



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

ESTER KERLLY PEREIRA LEITE

**A IMPORTÂNCIA DOS PRONTUÁRIOS ELETRÔNICOS NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE (APS): UM RELATO DE EXPERIÊNCIA NA UNIDADE
BÁSICA MARIA DE LOURDES LEÔNCIO DE CAMPINA GRANDE/PB**

CAMPINA GRANDE
2023

ESTER KERLLY PEREIRA LEITE

**A IMPORTÂNCIA DOS PRONTUÁRIOS ELETRÔNICOS NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE (APS): UM RELATO DE EXPERIÊNCIA NA UNIDADE
BÁSICA MARIA DE LOURDES LEÔNCIO DE CAMPINA GRANDE/PB**

Trabalho de Conclusão do curso apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), como requisito parcial para obtenção do título de bacharela em Serviço Social.

Orientadora: Prof^o: Dra. Tereza Cristina Ribeiro da Costa

CAMPINA GRANDE

2023

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.

L533i Leite, Ester Kerly Pereira.

A importância dos prontuários eletrônicos na Atenção Primária À Saúde (APS) [manuscrito] : um relato de experiência na Unidade Básica Maria de Lourdes Leôncio de Campina Grande/PB / Ester Kerly Pereira Leite. - 2023.

29 p. : il. colorido.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, 2023.

"Orientação : Profa. Dra. Tereza Cristina Ribeiro da Costa, Coordenação do Curso de Serviço Social - CCSA. "

1. Serviço Social. 2. Prontuário eletrônico. 3. Política de Saúde. 4. Atenção Primária À Saúde - APS. 5. Relato de experiência . I. Título

21. ed. CDD 362.1

ESTER KERLLY PEREIRA LEITE

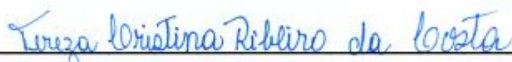
**A IMPORTÂNCIA DOS PRONTUÁRIOS ELETRÔNICOS NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE (APS): UM RELATO DE EXPERIÊNCIA NA UNIDADE
BÁSICA MARIA DE LOURDES LEÔNCIO DE CAMPINA GRANDE/PB**

Trabalho de Conclusão do curso apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), como requisito parcial para obtenção do título de bacharela em Serviço Social.

Orientadora: Prof^o Tereza Cristina Ribeiro da Costa

Aprovada em: 14/03/2023

BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Tereza Cristina Ribeiro da Costa (Orientadora)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Profa. Dra. Thaisa Simplicio Carneiro Matias
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Profa. Me. Maria Socorro Pontes Souza
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

“O momento que vivemos é um momento pleno de desafios. É preciso resistir e sonhar. É necessário alimentar sonhos e concretizá-los dia a dia no horizonte de novos tempos: mais humanos, mais justos e mais solidários”. (Marilda Yamamoto).

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	3
2 A POLÍTICA DE SAÚDE	4
2.1 A Construção do SUS e O Programa de Saúde da Família	4
2.2 A implementação do ESF no Brasil e seus desafios atuais	5
3 TECNOLOGIA E SAÚDE	10
3.1 Evolução histórica da tecnologia na saúde	10
3.2 Tecnologia e saúde da família.....	12
4 EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO OBRIGATÓRIO EM SERVIÇO SOCIAL	13
4.1 Projeto de Intervenção.....	16
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	18
REFERÊNCIAS	18
ANEXOS.....	24

A IMPORTÂNCIA DOS PRONTUÁRIOS ELETRÔNICOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS): UM RELATO DE EXPERIÊNCIA NA UNIDADE BÁSICA MARIA DE LOURDES LEÔNCIO DE CAMPINA GRANDE/PB

Ester Kerlly Pereira Leite¹

RESUMO

O presente trabalho é fruto de uma experiência adquirida no estágio obrigatório em Serviço Social, realizado entre o período de fevereiro de 2022 a novembro de 2022, na UBS Maria de Lourdes Leônicio, em Campina Grande – PB. Logo no início do estágio estava havendo uma mudança no Prontuário Eletrônico Nacional (PEC-AB) para um prontuário eletrônico local programa “Saúde de Verdade”. Este trabalho foi elaborado por meio de uma pesquisa bibliográfica e das vivências em campo de estágio obrigatório. Este artigo tem como objetivo analisar as vantagens e desvantagens do prontuário eletrônico na UBS, explicar a importância do PEC. Para elaboração deste artigo fizemos uso da pesquisa bibliográfica e documental e da descrição da experiência de estágio vivenciado no estágio obrigatório em Serviço Social. Percorrendo por um breve histórico sobre a Política de Saúde, construção do SUS, o Programa Saúde da Família, Tecnologia e Saúde e a história da UBS e o relato experiência de estágio.

Palavras-chave: Serviço Social, Estágio, Prontuário Eletrônico, Política de Saúde.

ABSTRACT

This work is the result of an experience acquired in the mandatory internship in Social Work, carried out between February 2022 and November 2022, at UBS Maria de Lourdes Leônicio, in Campina Grande - PB. Right at the beginning of the internship, there was a change in the National Electronic Record (PEC-AB) to a local electronic record of the “Real Health” program. This work was elaborated through a bibliographical research and experiences in the mandatory internship field. This article aims to analyze the advantages and disadvantages of electronic medical records at UBS, explain the importance of PEC. For the preparation of this article, we used bibliographical and documental research and the description of the internship experience lived in the mandatory internship in Social Work. Going through a brief history of the Health Policy, construction of the SUS, the Family Health Program, Technology and Health and the history of the UBS and the internship experience report. **Keywords:** Social Work, Internship, Electronic Medical Records, Health Policy.

¹ Aluna Ester Kerlly Pereira Leite
Email: esterleite2007@gmail.com

1. INTRODUÇÃO

Este artigo tem por finalidade discutir o prontuário eletrônico como direito do usuário do SUS, a partir da nossa experiência de estágio curricular obrigatório de Serviço Social realizado no período de fevereiro a novembro na Unidade Básica de Saúde (UBS) Maria de Lourdes Leôncio, no município de Campina Grande – PB.

É importante destacar a importância do Estágio Supervisionado em Serviço Social. O aprendizado se torna cada vez mais eficaz quando juntamos a teoria com a prática, e a experiência é adquirida por meio delas. Portanto, os estágios são uma oportunidade excepcional de ganhar, além de determinação e responsabilidade, conhecimento sobre uma determinada área de atuação do Serviço Social.

Para elaboração deste artigo fizemos uso da pesquisa bibliográfica e documental e da descrição da experiência de estágio vivenciado no estágio obrigatório em Serviço Social.

O primeiro tópico de referencial teórico aborda sobre a política de saúde, como se dá a construção do SUS, da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e a implementação do PSF no Brasil acompanhada dos seus desafios atuais. No segundo tópico, abordo a temática sobre tecnologia e saúde, revelando a evolução histórica da tecnologia na saúde, a relação entre tecnologia e saúde da família e como se dá a demanda por tecnologia no SUS, sobretudo no PSF.

O ESF destaca-se como uma estratégia inovadora e reestruturante no campo das intervenções e dos serviços de saúde, passando de uma visão fragmentária do indivíduo para uma compreensão holística das dimensões individual, familiar e coletiva. Os processos de saúde e doença que afetam as populações são considerados de forma mais abrangente, com base nas realidades locais, comunitárias e familiares (FERNANDES, 2004).

Posteriormente, discorreremos sobre as atribuições que são realizadas no setor de Serviço Social, do projeto de intervenção que foi: A importância dos prontuários eletrônicos na Atenção Primária à Saúde (APS). A aplicação do que foi executado, com o objetivo do projeto de intervenção, foi contribuir com a disseminação do prontuário eletrônico como direito. Além disso, analisar as vantagens e desvantagens do prontuário eletrônico, explicar a importância do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) na sala de espera da UBS e contribuir para o processo de orientação sobre o prontuário eletrônico, construindo material de divulgação e esclarecimento deste como direito.

O prontuário pode ser definido como documento único, constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas com base em fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do indivíduo e a assistência a ele prestada. Possui caráter legal, sigiloso e científico, possibilitando a comunicação entre os membros da equipe e a continuidade da assistência (CFM, 2002).

Os registros em prontuário estabelecem a comunicação escrita de informações pertinentes às condições de saúde, doença do cliente e dos cuidados que são necessários ao mesmo, com a finalidade de assegurar a continuidade da assistência. Contribui, ainda, para a detecção de novos problemas, para a avaliação dos cuidados prescritos e, por fim, possibilita a comparação das respostas do cliente aos cuidados prestados (COSTA, et al 2010 n.p).

Por outro lado, identifica-se que o tempo utilizado no uso do prontuário eletrônico pode afetar de forma negativa a relação entre o paciente e o profissional. A respeito disso, estudiosos relatam que durante o encontro clínico, os profissionais da saúde passam a impressão de estarem desinteressados ou distraídos, alterando a percepção gerada no paciente a respeito das habilidades comunicativas dos mesmos e com sua satisfação aos cuidados prestados.

