



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

ELIZ REJANE VICENTE DA SILVA

**A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO CONTEXTO DO SUS: UM RELATO DE
EXPERIÊNCIA JUNTO AS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE MONTE
CASTELO NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE/PB**

CAMPINA GRANDE - PB

2017

ELIZ REJANE VICENTE DA SILVA

**A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO CONTEXTO DO SUS: UM RELATO DE
EXPERIÊNCIA JUNTO AS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE 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 Ms. Maria do Socorro Pontes de 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.

S586e Silva, Eliz Rejane Vicente da.

A estratégia saúde da família no contexto do SUS [manuscrito] : um relato de experiência junto as unidades básicas de saúde de Monte Castelo de Campina Grande/PB / Eliz Rejane Vicente da Silva. - 2017.

42 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 de Souza, Coordenação do Curso de Serviço Social - CCSA."

1. Política de saúde. 2. Saúde da família. 3. Serviço social.
4. Unidade básica de saúde. 5. Atenção primária à saúde.

21. ed. CDD 362.1

ELIZ REJANE VICENTE DA SILVA

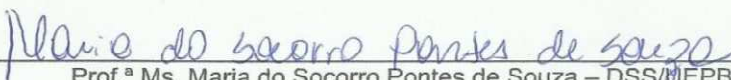
**A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO CONTEXTO DO SUS: UM
RELATO DE EXPERIÊNCIA JUNTO AS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE
DE MONTE CASTELO NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE/PB**

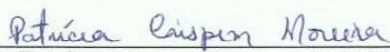
Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Departamento de Serviço Social da
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) em
cumprimento às exigências para obtenção de
título de Bacharela em Serviço Social.

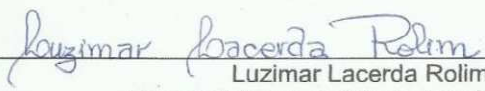
Orientadora: **Prof.^a Ms. Maria do Socorro Pontes de Souza.**

Aprovado em: 15 / 12 / 2017.

BANCA EXAMINADORA


Prof.^a Ms. Maria do Socorro Pontes de Souza – DSS/UEPB
Orientadora


Patrícia Crispim Moreira – DSS/UEPB (Examinadora)


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

A Deus, por seu amor desmedido a cada dia. E cada vez mais crente:
TUDO TEM O SEU TEMPO. Aos meus pais, meu maior bem, pelo amor, apoio e compreensão. Aos meus amigos pelo carinho e presteza, DEDICO.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por manter-me firme e persistente diante dos obstáculos e desafios postos, e por me permitir está concretizando este sonho.

Ao meu irmão José Júlio Neto por seu amor e desprendimento. A minha avó Eleticia pelo auxílio quando necessitei. As minhas amigas Teresa e Tâmara por seu incentivo constante.

A minha amiga Élide Nóbrega e D. Rita Nóbrega pela estadia e abrigo acolhedor durante o período de estágio bem como, nos momentos que preciso. Aos demais amigos e familiares, e de forma especial a Família Geo UEPB 2009.2.

A todos os professores que direta ou indiretamente contribuíram na minha formação humana e acadêmica.

As minhas amigas e futuras colegas de profissão Érika, Poliana e Tamiris pela cumplicidade e compromisso no decorrer do curso, amizade que transcende a academia.

Aos funcionários e usuários das UBSs que nos acolheram de maneira respeitosa e afetuosa.

A equipe de estágio Camila e Hortência pelo companheirismo, determinação e dedicação ao longo do estágio bem como, no desenvolvimento daquilo que fomos incumbidas.

Grata às supervisoras de campo Luzimar Rolim e acadêmica Socorro Pontes ambas com sua receptividade sempre afetuosa, todo nosso respeito, admiração e gratidão.

Agradeço imensamente a minha orientadora, Prof^ª. Socorro Pontes por sua compreensão, colaboração no processo de construção deste trabalho.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AS	Assistente Social
AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
APS	Atenção Primário a Saúde
APSF	Associação dos Profissionais do Saúde da Família
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
BM	Banco Mundial
BF	Bolsa Família
CEREST	Centros de Referência em Saúde do Trabalhador
CERAST	Centro de Referência em Reabilitação e Assistência em Saúde do Trabalhador
CEBES	Centro Brasileiro de Estudo de Saúde
CNS	Conferencia Nacional de Saúde
CF	Constituição Federal
CLT	Consolidação das Leis de Trabalho
CLS	Conselhos Locais de Saúde
CRESS	Conselho Regional de Serviço Social
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
DRU	Desvinculação das Receitas da União
ESF	Estratégia Saúde da Família
EPS	Educação Permanente em Saúde
EC	Emenda constitucional
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HPV	Vírus do Papiloma Humano

HUs	Hospitais Universitários
ISEA	Instituto Elpidio de Almeida
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
MOPS	Movimento Popular de Saúde
MRS	Movimento de Reforma Sanitária
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio ao Saúde da Família
NOB	Norma Operacional Básica
OSs	Organizações Sociais
OSCIPs	Organização Civil de Interesse Público
PA	Pressão Arterial
PBF	Programa Bolsa Família
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PEC	Proposta de Emenda Constitucional
PEPSS	Projeto Ético Político do Serviço Social
PSE	Programa Saúde na Escola
PMN	Programa Mais Médicos
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SESMT Trabalho	Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho
SABs	Sociedades de Amigos dos Bairros
SUS	Sistema Único de Saúde
SF	Saúde da Família
SPT	Saúde Para Todos
UBSs	Unidades Básicas de Saúde
UEPB	Universidade Estadual da Paraíba

SUMARIO

RESUMO.....	09
1. INTRODUÇÃO.....	09
2. A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: BREVES CONSIDERAÇÕES.....	10
3. ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE, ATENÇÃO BÁSICA E ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO CONTEXTO DO SUS.....	16
3.1 A Estratégia Saúde da Família em Campina Grande/PB	21
4. O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE E NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: ALGUMAS REFLEXÕES.....	26
SISTEMATIZANDO O TRABALHO SOCIOEDUCATIVO DESENVOLVIDO NAS UBSs DE MONTE CASTELO.....	29
5.1 O lócus da experiência.....	29
5.2 As ações desenvolvidas nas Unidades Básicas de Saúde de Monte Castelo.....	30
6. À GUIA DE CONCLUSÃO.....	36
ABSTRACT.....	37
REFERÊNCIAS.....	38

A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO CONTEXTO DO SUS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA JUNTO AS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE MONTE CASTELO NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE/PB

Eliz Rejane Vicente da Silva¹

RESUMO

Este Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), apresentado em forma de artigo, tem como objetivo apresentar as ações desenvolvidas no Estágio Supervisionado Obrigatório em Serviço Social, realizado no período de Maio/2016 a Junho/2017, nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs) de Monte Castelo, localizadas no município de Campina Grande-PB. A partir de nossa inserção em tal espaço e, principalmente no período de caracterização do campo, e do registrado de nossas apreensões no diário de campo, percebemos a necessidade de elaborarmos algumas ações socioeducativas, com o intuito de promover à socialização e democratização de informações com os usuários/as, tendo em vista a atual conjuntura de retirada de direitos e a nítida perspectiva de desmonte do SUS. As ações desenvolvidas voltaram-se para temas de interesse dos usuários, com ênfase a saúde como direito de todos e dever do Estado e temas afins. Para tal fim, elaboramos um plano de ação que consistiu em atividades como: salas de espera e rodas de conversa, distribuição de panfletos informativos e folders, trabalhados nas salas de espera, por acreditarmos que tais ações, poderiam contribuir para potencializar os usuários enquanto sujeitos de direitos e deveres, sensibilizando-os ao pertencimento de luta pela garantia da saúde constitucional. Por fim, a vivência no estágio nos proporcionou apreender, que a atuação socioeducativa do Assistente Social, em seus vários espaços sócio-ocupacionais e particularmente no campo da saúde, contribui de maneira significativa para fortalecer a perspectiva crítica dos profissionais inseridos em tal espaço, e instrumentaliza os usuários na defesa do direito a saúde no seu contexto ampliado.

Palavras-Chave: Política de saúde. Estratégia saúde da família. Serviço Social.

