



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAIBA  
CAMPUS I  
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADA  
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL  
CURSO DE BACHARELADO EM SERVIÇO SOCIAL**

**MARIA SELMA DOS SANTOS GUEDES**

**DIALOGANDO SOBRE A IMPORTÂNCIA DOS DIREITOS À SAÚDE DAS  
GESTANTES: RELATO DA EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO DESENVOLVIDA NA  
UBS MONTE SANTO**

**CAMPINA GRANDE  
2019**

**MARIA SELMA DOS SANTOS GUEDES**

**DIALOGANDO SOBRE A IMPORTÂNCIA DOS DIREITOS À SAÚDE DAS  
GESTANTES: RELATO DA EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO DESENVOLVIDA NA  
UBS MONTE SANTO**

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

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup>. Ms. Lúcia Maria Patriota

**CAMPINA GRANDE  
2019**

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.

G924d Guedes, Maria Selma dos Santos.  
Dialogando sobre a importância dos direitos à saúde das gestantes [manuscrito] : relato da experiência estágio desenvolvida na UBS Monte Santo / Maria Selma dos Santos Guedes. - 2019.  
32 p. : il. colorido.  
Digitado.  
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, 2019.  
"Orientação : Profa. Ma. Lúcia Maria Patriota , Departamento de Serviço Social - CCSA."  
1. Estratégia Saúde da Família. 2. Serviço Social. 3. Direitos das Gestantes. 4. Direito à saúde. 5. Unidade Básica de Saúde. I. Título

21. ed. CDD 362.1

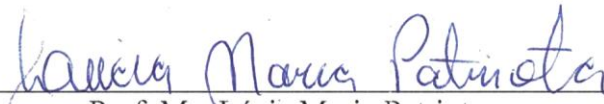
MARIA SELMA DOS SANTOS GUEDES

**DIALOGANDO SOBRE A IMPORTÂNCIA DOS DIREITOS À SAÚDE DAS  
GESTANTES: RELATO DA EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO DESENVOLVIDA  
NA UBS MONTE SANTO**

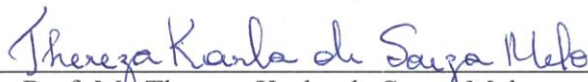
Trabalho de Conclusão de Curso apresentado  
ao Departamento de serviço social da  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), em  
cumprimento às exigências para obtenção de  
título de Bacharel em Serviço Social.

Aprovado em: 10/12/2019.

**BANCA EXAMINADORA**



Prof. Me. Lúcia Maria Patriota  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)  
(Orientadora)



Prof. Me. Thereza Karla de Sousa Melo  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)  
(Examinadora)



Prof. Dra Maria Noalda Ramalho  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)  
(Examinadora)

A Deus e nossa Senhora Aparecida por me fortalecerem nos momentos difíceis. A Francisco e Celina, minha fonte de amor e motivação. Dedico

## SUMÁRIO

|   |           |
|---|-----------|
| <b>1. INTRODUÇÃO .....</b>  | <b>6</b>  |
| <b>2. CONTEXTUALIZAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL .....</b>                       | <b>7</b>  |
| <b>3. A ATENÇÃO BÁSICA E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA .....</b>                      | <b>13</b> |
| <b>3.1. O pré-natal na ESF .....</b>  | <b>16</b> |
| <b>4. CARACTERIZAÇÃO DO CAMPO DE ESTÁGIO.....</b>                                     | <b>18</b> |
| <b>4.1 Unidade Básica de Saúde (UBS) Monte Santo .....</b>                            | <b>19</b> |
| <b>4.2 Sistematizando a Experiência do Estágio Obrigatório em Serviço Social.....</b> | <b>21</b> |
| <b>4.3 A Experiência de Estágio e o Projeto de Intervenção.....</b>                   | <b>22</b> |
| <b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>   | <b>24</b> |
| <b>REFERÊNCIAS.....</b>   | <b>25</b> |
| <b>ANEXOS A – BANNER CONFECCIONADO.....</b>   | <b>30</b> |
| <b>ANEXOS B – QUESTIONÁRIO APLICADO COM OS PROFISSIONAIS.....</b>                     | <b>31</b> |
| <b>ANEXO C – QUESTIONÁRIO DE SATISFAÇÃO COM OS USUÁRIOS .....</b>                     | <b>32</b> |

## **DIALOGANDO SOBRE A IMPORTÂNCIA DOS DIREITOS À SAÚDE DAS GESTANTES: RELATO DA EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO DESENVOLVIDA NA UBS MONTE SANTO**

Maria Selma Dos Santos Guedes<sup>1</sup>

### **RESUMO**

Este Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), apresentado em forma de artigo, tem o objetivo de apresentar o relato da experiência do estágio realizado no período de Julho de 2018 a outubro de 2019 na UBS Monte Santo em Campina Grande PB. Diante de inúmeros retrocessos, sucateamento e privatizações no âmbito da saúde, além de um quadro de desfinanciamento do SUS, provocado pela EC 95/16 que diminuiu drasticamente os investimentos em políticas públicas, identificamos a necessidade de esclarecer os usuários sobre a importância do direito à saúde no SUS. Assim, elaboramos um projeto de intervenção com o objetivo de trabalharmos o tema dos direitos das gestantes, além da importância da amamentação. Para realização das ações utilizamos o recurso sala de espera, confeccionamos um banner expondo os direitos das gestantes e puérperas, fizemos distribuição de folders informativos e aplicamos um questionário avaliativo, tanto para os usuários quanto para os profissionais. A inserção e experiência no referido espaço ocupacional me permitiu vivenciar a relação teoria/prática na práxis do cotidiano profissional, além de reinterar a importância da profissão de serviço social na viabilização de direitos dos cidadãos.

**Palavras-chave:** Estratégia Saúde da Família. Serviço Social. Direitos das Gestantes. Direito à Saúde. Unidade Básica de Saúde.

### **DIALOGING ON THE IMPORTANCE OF PREGNANT HEALTH RIGHTS: EXPERIENCE STATEMENT DEVELOPED AT UBS MONTE SANTO**

### **ABSTRACT**

This Course Conclusion Paper (TCC), presented in article form, aims to present the report of the internship experience conducted from July 2018 to October 2019 at UBS Monte Santo in Campina Grande PB. In the face of countless setbacks, scrapping and privatization in the health sector, as well as a scenario of SUS financing, caused by the EC 95/16 that drastically reduced investments in public policies, we identified the need to clarify users about the importance of the right to health. health in the SUS. Thus, we elaborated an intervention project with the objective of working on the theme of the rights of pregnant women, in addition to the importance of breastfeeding. To perform the actions we used the waiting room feature, made a banner exposing the rights of pregnant women and mothers, made distribution of informative folders and applied an evaluation questionnaire, both for users and professionals. The insertion and experience in this occupational space allowed me to experience the theory / practice relationship in the praxis of professional daily life, in addition to reinteracting the importance of the social work profession in enabling citizens' rights.

**Keywords:** Family Health Strategy. Social service. Pregnant Women Rights. Right to Health. Basic Health Unit.

---

<sup>1</sup> Graduanda do curso de Serviço Social pelo DSS da UEPB, campus I, Campina Grande. E-mail: [selmaguedes12@hotmail.com](mailto:selmaguedes12@hotmail.com).

## 1. INTRODUÇÃO

O presente artigo tem por objetivo apresentar as ações do projeto de intervenção desenvolvido no Estágio Obrigatório em Serviço Social, realizado no período de julho de 2018 a outubro de 2019, na Unidade Básica de Saúde (UBS) Monte Santo, localizada no bairro do Monte Santo no município de Campina Grande-PB.

Na referida UBS, durante o acompanhamento das ações desenvolvidas pelo serviço social, seja individualmente ou em grupo, foi possível perceber no discurso das gestantes e puérperas, a falta de conhecimento e muitas dúvidas sobre assuntos referentes aos seus direitos e à amamentação. Assim, foi elaborado um projeto de intervenção a partir da necessidade do fortalecimento das discussões acerca dos direitos das gestantes e puérperas, como também esclarecer a importância da amamentação para desenvolvimento e o fortalecimento da imunidade da criança. O referido projeto teve por objetivo sensibilizar gestantes, puérperas e comunidade em geral a respeito da importância da amamentação, como também sobre seus direitos sociais e trabalhistas.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda o aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade do bebê, podendo estender-se até os dois anos com complementação de outras fontes de alimentos. Mas, quando o assunto é a lactação, surgem muitas dúvidas sobre como se preparar para o aleitamento ou o que pode e o que não pode ser feito durante esse período<sup>2</sup>.

Percebida a importância das referidas temáticas, o projeto em questão, foi executado nas UBSFs Monte Santo e Bonald Filho, no intuito de sensibilizar as usuárias e comunidade no geral acerca do aleitamento materno e seus direitos sociais garantidos na Constituição e outras legislações.

A metodologia utilizada para construção do TCC foi a pesquisa bibliográfica e observação em campo de estágio. Já os recursos metodológicos utilizados para realização das ações do projeto de intervenção foi a sala de espera, por causa do seu papel importantíssimo no processo de educação em saúde, pois, considerando as necessidades dos usuários, a sala de espera tem a finalidade de garantir um cuidado humanizado, promovendo a aproximação cada vez maior entre a população e os serviços de saúde. A sala de espera é o lugar onde os usuários aguardam o atendimento dos profissionais de saúde, é um território dinâmico, onde ocorre mobilização de diferentes pessoas a espera de um atendimento de saúde (TEIXEIRA, 2006).

O presente artigo está organizado da seguinte forma: no primeiro item fazemos uma breve contextualização sobre a política de saúde no Brasil antes e a partir da consolidação do SUS na década de 1988; no segundo item abordamos a Atenção Básica (AB) e a Estratégia Saúde da Família (ESF) como instrumento para reorganização da atenção à saúde; no terceiro item apresentamos a caracterização do campo de estágio e a sistematização da experiência do estágio obrigatório em serviço social, o que inclui relato da experiência de estágio e a execução do projeto de intervenção; e por fim, traçamos algumas considerações finais.

---

<sup>2</sup> Informações extraídas de *Mitos e Verdades sobre a Amamentação*. Disponível em: <https://www.diariodoaco.com.br/noticia/0052461-mitos-e-verdades-sobre-a-amamentacao>. Acesso em: 20 set. 2019.



## 2. CONTEXTUALIZAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

Muito antes da existência do Sistema Único de Saúde (SUS), sobretudo nos anos de 1889-1930, a chamada primeira república, a organização dos serviços de saúde no Brasil era bastante complicada. Havia uma espécie de não-sistema de saúde, com certa omissão do poder público de concepção liberal de Estado, que só intervia nas situações em que o indivíduo sozinho ou a iniciativa privada não fosse capaz de responder. Esse não-sistema de saúde foi desenvolvido ao longo do século XX, e sua marca principal era a separação entre as ações de saúde pública e a assistência médico-hospitalar (PAIM, 2009).

Ainda segundo o citado autor, as epidemias de febre amarela, peste e varíola, comprometendo a economia agroexportadora predominante na década de 1910, forçaram o Poder Público a adotar medidas sanitárias nas cidades e também nos portos, além da vacinação obrigatória. A realização de campanhas sanitárias e a reforma de órgãos federais marcaram a saúde pública no Brasil no período acima referenciado. Data desta conjuntura a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), sob a liderança de Carlos Chagas, além da criação de códigos sanitários e instituições científicas para pesquisa biomédica.

Em síntese, na primeira república, a saúde era tratada como caso de polícia e o órgão responsável pela saúde pública era vinculado ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores. As ações de saúde lembravam muito mais uma operação militar, com ações conduzidas pela polícia sanitária.

