultório odontológico, consultório ginecológico, consultório de enfermagem e dois consultórios médicos. Sendo o quadro profissional formado por duas equipes, a Equipe I e a Equipe II. A Equipe I é composta por: um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e

três agentes comunitários de saúde. A equipe II é composta por: um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e cinco agentes comunitários de saúde.

Os demais profissionais como assistente social, dentista, auxiliar de dentista, porteiro, recepcionista e auxiliar de serviços gerais atendem os usuários das duas equipes. Contando ainda com o apoio de forma pontual dos profissionais do NASF.

Em ambas as unidades são prestados atendimentos a gestantes, idosos, crianças e adultos. Realizados encaminhamentos, orientações e visitas domiciliares aos idosos e acamados. Destaca-se os atendimentos individuais realizados pela clínica médica, atendimento de enfermagem, atendimento de serviço social e atendimento odontológico. Com atendimentos referentes ao planejamento familiar, tem-se: pré-natal, puerpério, puericultura, citologia, atendimento familiar e acompanhamento das condicionalidades da saúde do programa bolsa família. Tem-se também: atendimentos coletivos com os diversos grupos de hipertensos, diabéticos, tabagistas, gestantes, saúde mental, programa saúde na escola (PSE), e educação permanente em saúde (EPS) realizado com os funcionários da unidade. Há também o acompanhamento de pacientes com tuberculose e hanseníase. E diversos procedimentos como: verificação de P.A, teste de glicemia, teste rápido de gravidez, teste rápido de HIV/Sífilis, vacinação, curativos, dispensação de medicamentos e preservativos, entre outros.

6.2 A intervenção realizada junto aos usuários das Unidades Básicas de Saúde

O Estágio Obrigatório em Serviço Social aconteceu entre o período de maio de 2016 a junho de 2017 nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) Dr. Antônio Mesquita de Almeida e Horacina de Almeida, ambas situadas no bairro Monte Castelo em Campina Grande - PB. Durante tal período, tivemos a possibilidade de articular as dimensões teóricas e práticas da profissão. Conhecemos de perto a dinâmica das unidades, as principais demandas, os limites e possibilidades do fazer profissional, como também as várias expressões da questão social que interferem no processo saúde-doença da população.

Além de observarmos e participarmos de atendimentos individuais aos usuários no decorrer de todo o estágio, também participamos de ações coletivas, que envolviam grande parte das equipes que compõem as unidades básicas. As

experiências nos possibilitaram à apreensão dos desafios postos a implementação da política de saúde e para o exercício profissional do assistente social.

Participamos de ações intersetoriais por meio do Programa Saúde na Escola (PSE) que é uma parceria entre as políticas de saúde e educação, voltadas aos alunos da educação pública, com o objetivo de reforçar a promoção da saúde e prevenção de doenças. As ações ocorreram nas escolas municipais Anésio Leão, Lílissa Barreto e José Tavares, em torno de campanhas contra Hanseníase e Verminoses, onde foi possível esclarecer sobre os sintomas e formas de proteção, favorecendo o diagnóstico precoce e o tratamento imediato.

Também participamos de ações denominadas “Saúde no Beco”, ações essas que vêm se tornando cada vez mais frequentes devido os resultados positivos. As ações foram realizadas no mês de outubro de 2016 em ruas onde constatavam-se um maior número de usuários que não frequentavam as unidades de forma assídua, tendo como objetivo aproximar a comunidade local aos serviços prestados nas unidades de saúde. As ações contaram com grande parte dos profissionais que compõem a equipe (Médica, Enfermeira, Técnicas de Enfermagem, ACS, Assistente Social, Recepcionista e Estagiários) como também os profissionais do NASF. Observamos que a partir dessas ações ocorreu o fortalecimento do vínculo entre os usuários e os profissionais, possibilitando à população o conhecimento dos serviços oferecidos nas unidades.

Outra ação que participamos em maio de 2017 foi de mobilização de toda a equipe na perspectiva de levar os serviços da unidade ao encontro aos usuários/as, que denominou-se: “Saúde no Território”. Na ocasião, os serviços foram realizados próximos aos locais com maior número de postos de trabalho das áreas de cobertura das unidades, com trabalhadores de vínculos formais e informais das mais diversas profissões. Por meio dessa ação, constatamos um número expressivo de usuários hipertensos ou com pré-disposição a adquirir a doença, observamos também por meio dos relatos dos usuários, que a maioria não mantinha vínculo com as UBS de suas localidades. Esses fatos expressam a problemática em torno da saúde do trabalhador, onde muitos trabalham em condições precárias que aumenta a exploração do trabalhador e acaba comprometendo sua saúde, tendo carga horária extensiva que não permite o trabalhador buscar atendimento nas UBS por conta dos horários incompatíveis de funcionamento.