1. INTRODUÇÃO

O presente artigo tem por objetivo sistematizar as ações desenvolvidas no Estágio Supervisionado Obrigatório em Serviço Social, realizado no período

¹ Graduanda em Serviço Social pelo DSS da UEPB, Campus I em Campina Grande-PB.
E-mail: elizgeo2009@gmail.com

de Maio/2016 a Junho/2017, nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs) do bairro de Monte Castelo, localizadas no município de Campina Grande/PB. Diante das recentes medidas adotadas pelo governo federal de desmonte das políticas públicas e particularmente da saúde, compreendemos que a construção de ações sócio educativas junto aos usuários, é de suma importância, na perspectiva de instrumentalizá-los ao exercício da efetiva cidadania na saúde. Em vista disso, elaboramos um plano de ação voltado a socialização de informações no campo dos direitos sociais, objetivando contribuir para o fortalecimento dos usuários enquanto sujeitos de direitos, na perspectiva de potencializar à efetivação do cumprimento da política de saúde no âmbito do SUS.

O referido trabalho de cunho descritivo e bibliográfico, consiste no relato da experiência vivenciada no campo de estágio. Para concretização das ações realizamos salas de espera, rodas de conversa, exposição dialogada, distribuição de folhetos informativos e folders.

O trabalho ora apresentado, traz sua relevância, na medida em que busca contribuir com o debate em torno da temática abordada, e socializar as informações acerca da experiência do estágio obrigatório em Serviço Social junto a Estratégia Saúde da Família de Monte Castelo.

O trabalho está organizado da seguinte forma: no primeiro tópico fazemos uma contextualização histórica do modelo assistencial em saúde adotado no Brasil. No segundo tópico, tratamos da Atenção Primária à Saúde, Atenção Básica e a Estratégia Saúde da Família como um instrumento para a reorganização da atenção à saúde. No terceiro tópico, abordamos a Estratégia Saúde da Família em Campina Grande/PB, como um espaço de avanços e retrocessos. No quarto tópico, discorremos sobre o trabalho do Assistente Social na saúde e na Estratégia Saúde da Família. No quinto tópico, apresentamos as ações desenvolvidas nas UBSs de Monte Castelo, apresentando o relato da experiência desenvolvida em campo de estágio.

2. A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: BREVES CONSIDERAÇÕES

Segundo Bravo (2009), a saúde no Brasil no período anterior a década de 1980, estava direcionada a dois setores: saúde pública e medicina

previdenciária. Sendo o primeiro destinado inicialmente às áreas urbanas, com ênfase nas condições sanitárias e o segundo direcionadas à massa trabalhadora que emergia no contexto do desenvolvimento industrial nacional.

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

O processo de redemocratização do país, que ocorre no contexto dos anos 1980, ou seja, a transição entre a ditadura militar e a recuperação das instituições democráticas abolidas pelo regime ditatorial foi marcada por desafios e lutas de movimentos populares e da classe trabalhadora cuja bandeira de luta era garantir o acesso aos direitos sociais, promover a dignidade, a cidadania e a emancipação humana, a politização da questão saúde, assim como, ampliar os espaços de atuação coletiva democrática e de controle social. A saúde nessa década deixou de ser interesse apenas dos técnicos para assumir uma dimensão política, estando estreitamente vinculada à democracia (BRAVO, 2001).

Vale enfatizar que as críticas ao caráter privatista e excludente do sistema de saúde já se constituíam bandeira de alguns movimentos populares e instituições, cujo intuito era a defesa da saúde pública no Brasil. Entre estes se destacam as entidades representativas dos profissionais de saúde, o Centro Brasileiro de Estudo de Saúde (CEBES), o Movimento Popular de Saúde (MOPS), os partidos políticos de oposição e de forma decisiva, o chamado Movimento de Reforma Sanitária (MRS), (BRAVO; CORREIA, 2012). Tal movimento, teve sua gênese no interior das universidades com estudantes, pesquisadores, profissionais de saúde e sociedade questionando o modelo biomédico adotado como referencial para a saúde, a defesa da saúde como direito de todo cidadão.

Nesse contexto, cabe destacar a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde que ocorreu em Brasília (1986), numa articulação bem diversa das anteriores, que contou com a participação de cerca de quatro mil e quinhentas pessoas, dentre as quais mil delegados. Representou, inegavelmente, um marco no que se refere à política de saúde, pois introduziu no cenário da

discussão da saúde a sociedade, a CNS/86 constitui-se um divisor de águas na política social de saúde, devido sua importância e participação popular (BRAVO, 2001).

Na ocasião, o relatório da 8ª CNS foi tomado como base para a discussão da reforma do setor saúde, e para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). A criação do SUS, na Constituição Federal de 1988 - fruto das reivindicações daquele Movimento em meio a uma correlação de forças extremamente difícil, tensionada pelos interesses envolvidos com a manutenção do modelo hegemônico - objetivava a reorganização do setor e uma superação do modelo médico assistencial privatista que caracterizava a atenção à saúde no país.

A partir da CF/88, a saúde passa a ser direito de todos e dever do Estado, integrando os serviços de forma regionalizada e hierarquizada. Estava criado o Sistema Único de Saúde (SUS), amparado pelas leis 8.080/90 e 8.142/90, que tem por preocupação central a democratização do acesso, a universalização dos direitos, melhoria da qualidade dos serviços prestados e integralidade e equidade das ações (BORLINI, 2010).

A Constituição Federal promulgada em 1988 significou uma relevante conquista dos movimentos sociais que lutaram por mais esse ganho, na ampliação de direitos sociais, expressando avanços no tocante a uma ampla, moderna e democrática concepção de seguridade social (saúde, previdência e assistência social).

No entanto, paradoxalmente aos avanços políticos que ocorrem no país em tal conjuntura, a partir dos anos 1990, e seus respectivos governos (Sarney, Collor de Melo e Fernando Henrique Cardoso-FHC), ocorre o desmonte da saúde pública e o favorecimento do projeto privado, através de medidas como o boicote a implantação do SUS; as primeiras iniciativas de descentralização de poderes, do orçamento e financiamento das ações do SUS; a transferência das questões relativas à saúde pública e da gestão que foram sendo repassadas ao terceiro setor; o repasse de recursos públicos para o setor privado de saúde; a desarticulação da Atenção Básica (AB) da secundária e terciária; a AB com programas focalizados e a rede hospitalar pública formando parcerias com a rede privada; o preenchimento de vagas em

saúde sem concurso público; e o não repasse de verbas à saúde pelo governo federal (BORLINI, 2010).

A Reforma do Estado brasileiro posta em curso de modo incisivo no governo Fernando Henrique Cardoso (FHC-1995/2002) tem como meta o pagamento da dívida externa, a privatização de empresas estatais, a forte redução no orçamento destinado à área social. Cabe enfatizar que, a reforma do Estado, trata-se na verdade de uma contrarreforma, isto é, na retirada e desmonte de direitos e políticas sociais conquistados pela classe trabalhadora.

De acordo com Bravo & Menezes (2011) nos governos Lula, esperava-se que houvesse um fortalecimento do projeto de reforma sanitária, no entanto, o tripé da seguridade social sequer foi assumido nos moldes assegurados na CF/88. Ocorre então a manutenção da disputa entre os dois projetos: Privatista e o projeto de reforma sanitária, uma vez que,

O projeto privatista apresenta-se articulado ao mercado, tendo por tendência a contenção de gastos e a descentralização por meio de desresponsabilização do Estado na área social. Medidas como focalização, privatização, estímulo ao setor privado e desfinanciamento da saúde são características centrais desse projeto, que data da década de 1990, o qual se enquadra no projeto político neoliberal. Em contraposição ao projeto articulado ao mercado, encontra-se o projeto de reforma sanitária, iniciado por forças populares e movimentos sociais nos anos 1970 e inscrito na Constituição Federal em 1988 (BORLINI, 2010).

A disputa entre esses projetos que teve início nos anos 1990 permaneceu nos dois mandatos do governo Lula. E que embora, tenha emergido proposições para dar visibilidade ao movimento de reforma sanitária nesse contexto, não houve vontade política nem financiamento para materializa-las. Havia uma expectativa que o governo Lula fortalecesse o projeto de reforma sanitária que foi questionado nos anos 90, havendo no período, a consolidação do projeto de saúde articulado ao mercado ou privatista, que se pauta em ações com ênfase na focalização e no desfinanciamento (BRAVO, 2001).

Entre avanços e retrocessos nos governos Lula, ocorreu o fortalecimento de programas, a exemplo do programa saúde da família, criação do SAMU, programas especiais de combate a AIDS, tabagismo, tuberculose, Brasil

Sorridente, farmácia popular este com parceria público-privado que tende a reforçar os interesses em privatizar a saúde, contrariando os princípios do SUS, que preconiza o “atendimento integral a saúde e a universalização” (BRAVO; MENEZES, 2011).