Cabe destacar nesse processo de construção do sistema sanitário no Brasil que, na segunda metade do século XX, algumas fábricas em São Paulo tiveram algumas iniciativas em relação à prestação de serviços médicos a seus funcionários, oferecendo esses serviços aos trabalhadores, descontando para tal, 2% dos salários.

Também se destaca a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPS), após a aprovação da Lei Elói Chaves, em 1923. Os trabalhadores vinculados a essas caixas passavam a ter acesso a alguma assistência médica.

De acordo com Paim (2009), o sistema público de saúde no Brasil nasceu por três vias: saúde pública, medicina previdenciária e medicina do trabalho. Ao lado deles, podemos identificar a medicina liberal, as instituições filantrópicas e a chamada medicina popular.

Com a Ditadura, entre 1964 e 1985, ocasionando profundas mudanças na história política do país, o cenário da saúde pública passa a ser marcado pelo fortalecimento do setor privado na saúde, por meio de uma série de políticas públicas, pela criação de diversos órgãos federais, a exemplo do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), criado em 1966 a partir da fusão dos vários institutos previdenciários existentes no país, elevando o número de beneficiados das políticas de previdência e saúde, mas que não significou a universalização do acesso a elas. O modelo adotado tinha orientação assistencial e curativa de ações e serviços de saúde e exclusão de grande parte da população ao acesso aos serviços de saúde (COSTA *et al* 2009).

Nos anos de 1970, a baixa expectativa de vida e os elevados índices de mortalidade infantil, de doenças infecciosas e parasitárias que acometiam grande parte da população, conjuntamente à intensa repressão da Ditadura militar, à ausência de uma estrutura de saúde eficaz, integralizada e universal que atendesse uniformemente toda a sociedade, motivaram a ida da população às ruas para reivindicar por melhores condições de vida, habitação e saúde no país (COSTA *et al* 2009).

Nos anos 1980, a sociedade brasileira viveu, ao mesmo tempo, o processo de redemocratização política, superando o regime ditatorial instaurado em 1964, mas também experimentou uma profunda e prolongada crise econômica que persiste até os dias atuais. A saúde, nessa década, contou com a participação de novos sujeitos sociais na discussão das

condições de vida da população brasileira e das propostas governamentais apresentadas para o setor, contribuindo para um amplo debate que permeou a sociedade civil. A saúde deixou de ser interesse apenas dos técnicos para assumir uma dimensão política, estando estreitamente vinculada à democracia.

Destacamos nesse contexto a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, e considerada um dos principais momentos da luta pela universalização da saúde no Brasil. Os debates sobre a saúde saíram dos seus fóruns específicos (Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), Medicina Preventiva, Saúde Pública) e assumiram outra dimensão, com a participação das entidades representativas da população, dentre elas, os sindicatos, partidos políticos e associações dos profissionais de saúde. Desta forma, a questão da saúde ultrapassava a análise setorial, envolvendo a sociedade como um todo. Esse movimento propunha não somente a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), mas uma profunda Reforma Sanitária no país (BRAVO; MATOS, 2002).

Enfim, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado pela Constituição Federal de 1988, para que a população do país tenha acesso ao atendimento público de saúde, para oferecer atendimento igualitário, cuidar e promover a saúde de toda a população.

O SUS constitui um projeto social único que se materializa por meio de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde dos brasileiros. No art. 2º da Lei 8080/1990, Lei Orgânica da Saúde, está posto que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante reformulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1990).

Segundo o Conselho Nacional de Saúde (CNS), o SUS representa uma conquista da sociedade brasileira porque promove a justiça social, com atendimento a todos os indivíduos. Além disso, é o maior sistema público de saúde do mundo, atendendo a cerca de 190 milhões de pessoas, sendo que 80% delas dependem exclusivamente do sistema para tratar da saúde. O SUS tem como base de sua organização três princípios: universalização, equidade e integralidade<sup>3</sup>.

No que se refere à universalização, temos a compreensão de que a saúde é um direito de cidadania de todas as pessoas e cabe ao Estado assegurar este direito, sendo que o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais.

Quanto ao princípio da equidade, o objetivo é diminuir as desigualdades. Apesar de todas as pessoas possuírem direito aos serviços, as pessoas não são iguais e, por isso, têm necessidades distintas. Em outras palavras, o princípio da equidade significa tratar desigualmente os desiguais e igualmente os iguais, investindo mais onde a carência for maior.

Quanto à integralidade, este princípio considera as pessoas como um todo, atendendo a todas as suas necessidades. Para isso, é importante a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. Juntamente, o princípio de integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, para assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos.

O SUS também possui algumas diretrizes para seu funcionamento, a saber:

---

<sup>3</sup> Informações extraídas de **O SUS**. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/web\\_sus20anos/sus.html](http://conselho.saude.gov.br/web_sus20anos/sus.html). Acesso em: 22 ago. 2019.

**Regionalização e Hierarquização:** os serviços devem ser organizados em níveis crescentes de complexidade, circunscritos a uma determinada área geográfica, planejados a partir de critérios epidemiológicos, e com definição e conhecimento da população a ser atendida. A regionalização é um processo de articulação entre os serviços que já existem, visando o comando unificado dos mesmos. Já a hierarquização deve proceder à divisão de níveis de atenção e garantir formas de acesso a serviços que façam parte da complexidade requerida pelo caso, nos limites dos recursos disponíveis numa dada região.

**Descentralização:** descentralizar é redistribuir poder e responsabilidade entre os três níveis de governo. Com relação à saúde, descentralização objetiva prestar serviços com maior qualidade e garantir o controle e a fiscalização por parte dos cidadãos. No SUS, a responsabilidade pela saúde deve ser descentralizada até o município, ou seja, devem ser fornecidas ao município condições gerenciais, técnicas, administrativas e financeiras para exercer esta função. Para que valha o princípio da descentralização, existe a concepção constitucional do mando único, onde cada esfera de governo é autônoma e soberana nas suas decisões e atividades, respeitando os princípios gerais e a participação da sociedade.

**Participação Popular:** a sociedade deve participar no dia-a-dia do sistema. Para isto, devem ser criados os Conselhos e as Conferências de Saúde, que visam formular estratégias, controlar e avaliar a execução da política de saúde (PORTAL MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018, n.p)<sup>4</sup>.

Noronha e Soares (2011) reafirmam a importância do SUS e consideram que, apesar das suas restrições e problemas, ele continua sendo a única alternativa que resta à parcela majoritária da nossa população. Esse sistema público e universal vai muito além das unidades básicas de saúde em condições precárias, dos hospitais lotados, da falta de medicamento de uso continuado nas farmácias populares, como é propagado pela mídia. Trata-se, sem dúvidas, de um patrimônio da população brasileira.

Entretanto, apesar dos avanços políticos e sociais obtidos na década de 1980, nos anos 1990 assiste-se ao redirecionamento do papel do Estado, influenciado pela política de ajuste neoliberal. A saúde nesse período é marcada por projetos antidemocráticos, iniciado no governo de Fernando Collor de Melo com redução de verbas para os setores sociais, além de não apresentar planos de governo na área da saúde, causando assim desvios para implantação do SUS.

Após o afastamento do então Presidente, via impeachment, se inicia a gestão de Itamar Franco com proposições de fortalecimento do SUS. Embora tenha ocorrido alguns avanços na saúde, nada mudou na qualidade de vida da população, foi o período de êxito do Plano Real e, conseqüentemente, de efetivação do projeto neoliberal no país.

Destaca-se que é no governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC) que o ajuste neoliberal no Brasil se intensifica e se materializa no Plano de Reforma Administrativa do Estado (PDRAE). Tal plano é implantado, evidenciando ações que se contrapõem aos princípios do SUS, adaptando a política de saúde, já bastante sucateada, às imposições da equipe econômica (BRAVO; MATOS, 2002).

Assim, o processo de contrarreforma na política de saúde vem se dando desde os anos de 1990 de forma sistemática no Brasil. Iniciada nos governos de Fernando Henrique Cardoso (FHC), passando pelos governos do Partido dos Trabalhadores e até o tempo presente. Porém, mesmo que esse processo seja contínuo, cada governo imprimiu suas particularidades.

Silva (2017) aponta que a eleição de Lula, em 2003, foi um marco político na história do país, por ser a primeira vez que se elege um representante da classe operária, ou seja, a primeira vez que vence um projeto com interesses divergentes da classe dominante. Entretanto, conforme destaca a autora, após o seu primeiro mandato, as propostas e mudanças

---

<sup>4</sup> Disponível em: <http://www.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude/principios-do-sus>. Acesso em: 12 nov. 2018.

dão seguimento às contrarreformas iniciadas no governo de FHC, ao encolher o espaço público e ampliar as privatizações.

A expectativa que se colocava para o governo Lula era a de fortalecer o SUS constitucional. Entretanto, no debate interno que ocorria no governo entre os universalistas e os focalistas, esses últimos foram fortificados. A defesa do papel do Estado na saúde para o atendimento dos segmentos mais pobres da população foi fortalecida e a perspectiva universalista cada dia mais longe de ser atingida. Considera-se que a proposição de políticas focalizadas é a anti-política social, na medida em que permite a “inclusão” não por direito de cidadania, mas por grau de pobreza, não garantindo a base de igualdade necessária a uma verdadeira política social (SOARES, 2004). Enfim, o governo Lula foi marcado pela racionalidade da contrarreforma na política de saúde, em virtude da inserção dos ideais privatistas, um exemplo são as Fundações Estatais de Direito Privado, ou seja, a adoção de modelos de gestão baseado na lógica privatista e produtivista.

O governo Dilma continuou com essa lógica no âmbito da saúde, visto que estabeleceu um modelo de gestão direcionado para os investimentos privados, como a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). Uma estratégia comum a todos eles era a não explicitação da contrarreforma na saúde, apresentando-se nos governos FHC como necessidade de aperfeiçoamento da gestão, mas não se posicionando abertamente contra os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS); seja nos governos do Partido dos Trabalhadores (PT), como uma modernização da reforma sanitária, com a necessidade de introdução de novas formas de gestão, abrindo ainda mais espaço para o capital da saúde dentro e fora do SUS (BRAVO; MENEZES, 2011).

Segundo Behring *et al* (2003), todo esse processo iniciado nos anos 1990, evidenciou o desmonte e a destruição numa espécie de reformatação do Estado brasileiro para a adaptação passiva à lógica do capital. A chamada “Reforma do Estado” funda-se na necessidade do grande capital de liberalizar, desimpedir, desregular os mercados. Dessa forma, tal reforma deixa claro que seu caráter não é um “ajuste positivo” de caráter meramente administrativo-institucional, apenas no plano político-burocrático, mas está articulada à reestruturação produtiva, à retomada das elevadas taxas de lucro, da ampliação da hegemonia política e ideológica do grande capital, no interior da reestruturação do capital que em geral tem um caráter político, econômico e ideológico que visa alterar as bases do “Estado de Bem-Estar Social”, tendo como objetivo esvaziar diversas conquistas sociais, trabalhistas, políticas e econômicas desenvolvidas ao longo do século XX e, portanto, no lugar de uma reforma, configura um verdadeiro processo de contrarreforma do Estado.

A contrarreforma do Estado na política de saúde brasileira veio para aprofundar ainda mais os desafios, pois atinge diretamente todas as conquistas da classe trabalhadora, dentre essas conquistas o direito universal à saúde, assegurado através da Constituição Federal de 1988, processo esse conquistado através de muitas lutas do movimento da reforma sanitária.

Com esse processo de ajuste em curso no país, os interesses do grande capital no Brasil contemporâneo, “[...] precisava de um governo genuinamente burguês, capaz de não ceder o mínimo aos trabalhadores, de lhes retirar o pouco que conquistaram” (BRAZ, 2017, p. 87-88).