2. A POLÍTICA DE SAÚDE

2.1 A Construção do SUS e O Programa de Saúde da Família

No processo de redemocratização iniciado no Brasil na década de 1980, houve uma expansão da organização popular e o surgimento de novos atores sociais, o que levou a uma ampliação das reivindicações ao Estado. O Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira (MRSB)² uniu diversos movimentos na luta política pelo reconhecimento da saúde como direito social, pela universalidade do acesso à saúde, pela unidade da atenção à saúde e pela construção da cidadania, que marcou o fim do regime militar (JUNQUEIRAI et al., 2009).

A reforma sanitária nesse cenário é entendida pelo autor como um movimento de pessoas e grupos para a conquista de um projeto maior de democracia e transformação setorial da política de saúde, a partir da ideia de integração de serviços e acesso ao sistema. A maior contribuição do movimento sanitário foi a relação que estabeleceu entre saúde e democracia. A sociedade brasileira foi a base para a conquista de projetos para redemocratizar o país. (S. Escorel, 1998).

Durante a década de 1980 a saúde contribuiu para uma maior discussão que permeou a sociedade civil, envolvendo debates sobre as condições de vida da população brasileira e as expressões da Questão Social nas propostas governamentais submetidas ao setor.

Nesse contexto, em 1986 houve uma grande mobilização da sociedade para a reforma do sistema de saúde, marcada pela Oitava Conferência Nacional de Saúde (CNS). Em seus grupos e reuniões foram discutidas e adotadas as demandas mais importantes do movimento sanitário: a construção de um novo do sistema de saúde, alargar a cobertura a todos os cidadãos e integrar a medicina do seguro social com a saúde nacional, formando um sistema unificado (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Segundo Paim (2008) os principais temas da conferência foram: o dever do Estado e o direito dos cidadãos à saúde, a reforma do sistema nacional de saúde e o financiamento setorial. Temas especiais como a classificação da assistência médica segundo a complexidade e a especialização e participação nos serviços nacionais de saúde também foram discutidos amplamente.

O próprio texto constitucional trata das responsabilidades compartilhadas entre os governos federal, estadual e local em relação à implementação de políticas públicas no campo da saúde, reconhecendo que essas ações e serviços são redes localizadas e hierárquicas. O Art. 198, caput, CF/1988 estipula a constituição e organização do Sistema Único de Saúde (SUS). É regido pelas seguintes diretrizes: a) descentralização, com direção única em cada esfera de governo; b) Integral atendimento; c) Envolvimento da comunidade em estratégias de prevenção e erradicação de doenças (BRASIL, 2018).

² Foi mudanças e transformações necessárias na saúde. Um momento de luta, manifestações na sociedade, buscando a melhoria das condições de vida da população.

Com relação aos princípios e diretrizes que regem o SUS previstos no artigo 7º da Lei nº 8.080/1990, promulgada nos termos do artigo 198 da atual Constituição Federal, da qual são enfatizados os princípios da universalidade, da igualdade e da descentralização política e administrativa (URRUTIGARAY; TONIÊTO, 2015).

No final do governo José Sarney (1985-1990), a crise econômica só aumentava e o otimismo expresso em nossa Constituição sobre uma mudança no sistema de saúde tornava-se uma tarefa muito desafiante. Além da complexidade de implementar mudanças contra os interesses econômicos de grupos altamente organizados, somava-se o desafio de implementar um sistema único de saúde em um país com grandes disparidades regionais.

No entanto, segundo Paiva e Teixeira (2014), após a aprovação do SUS e da Lei Orgânica da Saúde (1990), ocorreram profundas mudanças públicas, econômicas e políticas. Na década de 1990 o papel do Estado foi reorientado devido à influência das políticas de ajuste neoliberal e da "cultura política de crise" (MOTA, 1995). Tinha-se como objetivo o engajamento dos trabalhadores a fim de possibilitar o desmantelamento dos mecanismos "anti reforma" e previdenciários do Estado, que fragilizaram a luta dos movimentos sociais por direitos. Segundo Bravo (2012), a inovação ocorrida na década de 1990 foi a criação dos conselhos de saúde, que pretendiam ser um mecanismo de democratização do poder para criar novas bases de relações entre o Estado e a sociedade por meio da introdução de novos entes políticos.

O reconhecimento das práticas de promoção e prevenção levou o Ministério da Saúde a implementar o Programa Saúde da Família (PSF) em 1994. O PSF incorpora e reforça os princípios do SUS. No entanto, os princípios que norteiam o PSF vêm de propostas e formulações de vários grupos, como a Medicina Comunitária, Atenção Primária à Saúde e Sistemas Locais de Saúde (Silos). O que o diferencia é sua inclusão na política pública de saúde, com quase todos os líderes nacionais adotando seus princípios em suas discussões. Os profissionais do PSF, ao se inserirem na comunidade, tornam-se atores político-democráticos responsáveis por atender aos interesses e necessidades da população que atendem. Isto representa o reconhecimento da importância deste tipo de trabalho no direito à saúde como uma questão de cidadania (JUNQUEIRAI et al., 2009).

O PSF destaca-se como estratégia inovadora e reestruturante no campo das intervenções e serviços de saúde, passando de uma visão fragmentada da pessoa para uma compreensão holística das dimensões individual, familiar e coletiva, ou seja, o resgate da prática tida como generalista, onde o processo saúde-doença que atinge a população é considerado de forma mais ampla, com base nas realidades locais, comunitárias e familiares (FERNANDES, 2004).

A partir dos anos 2000, ocorrem algumas experiências organizativas no setor sindical e no campo dos movimentos sociais, onde se pode dizer que a situação atual não se caracteriza apenas por retrocorrentes. Nota-se que "há movimentos, organizações e partidos orientados por um projeto classista que resistiram e resistem ao processo de cooptação, capitulação, passividade e conformismo" (DURIGUETTO, 2008, p. 62).

2.2 A implementação do ESF no Brasil e seus desafios atuais

De acordo com a Secretária de Atenção Primária à Saúde (SAPS), em 1988 foi aprovada a Constituição Cidadã que estabelece a saúde como direito de todos e dever do Estado, mas foi no ano de 1990 que houve a aprovação do SUS, através da Lei nº

8.080, de 19 de setembro deste ano: uma imensurável conquista para a população brasileira.

No ano de 1991 surge o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), para iniciar o Programa de Saúde da Família (PSF) que trazia, entre seus objetivos, a redução da mortalidade materna e infantil que aconteciam principalmente nas regiões Norte e Nordeste. As primeiras equipes de Saúde da Família nestas regiões foram formadas em 1994.

O Ministério da Saúde (MS) instituiu a Programa Saúde da Família (PSF) em 1994. Utilizam-se os princípios básicos da atenção à saúde formulados na conferência de Alma Ata³ e os pontos de partida necessários para a criação do SUS. A conferência de Alma Ata também definiu os principais componentes da atenção primária à saúde, como por exemplo: saneamento ambiental; educação em saúde; promoção da boa nutrição; programa de saúde materno-infantil (incluindo vacinação e planejamento familiar); tratamento adequado de doenças e lesões comuns; prevenção de endemias locais; fornecimento de medicamentos essenciais e medicina tradicional, a fim de apoiar e justificar positivamente os conceitos de saúde, o processo de produção social da saúde e a prática de monitoramento da saúde (JUNQUEIRA et al., 2009).

De acordo com os preceitos do SUS, a ESF é a ordenadora dos serviços da Atenção Primária à Saúde (APS) e é considerada pelo MS e gestores estaduais e municipais como estratégia em expansão, qualificação e consolidação da atenção básica, por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e o impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade.

A publicação do Manual para Organização da Atenção Básica, em 1998, foi outro passo na demarcação da importância da Atenção Básica para a organização dos sistemas de saúde. Além do arcabouço jurídico-legal, avançou-se na definição de responsabilidades e na estratégia organizativa. Nesse documento, a Atenção Básica é destacada por sua importância no processo de reorganização dos sistemas municipais de saúde, sendo definida como um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltada para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação (JUNQUEIRA et al., 2009, p. 128).

Desde a criação do PSF, mudanças no modelo de atenção, na organização do sistema e nas regras de alocação de recursos tornaram-no uma estratégia de reforma gradual do sistema de saúde do Brasil. O programa administrado pelo governo federal promoveu a expansão do acesso à saúde para todos, no entanto mostrou questões no SUS que não foram abordadas, pois o modelo de atenção proposto exigia recursos adequados, profissionais capacitados e um sistema de referência para diferentes níveis de complexidade.

Estes conselhos, no entanto, por terem sido implementados nos anos 90, sofreram o impacto da despolitização da sociedade. A despolitização da política cria obstáculos concretos aos projetos sociais que questionam as relações de produção capitalistas e limitam as possibilidades de mudança do quadro das reformas políticas.