Em dezembro de 2010, no final do governo Lula tem-se a criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) sendo sancionada no governo Dilma Rousseff (2011/2016) que deu sequencia ao ideário neoliberal, estabeleceu parcerias com o setor privado de saúde, houve o aumento da terceirização com a adoção de modelos de gestão com as Organizações Sociais (OSs) e as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs), com isso privilegiou a terceirização e a precarização dos trabalhadores em saúde, fortaleceu o modelo hospitalocêntrico, e com a autorização da gestão (EBSERH) comprometeu a qualidade e continuidade do atendimento em saúde nos Hospitais Universitários (HUs), além de retirar a integralidade e intersectorialidade no atendimento (BRAVO; MENEZES, 2011).

Em relação ao tripé da seguridade social (previdência, assistência social e saúde), a saúde vem sofrendo ataques bastante severos a partir de tal conjuntura, fundamentalmente com a criação das fundações estatais de direito privado configuradas nas OSs, OSCIPs e a EBSERH, estimulando assim a fragmentação do sistema de saúde pública.

Passados 29 anos da CF/88, ainda resta muito a se avançar no tocante as conquistas obtidas com o tripé da seguridade social, e a garantia da proposta referentes ao SUS. Antigos e novos conflitos se apresentam no processo de negociação da política de saúde. Partindo do pressuposto que as proposições do SUS constitucional defendida pelos universalistas inscrita na Constituição de 1988 de um sistema público universal não se efetivou (BRAVO, 2001).

No governo ilegítimo de Michel Temer (2016), o Ministro da Saúde (Ricardo Barros) declarou que haverá corte de verbas para a saúde, e declarou que o país não terá condições de manter direitos como o acesso universal à saúde, nesse sentido, foi criado um grupo de trabalho para revisão da legislação do SUS, foi aprovado pela câmara dos deputados a Proposta de Emenda à Constituição (PEC) da Desvinculação das Receitas da União (DRU) retirando investimentos em áreas sociais e a PEC 451/2014 que obriga os

empregadores a garantir plano privado de saúde aos seus empregados, e que teve apoio do então ministro, recebendo inúmeras críticas do movimento sanitário (BATALHA & DOMINGUEZ; 2017).

A questão do desfinanciamento é a mais séria, pois está diretamente articulada ao gasto social do governo e é determinante para a manutenção da política focal, de precarização e terceirização dos recursos humanos e da mercantilização da saúde (BRAVO, 2001). A PEC 451 compõe a agenda do desmonte da política de saúde, a desvinculação das fontes acarretará um desfinanciamento ainda maior da saúde. Claramente um governo anti-SUS o atual presidente Michel Temer, lançou mais uma medida contra a classe trabalhadora e com o intuito obvio de desmonte da política de saúde, propôs a PEC do teto dos gastos (PEC 241/EC95) e apesar de várias mobilizações dos movimentos sociais, entidades diversas que defendem o SUS, a mesma foi aprovada por meio de manobras e alianças políticas. A PEC da morte (como ficou conhecida), que não apenas congela, mas reduz os investimentos em saúde por vinte anos é uma desconstrução do SUS (BATALHA & DOMINGUEZ, 2017).

Cabe destacar ainda na atual conjuntura, um enorme incentivo norteado pelo grande capital, alinhado aos interesses do governo, para criação dos planos de saúde populares, com o intuito de acabar com o SUS, e privilegiar o setor privado e o fortalecimento do mercado de planos, penalizando os segmentos que não podem pagar pelos serviços de saúde indo na contra mão do que está assegurado na Constituição Federal de 1988.

O cenário atual é de terror, uma vez que o governo promove intencionalmente o desmonte da seguridade social, para ceder espaço a iniciativa privada. Nesse sentido, os interesses privados são uma ameaça concreta as conquistas sociais do SUS, tendo em vista que para o capital financeiro a saúde é mercadoria/lucro, significando perda de direitos para a classe trabalhadora.

O retrocesso instaurado no país que tange a política de saúde, nos permite vislumbrar o retorno ao estado de responsabilização do individuo pelo seu processo saúde-doença, a um atendimento excludente e deixa de ter relevância para as políticas de saúde pública, o conceito ampliado de saúde. A adoção de tal paradigma traz em seu bojo um conceito positivo de saúde

(entendida como produto de relações sociais e não como ausência de doenças) A partir deste, compreendesse 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), fatos que foram historicamente debatidos em âmbito internacional, conforme discutiremos a seguir.

3. ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E ATENÇÃO BÁSICA E ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO CONTEXTO DO SUS

As discussões no contexto internacional desde 1960, numa perspectiva crítica aos sistemas de saúde com foco na doença, centrado na consulta médica, na medicalização além dos altos custos dos serviços médicos, os quais colocavam limites no atendimento e acesso da população a saúde, possibilitou a ampliação do conceito de saúde e conseqüentemente, fomentou subsídios ao enfrentamento dos diferentes sistemas de saúde no mundo, com o intuito de propor alternativas de mudanças ao modelo vigente.

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

O documento produzido no citado evento, preconiza como componentes fundamentais da APS: educação em saúde e os métodos para sua prevenção e controle, promoção da distribuição de alimentos e da nutrição apropriada, água de boa qualidade, saneamento básico, programas de saúde materno-infantil, planejamento familiar, imunização contra as principais doenças infecciosas, prevenção e controle de doenças endêmicas, tratamento apropriado de doenças e lesões e o fornecimento de medicamentos essenciais.

Convergindo com a Declaração de Alma-Ata, a APS objetiva a reorganização da atenção à saúde de forma regionalizada, contínua e

sistemizada, tendo em vista ações preventivas e curativas para atender o máximo possível às necessidades de saúde dos indivíduos e comunidades, e nesse sentido, a Atenção Primária configura-se como a porta de entrada do sistema de saúde (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Os países que adotaram a APS adequaram-na aos seus contextos sócio-político e econômico, por exemplo, na Europa a APS se dá pelos serviços ambulatoriais de primeiro contato, interligados a sistemas de saúde universais. Já nos países socialistas, as policlínicas financiadas com recursos públicos atuam de forma inclusiva e integral na articulação de serviços clínicos e preventivos, universais e gratuitos. E nos países periféricos, com pouco recurso tecnológico e acesso limitado às demais redes de atenção, a APS está vinculada a programas seletivos, focalizados e de baixa resolutividade (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Cabe enfatizar que no Brasil, os objetivos do MRS, da 8ª CNS que foram incorporados ao SUS pela Constituição Federal de 1988, têm similitudes com os princípios da APS que são a universalidade, a acessibilidade, o vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, a equidade e a participação social (BRASIL, 2012).

Mesmo sendo considerada imprescindível para a efetividade dos sistemas de saúde, a APS ainda enfrenta entraves no desempenho de seu papel de organizadora do sistema e coordenadora do cuidado em saúde, sendo constatado, portanto, que alguns de seus princípios não se efetivaram, a exemplo de alguns profissionais da APS que ainda não consideram as determinações sociais no processo saúde-enfermidade do usuário, centrado na doença, a acessibilidade, uma vez que ocorre ausência e/ou limitação nos encaminhamentos às especialidades, as barreiras sociais e geográficas, acarretando a fragmentação e descontinuidade do atendimento e do vínculo decorrente da rotatividade da equipe de saúde como também a precarização nas relações de trabalho, o que vem penalizar o usuário lhe tirando o direito à atenção preventiva necessária. A não efetivação do princípio da integralidade, por sua vez, não garante os serviços de saúde necessários à população (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Convém ressaltar também, a escassa participação popular nos processos decisórios de saúde que não acontece somente por meio dos conselhos e conferências de saúde, mas ela deve acontecer cotidianamente.

No que se refere as particularidades Brasileiras, cabe destacar também que o governo federal adotou a designação Atenção Básica a saúde (AB), visando a atenção primária como um conjunto de ações de saúde de baixa complexidade, dedicada a populações de baixa renda, ou seja, (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013), por não expandir o serviço a toda a população, o atendimento de saúde seriam restritos às camadas mais pobres da sociedade, instaurando uma “cesta básica” de serviços para o setor, denominado pejorativamente de pacote básico de ações proposto pelo Banco Mundial (VASCONCELOS; CARNEIRO, 2011).

As divergências entre os objetivos preconizados na Conferência de Alma-Ata (1978), isto é, a concepção ampliada e a restrita (defendida pelos organismos multilaterais) de APS perpassam os anos 1980 e 1990, contudo a última vem prevalecendo na direção do debate e das propostas, validando os ideais neoliberais em curso (VASCONCELOS; SCHMALLER, 2011).

No Brasil, na década de 1990 em virtude do conteúdo que a APS endossa no tocante as suas diretrizes e funções, a APS tornou-se uma relevante estratégia na saúde principalmente para atuar na promoção da saúde e atingir a meta Saúde Para Todos no Ano 2000 (SPT-2000). Nesse contexto o país enfrentava uma política de forte ajuste econômico diante das influencias dos ideais neoliberais, para o governo federal a AB configurou-se numa estratégia de baixo dispêndio, com o intuito de possibilitar atender e superar as desigualdades no atendimento de saúde da população e amenizar problemas do sistema de saúde.