Assim, com a posse de Michel Temer, após o processo de impeachment de Dilma Rousseff, o capital conseguiu concretizar seus desejos mais ousados, desfavorecendo a classe trabalhadora e favorecendo o capital, dentre esses desejos destacam-se: a autorização para privatização de aquíferos, avanço no processo de privatização da Petrobrás, aprovação da reforma trabalhista, aprovação de teto de gastos por 20 anos, encaminhamento de projeto de reforma da previdência social, entre outros.

Mota (2017) afirma que o conjunto dessa ofensiva vem se caracterizando como uma grande regressão civilizatória nos marcos da sociedade brasileira, configurando-se o que Marx

denominou de expropriação da classe trabalhadora, precisamente sobre os direitos e as políticas sociais. Essa expropriação no âmbito do direito à saúde e da política de saúde atinge seu ápice, com a aprovação da Emenda Constitucional 95, que institui o congelamento do teto dos gastos primários, impondo sobre o orçamento da saúde uma restrição que pode chegar a 640 bilhões.

Com o decurso do golpe e do governo Temer, o então Ministro da Saúde, Ricardo Barros, afirmava abertamente à imprensa a necessidade de rever o tamanho do SUS. Em diversas declarações o ministro afirmou o seu compromisso com o capital privado da saúde ao informar “[...] sou o ministro da saúde, não sou o ministro do SUS” (CANCIAN, 2016, n. p).

Explicitando-se o completo descompromisso com a saúde pública segundo os interesses dos trabalhadores e sim pelos interesses do capital privado da saúde e seus representantes, evidencia-se não só o abandono por completo da concepção de Reforma Sanitária, mas o abandono do próprio SUS.

Se a saúde pública nos governos anteriores já vinha sendo sucateada, atualmente no governo de Bolsonaro em 2019 o desmonte na saúde vem firme e forte na sua continuidade, o que já se previa face os seus posicionamentos durante a campanha eleitoral.

O Núcleo de Acompanhamento de Políticas Públicas (NAPP) fez um balanço dos 100 dias do governo Bolsonaro no âmbito da saúde, diante de um quadro de desfinanciamento do SUS, provocado pela EC 95/16 que subjugou os investimentos em políticas sociais aos princípios da austeridade fiscal. Houve diminuição de 8,5 bilhões de reais na saúde, valor orçamentário disponível para 2019, de R\$ 118,5 bilhões que deveria ser R\$ 127 bilhões (NAPP, 2019).

O Ministro da Saúde, Henrique Mandetta, tem defendido publicamente que o orçamento da saúde é muito grande e que otimizará os recursos melhorando a gestão do Ministério da Saúde. Entretanto, já é possível analisar que o financiamento do SUS no primeiro ano do mandato de Jair Bolsonaro tem situação calamitosa.

Começando pela retirada dos médicos cubanos, avaliado por estudiosos como desastrosa, pois o Programa Mais Médico, implantado no governo Dilma, foi direcionando, predominantemente, para cidades de grande vulnerabilidade social e chegou a atender mais de 63 milhões de brasileiros e ter 18.240 profissionais que atuavam em 4.058 cidades e em 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI). Elevou o número de consultas, diversificou o escopo de procedimentos da Atenção Básica, contribuiu para reduzir o número de internações em casos solucionáveis pela Atenção Básica, e atingiu índices expressivos de aprovação entre usuários, gestores e médicos.

O Ministério da Saúde lançou o Edital nº 18, em 19/11/2018, com 8.517 vagas para contratação de médicos formados em instituições de educação superior, brasileiras ou com diploma revalidado no Brasil para atuação em 2.824 municípios. Somente 43% das vagas foram preenchidas. Em alguns municípios e DSEI a situação ainda é crítica. Até 15 de janeiro de 2019 ainda havia 21 municípios e um Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) sem um médico sequer na Atenção Básica.

Na Nota Técnica 11/2019 do Ministério da Saúde, intitulada “Nova saúde mental”, defende a retomada da inaceitável política de ampliação de leitos em hospitais psiquiátricos e passa a considerar as comunidades terapêuticas como dispositivos das redes de atenção psicossocial a serem financiadas pelos SUS (NAPP, 2019).

Mostrando retrocessos absurdos em relação a saúde mental, desconsiderando todas as conquistas ganhas na reforma psiquiátrica em relação aos direitos das pessoas com transtorno mental, que proporcionou a construção de novos paradigmas para uma política nacional de saúde mental, como a Lei nº 10.708, de 2003, que institui o “auxílio-reabilitação psicossocial” para pacientes com transtornos mentais egressos de internações, marco legal para o Programa de Volta para Casa.

Outro retrocesso foi na Política Nacional de Álcool e Drogas que foi transferida do Ministério da Saúde e agora está sob a responsabilidade do Ministério da Cidadania, que tem a frente o ministro Osmar Terra.

O congelamento de recursos preconizado pela EC 95/2016 provocou, sem dúvidas, o sucateamento da rede existente e impossibilita a expansão da rede de atenção psicossocial, mas o que mais assusta é saber que os repasses de recursos vai ser direcionado aos setores de organização manicomial, na contramão de tudo que foi construído para garantir o tratamento em liberdade, dignidade e respeito aos direitos humanos.

O Núcleo de Acompanhamento de Políticas Públicas (NAPP) avalia o atual governo, como o governo que faz mal a saúde. Uma das mais graves ações contra a saúde pública tomada pelo Governo Bolsonaro foi a composição, por iniciativa do Ministro da Justiça, Sergio Moro, na redução do preço do cigarro, como se fosse possível, em pleno século 21, aceitar a ideia de que existe cigarro ruim e cigarro bom, que não cause graves prejuízos para a saúde. Com essa iniciativa não reduz o contrabando e só aumenta o consumo. O que reduz o contrabando é maior eficiência das polícias.

Outra situação absurda e que tem graves consequências na saúde da população refere-se à liberação de agrotóxicos. O Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento (MAPA) autorizou, desde o início do ano, o registro de 121 novos agrotóxicos no mercado. Segundo o NAPP (2019), o Brasil já é líder mundial em consumo de agrotóxico. Cerca de um terço dos ingredientes liberados para uso no Brasil estão proibidos na União Europeia, por exemplo. Nos Estados Unidos, mais de 60 tipos de pesticidas foram banidos.

A cada declaração que o Ministério da Saúde divulga, ficamos mais perplexos e preocupados, afinal ele representa todos os brasileiros no âmbito da saúde, além de se tornar um vexame para a imprensa internacional, pois sabemos o quanto a mídia tem força de fazer algo positivo ou negativo, e isso influencia a nossa economia brasileira no âmbito mundial.

São inúmeros os retrocessos na saúde, mas não termina por aí não. A Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SEGEP) do Ministério da Saúde que é responsável em propor, apoiar e acompanhar os mecanismos constituídos de participação popular e de controle social, especialmente os Conselhos e as Conferências de Saúde, conforme notícias que vem sendo veiculadas será extinta, o que pode sinalizar enfraquecimento da participação social no SUS.

Esse quadro se contrapõe totalmente ao que o projeto da Reforma Sanitária vem defendendo em todos esses anos após a constituição de 1988. Vale reafirmar que a ideia inscrita através do projeto da Reforma Sanitária na concepção do SUS é que o controle social é o processo pelo qual a sociedade interfere na gestão pública, no direcionamento das ações do Estado para com os interesses da coletividade, estabelecendo assim a capacidade de participação e mudança (CARVALHO,1997).

Conforme visto, a disputa entre projetos na saúde continua. O Projeto da Reforma Sanitária que compreende e defende a saúde como direito social e dever do Estado e o Projeto Privatista que defende a prática mercantilista, o Estado mínimo para as questões sociais e máximo para o capital. Além desses, segundo Soares (2004), nos governos do PT em 2013, na 12ª Conferência Nacional de Saúde nasceu um terceiro projeto, o SUS possível, este projeto é defendido pelos que apoiam a flexibilização da reforma sanitária, no qual se apresentam como modernização, reatualização e continuidade desta, porém beneficia o projeto privatista, dado que se relacionam pela mesma dialética e racionalidade.

Assim, um dos maiores desafios do SUS é continuar existindo, pois, são inúmeros desafios que sempre estão confrontando a existência ou permanência do mesmo. Desde operadoras de planos de saúde, indústria farmacêutica, rede de farmácias, rede de hospitais privados, que buscam cada vez mais articulações em prol de inviabilizar a importância do SUS com interesses muito bem organizados, visando o lucro através da política de saúde.

A afirmação da hegemonia neoliberal no Brasil, tem sido responsável pela redução dos direitos sociais e trabalhistas, desemprego estrutural, precarização do trabalho, desmonte da previdência pública, sucateamento da saúde e educação (BRAVO; MENEZES; 2011).

Segundo Bravo e Matos (2002), o SUS é um dos maiores patrimônios da classe trabalhadora brasileira, constitui-se, também, espaço de luta e contradição, de disputa de projetos. Em tempos de ataques à democracia e ao direito público à saúde, num contexto de golpe institucional e autoritarismo, precisamos nos apropriar dos fundamentos do projeto de reforma sanitária e também da sua perspectiva emancipatória na defesa da democratização da sociedade, do Estado e da política de saúde, sem perder de vista também o seu conteúdo revolucionário.

### 3. A ATENÇÃO BÁSICA E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

A Atenção Primária em Saúde (APS), cuja denominação utilizada no Brasil é a Atenção Básica (AB), é o primeiro nível de um sistema de saúde. Compreende um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território (BRASIL, 2019)<sup>5</sup>. A AB tem como fundamentos e diretrizes:

- I. Ter território adstrito de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com impacto na situação, nos condicionantes e nos determinantes da saúde das coletividades que constituem aquele território, sempre em consonância com o princípio da equidade;
- II. Possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção, acolhendo os usuários e promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde. [...] O serviço de saúde deve se organizar para assumir sua função central de acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva, capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população e/ou de minorar danos e sofrimentos desta, [...]. A proximidade e a capacidade de acolhimento, vinculação, responsabilização e resolutividade são fundamentais para a efetivação da atenção básica [...];
- III. 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 a longitudinalidade do cuidado [...];
- IV. Coordenar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integrando as ações programáticas e demanda espontânea; articulando as ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins e à ampliação da autonomia dos usuários e coletividades; trabalhando de forma multiprofissional, interdisciplinar e em equipe; realizando a gestão do cuidado integral do usuário e coordenando-o no conjunto da rede de atenção [...];

---

<sup>5</sup> **Atenção Básica.** Disponível em: <http://www.saude.gov.br/artigos/770-sistema-nacional-de-saude/40315-atencao-basica>. Acesso em: 10 abr. 2019.

V. Estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território, no enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, na organização e orientação dos serviços de saúde a partir de lógicas mais centradas no usuário e no exercício do controle social [...]. (BRASIL, 2011, p. 20-22).

Um importante marco para o desenvolvimento da APS mundial foi a publicação da Declaração de Alma Ata no ano de 1978, que a define como núcleo central de um sistema de saúde. A mesma considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (BRASIL, 2017).

De acordo com documentos do Ministério da Saúde, são definidos dois tipos de ações e serviços na AB:

Padrões essenciais: ações e procedimentos iniciais relacionados às condições básicas de acesso e qualidade. Padrões ampliados: ações e procedimentos considerados estratégicos para alcançar padrões elevados de acesso e qualidade. (BRASIL, 2017, p.6).

Os serviços de AB integram a Rede de Atenção à Saúde (RAS) que são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010).

Segundo o Ministério da Saúde todos os profissionais do SUS e, especialmente da AB, são responsáveis pela atenção à saúde de populações que apresentem vulnerabilidades sociais específicas e, por consequência, necessidades de saúde específicas, assim como pela atenção à saúde de qualquer outra pessoa (BRASIL, 2017).