³ O documento que foi pauta da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde resumo da reunião "Declaração de Alma-Ata" detalha dez pontos que a atenção primária à saúde tem necessidade de ser desenvolvida e aplicada com urgência em todo o mundo.

(NEVES, 2008). A repolitização da sociedade civil tem se dado por meio de ações que contribuem para o aprimoramento dos movimentos sociais populares (FONTES, 2006).

No primeiro governo Lula (2003-2006), foi criado o Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF) para estimular o fortalecimento da estratégia de saúde da família nas grandes cidades (com população acima de 100.000 habitantes), pois a implantação tinha sido mais rápida e aceitável em municípios de pequeno e médio porte. No estudo de Camargos Júnior et al. (2008), é considerado que o PROESF contribuiu para o fortalecimento do PSF na maioria dos municípios avaliados. Três programas se confirmaram como marcos do governo Lula: Brasil Sorridente, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e Farmácia Popular. As duas primeiras partiram de iniciativas anteriores, e a terceira estabeleceu o desconto do SUS para medicamentos adquiridos em farmácias públicas ou privadas. Como elemento de continuidade, é destacado a ampliação do escopo do PSF, que passou a ser enfatizado como estratégia de reestruturação do modelo assistencial, agregando novos especialistas à atenção básica (MACHADO; LIMA; BAPTISTA, 2017).

As diretrizes para a ampliação e fortalecimento a ESF foram apresentadas na primeira Política Nacional de Atenção Primária à Saúde (PNAB), aprovada em 2006, que transformou o programa em uma Estratégia de Saúde da Família. O objetivo era ampliar a cobertura e reorganizar o desenho da atenção primária. Confirmou-se, então, a mudança no modelo de atendimento, optando-se por uma equipe multidisciplinar como porta de entrada desse sistema que também coordena o tratamento na Rede de Atenção à Saúde (RAS), cuja construção foi intervencionada. As funções das Unidades Básicas de Saúde (UBS) foram reconhecidas e verificadas por meio de diferentes métodos (BRASIL, 2006).

Em 2011, iniciado o governo de Dilma Rousseff, que dá continuidade às políticas prioritárias criadas durante os governos Lula, tendo como marco governamental a adoção das Unidades de Pronto Atendimento (UPA), que já existiam, com a expansão expressiva de serviços. Ainda no governo de Dilma, o Programa Mais Médicos (PMM) foi criado pela Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, e visou ampliar a cobertura populacional, redirecionando as práticas de saúde e reduzindo as desigualdades no acesso aos serviços de saúde. Foi concebido para responder às especificidades de locais que lutam para obter e manter médicos em áreas remotas e vulneráveis, especialmente na atenção primária (BRASIL, 2013).

O PMM trouxe desgaste e polêmica ao governo ao propor a contratação de médicos formados no exterior (brasileiros ou estrangeiros) sem revalidação dos diplomas, com destaque para os médicos cubanos cujas dotações foram feitas por meio da Organização Pan Americana de Saúde (OPAS). O programa ampliou vagas de residência médica e multiprofissional; promoveu mudanças curriculares e forneceu médicos para áreas com alta vulnerabilidade social e dificuldade de retenção de especialistas. A corporatização dos médicos estrangeiros causou severa reação negativa da corporação médica representada pelos conselhos profissionais (MACHADO; LIMA; BAPTISTA, 2017).

Ainda durante o governo de Dilma Rousseff, esperava-se que a ESF recebesse mais apoio e financiamento para continuar crescendo, mas isso não aconteceu. Em três anos, a ESF recebeu apenas 3.000 novas equipes, o que é um pequeno aumento. O governo FHC teve uma média de 2.046 equipes da ESF por ano, caiu para 1.870 no governo Lula e mais ainda no governo Dilma, para 1.018, mostrando um

retrocesso. Mantendo a média dos governos anteriores, a ESF deveria ter 40 mil equipes em 2014, o que não aconteceu (NEGRI, 2016).

Com o impeachment da presidente Dilma Rousseff, seu vice-presidente Michel Temer chegou ao poder em 2016-2018. Seu Ministro da Saúde, Ricardo Barros, já no início de seu mandato afirmou a necessidade de rever o tamanho da cobertura do SUS, considerando que o sistema planejado não seria possível no país (SOARES, 2018). Além disso, também houve a aprovação da Emenda Constitucional nº 95.

A Emenda Constitucional (EC) nº 95, que entrou em vigor em 2016, limita o setor público às despesas básicas por 20 anos. Com base na inflação acumulada no IPCA geral, o desfinanciamento crônico do SUS se agrava, e o desenvolvimento de novas tecnologias, medicamentos, insumos e materiais médicos, o crescimento e o envelhecimento da população exigirão mais investimentos em saúde. A garantia da integridade da lei é violada pelos efeitos da EC durante seus 20 anos de vigência (SANTOS; FUNCIA, 2019).

A PNAB atual foi aprovada no ano seguinte, em 2017. Algumas de suas alterações foram a mudança da denominação do NASF para Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), flexibilização da carga horária semanal de 40 horas para os profissionais, aconselhamento da inclusão do gerente da Atenção Básica e alteração da recomendação de pessoas por equipe de saúde da família para 2.000 a 3.500 usuários. Indica a possibilidade de incorporação do Agente de Combate às Endemias (ACE) na ESF e aponta para a fusão de atribuições entre estes profissionais e o ACS (DIAS, 2022, p. 22).

Dando sequência ao histórico de implementação da ESF no Brasil, em novembro de 2019 foi lançado um novo modelo de financiamento da APS, o Previne Brasil. Este modelo tinha como base patrimônio ponderado e remuneração baseada em desempenho e incentivos para atividades estratégicas. Com isso, o piso fixo da Atenção Básica e a variável motivadora da equipe de saúde da família seriam descontinuados. A nova proposta de financiamento para a APS foi anunciada em seminários multi-estaduais com a presença do Secretário de Saúde Primária Erno Harzheim (SETA; REIS; RAMOS, 2021).

Tendo visto dados ao longo dos anos mostrando que a cobertura da atenção básica era incerta, o princípio do Previne Brasil era estruturar o modelo financeiro de forma que ele aumentasse o acesso da população à atenção básica e estreitar a relação entre a população e os serviços de saúde (HARZHEIM, 2020). Segundo o Ministério da Saúde, o programa Previne Brasil equilibra valores econômicos per capita, referentes à população devidamente cadastrada nas equipes de Saúde da Família (ESF) e Atenção Básica (eAP), e estimula a realização e implementação de estratégias de saúde por meio de uma equipe determinada, sendo avaliada por indicadores (MELO et al., 2020)

Após a mudança no financiamento da Atenção Básica (Previne Brasil), os valores repassados aos municípios caíram drasticamente, o que pode impactar negativamente no desempenho de suas estratégias de saúde. A palavra regressão também é citada, pois a longo prazo esse subfinanciamento pode fragilizar as chances da população obter saúde de qualidade (MASSUDA, 2020).

Em defesa da medida, Harzheim baseou-se em duas críticas ao modelo vigente: i) Suposta “ineficiência” dos serviços em APS, considerando o grande número de usuários do SUS não cadastrados

pelas equipes. Dos 50 milhões não cadastrados, 30 milhões seriam beneficiários de programas sociais, em situação de maior vulnerabilidade; ii) Baixa valorização do componente de desempenho das equipes, tendo em vista serem as transferências federais aos entes subnacionais majoritariamente calculadas com base em critérios populacionais (SETA; REIS; RAMOS, 2021, p. 3783).

Ainda em 2019, a Lei nº 13.958 cria o Programa Médicos pelo Brasil (PMB), anunciado em substituição ao Programa Mais Médicos. Seu objetivo é ampliar a oferta de serviços médicos na atenção básica do SUS em áreas de difícil acesso ou de alta vulnerabilidade e incentivar a formação de médicos especialistas em medicina de família e comunidade (BRASIL, 2019). Essa mesma lei autorizou que o Executivo Federal instituisse a Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS) a fim de que a agência promovesse a implementação complementar e cooperativa das políticas de desenvolvimento da atenção primária à saúde em nível nacional, com atuação dos entes federativos e a execução do programa "Médicos pelo Brasil" sob orientação e supervisão técnica do Ministério da Saúde (ADAPS, 2020).

São atribuições da ADAPS: Prestar serviços de atenção primária de saúde no âmbito do SUS, complementando a atuação dos entes federados, especialmente em áreas de difícil acesso ou de alta vulnerabilidade; Desenvolver atividades de ensino, pesquisa e extensão integrando ensino e serviço; Realizar o programa Médicos pelo Brasil em parceria com o Ministério da Saúde e de acordo com o Plano Nacional de Saúde; Promover programas e atividades continuadas para aumentar a competência profissional de primeiro nível; Colaboração com agências e comunidades dos setores público e privado para atingir esses objetivos; Promover o desenvolvimento e incorporação de técnicas auxiliares e gerenciais relacionadas à atenção primária à saúde (ADAPS, 2022).