Partindo deste pressuposto, 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, nem sempre articulados com o discurso em defesa dos princípios do SUS, haja vista a focalização dos mesmos na sua fase inicial, 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.

E em um curto espaço de tempo, diante dos expressivos resultados positivos das experiências em curso, o mesmo foi ampliado por toda federação, norteado pela Norma Operacional Básica (NOB) de 1996, instrumento que ofereceu largos subsídios ao processo de descentralização e municipalização no país, constituiu-se no elemento desencadeador da expansão do programa (VASCONCELOS; SCHMALLER, 2011). Que se apresentou como uma política pública que amplia o direito a saúde mesmo dentro dos limites do contexto neoliberal.

Para além do caráter de programa, o PSF passa a ser adotado como uma estratégia, denominada de Estratégia Saúde da Família (ESF), no ano de 2006, evidenciando mais um ganho, no que se refere à APS no país com a publicação da PNAB no mesmo ano, destacando a ênfase para o papel da ESF, que visa à reorganização da AB no País, por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2012).

Cabe destacar que a Política Nacional de Atenção Básica de 2006 (PNAB, 2006), passou por modificações e sob a portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 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). Conforme o citado documento, a AB caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações (BRASIL, 2012).

A PNAB/2012 aponta como diretrizes para a AB os seguintes pontos: ter território adstrito de forma a permitir o planejamento, 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 garantindo a continuidade das ações de saúde e do cuidado; coordenar a integralidade em seus vários aspectos; estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e no exercício do controle social, porém tais atribuições não são compatíveis com as condições de trabalho dos profissionais que atuam em tal política.

Tendo em vista fomentar o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde (RAS), a AB tem como finalidade: ser base; ser resolutiva; coordenar o cuidado; ordenar as redes (BRASIL, 2012). As RAS são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes níveis tecnológicos que, integradas através de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, visam proporcionar a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010).

Com o intuito de fazer-se cumprir a AB, todas as esferas de governo adotaram responsabilidades em comum, a saber: contribuir para a reorientação do modelo de atenção e de gestão com base nos fundamentos e diretrizes assinalados; apoiar e estimular a adoção da Estratégia Saúde da Família, pelos serviços municipais de saúde como tática prioritária de expansão, consolidação e qualificação da AB à Saúde; garantir a infraestrutura necessária ao funcionamento das UBSs, de acordo com suas responsabilidades; contribuir com o financiamento tripartite da AB; estabelecer, nos respectivos planos de saúde, prioridades, estratégias e metas para a organização da AB; desenvolver mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de qualificação da força de trabalho para gestão e atenção à saúde; valorizar os profissionais de saúde estimulando e viabilizando a formação e educação permanente dos profissionais das equipes, a garantia de direitos trabalhistas e previdenciários, qualificação dos vínculos de trabalho e a implantação de carreiras que associem desenvolvimento do trabalhador com qualificação dos serviços ofertados aos usuários; desenvolver, disponibilizar e implantar os sistemas de informações da AB de acordo com suas responsabilidades; planejar, apoiar, monitorar e avaliar a AB; estabelecer mecanismos de controle, regulação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados pelas ações da AB,

como parte do processo de planejamento e programação; divulgar as informações e os resultados alcançados pela AB; promover o intercâmbio de experiências e estimular o desenvolvimento de estudos e pesquisas que busquem o aperfeiçoamento e a disseminação de tecnologias e conhecimentos voltados à AB; viabilizar parcerias com organismos internacionais, com organizações governamentais, não governamentais e do setor privado, para fortalecimento da AB e da ESF no país; e, estimular a participação popular e o controle social (BRASIL, 2012).

Entretanto, na atual conjuntura a qual atravessa o país, o governo do presidente Michel Temer sob a lógica neoliberal, promove intencionalmente o desmonte da seguridade social e nesse âmbito a política de saúde vem sofrendo sucessivos ataques e retrocessos.

A agenda neoliberal em curso propõe enxugar e desarticular o sistema público, garantir clientela para o setor privado e fortalecer a concepção de saúde como mercadoria e não como direito. Não parece ser por acaso que duas agendas venham se desenrolando de forma concomitante: o projeto dos planos acessíveis e a Revisão da PNAB (LEAL, 2017).

A revisão da PNAB vem acontecendo a toque de caixa, além de alterar significativamente a organização e o financiamento da ESF, modifica o papel dos agentes comunitários de saúde, restringindo sua atuação, podendo reduzir em até 40% a força de trabalho dos ACS. A revisão da PNAB no contexto de retrocessos o qual estamos vivendo significa redução de direitos, configurando-se é um dos indícios de enfraquecimento da AB (PERES; MOROSINI, 2017).

Segundo o MS a nova PNAB visa ampliar a resolutividade na AB, o gestor também poderá compor a equipe das UBS de acordo com a realidade e necessidade do município, ampliando o acesso a serviços básicos de saúde para toda a população brasileira, isso implica que a gestão local poderá ampliar a terceirização dos serviços e compra-los de forma direta no mercado, ampliando assim o processo de privatização (BRASIL; LEAL, 2017).

Embora o MS afirme que uma das medidas consiste na valorização da atuação dos (ACS), que passam a ter mais atribuições, as atividades das categorias não ficavam explícitas, fizeram questão de garantir as atribuições privativas do ACS na letra da lei. O trabalho do ACS funciona hoje como uma espécie de espinha dorsal da ESF, conforme ressalta Morosini, (2017), a

definição das atribuições dos ACS por si só não garante sua presença na Estratégia de Saúde da Família. Portanto, o que se observa a partir da revisão da PNAB, é um enorme retrocesso no que se refere a organização e financiamento da AB e nesse âmbito na Estratégia saúde da Família e na qualidade das ações e serviços de saúde prestados à população, a exemplo de Campina Grande/PB, que adotou e incentivou o projeto pioneiro do PSF, como subsídio importante à reorganização da atenção em saúde.

3.1 A Estratégia Saúde da Família em Campina Grande/PB

Diante desse cenário, reconhecendo as necessidades da população no que tange o atendimento em saúde e com vistas a superar o modelo hospitalocêntrico e a prática flexneriana, o município de Campina Grande/PB, defendeu e adotou o conceito ampliado de saúde concernente com o MS, isso implicou no reconhecimento do referido município como percussor ao aderir de forma ousada e inovadora, juntamente com mais treze municípios do Brasil, ao então chamado Programa Saúde da Família no ano de 1994, sob o alicerce das experiências com resultados bem sucedidos de Cuba e Niterói/RJ (CARNEIRO, 2011).

Considerada referência no setor saúde para o Estado da Paraíba e sede do Terceiro Núcleo Regional de Saúde do Estado, Campina Grande concentra um total de 70 municípios integrados a sua rede de serviços de saúde esta dividida em sete Distritos Sanitários, cujas equipes/gestões compartilham o objetivo comum: a cooperação para assegurar a resolutividade e qualidade nos atendimentos em saúde, no entanto, na atual conjuntura ocorre uma divisão meramente burocrática e geográfica (LEITE; VELOSO, 2009).

Seguindo as orientações do Banco Mundial (BM) e do MS o programa foi implantado e posto em prática inicialmente com cinco equipes sendo três localizados no bairro do Pedregal e duas no Mutirão uma vez que após análises/pesquisas essas comunidades apresentaram elementos propícios para dá inicio ao Programa SF. Cabe destacar, que em seguida uma das equipes do bairro do Mutirão foi deslocada para o bairro do Tambor. Os parâmetros adotados para implantação do programa nos referidos bairros, pautaram-se em dados epidemiológicos e sócio-sanitários, a saber: elevado

índices de desnutrição, mortalidade bem como, ausência de acesso aos serviços de saúde (CARNEIRO; 2011, LEITE; 2007).

Baseado nos critérios do MS, as equipes pioneiras eram formadas por uma equipe mínima, composto por: um médico, um enfermeiro e um auxiliar de enfermagem. Tais profissionais se submeteram a um processo seletivo simplificado, transparente, com análise de currículos e em sua maioria possuíam perfis convergentes aos ideais do movimento de reforma sanitária, e forte postura em defesa do SUS.

Posteriormente ao processo seletivo, houve um Curso Introdutório abordando temas relativos às propostas do PSF e da AB, do SUS e à comunidade. O projeto foi discutido e apresentado junto com gestão e por esses profissionais com a população dos citados bairros. Despertou também por parte da gestão municipal um interesse na capacitação permanente dos trabalhadores, posto que foi firmado um convenio com o MS e a Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) para a especialização das equipes da Saúde da Família (SF) (BERNARDINO et al 2005; CARNEIRO, 2011).