A AB possui responsabilidade direta sobre ações de saúde em determinado território, considerando suas singularidades, o que possibilita intervenções mais oportunas nessas situações específicas, com o objetivo de ampliar o acesso à RAS e ofertar uma atenção integral à saúde. Os membros da RAS assumem as principais atribuições:

- I- Contribuir para o processo de regulação do acesso a partir da Atenção Básica, participando da definição de fluxos assistenciais na Rede de Atenção à Saúde, bem como da elaboração e implementação de protocolos e diretrizes clínicas e terapêuticas para a ordenação desses fluxos;
- II- Realizar a gestão das filas de espera, evitando a prática do encaminhamento desnecessário, com base nos processos de regulação locais (referência e contra referência), ampliando-a para um processo de compartilhamento de casos e acompanhamento longitudinal de responsabilidade das equipes que atuam na atenção básica;
- III- Prever nos fluxos da RAS entre os pontos de atenção de diferentes configurações tecnológicas a integração por meio de serviços de apoio logístico, técnico e de gestão, para garantir a integralidade do cuidado;
- IV- Instituir ações para segurança do paciente e propor medidas para reduzir os riscos e diminuir os eventos adversos;
- V- Realizar visitas domiciliares e atendimentos em domicílio às famílias e pessoas em residências, Instituições de Longa Permanência (ILP), abrigos, entre outros tipos de moradia existentes em seu território, de acordo com o planejamento da equipe, necessidades e prioridades estabelecidas;
- VI- Realizar atenção domiciliar a pessoas com problemas de saúde controlados/compensados com algum grau de dependência para as atividades da vida diária e que não podem se deslocar até a Unidade Básica de Saúde;
- VII- Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS;



VIII-Acompanhar e registrar no Sistema de Informação da Atenção Básica e no mapa de acompanhamento do Programa Bolsa Família (PBF), e/ou outros programas sociais equivalentes, as condicionalidades de saúde das famílias beneficiárias. (BRASIL, 2017, p. 8-9).

Cabe aqui destacar no processo de reorganização do sistema sanitário brasileiro após a implementação do SUS, a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991, com o objetivo de ser o elo entre a comunidade e as unidades de saúde, atuando juntos aos serviços de saúde na promoção e proteção à saúde da população. Esse processo antecedeu a criação do então chamado Programa Saúde da Família (PSF).

O Ministério da Saúde iniciou a implementação do PSF no Brasil em 1993, através da Portaria n.º 692 com o propósito de priorizar ações de promoção, proteção e recuperação dos indivíduos e da família de forma integral e contínua. (ASSIS; MISCHIATI, 2010).

Segundo Morosini et al (2018), o PSF permitiu ampliar a cobertura de saúde de modo a atender parte da população em situação social mais vulnerável. Desde 2006, o PSF é definido como Estratégia Saúde da Família (ESF), ao invés de programa, pois o termo programa refere-se a uma atividade com começo, meio e fim, já o termo estratégia não prevê uma data de finalização (ASSIS; MISCHIATI, 2010).

A ESF busca promover a qualidade de vida da população brasileira e intervir nos fatores que colocam a saúde em risco, como falta de atividade física, má alimentação e o uso de tabaco. Com atenção integral, equânime e contínua, a mesma se configura como a porta de entrada do SUS (BRASIL, 2000).

As Equipes de Saúde da Família (ESF) deverão ser compostas minimamente por médico, enfermeiro, auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde e/ou agente de endemias. Podendo fazer parte os profissionais de saúde bucal: cirurgião dentista, preferencialmente especialista em saúde da família, e auxiliar ou técnico em saúde bucal.

Em locais com população vulnerável é obrigatório 100% de cobertura, nessas áreas de risco e vulnerabilidade social é permitido, no máximo 750 pessoas por agente. O número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) fica a critério da gestão municipal, não é mais obrigatório o quantitativo de quatro ACS/ESF. Cada ESF deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas de uma determinada área.

Segundo Aquino *et al* (2014), a ESF evoluiu e atingiu todas as regiões do país sendo sustentada por um conjunto de iniciativas governamentais, desse modo, se constitui como a maior reforma nacional de reorganização da AB no Brasil.

Em 2008, o Ministério da Saúde criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) instituído pela Portaria 154 de 24 de janeiro do referido ano. Conforme seu artigo 1º, o NASF tem como objetivo “ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica.” (BRASIL, 2009, p.10).

Conforme visto no item anterior, a atual conjuntura não se apresenta nada favorável ao SUS. Com a chegada dos governos ultraliberais de Temer e Bolsonaro, é flagrante a aceleração e a intensificação das políticas que contribuem com o desmonte do Estado brasileiro, configurando uma nova fase de contrarreformas estruturais que atacam os direitos dos trabalhadores, sobretudo os referentes à saúde.

Entre as medidas tomadas pelo então governo Temer destaca-se a edição da Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da AB, no âmbito do SUS.

Existem inúmeras críticas em torno da nova PNAB, entre elas o fato de que houve pouquíssima divulgação da revisão da mesma. As discussões ocorreram entre grupos restritos e a consulta pública do texto preliminar durou apenas dez dias, pouco tempo, mas ainda assim

recebeu cerca de 6 (seis) mil contribuições, as quais não geraram mudanças expressivas no texto original. (ISC, 2017).

A PNAB propõe que algumas das atribuições dos ACSs e dos Agentes Comunitários de Endemias sejam compartilhadas. Porém, os profissionais da área discordam, visto que as formações são diferentes para cada área (PORTAL VERMELHO, 2017).

Também orienta para a retirada da obrigatoriedade de um número mínimo de ACSs nas ESF, fragilizando a cobertura dos territórios, como também a categoria profissional, pois acaba acarretando na diminuição de postos de trabalho. A PNAB anterior preconizava que o mínimo de agentes por equipe era quatro e o máximo 12 para o atendimento de 100% da população de um determinado território. Cada agente se vinculava a até 750 pessoas. Cada vez que se atingisse o número máximo de agentes atendendo ao número máximo de pessoas fechava-se a equipe e se abria outra porque o horizonte era a cobertura de 100% de cobertura. Hoje se coloca a meta de 100% de cobertura somente para territórios vulneráveis. Além de não definir que territórios são esses, está se descomprometendo com a universalidade, que é um princípio estruturante do SUS (ISC, 2017).

Outra mudança refere-se à composição da carga horária mínima, que, por categoria profissional, deverá ser de 10 (dez) horas, com o máximo de 3 (três) profissionais por categoria, devendo somar no mínimo 40 horas/semanais. Essa mudança quebra o vínculo dos usuários com os profissionais, pois a troca de plantão constante fragmenta a atenção integral e contínua que a ESF prioriza em suas ações.

Segundo Morosini, Fonseca e Lima (2018), a nova PNAB garante uma flexibilidade muito maior na conformação das equipes de atenção básica. Não tem parâmetro de cobertura, não tem parâmetro de composição e o parâmetro de carga horária é por categoria profissional e não por trabalhador. O usuário agora pode se vincular a mais de uma Unidade Básica de Saúde (UBS), através de negociação entre gestão e equipes, e mantendo a informação com a equipe de referência.

Cada vez mais ficam perceptíveis os retrocessos e sucateamentos não só na política de saúde, mas em todas as políticas sociais, as limitações na efetivação da universalidade, refletindo claramente a precariedade nas condições de trabalho, como também nos serviços prestados aos usuários.

### **3.1 O pré-natal na ESF**

A realização do pré-natal representa papel fundamental na prevenção e/ou detecção precoce de patologias tanto maternas como fetais, permitindo um desenvolvimento saudável do bebê e reduzindo os riscos das gestantes, além de fornecer orientações sobre uma alimentação saudável, prática de atividades físicas, evitar álcool, fumo e outros tipos de drogas. Também é necessário que se faça o monitoramento do peso da mãe, para que ela não ganhe peso além do necessário, o que pode trazer alguns problemas, como possíveis doenças que estejam evoluindo no organismo da gestante de forma silenciosa, como a diabetes, doenças do coração, hipertensão arterial, anemias e sífilis entre outras. (BRASIL, 2016).

A UBS deve ser a porta de entrada preferencial da gestante no sistema de saúde. É o ponto de atenção estratégico para melhor acolher suas necessidades, inclusive proporcionando um acompanhamento longitudinal e continuado, principalmente durante a gravidez (BRASIL, 2016).

A consulta pré-natal na ESF avalia a condição física, psicológica, nutricional, econômica, cultural, histórico de gestações anteriores, avaliação das condições laboratoriais, situação vacinal, cuidado com as mamas, sinais de alerta ao início do trabalho de parto, sexualidade, identificação precoce de alterações sorológicas, com o objetivo do diagnóstico

precoce e necessidades da mulher, para intervenções cabíveis o mais precocemente possível. Para tanto, se faz necessário uma relação de fidelidade, confiança, baseado no diálogo, sensibilidade, compreensão dos anseios da mulher e de sua rede social. Tal relação profissional-gestante deve ter como pilar a humanização das ações em saúde por toda a equipe que assiste a gestante. (VIEIRA, *et al*, 2011).

Deverão ser fornecidos pelos serviços de saúde:

- I- o cartão da gestante com a identificação preenchida e orientação sobre o mesmo;
- II- o calendário de vacinas e suas orientações;
- III- a solicitação de exames de rotina;
- IV- as orientações sobre a sua participação nas atividades educativas – reuniões em grupo e visitas domiciliares;
- V- o agendamento de consulta médica para pesquisa de fatores de risco. (BRASIL, 2000, p.23).

O vínculo entre a equipe de Saúde da Família e a gestante favorece ações voltadas ao seu atendimento, às ações de saúde, ao acolhimento, para que as ações ocorram de forma integral e holística, favorecendo através da educação em saúde, uma assistência de qualidade (VIEIRA, *et al*, 2011). São muitas as vantagens do pré-natal, entre elas:

- I- permite identificar doenças que já estavam presentes no organismo, porém, evoluindo de forma silenciosa, como a hipertensão arterial, diabetes, doenças do coração, anemias, sífilis, etc. Seu diagnóstico permite medidas de tratamento que evitam maior prejuízo à mulher, não só durante a gestação, mas por toda sua vida;
- II- detecta problemas fetais, como más formações. Algumas delas, em fases iniciais, permitem o tratamento intraútero que proporciona ao recém-nascido uma vida normal;
- III- avalia aspectos relativos à placenta, possibilitando tratamento adequado. Sua localização inadequada pode provocar graves hemorragias com sérios riscos maternos;
- IV- identifica precocemente a pré-eclâmpsia, que se caracteriza por elevação da pressão arterial, comprometimento da função renal e cerebral, ocasionando convulsões e coma. Esta patologia constitui uma das principais causas de mortalidade no Brasil. (BRASIL, 2000, p, 28).

Segundo os manuais do Ministério da Saúde, as ações de saúde devem estar voltadas para a cobertura de toda a população-alvo da área de abrangência da unidade de saúde, assegurando minimamente 6 (seis) consultas de pré-natal e continuidade no atendimento, no acompanhamento e na avaliação do impacto destas ações sobre a saúde materna e perinatal.

O ideal é que estas se distribuam da seguinte forma: uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro. Vale salientar, a importância da consulta no período puerperal até 42 dias pós-parto, denominado período puerperal (MAEDA, *et al*, 2014).

A mortalidade materna, um grande desafio na saúde pública, classifica-se pelas causas obstétricas diretas e indiretas. O Ministério da Saúde informa que, as mortes maternas diretas são resultantes de complicações que surgem durante a gravidez, o parto ou o puerpério, e podem decorrer de intervenções, omissões e tratamentos incorretos associados nesses períodos. A realização de uma assistência pré-natal qualitativa é fator potencial para redução da mortalidade materna relacionada às causas obstétricas. (BRASIL, 2012).