Já em 2021 foi proposta e aprovada a Emenda Constitucional nº 109, que implementa mudanças nos recursos de saúde e que:

Institui mecanismos de ajuste fiscal, caso, para a União, as operações de crédito excedam à despesa de capital ou, para Estados e Municípios, as despesas correntes superem 95% das receitas correntes. Prevê que lei complementar disporá sobre a sustentabilidade da dívida pública, limites para despesas e medidas de ajuste. Modifica as medidas para cumprimento dos limites de despesa com pessoal previstos em lei complementar. Veda que lei ou ato autorize pagamento retroativo de despesa com pessoal. Suspende a correção pelo IPCA do limite às emendas individuais ao projeto de lei orçamentária, aplicável durante o Novo Regime Fiscal, enquanto vigentes as medidas de ajuste. Determina a reavaliação periódica dos benefícios tributários, creditícios e financeiros. Veda, a partir de 2026, a ampliação de benefícios tributários, caso estes ultrapassem 2% do PIB. Determina a restituição ao Tesouro do saldo financeiro de recursos orçamentários transferidos aos Poderes Legislativo e Judiciário. Condiciona os Poderes Legislativo e Judiciário ao mesmo percentual de limitação de empenho que tenha sido aplicado no Poder Executivo (SENADO, 2021).

O programa Saúde na Hora foi o primeiro programa lançado pelo Ministério da Saúde durante o governo Bolsonaro, e explica a importância do atendimento individual e do atendimento à demanda espontânea. Nessa proposta, Unidades Básicas de Saúde (UBS), com no mínimo três equipes, poderiam oferecer um atendimento flexível de 60 horas semanais e reduzir a carga horária de especialistas. Os incentivos do Saúde na Hora referem-se à transformação de UBS em pronto-socorro em cidades de médio e grande porte (ANDERSON, 2019).

O Programa Saúde na Hora foi lançado pela Secretaria de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde (Saps/MS) em maio de 2019 e passou por atualizações com a publicação da Portaria nº 397/GM/MS, de 16 de março de 2020. O programa viabiliza o custeio aos municípios e Distrito Federal para implantação do horário estendido de funcionamento das Unidades de Saúde da Família (USF) e Unidades Básicas de Saúde (UBS) em todo o território brasileiro. Dessa forma, o programa Saúde na Hora conta agora com a possibilidade de adesão em quatro tipos de formato de funcionamento em horário estendido: USF com 60 horas semanais, USF com 60 semanais horas com Saúde Bucal, USF com 75 horas semanais com Saúde Bucal e USF ou UBS com 60 horas semanais Simplificado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022).

A consideração de doenças agudas na APS certamente deve ser justificada. No entanto, o objetivo dessa iniciativa era transformar a ESF em pronto-socorro, caracterizando seu processo de trabalho e a organização de suas atividades. A contratação de um médico plantonista pode comprometer as funções da APS, como a continuidade e a coordenação do cuidado. Uma única proposta, que não possui planejamento conjunto com rede de emergência, foca nas necessidades agudas e no manejo da doença e acompanhamento dos casos graves que aguardam transferência. Houve também um alerta sobre a possibilidade de consolidação de grupos nas regiões centrais dos municípios, casos em que desapareceria a capilaridade da ESF nesses locais (ANDERSON, 2019).

Em 2021, foi proposta uma nova emenda para implementar mudanças nos recursos de saúde. A PEC 186, conhecida como PEC Emergencial, reforçou a rigidez para limitar a tributação, reduzir os incentivos fiscais e controlar os custos com pessoal. Propôs a retirada de verbas obrigatórias para saúde e educação, que são direitos sólidos garantidos pela Constituição Federal, mas que não teriam recursos adequados para mantê-los. Se a PEC 186 for implementada com essas premissas, agravaria a crise sanitária do Brasil, já agravada pela pandemia de COVID-19. Garantir o retorno da tutela exigiu a aprovação desta proposta. Mas a proibição de vincular as receitas do Estado a certos fundos foi removida na Câmara dos Deputados (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA - ABRASCO, 2021; SENADO FEDERAL, 2021).

A partir dessas considerações que foi explicado, faremos uma breve discussão sobre a tecnologia e saúde, além de discutir a relato de experiência no estágio.

3 TECNOLOGIA E SAÚDE

3.1 Evolução histórica da tecnologia na saúde

Além da modernização, a industrialização trouxe consigo o desenvolvimento da tecnologia e a valorização da ciência em detrimento do homem e de seus valores. O desenvolvimento tecnológico também ocorreu no campo da saúde, com a introdução da tecnologia da informação e o surgimento de dispositivos modernos que trouxeram muitas vantagens e agilidade no combate às doenças. Essa tecnologia moderna, criada pelo homem a serviço do homem, muito tem contribuído para a solução de problemas até então não resolvidos, que podem levar a melhores condições de vida

e de saúde para o paciente (BARRA et al., 2006). Hoje, caracterizam-se por mudanças profundas e contínuas, nas quais as inovações tecnológicas crescem, aceleram e disponibilizam aos profissionais e usuários os mais diversos tipos de tecnologias, como tecnologias educacionais, tecnologias de gestão e tecnologias assistivas.

As mudanças nas relações de trabalho possibilitaram buscar maior evolução em termos de modelos de produção. A visão capitalista de aumentar a produtividade e perseguir a mais alta qualidade dos produtos têm levado os setores industriais e técnicos a se destacarem ao longo dos anos, resultando em mudanças significativas no ambiente de trabalho (RIFKIN, 2016).

Tais mudanças inicialmente se concentraram nas linhas de produção, substituindo o trabalho manual e repetitivo por máquinas, mas o rápido e constante desenvolvimento da tecnologia levou a mudanças na produção existentes em diferentes segmentos de uma organização (ZANELLI et al., 2014).

O progresso da tecnologia está acelerando ainda mais e seu desenvolvimento tem sido direcionado para trazer grandes mudanças. Combina tecnologias de vários campos, como engenharia, física e biologia, para permitir a criação de equipamentos como impressão tridimensional, o uso de robôs e drones, e máquinas automatizadas, como inteligência artificial (SOARES, 2018).

Novos desenvolvimentos tecnológicos são vistos como resultado da reindustrialização na era digital. Como este desenvolvimento está acontecendo em uma escala maciça e exponencial, espera-se que a humanidade experimente uma quarta revolução industrial, também conhecida como a Nova Indústria (PEREIRA, 2019; SOARES, 2018; VELLO; VOLANTE, 2019).

O fato é que todos os desenvolvimentos alcançados através da revolução industrial, ao longo dos anos, trouxeram mudanças na sociedade. Dado que a maioria das invenções tem como alvo a indústria, o comércio e o transporte, esta é, sem dúvida, a mudança mais significativa dentro das organizações. Uma pesquisa minuciosa é necessária para que tanto as organizações quanto os trabalhadores possam entender as novas mudanças e estejam preparados para se adaptarem a essa realidade que se aproxima.

A tecnologia avança rapidamente e a cada nova invenção, uma outra melhoria, tudo se move em velocidade vertiginosa. Esse avanço tecnológico cria novos comportamentos sociais, novas formas de acumulação de capital, novos modelos políticos e novas visões de mundo. Assim como a Revolução Industrial, tais mudanças provocam mudanças no cotidiano humano e nas relações. Um exemplo disso é a conexão de dados pela Internet. Assim, apesar da distância, uma nova forma de relacionamento nasce (CAVALCANTE; SILVA, 2011).

Diante desse cenário, contradições sobre a forma do trabalho futuro são formuladas e discutidas. Dado que as posições ocupadas por máquinas não são adequadas para os seres humanos, como explicado em Pereira (2019), tais desenvolvimentos trouxeram muitas vantagens tanto para a empresa quanto para os trabalhadores. No entanto, como Rohm e Lopes (2015) argumentam, a nova revolução tem um impacto negativo (em alguns aspectos) entre os trabalhadores, pois a robotização e a automação levarão à substituição de alguns postos de trabalho.

Desde a globalização, a forma como trabalhamos está em constante mudança e a revolução já começou, especialmente nos países desenvolvidos. O uso de automação e inteligência artificial torna o processo de fabricação mais rápido e avançado, impactando diretamente o trabalho da linha de produção (FERNANDES, 2019).

A tecnologia em saúde, tangível ou não, inclui o conhecimento específico, métodos técnicos, ferramentas e equipamentos utilizados na prática assistencial. Embora sejam as ferramentas de diversos trabalhadores da saúde, são os meios para manter e ampliar o escopo da produção capitalista (DIAS et al., 1996). Atualmente, as mudanças tecnológicas na área da saúde estão cada vez mais rápidas, novas e diferentes tecnologias e dispositivos mais modernos estão entrando no mercado.