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

Cabe destacar que, a proposta inicial de expansão do programa era de 15 equipes/ano, totalizando 75 equipes para o município. No entanto, tal expansão foi seriamente comprometida pela própria compreensão dos gestores em relação ao SUS e ao PSF, e apenas em 1998 ocorreu uma primeira ampliação das equipes. Como movimento de resistência a esta não-priorização do programa, foi criada a Associação dos Profissionais do Saúde da Família de Campina Grande (APSF), que protagonizou uma série de lutas em prol do SUS (e do PSF); realizando eventos de avaliação do programa com os usuários; incentivando um amplo debate sobre a intersectorialidade, entre outras ações (BERNARDINO et al, 2005).

Vale enfatizar que, um ano após a implantação das primeiras equipes, ou seja, já em 1995, diante de necessidades sentidas pelos profissionais e pela população usuária, algumas assistentes sociais lotadas na Secretaria de Saúde

do município, embora não integrando a equipe básica, passaram a desenvolver um trabalho junto a algumas equipes do PSF, tendo, portanto, carga horária e salário diferenciados. Tais profissionais iniciaram um processo de mobilização para sua inclusão na equipe básica, construindo para isso várias parcerias: com a APSF, com o departamento de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), com a delegacia seccional do Conselho Regional de Serviço Social (CRESS) – 13ª Região, com os Conselhos Comunitários de Saúde nos bairros atendidos pelo PSF, com a coordenação local do PSF. Tais articulações resultaram em várias reuniões com os gestores locais e diversos documentos foram elaborados para reivindicar a inserção do assistente social na equipe básica do PSF. Em 2002, passados sete anos de lutas e mobilizações, foi realizado um Processo Seletivo Simplificado para assistentes sociais no PSF de Campina Grande. 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 a inclusão da equipe de saúde bucal (cirurgião-dentista e auxiliar de consultório dentário) no PSF de Campina Grande, cada um dos profissionais sociais ficou responsável por duas equipes (BERNARDINO et al, 2005).

Assim como preconiza o MS, cada equipe atendia um número de 600 a 1000 famílias. Tanto os profissionais da Estratégia Saúde da Família, nomenclatura² adotada a partir de 2006, quanto os usuários reconheciam a relevância da estratégia para o fortalecimento da organização da comunidade.

Dos trabalhos das Unidades de Saúde decorre a criação os Conselhos Locais de Saúde (CLS). Estes eram em nível local articuladores de ações intersetoriais, inteirando a população de informações referentes aos cuidados com a saúde, direitos sociais e exercício da cidadania, que implicou em conquistas como a urbanização de um bairro e a criação do vínculo entre a equipe e a população atendida. Como resultado concreto deste vínculo posto que o acompanhamento do pré-natal e ao recém-nascido realizado pelas equipes da ESF, que reduziu relevantemente a mortalidade infantil e materna

² Segundo o MS, a ESF é considerada a vertente nacional da APS, que, no discurso oficial tem por objetivo reverter o modelo de atenção fragmentário e centralizado. Modifica-se o nome de PSF para ESF, a fim de ressaltar que não se tratava mais de um programa, pois este passava a ideia de que poderia se encerrar a qualquer momento.

no município, bem como a diminuição do número de internações (LEITE; VELOSO, 2009; VASCONCELOS; CARNEIRO, 2011).

Carneiro (2011) aborda que diante do significativo empenho das equipes, a SF do município de Campina Grande, ganhou destaque a nível nacional, sendo o PSF do Mutirão foi reconhecido como um dos 10 melhores do país (1998), com ênfase no combate a pobreza e a exclusão social. Em 1999, o PSF de Campina Grande, teve sua qualidade reconhecida ao receber o Prêmio Saúde Brasil.

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

Ainda de acordo com as autoras, as atividades coletivas deixaram de ser pauta, a intersetorialidade e o controle social que são peças fundamentais à promoção de saúde estão renegados a segundo plano e, com isso a ESF em Campina Grande está voltada a ações pontuais para a prevenção de saúde destinada a grupos de riscos, com grandes limitações e dificuldades à atuação das equipes em relação à continuidade da atenção e a integralidade. Ao passo que ocorre uma expansão desordenada entre a ESF e as especialidades e as estruturas físicas não atendem adequadamente às demandas.

Apesar dos avanços obtidos historicamente e do reconhecimento nacional, são inúmeros os obstáculos postos as equipes pioneiras e as atuais, tais como: as ações intrasetorial e intersetorial. As primeiras correspondem a um serviço mínimo de referência e contrarreferência³, a falta da integralidade das ações e o acesso a todos os níveis de atenção a saúde, escassez de

³ Sistema de referência é o serviço ao qual é encaminhado o usuário para atendimento mais complexo e apoio diagnóstico. A contrarreferência diz respeito ao retorno das informações sobre o usuário para o nível da atenção básica.

insumos e medicamentos; e a segunda a fraca e/ou ausência de ações que geram possibilidades de melhores condições de saúde na comunidade, desta feita retira a resolutividade da estratégia quanto à promoção e prevenção da saúde (LEITE; VELOSO; 2009).

Segundo Carneiro (2011), os desafios encontrados pelas equipes foi ultrapassar o modelo flexneriano; assegurar o acesso às especialidades; superar os problemas no tocante à gestão que incidem sobre os profissionais e a população; a ampliação do número de equipes da ESF para atender também a zona rural, conseqüentemente o aumento da demanda, a queda na qualidade do atendimento e precarização do trabalhador, isto é, uma expansão tão somente quantitativa.

De acordo com o gerente da AB, atualmente o município de Campina Grande conta com 107 equipes Saúde da Família, das 76 UBS existentes, quatro encontram-se interditadas por não contemplar as condições de infraestrutura e sanitárias condizentes ao que é exigido e estão 12 sem médicos. Persistem questões que se arrastam desde a implantação do ESF no referido município, longa espera para uma consulta com um médico clínico geral, podendo ser o prazo de uma semana e no que se refere as especialidades podem ser meses. Um ponto ainda mais grave diz respeito aos exames de imagem a espera pode chegar a mais de um ano, a depender da urgência aos usuários que dispõem de condições financeiras recorrem ao sistema privado (G1 GLOBO PARAÍBA, 6 out. 2017).

Todos esses desdobramentos derivam dos rebatimentos da ofensiva neoliberal que incidem diretamente na seguridade social, e particularmente na política pública de saúde, vem sendo sofrendo efeitos devastadores de da contrarreforma do Estado. Refletindo no sucateamento de algumas UBS, falta de infraestrutura, precarização do trabalho e das condições de trabalho, e nesse âmbito se insere os assistentes sociais.

4. O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE E NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: ALGUMAS REFLEXÕES

Após a implantação do SUS, na década de 1980, houve uma ampliação dos espaços sócio-ocupacionais na área de saúde para os A.S, ou seja, os

mesmos passaram a atuar em todos os níveis de atenção à saúde, no entanto esta ampliação é marcada por contradições postas pela correlação de força entre o projeto privatista e o projeto da reforma sanitária.

Cabe enfatizar que o A.S foi reconhecido como profissional de saúde através da Resolução 218/1997 do Conselho Nacional de Saúde e da Resolução 383/1999 do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS). Sua abordagem nos variados campos de atuação, como também na saúde deve ser norteada pelo Código de Ética do/a Assistente Social 273/1993, pela Lei 8.662/1993 que regulamenta a profissão e pelo Projeto Ético Político do Serviço Social (PEPSS) que preconiza uma nova ordem social em favor da igualdade, da justiça social e da cidadania (CFESS; 1999, BARROCO; 2012).

Os parâmetros para a atuação do A.S na saúde deve pautar-se no conhecimento da realidade do território/sujeito assistido, a definição dos objetivos e a 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).

No que tange os objetivos do A.S na saúde, a saber: identificar/reconhecer as determinações sociais, culturais e econômicas que refletem no processo saúde-doença, traçar estratégias político-institucionais de enfrentamento a estas questões articulados com os demais segmentos profissionais/sociais, cuja intenção seja a consolidação do SUS, da ESF e do PEPSS (CFESS, 2010).