Outro ponto positivo resultante da assistência pré-natal é a redução da mortalidade infantil, especialmente a neonatal, período que compreende os primeiros 28 dias de vida da

criança, pois as ações desenvolvidas nessa assistência não somente visam à saúde da mulher, mas também do seu concepto. (BRASIL, 2012).

É indiscutível a importância da realização do pré-natal de qualidade e o acesso imediato e ininterrupto da gestante aos serviços de saúde do SUS, com a garantia do atendimento integral e resolutivo, visando a prevenção, tratamento e acompanhamento das complicações na gestação e encaminhamento aos níveis de maior complexidade quando necessário. (BRASIL, 2012).

É importante salientar que o pré-natal vai além das consultas ao longo da gravidez, o Ministério da Saúde estabelece políticas e normas técnicas para a atenção pré-natal, equipamentos e instrumental necessários, porém é preciso levar em conta a capacitação da equipe de saúde, pois a mesma deverá estar preparada para o trabalho educativo, pois contribui grandiosamente para que as gestantes e puérperas tenham conhecimento não apenas de sua condição física, mas de inúmeras temáticas relacionadas à prevenção, à promoção da saúde e o tratamento dos problemas que ocorrem durante o período gestacional e após parto. Segundo Alves (2005), uma das formas de se realizar promoção da saúde é por meio da educação em saúde que se constitui em um conjunto de saberes e práticas orientadas para a prevenção de doenças e promoção da saúde. Sendo assim, a educação em saúde compreende:

Um recurso por meio do qual o conhecimento cientificamente produzido no campo da saúde, intermediado pelos profissionais de saúde, atinge a vida cotidiana das pessoas, uma vez que a compreensão dos condicionantes do processo saúde-doença oferece subsídios para a adoção de novos hábitos e condutas de saúde. (ALVES, 2005, p 39-52).

Segundo Teixeira (2006), a sala de espera tem um papel importantíssimo nesse processo de educação em saúde, pois, considerando as necessidades dos usuários, a sala de espera tem a finalidade de garantir um cuidado humanizado, promovendo a aproximação cada vez maior entre a população e os serviços de saúde. A sala de espera é o lugar onde os usuários aguardam o atendimento dos profissionais de saúde, é um território dinâmico, onde ocorre mobilização de diferentes pessoas a espera de um atendimento de saúde.

Alves (2005) vem dizer que a sala de espera não é um espaço voltado para os profissionais de saúde, como o consultório e a enfermaria, mas um espaço público. Ela é o local em que os profissionais da área da saúde têm a oportunidade de desenvolver atividades que extrapolam o cuidado direto. Lá, é possível proporcionar também uma melhora na qualidade do atendimento, garantindo maior acolhimento aos usuários e aperfeiçoando a inter-relação usuário/sistema/trabalhador de saúde, além de constituir-se em uma forma de humanizar, muitas vezes, os burocratizados serviços prestados.

Sabendo da importância que a educação em saúde tem para os usuários dos serviços públicos de saúde, elaboramos e executamos um projeto de intervenção intitulado “Dialogando sobre a importância dos Direitos à saúde das Gestantes e Puérperas” com objetivo de sensibilizar gestantes, puérperas e comunidade em geral a respeito da importância da amamentação, como também sobre seus direitos sociais e trabalhistas, para que as mesmas possam buscar o acesso aos direitos assegurados na Constituição. O projeto foi executado através de seis salas de espera e será mostrado todo o seu desenvolvimento no próximo item.

#### **4. CARACTERIZAÇÃO DO CAMPO DE ESTÁGIO**

A cidade de Campina Grande está localizada no interior do estado da Paraíba, na microrregião do agreste paraibano, zona oriental do Planalto da Borborema. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população estimada em 2016 é de

407.754 mil habitantes, sua extensão territorial compreende a área de 593,023 km<sup>2</sup>, sendo a segunda cidade mais populosa do estado, após a capital João Pessoa.

Nos seus 155 anos de emancipação política, Campina Grande destaca-se como uma importante referência na produção de tecnologia e na realização de grandes eventos culturais. É considerada um dos maiores pólos tecnológicos da América Latina, bem como se destaca na mídia nacional e internacional pelo tradicional Maior São João do Mundo, evento realizado durante os festejos juninos. Na cidade existem dezenas de bairros, dentre eles o bairro Monte Santo onde ficam localizadas as UBS Monte Santo e UBS Bonald Filho, locais onde realizamos nosso Estágio Obrigatório em Serviço Social.

O bairro do Monte Santo está situado na zona norte da cidade de Campina Grande-PB, a 02 km do centro comercial. Ao norte limita-se com os bairros da Palmeira e Jeremias, ao sul com o bairro da Bela Vista e Prata, a oeste com o Bairro Universitário, e ao leste com o Centro da cidade. Sua população segundo dados do IBGE, Censo de 2010, é de 7.600 habitantes, sendo a população masculina de 3.527, que equivale a 46,41%, e a população feminina de 4.073, ou seja, 53,49% da população.

É neste bairro que está localizado o cemitério da cidade com o maior número de túmulos, o cemitério Nossa Senhora do Carmo, também conhecido como Cemitério do Monte Santo, construído no ano de 1949. Há também um Complexo Penitenciário para os indivíduos que cumprem pena em regime semiaberto, Presídio do Monte Santo. A segurança do bairro se dá através de segurança privada e rondas policiais. O bairro não dispõe de delegacia e nem posto policial. O serviço de segurança privada é prestado por empresas do ramo e por meios de monitoramentos eletrônicos e rondas periódicas, esses serviços são contratados de modo individual.

Quanto ao transporte público são ofertadas à população algumas linhas de ônibus: 303, 333, 300b, 505 e 555, porém se percebe que não são suficientes para atender com qualidade a necessidade dos moradores, tendo em vista que muitos se deslocam do bairro para trabalhar e para estudar, e o período entre uma rota e outra é sempre demorado, o que causa superlotação nos ônibus.

Em relação à infraestrutura, o bairro possui saneamento básico que inclui a coleta de lixo realizada no período noturno, rede de esgoto, iluminação pública, a maioria das ruas é calçada e algumas têm asfalto, fatores que contribuem para a qualidade de vida da comunidade, porém ainda existe boa parte da população do bairro que não dispõe desses serviços bem como de condições dignas de moradia.

O bairro do Monte Santo dispõe de Igrejas de diversas denominações, Associação de Moradores e Clube de Mães. Quanto à educação, o bairro dispõe de escola municipal, que oferece ensino infantil, fundamental e educação para jovens e adultos (EJA); escola estadual que oferece o ensino médio; e escolas da rede privada, com oferta do ensino fundamental. Dispõe de apenas uma creche municipal, o que certamente não é suficiente para atender a necessidade de seus moradores, pois já ouvimos relatos de mães que frequentam a Unidade de Saúde, sobre as dificuldades que encontram para ir trabalhar, pois nem sempre têm com quem deixar seus filhos.

Na saúde, o bairro do Monte Santo dispõe de três Equipes de Saúde da Família. Duas equipes desenvolvem suas atividades na Unidade de Saúde Bonald Filho e a outra equipe na Unidade de Saúde Monte Santo, na qual se desenvolveu nosso Estágio Obrigatório em Serviço Social, e sobre a qual nos deteremos a seguir.

#### **4.1 Unidade Básica de Saúde (UBS) Monte Santo**

A Unidade Básica de Saúde Monte Santo está localizada na Rua Agripino Diniz s/n. A Unidade foi fundada em setembro de 2006, na gestão do então Prefeito Veneziano Vital do Rêgo Segundo Neto. A mesma possui prédio próprio, segundo informações dos profissionais que trabalham na unidade.

A Unidade funciona de segunda a sexta-feira, nos horários de 07: 30h às 11:30h e das 13:00h às 16:00h. O quadro de profissionais é formado por:

**TABELA 1:** Quantitativo de profissionais da instituição

| <b>Nº de profissionais</b> | <b>Função</b>               |
|----------------------------|-----------------------------|
| <b>01</b>                  | Enfermeira                  |
| <b>01</b>                  | Assistente social           |
| <b>05</b>                  | Agente comunitário de saúde |
| <b>01</b>                  | Médica                      |
| <b>01</b>                  | Técnica em enfermagem       |
| <b>01</b>                  | Recepcionista               |
| <b>01</b>                  | Vigilante                   |
| <b>01</b>                  | Auxiliar de serviços Gerais |
| <b>01</b>                  | Atendente de Farmácia       |
| <b>TOTAL</b>               | <b>13 profissionais</b>     |

FONTE: Pesquisa in loco

A médica da equipe faz parte do Programa Mais Médicos, a técnica em enfermagem, auxiliar de serviços gerais, a recepcionista, a atendente de farmácia, e o vigilante que compõem a equipe, são profissionais contratados, ou seja, não têm direito ao décimo terceiro, nem direito a férias, são contratos emergenciais. Em relação à estrutura física, a Unidade dispõe de:

- Sala de espera para os usuários
- Recepção
- Sala de atendimento da técnica em enfermagem
- Consultório médico;
- Consultório de enfermagem;
- Sala de atendimento do serviço social;
- Sala de vacinação,
- Sala de arquivo;
- Farmácia;
- Dois banheiros para os usuários
- Um banheiro para os profissionais
- Copa e também uma sala que foi reservada para o consultório odontológico, mas que também não funciona por falta de profissionais da área e de equipamentos.

A farmácia da Unidade funciona de segunda a sexta no período da manhã. É visível no serviço que a distribuição de medicamentos está bem precarizada, em razão da falta de medicamentos essenciais, como os de hipertensão, diabetes e psiquiátricos. Também em

relação às vacinas a unidade tem enfrentado problemas, pois no momento a UBS não dispõe das mesmas e ainda ocorre a falta de estrutura adequada para conservá-las, com isso os usuários são encaminhados para as Unidades de referências ou Centros de saúde mais próximo.

Os serviços oferecidos pela Unidade Básica de Saúde são consultas médica, de enfermagem, o exame citológico, atendimento domiciliar para os usuários acamados, atendimento de demandas direcionadas ao Serviço Social, distribuição de medicamentos, marcação de exames e consultas para outras especialidades, acompanhamento de pré-natal, acompanhamento dos usuários do Programa Bolsa Família, educação em saúde através de salas de espera.

As solicitações de exames e consultas para outras especialidades estão sendo regulados na própria Unidade através de Sistema de Regulação do Ministério da Saúde (SISREG), cada profissional da equipe dispõe de um aparelho de notebook conectado à internet, disponibilizados pela Secretaria de Saúde local, os atendimentos e prontuários dos usuários passaram a ser eletrônicos, em razão da informatização do serviço.

Na Unidade de Saúde Monte Santo a inserção do Serviço Social ocorreu no ano de 2007 e sua atuação na Estratégia de Saúde da Família busca a viabilização do acesso dos usuários aos serviços de saúde, prestando orientações e ampliando o acesso aos direitos sociais, desenvolvendo também ações socioeducativas juntamente com a equipe e com a comunidade, realizando atendimentos individuais de demandas espontâneas, realizando acompanhamento dos beneficiários do Programa Bolsa Família, emitindo laudos, pareceres, encaminhamentos, e realizando supervisão de estágio em Serviço Social.

Na referida Unidade, a assistente social atende nas segundas-feiras no período da tarde, nas terças e quintas no período da manhã. A mesma dispõe de uma sala para atendimento individual e de um armário onde são guardados alguns instrumentos de trabalho exclusivos do Serviço Social, dois itens básicos e essenciais para um atendimento sigiloso, tão defendido pelo nosso Código de Ética. Nos demais dias da semana a profissional desenvolve suas atividades na Unidade Básica de Saúde Bonald Filho, acompanhando a duas equipes.