Levando em consideração que compete ao profissional de serviço social, prestar orientações aos usuários e fazer encaminhamentos para que os mesmos acessem os diversos serviços que compõem a rede de atenção a saúde, existentes no município, com informações de como acessar, aonde localizar, dentre outras, realizamos no mês de julho e outubro de 2016 visitas institucionais ao INSS; CERAST — Centro Regional de Reabilitação e Assistência em Saúde do Trabalhador; e Delegacia do idoso. O objetivo foi colher informações sobre os serviços, para fazer os devidos encaminhamentos de forma responsável. As pesquisas também serviram como temas de discussões dos EPS – Educação Permanente em Saúde – esse sendo um importante espaço de construção dinâmica de conhecimentos entre os profissionais.

Participamos ainda de inúmeras reuniões de planejamento das equipes, nas quais eram determinadas as ações a serem realizadas semestralmente junto à comunidade local. Participamos também de eventos propostos pela Secretaria Municipal de Saúde, a exemplo do Outubro Rosa, mês dedicado à prevenção do câncer de mama, e Novembro Azul, mês dedicado à prevenção do câncer de próstata. Na ocasião houve a mobilização de toda unidade em torno de ações focadas em exames, orientações e ações de prevenção e conscientização sobre os cânceres.

Participamos também, das reuniões do Grupo de Tabagismo, que tinham seus encontros a princípio semanalmente, depois quinzenalmente e por último mensalmente, feitas de forma dinâmica, possibilitando a troca de experiências. O trabalho socioeducativo desenvolvido em tal grupo tinha como objetivo as mudanças de comportamento relacionado ao cigarro, estimulando os participantes a buscarem um estilo de vida mais saudável através de exercícios, melhor alimentação e controle do stress.

No decorrer do estágio percebemos o quanto é importante as ações socioeducativas, e o quanto a população ainda é carente do acesso ao conhecimento de seus direitos nas diversas políticas sociais. Dada essa questão se torna cada vez mais necessário o trabalho do Assistente Social nesses espaços para viabilizar serviços e democratizar informações aos sujeitos de direitos.

Dando prosseguimento às atividades desenvolvidas no estágio obrigatório em serviço social, com a contribuição de nossa supervisora de campo e da nossa

orientadora acadêmica, elaboramos um plano de ação, objetivando desenvolver um trabalho socioeducativo, através de salas de espera e rodas de conversa por meio da educação em saúde² tendo em vista possibilitar de forma participativa e crítica, a socialização de informações e o debate sobre temas que se apresentavam como demandas da comunidade.

A primeira ação foi realizada na escola municipal Líliosa Barreto em março de 2017 e contou com a participação de 25 adolescentes com idades entre 14 e 16 anos. A ação se deu em forma de oficina durando cerca de uma hora e meia, onde discutimos os direitos das crianças e dos adolescentes, sexualidade, doenças sexualmente transmissíveis e a gravidez na adolescência. Inicialmente realizamos uma dinâmica sobre a sensibilização da gravidez na adolescência, trabalhando os sonhos e os planos que todas as adolescentes tinham para o futuro e como uma gravidez precoce e sem planejamento iria mudar o rumo dos seus sonhos. Em seguida explanamos os demais temas de forma didática, e que permitiu a interação de todas, onde muitas expressaram suas impressões e tiraram dúvidas. Tal ação nos possibilitou perceber que, apesar das pesquisas apontarem que os segmentos mais jovens da população têm iniciado cada vez mais cedo a vida sexual, no entanto, há um significativo desconhecimento entre os mesmos a respeito das doenças sexualmente transmissíveis e das formas de prevenção. Nessa perspectiva, percebemos a importância de se possibilitar esses espaços de interação para construção e democratização de informações a fim de prevenir as doenças sexualmente transmissíveis e a gravidez precoce.

