



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

**ANDRÉA OLIVEIRA SILVA**

**A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO SÍTIO CARIDADE:  
DISCUTINDO O ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE PARA  
MELHORIA NAS CONDIÇÕES DE VIDA DAS FAMÍLIAS.**

CAMPINA GRANDE – PB

2011

**ANDRÉA OLIVEIRA SILVA**

**A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO SÍTIO CARIDADE:  
DISCUTINDO O ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE PARA  
MELHORIA NAS CONDIÇÕES DE VIDA DAS FAMÍLIAS.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento à exigência para a obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Moema Amélia Serpa L de Souza

CAMPINA GRANDE – PB

2011

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Setorial Luiza Erundina – Serviço Social – UEPB

S586e Silva, Andréa Oliveira.

A Estratégia Saúde da Família no sítio caridade [manuscrito] : discutindo o acesso aos serviços de saúde para melhoria nas condições de vida das famílias / Andréa Oliveira Silva. – 2011.

23 f. : il. color.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, 2011.

“Orientação: Profa. Dra. Moema Amélia Serpa L. de Souza, Departamento de Serviço Social”.

1. Políticas Sociais. 2. Seguridade Social. 3. Política de Saúde. 4. Estratégia Saúde da Família. 5. Serviço Social. I. Título.

21. ed. CDD 361.61



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

BANCA EXAMINADORA

PARECER FINAL

A Banca Examinadora, intimada de acordo com a Regulamentação do Trabalho de Conclusão de Curso Aprovado no Colegiado do Curso de Serviço Social da UEPB em seu item 3.1 após a defesa, seguida de uma análise da monografia apresentada, resolve considerá-la SATISFATÓRIA, atribuindo ao aluno (a) a nota 8,5.

Aluna: ANDRÉA OLIVEIRA SILVA

Monografia: A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO SÍTIO CARIDADE: DISCUTINDO O ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE PARA MELHORIA NAS CONDIÇÕES DE VIDA DAS FAMÍLIAS.

Data da Defesa: 18 de Agosto de 2011

Campina Grande PB. 18 de Agosto de 2011

Orientador: Prof. Dr. Moema Amélia Serpa L. de Souza

1ª Examinadora: Prof. Ms. Maria do Socorro Pontes

2ª Examinadora: Prof. Ms. Thereza Karla de Souza Melo

## RESUMO

Esse artigo é resultado da experiência de estágio e buscou identificar as influências das ações de saúde nas condições de vida das famílias usuárias da Estratégia Saúde da Família no sítio Caridade em Campina Grande-PB. Este trabalho é fruto de uma pesquisa empírica de campo desenvolvida na zona rural de Campina Grande – PB para tanto utilizou-se uma entrevista semi-estruturada além de um roteiro de observação tendo uma amostra de 27 famílias usuárias dos serviços de saúde. A análise dos resultados nos permitiu avaliar o acesso aos serviços de saúde, especificamente a ESF a partir da visão dos usuários de tal estratégia e sua importância para melhoria na qualidade de vida da população.

**Palavras-Chave:** Políticas Sociais. Seguridade Social. Política de Saúde. Estratégia Saúde da Família.

## ABSTRACT

This article is the result of the internship experience and sought to identify the influences of health conditions of family life users of the Family Health Strategy in place Charity in Campina Grande-PB. This work is the result of an empirical field developed in the rural area of Campina Grande-PB was used for both the script and the semi-structured note with a sample of 27 family health service users. The results allowed us to assess access to health services, specifically the FHS from the perspective of users of such a strategy and its importance to improving the quality of life.

**Keywords:** Social Policy. Social Security. Health Policy. Family health strategy.

## 1 Introdução

Os gastos sociais sempre foram apontados como principais responsáveis pelo tímido desempenho da economia, tornando-se alvo dos cortes públicos para amenizar a situação econômica do país. Contudo, sabemos que esses gastos sociais, ainda que restritos, vêm contribuindo para a melhoria nas condições de vida da população, ou de parte desta.