## **4.2 Sistematizando a Experiência do Estágio Obrigatório em Serviço Social**

No que se refere ao Estágio Obrigatório em Serviço Social, a Lei Federal 11.788/2008, conhecida como Lei do Estágio, foi instituída para regulamentar o estágio nas instituições de educação nos níveis superior, profissional, médio, especial e dos anos finais do ensino fundamental, assim como na modalidade profissional da educação de jovens e adultos (Art. 1º).

O Estágio é um componente curricular que está expresso nos Projetos Pedagógico dos Cursos de Serviço Social, legalmente definido, podendo ser obrigatório ou não-obrigatório (opcional), sendo que na primeira modalidade, deve ser explicitado a carga horária a ser cumprida como condição para aprovação e obtenção do diploma (CFESS, 2013).

As Diretrizes Curriculares do Curso de Serviço Social, aprovadas pela ABEPSS em 1996, apontam pressupostos, princípios e diretrizes para nortear o projeto pedagógico de cada unidade de formação profissional e tratam o estágio como um momento ímpar do processo ensino-aprendizagem, elemento síntese da relação teoria-prática, da articulação entre pesquisa e intervenção profissional, e que se consubstancia como exercício teórico-prático, mediante a inserção do/a aluno/a nos diferentes espaços ocupacionais das esferas pública e privada (CFESS, 2013).

A Lei 8.662 de 1993, que Regulamenta a Profissão, no seu artigo 5º, inciso VI, institui a supervisão direta de estagiários de Serviço Social como atribuição privativa do assistente social.

O estágio objetiva capacitar o/a aluno/a para o exercício profissional, por meio da realização das mediações entre o conhecimento apreendido na formação acadêmica e a realidade social. No estágio, exercita-se o conhecimento da realidade institucional, a problematização teórico-metodológica, a elaboração e implementação do plano de intervenção do/a estagiário/a, articulado à discussão teórico-metodológica e à utilização do instrumental técnico-operativo do Serviço Social, pertinente ao campo específico da ação (CFESS, 2013).

Segundo Guerra (2016), o estágio também aproxima o estudante da realidade do mercado de trabalho, das dificuldades enfrentadas no cotidiano e das implicações da crise do capital no contexto dos espaços sócio-ocupacionais, uma vez que este se desenvolve nas mesmas condições e relações nas quais estão inseridos os assistentes sociais.

### **4.3 A Experiência de Estágio e o Projeto de Intervenção**

O Estágio se iniciou no dia 05 de julho de 2018 nas UBS Bonald Filho e Monte Santo, localizadas no bairro Monte Santo e terminou dia 23 de outubro de 2019.

Iniciamos o estágio conhecendo a UBS, a estrutura, os profissionais, os serviços prestados no cotidiano, a comunidade, inclusive com as outras estagiárias fomos conhecer a presidente do Clube de Mães, para a mesma explicar os serviços que o Clube faz, as demandas, e a importância que o mesmo tem para a população usuária do Bairro Monte Santo.

Ao longo do processo de Estágio também acompanhamos os atendimentos às gestantes, que aconteceram de maneira individual. Estes atendimentos permitem ao profissional identificar outras demandas e, a partir dessas identificar e fazer as devidas mediações, como exemplo encaminhar o usuário para outros serviços da rede e orientar tal grupo quanto aos seus direitos.

O estágio supervisionado nos proporcionou participar de algumas reuniões e ações intersetoriais, como a Oficina Integrada do PSE. A equipe da UBS, juntamente com a equipe da creche Maria Tereza Nepomuceno se reuniram com finalidade de planejar a atividade que seria desenvolvida com as crianças sobre o *Aedes Aegypti*. A referida atividade aconteceu nos turnos da manhã e da tarde, teve atividades lúdicas ensinando aos alunos do que se trata o *Aedes Aegypti*, as doenças que ele causa, as maneiras de prevenção etc. O referido programa além de promover atuação compartilhada, fortalece a comunidade através da troca de saberes.

No Outubro Rosa da UBS Monte Santo, tivemos a oportunidade, junto com as outras estagiárias do Serviço Social e a supervisora de campo, de orientarmos as usuárias sobre a importância do SUS, se elas teriam direito ao auxílio doença por causa do câncer de mama, a diferença entre aposentadoria por idade, auxílio doença, BPC (Benefício de Prestação Continuada), aposentadoria por invalidez, sobre o direito a isenções de impostos por causa da doença. Foi um momento de democratização de informações, no qual as dúvidas foram respondidas, permitindo que o usuário tenha conhecimento adequado sobre determinada política, assim, o mesmo poderá exercer sua cidadania e reivindicar por seus direitos.

No período foram realizadas diversas atividades durante a semana, entre as atividades destacamos a presença do Programa Mexe Campina, que é um programa da Secretaria de Esportes Juventude e Lazer em parceria com a Secretaria de Saúde de Campina Grande com o intuito de proporcionar a população melhoria na qualidade de vida através do incentivo da



prática de atividade física. O programa conta com a presença de um educador físico e este foi um dos momentos de importante interação de todos que estavam presentes.

Participamos das atividades relacionadas ao Novembro Azul na UBS Bonald Filho. A programação contou com palestras sobre o câncer de próstata – os principais sintomas, o diagnóstico, o tratamento etc. A atividade contou também com relatos de experiências de usuários que tiveram o diagnóstico precoce do câncer, o que contribuiu positivamente para o tratamento e a cura. A programação contou com significativa presença dos homens da comunidade, fato importante uma vez que, normalmente, os homens não comparecem com frequência ao serviço, comparado com as mulheres. Nessas atividades também foi falado sobre a importância da prevenção e do SUS pela Assistente Social. Teve verificação da glicose e pressão arterial pelas enfermeiras. Prestou-se orientação sobre câncer de boca pela dentista, além de encaminhamentos para consultas com médicos urologistas. O momento oportunizou a apresentação de toda equipe para os usuários para que os mesmos pudessem conhecer os profissionais da comunidade e saber que podem contar com os serviços de todos. A atividade contou ainda com participação de grupo musical composto pelos próprios usuários e distribuição de lanches e brindes.

Também aconteceram ao longo do Estágio várias rodas de conversa com relatos de experiências de pessoas que venceram o processo de tratamento do câncer. Tivemos a participação de uma assistente social do Hemocentro, trazendo informações sobre a doação voluntária do sangue, e sobre sua importância para contribuir no tratamento de muitas pessoas.

Durante o Estágio realizamos atividades de educação em saúde em sala de espera sobre a Hanseníase, uma vez que os números de diagnósticos de hanseníase só crescem em nosso país. Segundo o Ministério da Saúde, o Brasil é o segundo país no mundo com registros de novos casos da hanseníase, portanto, a doença permanece como um problema de saúde pública no país.

Ao longo do processo outras salas de espera foram realizadas com temas diversificados, como por exemplo na semana da hiperdia, aproveitamos junto com a equipe para esclarecer através de uma linguagem simples, o que significava a semana da hiperdia. Como estagiária do serviço social falamos um pouco dos direitos que os usuários têm no âmbito da saúde, como medicação gratuita para hipertensos e diabéticos através do programa farmácia popular.

Posteriormente fizemos sala de espera sobre a Malária, esclarecendo o que é essa doença, seus sintomas, tratamentos, que na atenção básica tem o tratamento completo pelo SUS, e sempre buscando apresentar ao usuário a grande importância do SUS, que existe problemas, mas sem ele, a maioria não teria condições financeiras para custear o próprio tratamento.

Destacamos nossa participação no curso Introdutório em Saúde para os ACE de Campina Grande, em que nossa supervisora de campo foi a facilitadora do curso. Muito importante não apenas para o público alvo em questão, mas para qualquer pessoa que teve a oportunidade de ouvir, pois foi mostrado o quanto é importante o SUS e seus serviços, como também a defesa do mesmo.

Dentre as várias ações desenvolvidas no campo de estágio, e sabendo da importância que a educação em saúde tem para os usuários dos serviços públicos de saúde, elaboramos e executamos um projeto de intervenção intitulado “Dialogando sobre a importância dos Direitos à Saúde das Gestantes e Puérperas” com objetivo de sensibilizar gestantes, puérperas e comunidade em geral a respeito da importância da amamentação, como também sobre seus direitos sociais e trabalhistas, para que as mesmas possam buscar ter acesso aos direitos assegurados na Constituição.

As atividades foram estruturadas em dois momentos: 1) Importância da amamentação; 2) Direitos sociais e trabalhistas das gestantes e puérperas. O referido projeto de intervenção foi executado nas duas Unidades Básicas de Saúde onde se realizou o estágio, Monte Santo e Bonald Filho no bairro Monte Santo em Campina Grande.

As atividades eram iniciadas com a reflexão sobre a importância do aleitamento materno, destacando o que preconiza o Ministério da Saúde que ressalta que qualquer criança pode, e deve, se alimentar apenas do leite materno nos seus seis primeiros meses de vida, não precisando comer ou beber mais nada - nem mesmo água ou chás, pois nele há tudo que o bebê necessita para estar nutrido, crescer e se desenvolver com saúde. No segundo momento da atividade buscamos mostrar os direitos trabalhistas e sociais aos quais as gestantes e puérperas tem direito, gerando discussões e reflexões positivas.

Buscando nortear a discussão, realizamos a confecção de um banner com todas as informações sobre a importância da amamentação e os direitos sociais e trabalhistas das gestantes e puérperas. Esse banner foi deixado na parede da UBS, para que os usuários sempre quem forem a unidade possam ter acesso. Ao final de cada sala de espera foram distribuídos panfletos informativos sobre o tema tratado na ocasião.

Concluimos as atividades de Estágio realizando a última sala de espera do Projeto de Intervenção, com a presença de gestantes e outras usuárias no outubro Rosa, com a presença de todos os profissionais da unidade.

Foram realizadas 6 salas de espera e nelas contamos com a participação dos usuários e profissionais da unidade, onde os mesmos responderam um questionário para avaliar o Projeto de Intervenção, os usuários um questionário de linguagem mais simples e de fácil compreensão levando em consideração o público alvo, contendo as figuras de emojis vermelho representando ruim e verde representando bom. Já para os profissionais era uma pergunta: 1 Em sua opinião, o Projeto de Intervenção aplicado nesta Unidade Básica de Saúde (UBS) contribuiu para melhoria do atendimento aos usuários assistidos? Justifique sua resposta.

Ao todo foram respondidos oitenta questionários por parte dos usuários e doze profissionais. Tendo vinte usuárias grávidas, uma delas adolescente, todas estão sendo acompanhada antes, durante e pós-parto, por toda a equipe da UBS Monte Santo.

Avaliamos a atividade como proveitosa, tendo em vista o debate e as reflexões que ela nos possibilitou realizar. Como também pelas respostas dos emojis, a maioria dos usuários respondeu que o Projeto de Intervenção foi bom, como também os profissionais da UBS responderam ser muito importante a sala de espera.

## **5. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O SUS representa uma conquista da sociedade brasileira porque promove a justiça social, com atendimento a todos os indivíduos. Além disso, é o maior sistema público de saúde do mundo, atendendo a cerca de 190 milhões de pessoas, sendo que 80% delas dependem exclusivamente do sistema para cuidar da saúde. Na Atenção Básica, a Estratégia Saúde da Família (ESF) veio reorganizar o sistema de atenção primária em saúde, visando à promoção, à proteção e ao cuidado continuado, compreendendo o indivíduo a partir de sua totalidade.

É nesse nível da assistência que ocorre o atendimento às gestantes através do pré-natal, em que avalia a condição física, psicológica, nutricional, econômica, cultural, histórico de gestações anteriores, avaliação das condições laboratoriais, situação vacinal, cuidado com as mamas, sinais de alerta ao início do trabalho de parto, sexualidade, identificação precoce de

alterações sorológicas, com o objetivo do diagnóstico precoce e necessidades da mulher, para intervenções cabíveis o mais precocemente possível.