No que se refere aos eixos de atuação dos/as assistentes sociais na saúde, estes abrangem: atendimento direto aos usuários que devem transpor o caráter emergencial/burocráticos nos diferentes níveis de atenção a saúde e esferas de governo, que ocorre mediante as ações socioassistenciais consideradas como a principal demanda para o AS, e as ações socioeducativas reconhecida como um dos fundamentos da atuação, que se dá por meio da democratização de informação e orientação individual, coletiva ou grupal aos usuários/sociedade junto com a/bem como em equipe, de maneira a

proporcionar a construção de uma nova cultura, viabilizar o acesso aos serviços e fortalecer a interdisciplinaridade; mobilização, participação e controle que tem como propósito a construção e fortalecimento do usuário como sujeito político; a investigação, planejamento e gestão com a finalidade de desvelar as reais condições de vida/trabalho dos profissionais de saúde e usuários, fortalecer a gestão democrática/participativa e a intersetorialidade; e a assessoria, qualificação e formação profissional que tem como objetivo principal, a melhoria na qualidade dos serviços prestados aos usuários, a formação permanente, a assessoria a movimentos sociais e a gestão, além de supervisionar estágios (CFESS, 2010).

Desse modo, cabe ressaltar que 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 com/e para o bem da sociedade, no setor público ou privado de saúde, contudo o constante avanço e influência neoliberal na política de saúde faz com que o cotidiano da atuação do A.S na área em tela ocorra em meio a contradições, com praticas individuais e respostas imediatas na maioria de natureza psicossocial que irá, lamentavelmente, favorecer o projeto privatista ao atuar com ênfase no assistencialismo (CFESS; 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 locus propício a sua atuação, contribuindo para o fortalecimento do vínculo/interação entre o usuário e a equipe de saúde.

Como afirma Bernardino et al (2005), a atuação do AS na ESF se volta para a intersetorialidade, o controle social, a promoção de saúde e o trabalho socioeducativo na saúde que envolve as ações que seguem: encaminhar, providenciar e prestar orientações/informações a indivíduos, inclusive com a visita domiciliar, a grupos ou a população na defesa da ampliação do acesso aos direitos à cidadania, através de discussões sobre o conceito de cidadania com a equipe de saúde e a população; planejar e desenvolver ações socioeducativas/culturais como oficinas, palestras e dinâmicas de grupo não só aos usuários, mas, para toda população. No entanto, devido à precarização

das condições de trabalho de tais profissionais em tal espaço, suas ações encontram-se na maioria direcionadas aos grupos de riscos.

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

5. SISTEMATIZANDO O TRABALHO SOCIOEDUCATIVO DESENVOLVIDO NAS UBSs DE MONTE CASTELO

5.1 O lócus da experiência

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Dr. Antônio Mesquita de Almeida, está situada na Rua Professor Hortêncio Ribeiro, nº478, anteriormente denominada UBS Monte Castelo III, antes situada numa casa alugada, posteriormente recebeu o nome atual, após a construção da sede própria, 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.

A UBS 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, cinco banheiros, dois para os usuários, um banheiro para deficientes físicos e dois banheiro para os funcionários. Portanto, possui infraestrutura razoável, para o trabalho com a comunidade e a própria equipe (promoção e educação em saúde).

A mencionada UBS dispõe de uma equipe de saúde ampliada, composta pelos seguintes profissionais: uma assistente social, uma médica (contratada pelo Programa Mais Médicos PMM), uma dentista, um auxiliar de saúde bucal (ASB), uma enfermeira, dois técnico em enfermagem, sendo um por turno, um

farmacêutico, um auxiliar de farmácia, seis agentes comunitários de saúde. Compõem a equipe de apoio: uma recepcionista, um porteiro e uma auxiliar de serviços gerais. Conta com o apoio de forma pontual dos profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), formada por um fisioterapeuta, um psicólogo, uma educadora física e uma nutricionista.

No que tange os atendimentos prestados, estes compreendem: as gestantes, idosos, crianças e adultos. São realizados encaminhamentos, orientações, visitas aos acamados, bem como ações pontuais recomendadas pelo Ministério da Saúde em parceria com o Ministério da Educação, a exemplo do Programa de Saúde na Escola (PSE), as quais são de extrema importância, uma vez que possibilita detectar problemas de saúde de crianças e adolescentes da comunidade.

Entre as ações e serviços prestados na UBS em tela destaca-se: o pré-natal, o puerpério e puericultura, o planejamento familiar, a citologia e a entrega de contraceptivos, a clínica médica, serviços odontológicos, o acompanhamento aos hipertensos e diabéticos, a saúde mental, a saúde sexual, os procedimentos de curativos, dispensação de medicamentos, a verificação da pressão arterial, o teste rápido de gravidez, o teste rápido de HIV e Sífilis, o teste de glicemia, a vacinação, a visita domiciliar, o atendimento domiciliar a idosos fragilizados e acamados, acompanhamento da tuberculose e hanseníase e o acompanhamento das condicionalidades da saúde referentes ao Programa da Bolsa Família⁴ (PBF), constituindo-se na maior demanda para o Serviço Social na Unidade. Tem-se também: atendimentos coletivos com os diversos grupos de hipertensos, diabéticos, tabagistas, gestantes, saúde mental, PSE e Educação Permanente em Saúde (EPS) realizado com os funcionários da unidade.

⁴ Uma das condicionalidades para manutenção do benefício é realizar o acompanhamento semestral da criança tanto na saúde (há dois períodos de acompanhamento ou as chamadas vigências, a cada semestre) quanto na educação (a frequência escolar dos beneficiários de 6 a 17 anos ocorre cinco vezes ao ano, bimestralmente). O Assistente Social por sua vez – mas não só- faz esse acompanhamento na UBS ou na escola. Tal procedimento apesar de parecer algo “pontual”, permite ao Assistente Social conhecer o perfil socioeconômico das famílias e estabelecer vínculos à fim de adentrar e conhecer as expressões da Questão Social que assola àquela realidade familiar, o que permite ao profissional fazer encaminhamentos às demais políticas.

5.2 As ações desenvolvidas nas Unidades Básicas de Saúde UBSs de Monte Castelo

As ações desenvolvidas na UBS, Dr. Antonio Mesquita de Almeida, pertinentes ao estágio supervisionado obrigatório em Serviço Social, realizaram-se no período de Maio/2016 a Junho/2017. Ao longo desse período nos deparamos com a relação teoria/prática e, conseqüentemente, com as dimensões teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa da profissão.

As atividades de estágio tiveram início, tendo como propósito basilar a observação sistemática da UBS, do seu funcionamento, da comunidade, dos profissionais que a compõem, bem como as demandas postas cotidianamente na Unidade e na comunidade, nos possibilitando uma visão macro das diversas expressões da questão social que refletem diretamente no processo saúde-enfermidade de cada indivíduo e do coletivo.

Foram realizadas o acompanhamento individual das famílias beneficiárias do PBF e mutirão, relativas a orientações e informações sobre atualização bem como, os critérios de como requerer ao programa e a manutenção do mesmo, participamos do EPS (Estimulação precoce) e reuniões da ESF, na Escola Municipal Anésio Leão desenvolveram-se ações como: reunião de pais, professores e equipe da Unidade, no intuito de sensibilizar os responsáveis pelas crianças em relação a campanha para alertar e detectar Hanseníase e a autorização para a dosagem única de Verminose nos alunos da citada escola ações estas, como parte do Programa Saúde na Escola (PSE).

No período destinado ao Estágio Supervisionado Obrigatório no referido espaço, tivemos a oportunidade de observar e participar de algumas atividades propostas pela equipe de saúde, em particular pela supervisora de campo.

Destacamos inicialmente, no mês de junho de 2016, o levantamento/mapeamento das instituições do município de Campina Grande, ou seja, da rede de atendimento as vítimas de violências (crianças e adolescentes, mulheres e idosos). Após irmos aos referidos espaços e levantarmos informações sobre coordenação, endereço, contato e aparato legal, essas informações foram organizadas e socializadas com/a e/na Unidade, contribuindo com o EPS junto à equipe Saúde da Família. Ainda, com

base nessas informações foi confeccionado um banner que se encontra exposto na UBS.

Passamos a registrar nossas apreensões em um diário de campo. Na sequencia, elaboramos a caracterização do bairro, da instituição e do Serviço Social, nos propiciando o conhecimento mais aprofundado da área a qual estávamos inseridas.

O estágio nos proporcionou, também participamos de várias atividades junto com a equipe relativas ao “Saúde no Beco” executadas como promoção a saúde, ações estas propostas pela equipe, que consistem em levar a comunidade e usuários serviços como: aferição de P.A, teste rápido de IST's/Aids⁵, Sífilis, teste de glicemia, entrega de preservativos, imunização, serviços odontológicos, atividades lúdicas, acompanhamento das condicionalidades do BF, solicitação do cartão SUS, sendo estas duas ultimas ações a cargo do Serviço Social, ações esta sempre regadas de elogios dos usuários.