Dando continuidade ao nosso plano de ação, em junho de 2017, realizamos uma roda de conversa com os participantes do grupo de saúde mental da unidade, onde discutimos a violência contra a pessoa idosa. A ação contou com a participação de 15 usuários e durou cerca de uma hora. Discutimos sobre os mais variados tipos de violência contra a pessoa idosa, sejam elas física, psicológica, financeira, sexual, negligência e abandono; os direitos assegurados pela Lei nº 10.741, que se refere ao Estatuto do Idoso, e dispõe sobre o papel da família, da

²As contribuições de Vasconcelos (1997; 2001; 2002), subsidiadas na referência teórica da educação popular freiriana compreende a educação em saúde como um processo educativo baseado no diálogo entre saber científico e popular, bem como na interrelação entre profissionais, usuários (as) e demais sujeitos sociais envolvidos no processo, visando a ampliação das discussões e conhecimentos acerca da política pública de saúde e do direito à saúde, a partir dos interesses, do pensar e fazer cotidiano da população (VASCONCELOS,1997).

comunidade, da sociedade e do Poder Público de assegurar aos idosos os vários direitos, e como denunciar casos de violência. A ação foi feita de forma dinâmica e causou inquietação entre os usuários, onde muitos expressaram que já haviam vivenciado ou presenciado as violações discutidas naquele momento. Alguns membros do grupo não eram idosos, mas sim cuidadores, com isso trouxemos a discussão sobre os cuidados especiais que devem ter ao cuidar de idosos, numa perspectiva de efetivação de seus direitos, além de orientações sobre como denunciar as omissões.

As atividades que se seguiram no âmbito do plano de ação se deram em forma de sala de espera. Realizamos duas salas de espera, uma em cada unidade, que contou com a participação de cerca de 7 pessoas em cada, e com duração de aproximadamente 20 minutos. Nestas discutimos sobre o SUS e a saúde como direito de todos e dever do Estado garantido pela CF/1998, apresentamos alguns dos princípios e diretrizes, sua abrangência, e relembramos como era a saúde antes do SUS. Também ressaltamos a importância da participação dos usuários em espaços que possibilitam o controle social, como o conselho municipal e/ou local de saúde tendo em vista a luta por direitos individuais e coletivos. E divulgamos também a importância de denunciar irregularidades na ouvidoria do SUS visando a melhoria dos serviços. Apesar de ser rápida a ação, os usuários tiveram oportunidade de se expressar sobre os muitos problemas que vivenciam ao buscar os serviços. Foi possível perceber a partir de tal ação que, apesar de serem usuários do SUS, há um desconhecimento da população sobre a abrangência e importância do Sistema Único de Saúde.

E por fim, realizamos uma sala de espera a respeito do Bolsa Família como programa de transferência de renda integrado a demais políticas sociais, como saúde e educação. Discorremos também sobre os tipos de benefícios, os documentos necessários para fazer o cadastramento, as condicionalidades do programa, a importância de fazer o recadastramento para evitar o bloqueio do benefício e também levamos algumas orientações sobre a inclusão de beneficiários. A ação durou cerca de 20 minutos e contou com a participação de 12 pessoas. Os participantes mostraram-se bastante interessados pela discussão, surgindo muitas dúvidas e críticas sobre o programa.

É válido destacar que em todas as atividades do plano de ação distribuimos folders informativos e contou a participação dos/as usuários, estagiárias, e a presença da supervisora de campo, a qual contribuiu nas orientações pertinentes para nossa formação profissional, nos possibilitando apreender a importância das ações de educação em saúde, enquanto instrumento de promoção a saúde. Cabe enfatizar que promover saúde através das práticas educativas é engendrar um processo de capacitação dos indivíduos e grupos para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, requerendo uma maior participação no controle desse processo. Portanto, o conceito de Educação em Saúde se liga diretamente ao de promoção da saúde, reforçando o conceito ampliado de saúde, enquanto uma produção social (GUEDES; SOUZA, 2009).

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Vimos que a partir das reivindicações dos movimentos sociais, em especial do movimento de reforma sanitária na década de 1980, a saúde passa a ser vista a partir de uma perspectiva ampliada, garantida constitucionalmente como um “direito de todos e dever do estado”, tornando-se uma política pública universal e articulada com as demais políticas sociais, norteadas pelos princípios da universalidade, integralidade e equidade. Porém, os ataques do setor privado e da ofensiva neoliberal tem fragilizado o SUS e todos os seus princípios e diretrizes, comprometendo assim sua efetividade.

Tem-se observado sucessivos cortes das verbas destinadas à política de saúde, abrindo espaço para o setor privado e comprometendo a cobertura para as camadas mais pobres da população. Os serviços estão cada vez mais focalizados, seletivos e fragmentados. 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.

A experiência de estágio aqui relatada teve grande relevância para a nossa formação profissional e nos aproximou da realidade vivenciada no dia a dia dos profissionais de saúde e dos usuários, os primeiros atuando sob várias expressões da questão social que comprometem a saúde dos usuários, e os segundos se

deparando com prestação de serviços precários e falta de resolutividade dos seus problemas.

Em meio a essa problemática cabe ao Assistente Social, norteado pelo seu Projeto Ético Político e Código de Ética Profissional, apostar em ações socioeducativas para democratizar informações e impulsionar os usuários a lutar pela melhoria dos vários direitos sociais conquistados ao longo da história.