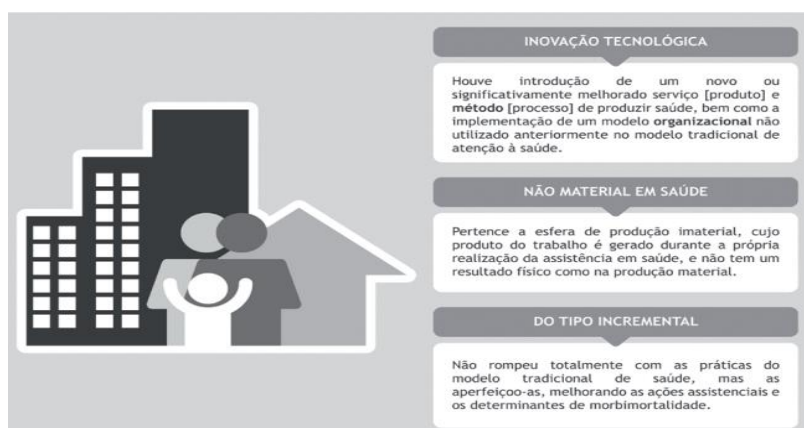
3.2 Tecnologia e saúde da família

A assistência tem como foco o indivíduo na sua integralidade, considerando-o como parte de coletivos e nas suas relações familiares e socioculturais. A ESF também possibilita o uso de informações que apoiam a criação, fortalecimento e adoção de vínculos com informações científicas estruturadas, como medicina clínica e epidemiologia. A ESF abrange uma série de tecnologias tangíveis e intangíveis e várias complexidades. Trata-se de um modelo de baixa densidade tecnológica em relação à organização estrutural e equipamentos de outras entidades que compõem as redes de saúde, como hospitais e centros de pesquisa diagnóstica (MENDES, 2012).

No campo da saúde, observa-se uma redução usual da tecnologia a equipamentos, e mais, a equipamentos médicos. No entanto, a tecnologia deve ser compreendida como um conjunto de ferramentas, entre elas as ações de trabalho, que põem em movimento uma ação transformadora da natureza. Sendo assim, além dos equipamentos, devem ser incluídos os conhecimentos e ações necessárias para operá-los: o saber e seus procedimentos. O sentido contemporâneo da tecnologia, portanto, diz respeito aos recursos materiais e imateriais dos atos técnicos e dos processos de trabalho (SORATTO et al., 2015, p. 587).

A definição da ESF como inovação tecnológica na atenção à saúde não decorre de seu possível aparato material-tecnológico que as estruturas físicas possuem ou carecem em diferentes realidades geográficas, mas sim dos princípios teóricos e políticos em que está ancorada. Uma forma frutífera de superar as limitações do pensamento tradicional e da produção em saúde. Na imagem a seguir têm-se uma síntese conceitual da ESF como uma inovação tecnológica em saúde:

Figura 1 – Síntese conceitual da ESF:



Fonte: Soratto (2015)

Considerando as mudanças propostas ocorridas com a implantação da ESF, pode-se afirmar que ela consiste em inovação tecnológica intangível na área da saúde, do tipo incremental (SORATTO et al., 2015).

Escolher as melhores tecnologias de saúde para a população e combinar as necessidades e preferências dos pacientes é um desafio em todos os sistemas gerais de saúde. A inclusão de tecnologias no SUS é um tema que mobiliza muitos interesses da sociedade, por vezes conflitantes, mas muitas vezes os aspectos sociais são postergados em detrimento de outros (BRASIL, 2016).

A Avaliação de Tecnologia em Saúde (ATS) é um processo baseado em evidências que visa examinar as consequências do uso de tecnologia em saúde, levando em consideração aspectos sociais, econômicos, médicos e éticos. Exemplos de tecnologias de saúde incluem produtos de saúde, medicamentos, sistemas organizacionais, procedimentos educacionais, de informação e apoio, e programas e protocolos de tratamento por meio dos quais cuidados de saúde e atenção são prestados às populações.

Os países com sistemas públicos de saúde utilizam a ATS como ferramenta para garantir os melhores cuidados de saúde para a população, mantendo a sustentabilidade do sistema de saúde. Desde o final da década de 1980 novos produtos, medicamentos e procedimentos foram introduzidos nos sistemas de saúde pública em países como Canadá, Austrália e Reino Unido somente se evidências científicas mostraram que são melhores do que as alternativas já disponíveis, a um preço razoável para o Estado. Essas avaliações são realizadas por órgãos públicos especialmente criados para esse fim.

Embora a avaliação científica dos dados disponíveis possa ser semelhante quando a ATS é realizada em diferentes sistemas de saúde, a forma como a tecnologia é avaliada, ou seja, como a avaliação é usada para fazer recomendações em seu sistema de saúde, varia em país para país. Como resultado, são tomadas diferentes decisões sobre quais tecnologias devem ser oferecidas, dada a variabilidade na disponibilidade de tratamento. No Brasil, a Lei nº 12.401 só estabeleceu a ATS em 2011, como critério necessário para a inclusão de tecnologia em saúde no SUS (BRASIL, 2016).

A seguir, apresentaremos a UBS Maria de Lourdes Leôncio onde realizamos a experiência de estágio obrigatório em Serviço Social.

4 EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO OBRIGATÓRIO EM SERVIÇO SOCIAL

UBS é uma unidade de atendimento que se caracteriza por ser a porta de entrada do usuário no sistema de saúde e desenvolve ações no âmbito individual e coletivo, abrangendo a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde.

As equipes multiprofissionais presentes na UBS acompanham os(as) usuários(as) de uma área de abrangência, dentro de um determinado território, dividido por um número máximo de 4.000 pessoas cadastradas, cuidando e prevenindo os problemas mais frequentes nesta população.

O(A) usuário(a) que busca o atendimento na UBS que é cadastrado(a), pode agendar a consulta por telefone ou, dependendo do grau de necessidade, dirigir-se à UBS sem aviso prévio.

A UBS Maria de Lourdes Leôncio, localizada no Bairro Novo Cruzeiro, Zona Sul da cidade de Campina Grande- PB, teve seu surgimento a partir da luta da Associação de Moradores do bairro, dentro da pauta de direitos à saúde. Através diário de campo tivemos o acesso as informações que a uma equipe que compõe a referida

Associação, discutiram em reunião a necessidade dos moradores deste bairro terem um melhor acesso à saúde. Foi então que esse importante equipamento social iniciou, em 2001, uma mobilização para conquistar o direito da comunidade a ter uma UBSF.

Mas, apenas em 2002/2003, na gestão do Prefeito Veneziano Vital do Rêgo do partido (PMDB), foi realmente aprovada no orçamento participativo com a participação do então Secretário de Saúde. Nessa época foi possível procurar um local para a instalação da UBSF. Antes da PNAB - Política Nacional de Atenção Básica, de 2017, utilizava-se essa sigla (UBSF) para nomear a Unidade Básica Saúde da Família mas, com as alterações na política, essa sigla passou a ser utilizada pela Unidade Básica Saúde Fluvial. Então, hoje, utiliza-se apenas a sigla UBS pois, nestas unidades de saúde, a comunidade pode ser assistida tanto pelas equipes SF (Saúde da Família) como pelas equipes AB (Atenção Básica), a diferença é que nas equipes da AB não tem o Agente Comunitário de Saúde (ACS).

Enquanto não se tinha uma estrutura física, o acesso foi iniciado através de um atendimento móvel chamado “Chegou Doutor”, no qual vinha um médico, uma vez ao mês, que ficava em frente da sede provisória da Associação de Moradores, enquanto não era instalado o posto de saúde.

A primeira unidade de saúde foi implantada em um local alugado no dia 08/02/2002 pelo então prefeito, Veneziano Vital do Rêgo. A equipe era composta por um médico, uma enfermeira, uma equipe de Saúde Bucal (Dentista/ASB), uma assistente social e cinco Agentes Comunitários de Saúde (ACSs). Sua sede ficava em uma antiga escola, na rua Amilton de Souza Neves. Mais tarde o bairro foi contemplado com um terreno da prefeitura que estava disponível para uso comunitário, agora na gestão do Prefeito Romero Rodrigues. Em 2015 foi assinada a ordem de serviço e iniciada a obra em janeiro de 2016, tendo sua conclusão e inauguração num período de 6 meses. No dia 30/06/2016, na Gestão do Prefeito Romero Rodrigues do partido (PSDB) e da Secretária de Saúde, com a presença da Associação dos Moradores, a comunidade recebe uma unidade de saúde dentro dos padrões exigidos pelo Programa Requalificação de UBS.

Ainda no período da construção da UBS, foi visto a necessidade de ampliar o atendimento à população que procurava atendimento no local. A Associação de Moradores, mais uma vez em contato com a Secretária de Saúde de Campina Grande, conquistou o aumento na sua área de abrangência dessa unidade de saúde que inicialmente era apenas uma equipe de saúde, sendo então solicitado a implantação de outra equipe, mudando a atenção para porte II e, atualmente com o funcionamento do Programa Saúde na Hora, a USF recebeu sua terceira equipe, transformando a Unidade de Saúde da Família em porte III ofertando à população um horário ampliado que se inicia às 07hr00min e se encerra às 19hr00min para melhorar o acesso à saúde dos(as) usuários(as) do SUS, principalmente para aqueles(as) trabalhadores(as) que tinham dificuldade de acesso devido ao horário padrão da maioria das UBSs.