No período de setembro de 2016, tivemos a oportunidade de participarmos de uma roda de conversa, com o grupo de gestantes, contando com a presença das profissionais de serviço social e enfermagem e as usuárias/gestantes, tendo sido realizadas orientações, cuidados e prevenção a acidentes domésticos com bebês, tais como: queimaduras, quedas, engasgos, acesso de alimentos e líquidos de risco a saúde; direitos da gestante, da criança, abandono e as formas de negligência. Tendo em vista que foi abordado o direito da gestante em conhecer a maternidade a qual vai ter o bebê, ficou acordado a visita à maternidade referencia do município, o Instituto Elpidio de Almeida (ISEA). Tal visita foi mediada pelas A.S da Unidade e

⁵ Cabe esclarecer que Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais passa a usar a nomenclatura “IST” (infecções sexualmente transmissíveis) no lugar de “DST” (doenças sexualmente transmissíveis). A nova denominação é uma das atualizações da estrutura regimental do Ministério da Saúde por meio do pelo Decreto nº 8.901/2016 publicada no Diário Oficial da União em 11.11.2016, Seção I, páginas 03 a 17. O Ministério da Saúde explica que “O termo IST é mais adequado e já é utilizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelos principais Organismos que lidam com a temática das Infecções Sexualmente Transmissíveis ao redor do mundo”, pois “A denominação ‘D’, de ‘DST’, vem de doença, que implica em sintomas e sinais visíveis no organismo do indivíduo. Já ‘Infecções’ podem ter períodos assintomáticas (sífilis, herpes genital, condiloma acuminado, por exemplo) ou se mantém assintomáticas durante toda a vida do indivíduo (casos da infecção pelo HPV e vírus do Herpes) e são somente detectadas por meio de exames laboratoriais” (BRASIL, 2017).

também do ISEA, sendo possível na ocasião, apresentar as gestantes todos os espaços referentes a esse público, banco de leite, bem como uma conversa sobre como proceder no ato da amamentação, além de incentivo às futuras mães para tal ação. Ainda, foram apresentados os serviços aos quais elas têm direito a acessar na maternidade.

Com o intento de contribuirmos para o EPS, alusivo a Saúde do trabalhador, realizamos no período de outubro de 2016, o mapeamento dos órgãos de saúde do trabalhador no município. Na ocasião, nossa supervisora de campo propôs pesquisarmos sobre tais serviços disponibilizados aos usuários, bem com realizar um mapeamento destes, quais sejam: Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) Centro de Referência em Reabilitação e Assistência em Saúde do Trabalhador (CERAST) e o Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT) contendo informações como: endereço, telefone, coordenação, serviços disponíveis aos usuários, principais demandas e encaminhamentos.

Dando prosseguimento as 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 saúde⁶ 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. Tais atividades, foram desenvolvidas na UBS Antônio Mesquita de Almeida, onde estivemos inseridas no período do estágio, como também na UBS Horacina Almeida, localizadas no bairro de Monte Castelo, considerando que as duas Unidades funcionam interligadas.

Cabe destacar a importância da ESF como um possível objeto de Educação em Saúde, para o acesso da população às informações sobre sua saúde, construção da cidadania e busca de autonomia, tendo em vista o

⁶As 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).

empoderamento dos/as usuários/as. Portanto, uma prática educativa que visa a Promoção da Saúde, tendo em vista um conjunto de atividades orientadas a propiciar o melhoramento de condições de bem-estar e acesso a bens e a serviços sociais (BESEN et al, 2007).

Entendemos que a educação em Saúde consiste em trabalhar questões que ultrapassem o biológico, impulsionando o desenvolvimento de conhecimentos, atitudes e comportamentos na população favoráveis ao cuidado da saúde, constituindo-se assim, em sujeitos ativos.

Assim, a perspectiva política dessa concepção de educação orienta-se na construção de uma sociedade em que as classes populares deixem de ser atores subalternos e explorados para serem sujeitos ativos e importantes na definição de suas diretrizes culturais, políticas e econômicas. A educação dos trabalhadores de saúde nesta perspectiva é fundamental para a ampliação de uma gestão participativa no SUS.

Cabe destacar que, considerando a prática e comprometimento da equipe de SF, realizamos salas de espera, rodas de conversa, entrega de cartilhas, folders e folhetos informativos, a respeito dos temas abordados e possibilitando, principalmente, a participação popular.

Durante a convivência cotidiana com os/as usuários/as nas Unidades, percebemos que os/as mesmos/as ficavam ociosos esperando pelo atendimento na sala de espera, nessa perspectiva, pensamos em aproveitar tal espaço para trazer informações acerca de temas pertinentes à comunidade local, com o intuito de estimular uma ação política, bem como enriquecer o diálogo e o relacionamento dos/das usuários/as com toda a equipe de saúde.

O estágio nos proporcionou ainda, participar junto com a equipe de saúde, de algumas ações intersetoriais que reúne saúde e educação num mesmo espaço. Ações estas que ocorreram nas Escolas Municipais: Anésio Leão; Lílisa Barreto e José Tavares, referência para essas ações intersetoriais. Trabalhamos embasados em pesquisas de temas, tais como a sensibilização sobre a gravidez na adolescência; sexualidade na adolescência; IST/HIV; HPV; campanha sobre Hanseníase e Verminose; entre outros.

Assim, em março do corrente ano, desenvolvemos uma atividade na escola Municipal Lílisa Barreto, tendo sido realizada uma oficina no turno da manhã, cujo tema foi "Sexualidade"; na oportunidade, realizamos uma breve

dinâmica, objetivando sensibilizarmos as adolescentes sobre a maternidade neste período da vida. Dialogamos ainda sobre quais são os direitos e deveres da criança e do adolescente, pautadas no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei nº 8.069/1990; sexualidade e gravidez na adolescência. Nesta ação, participaram em média vinte e cinco adolescentes. E no período da tarde, na mesma escola realizamos uma roda de conversa “Sexualidade”, com um público de oito (8) a dez (10) adolescentes.

As demais atividades foram realizadas na UBS, através de rodas de conversa e salas de espera. No período de 06 de junho foi realizada uma roda de conversa, cujo tema foi “Violência contra a pessoa idosa”, esta ação foi realizada junto ao grupo de saúde mental da comunidade. As discussões foram em torno de quais os tipos de violência; características do agressor etc. Participaram desta atividade em média quinze (15) usuários da UBS. Vale destacar que para tal atividade nos pautamos também na Lei 10.741/2003 referente ao Estatuto do Idoso. A realização de tal atividade proporcionou notarmos a diferença entre a realização de sala de espera e trabalho em grupo, em vez que, os usuários interagiram bastante diante do que foi exposto, com questionamentos de como proceder diante de abuso, negligência, violência, bem como desabafos de situações vivenciadas por estes em seu cotidiano.

Ainda no âmbito das atividades previstas no plano de ação, abordamos o tema “SUS”, visto que, constitucionalmente conquistado na CF/88 a saúde é direito de todos e dever do Estado. Assim, tal temática foi trabalhado através de uma sala de espera, pautando-se no esclarecimento aos usuários a respeito do SUS, quais os mitos e verdades acerca do SUS; como era tratada a saúde antes do SUS; o que é SUS; o que faz o SUS, princípios e diretrizes do SUS etc. Com ativa participação dos/as usuários/as, entre discussão e questionamentos no tocante ao tema abordado, os/as presentes foram instruídos a procurar a ouvidoria (a nível municipal e federal) quando da não efetivação de uma solicitação ou procedimento relativo a saúde enquanto direito de cidadania.

Finalizando as atividades, abordamos o tema sobre “as condicionalidades do Programa Bolsa Família”, através de sala de espera. Na ocasião, trouxemos informações acerca de quem pode fazer parte do programa bolsa família; o que pode ocasionar o bloqueio do bolsa família; quais os

documentos necessários para fazer o cadastramento etc. Criado a luz da Lei 10.836/2004 o Programa Bolsa Família (PBF) é um programa de transferência de renda com condicionalidades (educação e saúde), instituído no Brasil com o intuito de acabar com a miséria configurando-se, portanto, na focalização das políticas sociais para os segmentos mais pauperizados da população brasileira.

Em todas as atividades desenvolvidas foram realizadas distribuição de panfletos, folders 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 vivenciar a relação teoria/prática, além de expor de forma clara os desafios e dilemas apresentados cotidianamente no exercício profissional do assistente social, inserido nos mais diversos espaços sócio-ocupacionais.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar de ser considerado um dos sistemas de saúde mais avançados do mundo, o SUS, assegurado na CF/88, vem sofrendo no contexto atual, com as medidas de ajuste neoliberais como: cortes de verbas para a saúde, repasses de recursos públicos para o setor privado de saúde, terceirização da gestão administrativa e financeira na saúde.