Foram esses atendimentos cotidianos na UBS Monte Santo que nos despertou o interesse para a elaboração do plano de intervenção aqui sistematizado, buscando fortalecer as discussões acerca dos direitos da saúde das gestantes e puérperas, como também esclarecer a importância da amamentação para desenvolvimento e o fortalecimento da imunidade da criança.

Ficou perceptível o quanto esse projeto de intervenção contribuiu para esclarecer os usuários, tendo em vista o quanto eles se interessavam pelo assunto, gerando discussões positivas e construtivas a cada sala de espera que foi feita ao longo das ações relacionadas ao projeto.

É preciso também salientar que muitos usuários só defendem seus direitos no nível particular e não no nível coletivo, cobram apenas o que lhe atinge, e não o que atinge o vizinho ou a comunidade, é comum ver essa visão na UBS, fica difícil quando se limita a si mesmo, quando na verdade o problema atinge a comunidade, a cidade, o Estado, o País. Nesse momento percebi o quanto a sala de espera é importante, pois esclarece, orienta, amplia a visão, desconstrói preconceitos, instiga o senso crítico, promove reflexão de suas próprias ações, aperfeiçoa a inter-relação usuário/sistema/trabalhador.

Como sugestão para os novos estagiários, que eles possam fazer mais sala de espera ao longo do estágio, fiz algumas além das referentes ao Projeto de Intervenção, mas vi que não foi o suficiente, tendo em vista o longo período de estágio que tive de um ano e três meses nas UBSs Monte Santo e Bonald Filho, pois a experiência é muito rica, tanto para o estagiário quanto para os usuários.

Sobre as equipes das UBSs, tive o apoio de todos sempre que precisei, é muito visível o quanto todos os profissionais se organizam para oferecer o melhor serviço possível para os usuários.

O estágio supervisionado em Serviço Social teve uma relevância importantíssima na minha formação enquanto profissional, pois contribuiu para solidificar o quanto a teoria está entrelaçada com a prática, e desmitificar aquela frase tão conhecida no meio acadêmico, “a prática não tem nada haver com a teoria”, tem sim tudo haver, basta cada estagiário fazer análises mais críticas, que facilmente perceberão o quanto estão interligadas uma completando a outra. Também me possibilitou conhecer a política na qual estava inserida de uma forma mais aprofundada, bem como a rede de serviços de saúde do município, fundamentais para realizar as devidas mediações necessárias, como encaminhamentos para outros centros de referência e contrarreferência no cotidiano profissional.

## REFERÊNCIAS

ALVES, Vânia Sampaio. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface**. 2005, vol.9, n.16, pp.39-52. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832005000100004>. Acesso em: 22 ago. 2019.

ASSIS, Fernando de; MISCHIATI, Michele Fernanda. **Retrospectiva Histórica da Implantação do PSF até sua Transformação em ESF nos Dias de Hoje**. Disponível em: <http://revista.uninga.br/index.php/uningareviews/article/view/502/159>. Acesso em: 02 set. 2019.

AQUINO, Rosana. *et al.* Estratégia Saúde da Família e Reordenamento do Sistema de Serviços de Saúde. In: PAIM, Jarnilson Silva. FILHO, Naomar de Almeida. (Orgs.). **Saúde coletiva: teoria e prática.** – 1 ed. – Rio de Janeiro: MedBook, 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Coletâneas e normas para o controle social no sistema único de saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. **Constituição da República Federativa do Brasil:** promulgada em 05 de outubro de 1988. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 10 abr. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Diretrizes do NASF:** Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno\\_atencao\\_basica\\_diretrizes\\_nasf.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf). Acesso em: 21 out. 2019.

\_\_\_\_\_. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.** (IBGE). Disponível em: <http://cod.ibge.gov.br/1V6>. Acesso em: 07 dez. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria N° 2.488, de 21 de outubro de 2011.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 12 out. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria N.º 2.436, de 21 de setembro de 2017.** Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html). Acesso em: 02 set. 2019.

\_\_\_\_\_. **Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm). Acesso em: 20 set. 2019.

\_\_\_\_\_. **Importância do Pré-natal.** Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/dicas-em-saude/2198-importancia-do-pre-natal>. Acesso em: 05 jul. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério de Saúde. **Assistência Pré-Natal.** Brasília: 2000. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04\\_11.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_11.pdf). Acesso em: 02 abr. 2019.

BRAVO, Maria Inês Souza. MATOS, Maurílio Castro de. A Saúde no Brasil: Reforma Sanitária e Ofensiva Neoliberal. In: BRAVO, Maria Inês Souza; PEREIRA, Potyara A. P. **Política Social e Democracia.** - 2. ed. - São Paulo: Cortez: Rio de Janeiro: UERJ, 2002. p. 197-216.

BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Bravo de. A Saúde nos Governos Lula e Dilma: Algumas Reflexões. In: BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Bravo de. **Cadernos de Saúde:** políticas sociais, saúde e participação na atualidade. Rio de Janeiro. UERJ, Rede Sirius, 2011.

BRAZ, Marcelo. O golpe nas ilusões democráticas e a ascensão do conservadorismo reacionário. In: **Serviço Social e Sociedade**, n. 128, p. 85-103. São Paulo: Cortez, jan./abr. 2017.

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social: fundamentos e história.** São Paulo: Cortez, 2011.

CANCIAN, N. **Ministro da saúde defende “plano popular de saúde” para aliviar o SUS.** Disponível em: <http://www.assprevisite.com.br/ClippingAssistencial301329.html> . Acesso em: 20 de setembro de 2018.

CARVALHO, A. I. **Conselhos de Saúde, Responsabilidade Pública e Cidadania: a Reforma Sanitária como Reforma do Estado.** In: FLEURY, S. (Org.). Saúde e Democracia: a Luta do CEBES. São Paulo: Lemos, 1997. p. 93-111.

CFESS. **Cartilha Estágio Supervisionado:** meia formação não garante um direito. Disponível em: [http://www.cfess.org.br/arquivos/BROCHURACFESS\\_ESTAGIO-SUPERVISIONADO.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/BROCHURACFESS_ESTAGIO-SUPERVISIONADO.pdf). Acesso em: 24 maio 2019.

\_\_\_\_\_. **Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde.** Disponível em: [http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros para a Atuacao de Assistentes Sociais na Saude.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf). Acesso em: 18 maio 2018.

\_\_\_\_\_. **Intervenção Profissional do Assistente Social no Campo da Saúde.** 1990. (Mimeo).

**Constituição Federal (Artigos 196 a 200).** Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/web\\_sus20anos/20anossus/legislacao/constituicaofederal.pdf](http://conselho.saude.gov.br/web_sus20anos/20anossus/legislacao/constituicaofederal.pdf). Acesso em: 22 ago. 2019.

CORRÊA, Juliana Torres Alzuguir Snel. **Entenda a Importância do Exame Pré-natal e do Planejamento para a Gravidez.** Disponível. <http://www.cordvida.com.br/blog/entenda-importancia-do-exame-pre-natal-e-do-planejamento-para-gravidez/>. Acesso em: 22 set. 2019.

COSTA, Jacqueline Lima da; SILVA, Livia Louísi Arruda da; ROLIM, Renata Souza; REGINO, Fabiane Alves; FERNANDES, Raquel de Aragão Uchôa. **O Cenário da Saúde Pública Brasileira no Regime Militar: Uma análise sobre a Revista Veja no período de 1975 A 1981.** Disponível em: <http://www.eventosufrpe.com.br/jepex2009/cd/resumos/r0403-4.pdf> Acesso em 28 de set. de 2019.

**Cuidados Primários de Saúde:** É obrigação da Equipe de Estratégia Saúde da Família (ESF) acompanhar as gestantes que residem em outra área de abrangência? Disponível em: <https://aps.bvs.br/aps/e-obrigacao-da-equipe-de-estrategia-saude-da-familia-esf-acompanhar-as-gestantes-que-residem-em-outra-area-de-abrangencia/>. Acesso em 07 de set. de 2019.

GUERRA, Yolanda. **O estágio supervisionado como espaço de síntese da unidade dialética entre a teoria e prática: o perfil do profissional em disputa.** In: SANTOS, C. M. dos. et al. (Orgs.). A supervisão de estágio em Serviço Social: aprendizados, processos e desafios. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2016.

Instituto de Saúde Coleta. **Boletim:** A Quem interessa a Nova Política Nacional de Atenção Básica? Disponível em: <https://www.analisepoliticaemsaude.org/oaps/boletim/edicao/13/>. Acesso em: 17 abr. 2019.

MAEDA, T. de C.; PARREIRA, B. D. M.; SILVA, S. R. da; OLIVEIRA, A. C. D de. **Importância atribuída por puérperas às atividades desenvolvidas no pré-natal.** Rev. Enferm. Atenção Saúde (online), v. 3, n. 2, p. 6-18, 2014. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/b3c0/920406e59cb4f7f818f490b6f468a0718063.pdf>. Acesso em: 12 out. 2019.

MATHIAS, Maíra. **A crise por trás da nova PNAB:** Como as controversas mudanças na atenção básica se ligam ao contexto econômico e político do país. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/a-crise-por-tras-da-nova-pnab>. Acesso em: 15 out. 2019.

**Mitos e Verdades sobre a Amamentação.** Disponível em: <https://www.diariodoaco.com.br/noticia/0052461-mitos-e-verdades-sobre-a-amamentaaa>. Acesso em: 20 set. 2019.

MOTA, A. E. A regressão civilizatória e as expropriações de direitos e das políticas sociais. **Argumentum**, Vitória, v. 9, n. 3, p. 30-36, set./dez. 2017.

MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães Cardoso; FONSECA, Angélica Ferreira; LIMA, Luciana Dias de. **Política Nacional de Atenção Básica 2017:** retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. *Saúde Debate*. v. 42, n. 16, p. 11-24, 2018.

NAPP. **Núcleo de Acompanhamento de Políticas Públicas – Saúde.** Disponível em: <https://fpabramo.org.br/wp-content/uploads/2019/04/napp-saude-100-dias.pdf>. Acesso em 19 set. 2019.

NOGUEIRA, V.; MARSIGLIA, R.; GOMES, L; TEIXEIRA, M. (Org.). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional.** São Paulo: Cortez, 2006.

NORONHA, José Carvalho de; SOARES, Laura Tavares. **A política de saúde no Brasil nos anos 90.** *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 6, p. 445-450, 2011.

**Oficina Nacional de Planejamento no âmbito do SUS.** Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2014/novembro/14/redes.pdf>. Acesso em: 21 set. 2019.

**O SUS.** Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/web\\_sus20anos/sus.html](http://conselho.saude.gov.br/web_sus20anos/sus.html). Acesso em: 22 ago. 2019.

PAIM, JS. **O que é o SUS.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

**Política Nacional de Atenção Básica: Operacionalização.** Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/comum/250693.html>. Acesso em: 22 ago. 2019.

**Política Nacional de Atenção Básica e as Implicações para Atenção Primária à Saúde.** Disponível em: <http://www.corensc.gov.br/wp-content/uploads/2019/06/Pol%C3%ADtica-Nacional-de-Aten%C3%A7%C3%A3o-B%C3%A1sica-e-as-Implica%C3%A7%C3%B5es->

[para-Aten%C3%A7%C3%A3o-Prim%C3%A1ria-%C3%A0-Sa%C3%BAde.pdf](#). Acesso em: 10 jul. 2019.

**Portaria Nº 4.279, de 30 de Dezembro de 2010.** Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2011/img/07\\_jan\\_portaria4279\\_301210.pdf](http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf). Acesso em: 10 jun. 2019.