A Estratégia e-SUS Atenção Primária, criada em 2013 pelo Ministério da Saúde, compreende um conjunto de ações que possui como objetivo a informatização das Unidades Básicas de Saúde (UBS), a integração das informações e a sistematização da coleta de dados, para que se possa alcançar a realização de um novo tipo de gestão da informação que apoie os serviços de saúde, contribuindo para a gestão efetiva da atenção primária, para a qualificação do cuidado aos usuários e para a organização do trabalho dos profissionais (BRASIL, 2019). Em relação aos sistemas de software, há o Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), que veio substituir o prontuário físico (papel) que colocava em risco o armazenamento das informações por diversas questões do cuidado com seu manuseio, além de dificultar o acesso a

todo seu histórico que por lei deveria estar protegido por no mínimo 20 anos contando com o último atendimento.

Atualmente o quadro de funcionários é composto da seguinte forma:

- Profissionais comuns para 3 equipes: Atendente do Cartão do SUS / Assistente Social / Aux de Serviços gerais (2) / Farmacêutica / Aux. de farmácia/ Gerente / Marcador de Exames / Porteiros (02) / Recepcionista (3).
- eSF (equipe Saúde da Família) 1: Agentes Comunitários de Saúde (05 ACSs) / Auxiliar de Saúde Bucal - ASB / Dentista / Médico / Enfermeira / Téc. de Enfermagem;
- eSF 2: Agentes Comunitários de Saúde ACS (04) sendo que 02 estão com desvio de função devido a problemas de saúde / Enfermeira / Médica / Téc. de Enfermagem;
- eAP (equipe Atenção Primária) 3 : Enfermeira / Médico / Tec. Enfermagem.

Durante o período de Estágio Supervisionado, observamos, registramos e realizamos, conjuntamente, diversas atribuições com a Assistente Social da UBS, como apontado a seguir.

O Assistente Social na ESF desenvolve várias ações através de uma demanda livre, mas tendo como principal atividade a viabilização ao acesso aos serviços do SUS e das demais políticas públicas. Para realização dessas atividades, necessita utilizar vários instrumentos técnicos, entre eles: a escuta social para viabilizar acesso aos serviços de saúde e ampliar direitos; fazer encaminhamentos intersetoriais; atualizar dados cadastrais para garantir o acesso aos serviços na unidade de saúde; desenvolver atividades de Educação em Saúde para grupos diversos da unidade: idosos, gestantes, campanhas anuais (ex: agosto dourado, setembro amarelo, outubro rosa, novembro azul e dezembro vermelho); realizar, nas salas de espera, informativos sobre questões de interesse público; acompanhamento às pessoas que aderem ao tratamento do Tabagismo; desenvolvimento de ações no Programa Saúde na Escola (PSE); acompanhamento nos casos de saúde mental, tuberculose, hanseníase e HIV que se façam necessários; acompanhamento das famílias em situações de vulnerabilidade que recebam ou estejam dentro do critério dos benefícios sociais como Auxílio Brasil e participação nas ações comuns da ESF sempre que necessitar do apoio do Serviço Social.

O assistente social tenta definir um problema social como objeto de intervenção profissional (conforme estabelecido nas Diretrizes Curriculares da ABEPSS, 1996), o que requer atuação profissional em uma perspectiva totalizante, baseada no reconhecimento das desigualdades sociais, econômicas e culturais da sociedade.

O trabalho do assistente social deve ser desenvolvido de acordo com os parâmetros exigidos e estar apto a atuar em diferentes políticas sociais, devem "afastar-se das abordagens tradicionais funcionalistas e pragmáticas que reforçam as práticas conservadoras que tratam as situações sociais como problemas pessoais que devem ser resolvidos individualmente". (CFESS/CRESS, 2009, p.19).

No campo da saúde, o profissional de serviço social tem o compromisso de conectar os níveis de atenção à saúde, promover a unidade das atividades nos diferentes níveis de tratamento e garantir o acesso dos usuários aos serviços de saúde, seja na atenção primária, secundária ou terciária, como ferramenta de enfrentamento social. O profissional faz sugestões, propostas e solicitações de recursos que promovam a qualidade de vida, ouve e avalia o que o usuário relata, para dar o melhor encaminhamento à demanda daquele sujeito. Compreende-se a competência profissional e, nesse sentido, a atuação do assistente social na

Estratégia Saúde da Família (ESF) tem se definido nas atividades a serem desempenhadas em conjunto com toda a equipe dentro das suas atribuições específicas, comuns ao trabalho de equipe e colaborativo, numa proposta de trabalho interprofissional.

4.2 Projeto de Intervenção

Logo no início do estágio estava havendo uma mudança no Prontuário Eletrônico Nacional (PEC-AB) para um prontuário eletrônico local. Fato que nos chamou atenção, pois debatemos e fizemos uma retrospectiva sobre o prontuário de papel (físico) para o prontuário eletrônico nacional e, atualmente, em Campina Grande, foi implantado um novo programa “Saúde de Verdade”, que transforma o acesso ao sistema de informação do SUS através de um software privado, no qual os dados nacionais não são migrados para este sistema, mas os dados do sistema privado são migrados para o nacional. Porém, percebemos muitas contradições, principalmente com relação ao direito do(a) usuário(a) às informações do seu prontuário por no mínimo 20 anos contando com a última consulta. É um tema bastante interessante, porque a maioria dos usuários não sabe a importância e o valor do acesso a esse documento, bem como o direito ao seu sigilo. Foi com estas indagações que o Projeto de Intervenção partiu desse cenário, onde começamos a discutir e pesquisar essas questões que implicam no direito dos cidadãos.

Um caso que nos chamou atenção foi o pai de uma usuária que faleceu e, como os pais não eram casados no civil, para a mãe conseguir a pensão, ela teria que comprovar que vivia com o falecido. Dessa forma, através do prontuário eletrônico onde consta que moravam juntos e que eram atendidos na mesma Unidade Básica de Saúde (UBS), a assistente social na UBS e supervisora de campo, explicou todo o procedimento para ser realizado.

O projeto de intervenção que teve como objeto de investigação o prontuário eletrônico como um direito do(a) usuário(a) do SUS, foi executado com a finalidade de informar aos(às) usuários(as) a sua importância, as vantagens e desvantagens, a Lei 13.787/2018 que garante ao usuário (a) o acesso.

Foi publicada no Diário Oficial da União a Lei nº 13.787, de 27 de dezembro de 2018, essencial para a saúde, pois permite a digitalização e o uso de sistemas de computador para guarda, armazenamento e processamento dos dados de pacientes através dos prontuários (BRASIL, 2018).

De acordo com a lei possuem uma quantidade significativa de recursos de papel arquivados cujas informações muitas vezes são de difícil acesso. Por outro lado, o atual desenvolvimento tecnológico possibilita a digitalização desses dados dos pacientes, o que facilita a disponibilização de informações muito importantes no tratamento dos pacientes.

Ao longo dos anos, a regulamentação dos prontuários dos pacientes foi condicionada pelas decisões dos conselhos de classe e o uso dos prontuários pelas diferentes profissões foi diferenciado. E como a Lei nº 13.787/2018 não faz distinção entre profissões, vale o histórico médico dos pacientes para todas as profissões. (BRASIL, 2018).

Um destaque da lei é a comparação do prontuário digitalizado com o documento original de acordo com as condições estipuladas pela lei. Uma das maiores preocupações sobre documentos digitalizados é se eles realmente correspondem ao documento original. Pode-se expressar que, de acordo com as regras estabelecidas na lei e regulamentos afins, o prontuário digitalizado tem a mesma força probatória

que o documento original para todos os efeitos legais da Lei, não havendo espaço para dúvidas sobre a validade deste prontuário (COLTRI, SILVA, 2019).

Foram realizados quatro encontros em sala de espera da UBS, nos dias: 13/10/2022, 19/10/2022, 26/10/2022 e 27/10/2022, com conversas e debates com os usuários. Em outro momento tivemos uma reunião com as ACS, perguntamos a opinião delas, elas acharam o tema importante e gostaram do folder. Entendo que esse profissional é o que encontra-se mais próximo com a população usuária dos serviços da unidade e compreende sua linguagem e seu modo de compreensão. Em orientação com a supervisora de ensino, resolvemos transformar o material em algo mais lúdico, que pudesse aproximar mais a realidade da população e que chamassem mais atenção.

Nessas conversas foram distribuídos panfletos que está no anexo I, que continham informações sobre o que é o prontuário eletrônico, o direito dos usuários terem acesso, a importância da lei e suas vantagens e desvantagens com a transição do prontuário de papel para o prontuário eletrônico. Foi explicado e depois houve um breve debate no qual surgiram questionamentos e relatos dos usuários por não saberem dessas informações.