Atualmente, o governo Temer com seu pacote de maldades acentua o quadro de desmonte da política de saúde com a EC-95, a alteração no PNAB, além da proposta de planos de saúde populares dentre outras. Particularmente na ESF é possível observar que 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.

Com efeito, as medidas tomadas pelos governos neoliberais, no que concerne a política de saúde, rebatem na efetivação do direito a saúde, conseqüentemente, no acesso dos usuários a mesma, na qualidade dos serviços, na forma do vínculo empregatício bem como, na infraestrutura das UBSs, refletindo por vezes na falta de infraestrutura, precarização dos serviços e das condições de trabalho.

Diante dos escancarados retrocessos postos pelo governo, acentuando as expressões da questão social, é perceptível, também, que a precarização do

trabalho colocam muitos desafios para a efetivação do direito a saúde, da integralidade no atendimento, e a ausência da democratização da informação reflete na tímida participação popular.

Apesar das crescentes ofensivas e ataques ao SUS, persiste a luta contra o retrocesso, na defesa e garantia do SUS constitucional, pela saúde estatal, universal, gratuita e de qualidade, direito de todos e dever do Estado CF/88.

Os embates colocados a política de saúde no Brasil demanda um trabalho coletivo, intersetorial e a articulação dos profissionais de saúde com outras categorias profissionais que lutam pelos mesmos interesses, ou seja, o momento requer forte engajamento da classe trabalhadora como um todo, protagonismo dos movimentos sociais, instituições e entidades de participação democrática que defendem o SUS e que precisam manter mobilizações em caráter permanente.

A experiência de Estágio relatada nos oportunizou dentre tantos outros ganhos, apreender in loco a relação entre a teoria e a prática na atuação do Assistente Social, e identificar a inerente relação entre as políticas sociais, econômicas e a política de saúde vigente no país.

No que se referem às ações de natureza socioeducativas no âmbito da ação profissional, foi possível observar a partir de nossa inserção em campo de estágio obrigatório em serviço social, o quanto se é desafiante, considerando que é na realidade do dia-a-dia que as diversas faces da questão social, as relações de poder e de interesses antagônicos se cristalizam. É nestes mesmos espaços cotidianos que o Assistente Social pode conferir à ação socioeducativa uma ferramenta que instrumentaliza o usuário frente aos seus direitos, além de prevenir e promover saúde, se configurando num processo de troca de informações e experiências.

A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO CONTEXTO DO SUS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA JUNTO AS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE MONTE CASTELO NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE/PB

ABSTRACT

This Course Completion Work (TCC), presented as an article, aims to present the actions developed in the Mandatory Supervised Internship in Social Work, carried out in the period from May 2016 to June 2017, in the Basic Health Units (UBSs) of Monte Castelo, located in the municipality of Campina Grande-PB. From our insertion in such space, and especially in the period of characterization of the field, and the record of our apprehensions in the field diary, we perceive the need to elaborate some socio-educational actions, with the purpose of promoting the socialization and democratization of information with the users, considering the current situation of withdrawal of rights and the clear prospect of dismantling SUS. The actions developed turned to topics of interest to users, with emphasis on health as the right of everyone and the duty of the State and related issues. To this end, we developed a plan of action that consisted of activities such as waiting rooms and talk wheels, distribution of information leaflets and folders, worked in the waiting rooms, because we believed that such actions could contribute to empower users as subjects of rights and duties, sensitizing them to belonging to the struggle for the guarantee of constitutional health. Finally, experience in the internship has allowed us to perceive that the socio-educational work of the Social Worker, in its various socio-occupational spaces and particularly in the field of health, contributes in a significant way to strengthen the critical perspective of the professionals inserted in such space, and instrumentalizes users in the defense of the right to health in its expanded context.

Keywords: Health policy. Family health strategy. Social service.

REFERENCIAS

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

BAPTISTA, T. W. F. História das políticas de saúde no Brasil: a trajetória do direito à Saúde. In: **Políticas de Saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007.

BATALHA, E.; DOMINGUEZ, B. **PEC 241: o colapso do SUS**. Revista Radis. Nº 169, Out. 2016.

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.

BESEN, C. B.; NETTO, M. S.; DA ROS, M. A.; SILVA, F. W.; PIRES, M. F. A **Estratégia Saúde da Família como Objeto de Educação em Saúde**. Saúde e Sociedade v.16, n.1, p.57-68, jan-abr 2007.

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

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

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

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **As Redes de Atenção à Saúde**. Brasília, 2010. Disponível em:http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_ras.php. Acesso em: 22/10/2017.

_____. Ministério da Saúde. <http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/29706-nova-politica-da-atencao-basica-amplia-acompanhamento-domiciliar-a-mais-de-5-milhoes-de-hipertensos-e-diabeticos>. Acesso em: 24/10/2017

_____. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.435, de 21 de Setembro de 2017 <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=68&data=22/09/2017>. Acesso em: 25/10/2017.

_____. **Programa Nacional de Educação e Qualificação Profissional na Saúde**. Brasília, fev. 1997.

BRAVO, M. I. S. Política de Saúde no Brasil. In: **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**, 2001. Disponível em: http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto1-5.pdf Acesso em: Novembro de 2017.

_____, M. I. S. Política de Saúde no Brasil. In MOTA, Ana Alizabete et al . (Orgs.). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. 3ª ed. – São Paulo: Cortez; Brasília < DF, OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009.

BRAVO, M. I. S; Vasconcelos, H.M (Org). **Serviço Social e Saúde**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2004.

BRAVO & Menezes, J.S.B. (Org.) A Política de Saúde nos governos Lula e Dilma: Algumas reflexões In: **Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade**. 1. ed. – Rio de Janeiro : UERJ, Rede Sirius, 2011. 76 p.

BRITO, M. P. de. **Sistematizando o trabalho socioeducativo na unidade básica de saúde bairro das cidades I**. 2017. 36f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, 2017. [Artigo]

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

CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. **Resolução Nº 383/99**. Caracteriza o assistente social com profissional da saúde. Brasília, 1999. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/js/library/pdfjs/web/viewer.html?pdf=/arquivos/Resolucao38399.pdf>. Novembro de 2017.

_____. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde**. Brasília. 2010.

GIOVANELLA, L; MENDONÇA, M. H. M.M. **Atenção Primária à Saúde: seletiva ou coordenadora dos cuidados?** Rio de Janeiro: CEBES, 2012.

G1 GLOBO PARAÍBA: Série: SUS é básico. Disponível em: <http://g1.globo.com/pb/paraiba/jpb-1edicao/videos/v/serie-saude-e-basico-mostra-raio-x-da-saude-na-paraiba/6191612/> Outubro de 2017.

G1 GLOBO PARAÍBA: Série: SUS é básico. Disponível em: http://g1.globo.com/pb/paraiba/jpb-1edicao/videos/t/edicoes/v/serie-saude-e-basico-mostra-unidade-modelo-em-atendimento/6199898/?mais_vistos=1 Outubro de 2017.

LEAL, L. Não aceitamos atenção primária seletiva. Revista Radis Nº 181, Out. 2017.

LEITE, R.F.B. **Limites e perspectivas do Trabalho em Equipe no Programa Saúde da Família de Campina Grande-PB:** as representações Sociais dos Profissionais. Dissertação de Mestrado. UEPB, Campina Grande. 2007.

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. **RevistaSaúde 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.

MIOTO, R. C. T.; ROSA, F. N. **Processo de construção do espaço profissional do assistente social em contexto multiprofissional:** um estudo sobre o serviço social na estratégia saúde da família. 2007. Relatório de Pesquisa de Iniciação Científica. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2007.

MOROSINI, M. V. Entre avanços e retrocessos. Revista Radis Nº 178, Jul. 2017.

_____, M. V. **ATUAÇÃO SOLIDÁRIA**: Assistentes sociais fazem diferença ao receber demandas diversas de usuários e têm na Saúde amplo campo de trabalho. Revista Radis Nº 179, Ago. 2017.

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

PERES, A. C. MOROSINI, M. V. Nos bastidores do conselho. Revista Radis Nº 180, Set. 2017.

PEREIRA, L. C. B. A Reforma do Aparelho de Estado e a Constituição Brasileira. Brasília: MARE/ENAP, 1995.

MOROSINI, L. Recursos em disputa. Revista Radis. Nº 179. Out. 2016.

SANTOS, H.C.E.; BASIOLI, D.A. **Contribuições reflexivas sobre a inserção do Assistente Social na equipe mínima do Programa Saúde da Família**. Investigação. vol. 8; N. 1-3; 2008. (p. 41-50).

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.