Portal Vermelho. **Entenda os 5 pontos de retrocesso da nova PNAB.** Disponível em: <http://www.vermelho.org.br/noticia/303267-1>. Acesso em: 14 jun. 2019.

**Protocolo de Atenção à Saúde:** Atenção à saúde da mulher no Pré-Natal, Puerpério e Cuidados ao Recém-nascido. Disponível em: [http://www.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/04/3-Atencao\\_a\\_Saude\\_da\\_Mulher\\_no\\_Prenatal\\_Puerperio\\_e\\_Cuidados\\_ao\\_Recem\\_nascido.pdf](http://www.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/04/3-Atencao_a_Saude_da_Mulher_no_Prenatal_Puerperio_e_Cuidados_ao_Recem_nascido.pdf). Acesso em: 21 set. 2019.

SILVA, Alessandra Ximenes da; *et al* (Orgs). **Contrarreforma, Intelectuais e Serviço Social:** As Inflexões na Política de Saúde. Campina Grande: EDUEPB, 2017. p. 137-154.

SOARES, Laura Tavares. O Debate sobre o Gasto Social do Governo Federal. In: **Governo Lula - decifrando o enigma.** SOARES, Laura Tavares; *et al* (Orgs). São Paulo: Viramundo, 2004.

SOUZA, Maria Inês. **Política de Saúde no Brasil.** Disponível em: [http://www.fnepas.org.br/pdf/servico\\_social\\_saude/texto1-5.pdf](http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto1-5.pdf). Acesso em: 19 set. 2019.

SOUZA, Maria Inês; MATOS, Maurílio Castro de. Reforma sanitária e projeto ético-político do Serviço Social: elementos para o debate. In: BRAVO, Maria Inês Souza; *et al* (Org.). **Saúde e Serviço Social.** 4. ed.- São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2009. p. 25-45.

TEIXEIRA, Enéas Rangel; VELOSO, Raquel Coutinho. **O grupo em sala de espera: território de práticas e representações em saúde.** *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2006 Abr-Jun; 15(2), pp. 320-325. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n2/a16v15n2.pdf>. Acesso em: 22 set. 2019.

VASCONCELOS, A. M. **A prática do Serviço Social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde.** São Paulo: Cortez, 2002.

VIEIRA, Sônia Maria; BOCK, Lisnéia Fabiani; ZOCCHÉ, Denise Azambuja e PESSOTA, Camila Utz. **Percepção das puérperas sobre a assistência prestada pela equipe de saúde no pré-natal.** *Texto contexto – enferm*, Florianópolis, 2011, vol.20, pp.255-262. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072011000500032>. Acesso em: 12 set. 2019.

## ANEXOS A – BANNER CONFECCIONADO



### DIALOGANDO SOBRE A IMPORTÂNCIA DOS DIREITOS À SAÚDE DAS GESTANTES E PUÉRPERAS



Guedes, Selma dos Santos' Oliveira, Gláucia' Moreira, Rosiane.

Centro de Ciências Sociais Aplicadas – Departamento de Serviço Social – Curso de Graduação em Serviço Social

Unidade Básica de Saúde "Bonald Filho" – Unidade Básica de Saúde "Monte Santo"

#### BENEFÍCIOS DO LEITE MATERNO

Segundo o Ministério da Saúde qualquer criança pode, e deve, se alimentar apenas do leite materno nos seus seis primeiros meses de vida, não precisando comer ou beber mais nada – nem mesmo água ou chás, pois nele há tudo que o bebê necessita para estar nutrido, crescer e se desenvolver com saúde. O leite materno é o único alimento que fornece nutrientes importantes para o desenvolvimento cerebral, que combate infecções, protege a criança contra bactérias e vírus, e evita diarreias. Ainda segundo o Ministério da Saúde, o recém-nascido alimentado apenas com o leite materno tende a ser recuperar de doenças com mais facilidade.

#### DIREITOS TRABALHISTAS

Não ser demitida enquanto estiver grávida e até cinco meses após o parto, a não ser por justa causa.

Mudar de função ou setor em seu trabalho, caso ele apresente riscos ou problemas para sua saúde ou a saúde do bebê. E sempre que for as consultas de pré-natal ou fizer exame, peça a declaração de comparecimento apresente à chefia e terá a falta justificada no trabalho.

Até o bebê completar seis meses, você tem o direito de ser dispensada do trabalho todos os dias, por dois períodos de meia hora ou um período de uma hora, para amamentar. Combine com seu empregador o melhor jeito de aproveitar esse tempo.

#### ENTREGA EM ADOÇÃO

A lei Nº 12.010 / 2009 garante a gestante o direito de receber atendimento psicossocial gratuito. Caso deseje ou decida entregar a criança para adoção, procure a Vara da Infância e da Juventude da sua cidade.

A partir do oitavo mês de gestação a gestante estudante poderá cumprir os compromissos escolares em casa, conforme expressa o Decreto-lei Nº 1.044 /1969.

#### SALÁRIO MATERNIDADE

Benefício à pessoa que se afasta de sua atividade, por motivo de nascimento de filho, aborto não criminoso, adoção ou guarda judicial para fins de adoção.

#### QUEM PODE UTILIZAR ESSE BENEFÍCIO?

A pessoa que atender aos seguintes requisitos na data do parto, aborto ou adoção:

- Empregada MEI (Microempreendedor Individual);
- Pessoa desempregada, desde que mantenha qualidade de segurado;
- Empregada Doméstica;
- Empregada que adota criança;
- Casos de falecimento da segurada empregada, ao cônjuge ou companheiro sobrevivente que tenha a qualidade de segurado, exceto no caso de falecimento do filho ou de seu abandono.

#### DIREITOS SOCIAIS

Em guichês e/ou caixas a gestante tem prioridade nas filas; Estendendo esse direito as instituições públicas e/ou privadas, bancos, Supermercados e lojas.

Assento prioritário para gestantes e mulheres com crianças de colo em ônibus, metrô e transportes público em geral.

Se a sua família for beneficiária do Programa Bolsa Família, a gestante tem direito ao benefício variável Gestante. Para conseguir mais informações procure o Centro de Referência em Assistência Social (CRAS) do seu município.

#### DIREITOS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE:

- Ser atendida com respeito e dignidade pelas equipes de saúde sem discriminação de cor, raça, orientação sexual, religiosa, idade ou condição social;
- Ser chamada pelo nome que preferir;
- Saber o nome do profissional que atende;
- Aguardar o atendimento sentada, em lugar arejado. Tendo a sua disposição água para beber e banheiros limpos.

#### REFERÊNCIAS

PORTAL MINISTÉRIO DA SAÚDE. Disponível em: <http://portal.arquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/agosto/31/Caderneta-da-Gestante-2018.pdf>. Acesso em 22 de Maio de 2019.

PALESTRA SOBRE A IMPORTÂNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO. Disponível em: <https://www.princesa.pb.gov.br/portal/noticias/geral/palestra-sobre-a-importancia-do-aleitamento-materno-e-realizada-na-ubs-da-varzea>. Acesso em 25 de maio de 2019.

VÍNCULO INSTITUCIONAL: Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Departamento de Serviço Social, Curso de Graduação em Serviço Social





**ANEXOS B – QUESTIONÁRIO APLICADO COM OS PROFISSIONAIS**

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS  
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL  
BACHARELADO EM SERVIÇO SOCIAL

**PROJETO DE INTERVENÇÃO**

Dialogando sobre a Importância dos Direitos à Saúde das Gestantes e Puérperas.

Maria Selma dos Santos Guedes (UEPB)



Glaúcia Oliveira (UEPB)

**QUESTIONÁRIO DE SATISFAÇÃO**

1. Em sua opinião, o projeto de intervenção aplicado nesta Unidade Básica de Saúde (UBS) contribuiu para melhoria do atendimento aos usuários assistidos? Justifique sua resposta.

### ANEXO C – QUESTIONÁRIO DE SATISFAÇÃO COM OS USUÁRIOS

O questionário foi aplicado com os usuários das UBS's – Monte Santo e Bonald Filho, no município de Campina Grande, Estado da Paraíba/PB, totalizando um número de 80 usuários participantes, utilizando como meio de aplicação a linguagem oral, tomando como norte a seguinte pergunta: O projeto de intervenção aqui apresentado foi “bom” ou “ruim”? Em seguida, pedimos que os usuários expressassem sua posição marcando com um “X” em um dos emojis que representou a sua resposta.

|   |   |
|---|---|
| <br><input type="checkbox"/> <b>RUIM</b> | <br><input type="checkbox"/> <b>BOM</b> |
|---|---|

## AGRADECIMENTOS

A Deus por ter permitido que eu voasse mais longe, pois a fé me fez ser forte em momentos difíceis e a nossa Senhora Aparecida, sim creio, nos cuidados da mãe de Jesus na minha história.

Aos meus pais, Francisco e Celina, por todo amor, cuidado, dedicação e orações constantes. Obrigada por sempre me incentivarem nos estudos e acreditarem que eu seria capaz de chegar mais longe, essa conquista eu dedico a vocês dois em especial.

Aos meus irmãos, Francisco de Assis (Paraplégico muito amado por todos), Vitória, Claudete, Cláudia, Cláudio, Carlos, Marinalva, pois eles não tiveram a mesma oportunidade que eu, de concluir o ensino superior, mas sei que cada um tem orgulho, pois a conquista não é meramente minha, todos direto ou indiretamente contribuíram para que eu chegasse aqui. GRATIDÃO.

A Ethieney pelas palavras positivas, sempre dizendo vai dá tudo certo, “Deus está no comando.”

Aos meus colegas/amigos de turma, por todos esses anos de convivência, experimentando a dor e a alegria que é esse processo de construção de conhecimento.

A Lourdes e a Livramento, pela parceria durante esses anos. Juntas ficamos mais fortes.

A Hakyanna e a Josilene estagiárias anteriormente a mim, ajudaram-me demais nessa caminhada como estagiária, me dando apoio, tirando dúvidas, gratidão gigantesca!

A querida Jackeline Aguiar por todo apoio e palavras positivas durante o curso, gratidão. Deus te abençoe.

A seu Genaro pela gentileza e mão amiga, gratidão, sempre lembro de você, quando imagino minha história de estudante na UEPB.

Ao amigo Rafael Bruno por sempre somar nas motivações positivas e ajuda na formatação do TCC nas regras da ABNT.

Ao departamento de Serviço Social pelo compromisso ético, teórico e político com a nossa formação.

A todos(as) funcionários(as) desta Instituição. Em especial os da equipe de limpeza, pois, são visíveis aos meus olhos! Vocês são importantíssimos.

A supervisora de campo, Rosiane Moreira, por compartilhar sua experiência como assistente social da ESF e por me receber no seu cotidiano profissional. Sempre sinalizando o nosso dever ético e a defesa intransigente dos direitos do usuário.

As equipes das Unidades Básicas de Saúde “Monte Santo” e “Bonald Filho”, assim como aos (as) usuários(as), pela acolhida carinhosa, pelo respeito e contribuição direta no meu processo de formação.

A minha orientadora Lúcia Patriota, por sua compreensão, pelas importantes contribuições, conseguimos!

A minha professora Glaucia Oliveira, por sua compreensão, pelas importantes contribuições, pelo seu simples olhar e poucas palavras que me faziam acreditar eu chegava lá, eu posso mais, muito mais.

A banca examinadora – Thereza Carla e Noalda Ramalho – por atender nosso convite e por toda contribuição oferecida.

A todos os professores que tive a oportunidade de ser aluna e adquirir conhecimento com os mesmos, ao longo da minha formação, desde o ensino fundamental I, II, médio, pré vestibular e superior.

A todos e a todas que torceram e que contribuíram direto ou indiretamente para que este sonho fosse realizado.