As inúmeras medidas do governo vêm acentuando ainda mais a regressão social e democrática no país, e nesse sentido, a organização e mobilização social das várias categorias profissionais e usuários na luta pelos direitos de cidadania, são fundamentais na perspectiva de manutenção dos direitos sociais garantidos constitucionalmente.

Nessa perspectiva, acreditamos que as ações socioeducativas realizadas nas UBSs do Monte Castelo, serviram de instrumento para democratização de informações, fortalecimento de vínculo dos usuários entre si e com as equipes, e o despertar da consciência crítica enquanto importante instrumento na luta pela manutenção dos direitos sociais.

THE FAMILY HEALTH STRATEGY AND THE QUESTION OF HEALTH EDUCATION: A REPORT OF EXPERIENCE OF THE ACTIONS CARRIED OUT IN THE BASIC HEALTH UNITS OF THE MONTE CASTELO NEIGHBORHOOD IN THE MUNICIPALITY OF CAMPINA GRANDE- PB.

ABSTRACT

This Course Completion Work (TCC), presented in the form of an article, presents the report of experience of Mandatory Internship in Social Work, from May 2016 to June 2017 at the Basic Health Units (UBS) Dr. Antônio Mesquita de Almeida and Horacina de Almeida, both located in the neighborhood Monte Castelo in Campina Grande - PB. The experience of the internship in consonance with the academic readings has awakened us about the importance of carrying out socio-educational actions with the local community, with a view to the socialization of information together with the themes aimed at the realization of social rights. In this sense, we developed and executed an action plan that presented a participatory methodology through waiting rooms and conversation wheels, which enabled the democratization of information and the exchange of knowledge between users. The activities covered the following themes: rights of the child and the adolescent (ECA) including the

discussion on sexuality in adolescence and sexually transmitted diseases; Violence against the elderly; SUS; and conditionalities of the Bolsa Família Program. In the end we learn that the social work of the Social Worker contributes to reinvigorating the critical view of the professionals inserted in such spaces and awakening in the user the feeling of bond in the struggle for the social rights of citizenship.

Keywords: Health Policy. Family Health Strategy. Health education.

REFERÊNCIAS

- 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.
- BOULOS, 12 RETROCESSOS EM 12 MESES DE TEMER. Publicado em 15/05/2017. Disponível em: <https://www.cartacapital.com.br/politica/12-retrocessos-em-12-meses-de-temer>. Acesso em 17/11/2017.
- 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. **Seguridade social e trabalho**: paradoxos na construção das políticas de previdência e assistência social no Brasil. Brasília: Editora UNB, 2006.
- BRAVO, M. I. S; MATOS, M. C. A saúde no Brasil: reforma sanitária e ofensiva neoliberal. In: BRAVO, M. I. S.; PEREIRA, P. A. P. (Org.). **Política social e democracia**. 2. ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2002. p. 197-215.
- _____. 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. As políticas brasileiras de seguridade social: saúde. In: **Capacitação em Serviço Social e Política Social**. Módulo 3, UNB/CEAD. Brasília: 2000.
- _____. Política de saúde no Brasil. In: MOTA, A. E. et al. (Org.). **Serviço Social e saúde** – formação e trabalho profissional. São Paulo: OPAS, OMS, MS, 2006. p. 88-110
- _____. 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.
- BRITO, M.P. **Sistematizando o trabalho socioeducativo na unidade básica de saúde bairro das cidades I**. Artigo de Graduação. UEPB, Campina Grande. 2017.
- CARNEIRO, T.S. **A estratégia saúde da família em Campina Grande /PB**. Dissertação de Mestrado. UFPE, Recife. 2011

GUEDES, H. H. S.; SOUZA, A. I. S. A Educação em saúde como aporte estratégico nas práticas de saúde voltadas ao HIV/AIDS: O papel da Equipe de saúde. In: **Rev. APS**, v. 12, n. 4, p. 388-397, out./dez. 2009

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.

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.

PAIM, J.S. **o que é o SUS**. Coleção Temas em Saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 148 p. 2009.

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

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

SOUSA, M.L.B.; SILVEIRA, S.A.S.; RODRIGUES, N.J.G.A.R; SILVA, E.S. **Estratégia saúde da família: dificuldades para a efetivação da proposta de reorganização do SUS**. 2011.

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.

_____. **Promoção da Saúde: Polissemias conceituais e ideopolíticas**. In: Por uma crítica da Promoção da Saúde: Contradições e Potencialidades no contexto do SUS. São Paulo, Hucitec, 2014.