Nos momentos do debate, os usuários relataram várias situações: um deles relatou "que veio de outro município", apontando que zerou seu histórico e teve que reiniciar seu prontuário. Isso nos aponta que, mesmo sendo um direito de preservação e cuidado com o sigilo, o prontuário eletrônico, mesmo considerado como um importante instrumento, ainda tem suas fragilidades, pois nem todos os municípios conseguiram instalá-lo, e que ainda não está acessível a todos. Outro usuário perguntou se "os especialistas têm acesso?" e foi explicado que os especialistas de fato ainda não conseguiram o acesso, sendo essa uma outra restrição da utilização do prontuário eletrônico.

Os usuários ficaram surpresos com as informações, pois não sabiam que tem esse valor e essa importância sobre o prontuário e que é direito deles ter acesso ao seu prontuário. Uma usuária relatou que "os prontuários já existiam na década de 70, só que hoje em dia o prontuário é mais fácil de conseguir e mais seguro". Outra usuária "não sabia que existia uma lei" e conta que sua filha "precisou ser transferida para outra Unidade Básica de Saúde (UBS) e o médico pediu o prontuário da filha para continuar o tratamento, para saber a medicação que ela já tomou", a mãe voltou na UBS antiga e procuram e não encontraram. Ela disse: "Se fosse hoje em dia, iria atrás dos seus direitos".

O objetivo do projeto de intervenção foi contribuir com a disseminação do prontuário eletrônico como direito dos(as) usuários(as) do SUS, tendo como cenário de intervenção a UBS Maria de Lourdes Leôncio em Campina Grande - PB.

Analisar as vantagens e desvantagens do prontuário eletrônico, explicar a importância do PEC na sala de espera da UBS e contribuir para o processo de orientação sobre o prontuário eletrônico, construindo material de divulgação e esclarecimento do prontuário como direito, trouxe-me importante significação para minha futura trajetória profissional.

Conforme Pereira (2008), os registros em prontuário são ferramentas de utilidade para fornecer dados sobre o objeto de cuidado não só para os profissionais, mas também para a própria família, visto que proporcionam o conhecimento a respeito de seu desenvolvimento, potencializando a compreensão de sua situação.

Frente a estes apontamentos, considera-se relevante demonstrar a importância dos prontuários eletrônicos na UBS Maria de Lourdes Leôncio. Tal compreensão é de extrema importância para obter informações que auxiliem no planejamento das ações

a serem executadas pelo grupo de trabalhadores que têm acesso ao prontuário do cidadão.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência de estágio na UBS Maria de Lourdes Leôncio foi eficaz e enriquecedora, e contribuiu numa fase importante da minha formação acadêmica, tendo em conta que pode aprofundar o conhecimento da realidade da instituição, para além do trabalho dos profissionais, especialmente o trabalho do assistente social e sua relação com os usuários.

No campo da saúde, o assistente social tem o compromisso de conectar os níveis de atenção à saúde, promover a unidade das atividades nos diferentes níveis de tratamento e garantir o acesso dos usuários à estratégia saúde da família (ESF) como ferramenta de enfrentamento social. O profissional faz sugestões, propostas e solicitações de recursos que promovam a qualidade de vida e ouve e avalia o que o usuário relata. Compreende-se a competência profissional e, nesse sentido, a atuação do assistente social na Estratégia Saúde da Família (ESF) tem definida as atividades a serem desempenhadas em conjunto com toda a equipe.

Portanto, constitui um conhecimento generalizado da realidade social e, ao mesmo tempo, implica um acervo de saberes, porque uma compreensão da relação entre teoria e prática na profissão é incentivada. A execução do programa de intervenção permite uma ação propositiva diante da realidade social descoberta, de forma a minimizar a falta de informação aos direitos dos usuários. É importante que a formulação do projeto se torne um assunto que seja mais debatido.

Por fim, sintetiza a importância da atuação da equipe profissional do ESF na assistência social aos usuários, ressaltando que saúde não é só prevenção e tratamento, mas educação social, voltada para o atendimento de qualidade e realização de um trabalho que reflita os resultados: levar qualidade de vida aos usuários e não deixar nada a desejar quando todos têm direito ao acesso à saúde. Também busca desenvolver atividades de caráter educativo e estimular a participação da comunidade na formação de ações de prevenção, recuperação e controle de processos de saúde e doenças.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA PARA O DESENVOLVIMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE (ADAPS). **Quem somos**. 2022. Disponível em: <https://www.adapsbrasil.com.br/quem-somos/>. Acesso em: 08 nov. 2022

AMARO, Sarita. **Visita domiciliar**: Guia para uma abordagem complexa. Porto Alegre: Age Editora, 2003.

ANDERSON, M. I. P. Médicos pelo Brasil e as políticas de saúde para a Estratégia Saúde da Família de 1994 a 2019: caminhos e descaminhos da Atenção Primária no Brasil. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 14, n. 41, p. 2180, 2019.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). **Frente pela vida reafirma a defesa do fortalecimento da estratégia de saúde da família**. Rio de Janeiro: Comunicação ABRASCO, 2022.

BARRA, D. C. C. et al. Evolução histórica e impacto da tecnologia na área da saúde e da enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 8, n. 3, p. 422-430, 2006.

BELLOTTO, H. L. **Arquivos permanentes**: tratamento documental. 4. ed. Rio de Janeiro: FGV, 2006.

BRASIL. **Lei nº 13.787, de 27 de dezembro de 2018**. Dispõe sobre a digitalização e a utilização de sistemas informatizados para a guarda, o armazenamento e o manuseio de prontuário de paciente. Brasília, DF: Presidência da República, 2018.

BRASIL. **Lei 8080/90, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990.

_____. **Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013**. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis no 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2013.

_____. **Lei nº 13.958, de 18 de dezembro de 2019**. Institui o Programa Médicos pelo Brasil, no âmbito da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), e autoriza o Poder Executivo federal a instituir serviço social autônomo denominado Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Adaps). Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2019.

_____. **Lei nº 14.231, de 28 de outubro de 2021**. Inclui os profissionais fisioterapeuta e terapeuta ocupacional na estratégia de saúde da família. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2021c.

_____. Ministério da Saúde. **Entendendo a Incorporação de Tecnologias em Saúde no SUS**: como se envolver. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Ministério da Saúde lança novo programa: Cuida Mais Brasil**. Brasília, DF: SAPS, 2022

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019**. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2019b.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648, de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Resolução nº 4, de 15 de outubro de 2021**. Aprova o Regimento Interno da Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde - Adaps. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2021.

BRAVO, Maria Inês Souza et al. Política de saúde no Brasil. **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional**, v. 3, p. 1-24, 2006.

BRAVO, Maria Inês Souza. **As lutas pela saúde: desafios da frente nacional contra a privatização da saúde**. Anais da 64ª Reunião Anual da SBPC – São Luís, MA – Julho/2012.

CÂMARA. **Congresso promulga emenda constitucional que garante volta do auxílio emergencial**. 2021. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/736147-congresso-promulga-emenda-constitucional-que-garante-volta-do-auxilio-emergencial>. Acesso em: 4 nov. 2022

CAMARGO JÚNIOR, Kenneth Rochel de et al. Avaliação da atenção básica pela ótica político-institucional e da organização da atenção com ênfase na integralidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, p. 58-68, 2008.

CARVALHO, K. R. **O prontuário como fonte de informação**. 2016. TCC (Curso Técnico em Registros de Informações em Saúde) – Escola GHC, Porto Alegre, 2016.

CASTRO, A. L. B.; MACHADO, C. V. A política federal de atenção básica à saúde no Brasil nos anos 2000. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 477-506, 2012.

CAVALCANTE RB, et al. Sistemas de Informação em Saúde: Possibilidades e Desafios. *Revista de Enfermagem da UFSM*, 2011.

CAVALCANTE, Zedequias Vieira; SILVA Mauro Luis Siqueira. A importância da revolução industrial no mundo da tecnologia. 2011. Disponível em: http://www.cesumar.br/prppge/pesquisa/epcc2011/anais/zedequias_vieira_cavalcant_e2.pdf. Acesso em 23 de outubro de 2022.

COLTRI, M. V.; SILVA, R. H. A. Prontuário do paciente: comentários à lei 13.787/2018. **RBOL**, v. 6, n. 2, 2019.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **30 anos do Congresso da Virada**. São Paulo: CRESS, 2009.

DIAS, L. M. G. J. **A cobertura da estratégia saúde da família e sua relação com indicadores de saúde no Brasil: a série histórica 1999-2019**. 2022. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2022.

DIAS, L. P. M.; MONTICELLI, M.; REIBNITZ, K. S.; LIMA, L. M. Possibilidade de conhecimento e arte na produção de inventos de enfermagem. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**, v. 5, n. 1, p. 92-110, 1996.

DORILEO, E. A. G. et al. Estruturação da evolução clínica para o prontuário eletrônico do paciente. **Jour**, v. 1, n. 1, p. 1-5, 2006

DURIGUETTO, Maria Lúcia. **Ofensiva Capitalista, Despolitização e Politização dos Conflitos Sociais de Classe**. In: Temporalis/Revista da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social. Nº 16. Brasília: ABEPSS, 2008.

FERNANDES AS, Seclen-palacin J (org.). **Experiências e desafios da atenção básica e saúde da família: caso Brasil**. Brasília, DF: Organização Panamericana da Saúde, 2004

FERNANDES, Felipe Rodrigues. As mudanças provocadas pela indústria 4.0 no mercado de trabalho. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2019.

FONTES, V. **Sociedade civil no Brasil contemporâneo**. In: LIMA, J. & NEVES, L. M. W. (Orgs.) Fundamentos da educação escolar do Brasil contemporâneo. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

GAVA, M. et al. Incorporação da tecnologia da informação na Atenção Básica do SUS no Nordeste do Brasil: expectativas e experiências. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 3, p. 891-902, 2016.

HARZHEIM, Erno. "Previne Brasil": bases da reforma da Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 1189-1196, 2020.

JUNQUEIRAI, T. S. et al. Saúde, democracia e organização do trabalho no contexto do Programa de Saúde da Família: desafios estratégicos. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 33, n. 1, p. 122-133, 2009.

LINASSI, G. S. **Contribuições do estágio supervisionado em serviço social na estratégia de saúde da família (ESF) no bairro Getúlio Vargas em Ijuí/RS**. 2014. TCC (Graduação em Serviço Social) – Departamento de Ciências Jurídicas e Sociais, Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, 2014.

MACHADO, C. V.; LIMA, L. D.; BAPTISTA, T. W. F. Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal. **Cadernos de Saúde Pública**, n. 33, 2017.

MASSUDA, Adriano. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso?. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 1181-1188, 2020

MELO, Eduardo Alves et al. Reflexões sobre as mudanças no modelo de financiamento federal da Atenção Básica à Saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, v. 43, p. 137-144, 2020.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família.** Brasília, DF: OPAS, 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde na hora.** [202-?]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/saude-na-hora>. Acesso em: 14 Nov. 2022.

MOTA, Ana Elizabete. **Cultura da Crise e Seguridade Social.** São Paulo: Cortez, 1995.

NEGRI, B. **Mais médicos (de saúde da família).** 2017. Disponível em: <https://www.crmpr.org.br/Mais-medicos-de-saude-da-familia-13-20920.shtml>. Acesso em: 10 jan. 2022.

NEVES, L. M. W. **A Política Educacional Brasileira na 'Sociedade do Conhecimento'.** In: MATTA, G. C. & LIMA, J. C. F. (Orgs.) Estado, Sociedade e Formação Profissional em Saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/ EPSJV, 2008.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica.** Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2008.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção.; TEIXEIRA, Luiz Antonio. **Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores.** v.20, n.2, p.653-673, 2013.

PKADVOGADOS. **Os 5 pilares da Lei do Prontuário Eletrônico.** 2018. Disponível em: <https://direitoparatecnologia.com.br/os-5-pilares-da-lei-do-prontuario-eletronico/>. Acesso em: 10 nov. 2022.

ROHM, RICARDO HENRY DIAS ; LOPES, NATÁLIA FONSECA . **O novo sentido do trabalho para o sujeito pós-moderno: uma abordagem crítica.** Cadernos EBAPE.BR (FGV) , v. 13, p. 332-345, 2015.

RIFKIN, Jeremy. **Sociedade Com Custo Marginal Zero: A internet das coisas, os bens comuns colaborativos e o eclipse do capitalismo.** São Paulo: M.books do Brasil, 2016.

S. Escorel. **Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998.

SANTOS, B. R. P.; DAMIAN, I. P. M. Análise da competência em informação mediante a transição do prontuário físico para o eletrônico. **Revista Cubana de Información en Ciencias de la Salud**, v. 28, n. 4, 2017.

SANTOS, Lenir; FUNCIA, Francisco. **Emenda Constitucional 95 fere o núcleo do direito à saúde**. Rio de Janeiro: Centro de Estudos Estratégicos Fiocruz, 2019

SENADO FEDERAL. **Proposta de Emenda à Constituição nº 186, de 2019**. 2019. Disponível em: <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/139702>. Acesso em: 12 dez. 2022.

SENADO NOTÍCIAS. **PEC emergencial será promulgada na segunda-feira**. 12 mar. 2021. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2021/03/12/pec-emergencial-sera-promulgada-na-segunda-feira>. Acesso em: 8 dez. 2022.

SETA, M. H.; REIS, C. O. O.; RAMOS, A. L. P. Programa Previne Brasil: o ápice das ameaças à Atenção Primária à Saúde?. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 2, p. 3781-3786, 2021

SOARES, R. Governo Temer e contrarreforma na política de saúde: a inviabilização do SUS. **Argumentum**, Vitória, v. 10, n.1, p. 24-32, jan./abr. 2018.

SORATTO, J. et al. Estratégia saúde da família: uma inovação tecnológica em saúde. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, p. 584-592, abr./jun. 2015.

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. 726 p.

URRUTIGARAY, Patrícia Messa; TONIÊTO, Tiago. A SAÚDE COMO DIREITO FUNDAMENTAL PREVISTO NA CONSTITUIÇÃO DE 1988 E OS DESAFIOS DOS GESTORES PÚBLICOS NA HUMANIZAÇÃO E QUALIFICAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE–SUS. **Seminário Internacional Demandas Sociais e Políticas Públicas na Sociedade Contemporânea**, 2015.

VAN, G. A. M.; MOORMAN, P. W. The Patient Record. [S.l.]: [s.n.], 1997. p. 99-115.

VELLO, Ana Cristina Pinheiro; VOLANTE, Carlos Rodrigo. O conceito de indústria 4.0 e os principais desafios de sua implantação no Brasil. **Interface Tecnológica**, v. 16, n. 02, 2019. Disponível em: <https://revista.fatectq.edu.br/index.php/interfacetecnologica/article/view/686/435>.

Acesso em 23 de outubro de 2022.

ZANELLI, José Carlos; BORGES-ANDRADE, Jairo Eduardo; BASTOS, Antônio Virgílio Bittencourt. *Psicologia, Organizações e Trabalho no Brasil*. 2 ed. Dados eletrônicos. Porto Alegre: Artmed, 2014.

Anexo I

Prontuário Eletrônico

O que é Prontuário Eletrônico?

É Um armazenamento de informações sobre o contexto da saúde dos indivíduos que são relatadas para os profissionais da saúde.

O acesso ao prontuário eletrônico do cidadão é um direito dos usuários?

Sim, de acordo com a Lei do Prontuário Eletrônico (13.787/2018).

Quais são as vantagens do prontuário eletrônico?

- ☐ ° Reduz a perda de registros;
- ☐ ° O uso da tecnologia moderniza a gestão das informações;
- ☐ ° Economia com papéis;
- ° Traz agilidade e melhora a qualidade da atenção;
- ☐ ° Aumenta a segurança;
- ☐ ° Evita que estrague;
- ☐ ° Registros salvos por no mínimo 20 anos;
- ☐ ° Segurança de dados;
- ☐ ° Lei Geral de Proteção dos Dados, n° 13.709/18;

SERVICÓ SOCIAL

UEPB
Universidade Estadual da Paraíba

Saúde da Família

Aluna: Ester Kerlly Pereira Leite
Preceptora: Luzimar Lacerda Rolim
Professora: Tereza Cristina Ribeiro da Costa

Fonte: Panfleto do projeto de intervenção

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por esta em todos os momentos da minha vida.

Aos meus pais Ednalva e Francisco ao meu irmão Francsico Junior e sua esposa Edjane por sempre incentivar e acreditar no meu potencial, com determinação, fé e perseverança.

Ao meu namorado Bruno e sua família pela compreensão, incentivo e paciência demonstrada durante o período minha jornada academica.

A minha prima Soiany pela afeição e paciência desde o começo do curso em ensinar, tirar dúvidas e guiar na vida acadêmica. A família, em geral primos e primas, tias, avó, avô, afilhado por sempre estarem do meu lado me encorajando nessa caminhada e todo tempo distração nos períodos árdus.

Aos meus amigos de sala, Aline, Edilânia, Ana Maria, Renata, Celiane, Emanuely, por encorajar a lutar pelo meu objetivo e pela grande incentivo e consideração que tens por mim.

A Luzimar Lacerda Rolim a supervisora de estágio pelo o ensinamento, paciência e a experiência profissional foi muito enriquecedor e a equipe de saúde na UBS Maria de Lourdes Leôncio.

Agradeço a orientadora Tereza Cristina Ribeiro da Costa pela paciência, ensinamentos e atenção quando precisei e por auxiliar no conhecimento e desenvolvimento deste trabalho e no decorrer do curso.

A banca examinadora composta pela professora Thaisa Simplício Carneiro Matias e a professora Maria Socorro Pontes Souza a qual tenho grande admiração por aceitarem em participar e contribuir com seu conhecimento para este trabalho.

Agradeço a todos os professores que contribuíram para minha vida acadêmica, pela paciência e orientação, tenho grande admiração por todos.