Observa-se que atualmente vivemos num contexto de estagnação, ausência de saltos qualitativos de recursos destinados para as políticas de seguridade social, além de uma tendência de desfinanciamento da proteção social brasileira, decorrente da amortização da dívida pública através do superávit primário que deveria contribuir para a ampliação da seguridade social brasileira (BEHRING; BOSCHETTI, 2008).

No entanto, os gastos com proteção social são responsáveis ao mesmo tempo, pela redução do crescimento econômico e por influir na redução da desigualdade de renda. Assim

temos como produto final a efetivação de políticas sociais focalizadas. Essas políticas seletivas expressas pelos serviços sociais, muitas vezes, passam a ser a única forma de sobrevivência de famílias inseridas em um contexto de precarização do trabalho e da vida.

Fundamentado no significado de política social e considerando a noção ampliada de saúde, em seus determinantes sociais, assim como o cotidiano das famílias de baixa renda usuárias do Sistema Único de Saúde - SUS, esse artigo buscou analisar as influências da política de saúde nas condições de vida das famílias usuárias da Estratégia Saúde da Família - ESF.

Esta análise teve como universo empírico o Sítio Caridade localizado no Distrito de Galante, na zona rural da cidade de Campina Grande na Paraíba. É resultado da experiência de estágio supervisionado em Serviço Social na Universidade Estadual da Paraíba - UEPB realizado no período de Agosto de 2009 a Dezembro de 2010. Foi uma articulação com o Projeto de Pesquisa “Enfrentamento de desigualdades sociais: políticas e cotidiano no âmbito do SUS” desenvolvida pelo Núcleo de Estudos e Pesquisas em Direitos Sociais e Políticas Sociais – NEPPS da Universidade Federal de Pernambuco, através de uma parceria com o NUPEPS – Núcleo de Pesquisas e Práticas Sociais da UEPB.

A sistematização realizada é resultado de uma de uma pesquisa empírica de campo com uma amostra composta por vinte sete (27) famílias, que residem na área de atuação da Estratégia Saúde da Família – ESF e que aceitaram participar da pesquisa. Utilizou-se como instrumento de coleta de dados o formulário de entrevista semi-estruturada contando também com um roteiro de observação. Obedeceu aos termos estabelecidos pelo Conselho Nacional de Saúde (Portaria nº196/1996) para pesquisa em seres humanos. Os dados coletados foram analisados estatisticamente e apresentados em formas de gráficos, tabelas e figuras, permitindo identificar como as ações da ESF interferem na melhoria das condições de vida de seus usuários.

Trabalhar com tal tema é de grande relevância, pois irá contribuir não só para a produção de outros trabalhos que abordarão tal temática, mas, principalmente, ajudará aos profissionais que atuam na área de abrangência do ESF no Sítio Caridade. Este trabalho mostrará as fragilidades ali existentes e as necessidades que aquelas famílias possuem não só no que se refere a questão da saúde mas também, em outros fatores que podem contribuir para a melhoria nas condições de vida das famílias que ali residem.

O presente artigo está organizado da seguinte forma: num primeiro momento procuramos discutir a seguridade Social no atual contexto, abordando o enfrentamento da pobreza; no segundo tópico abordamos o SUS e a Estratégia Saúde da Família no atual

contexto; e posteriormente buscamos analisar a Estratégia Saúde da Família: a realidade dos usuários do sítio caridade no Distrito de Galante.

## **2 A Seguridade Social na atualidade**

De acordo com Behring e Boschetti (2008), as políticas sociais, enquanto processo social se gestaram na confluência dos movimentos de ascensão do capitalismo com a Revolução Industrial, das lutas de classes e do desenvolvimento da intervenção estatal. Emergem na segunda metade do século XIX como resposta as expressões da questão social, a partir das transformações produzidas pelo processo de industrialização e consolidação do capitalismo.

Com base na crítica marxista Behring (2009, p.36) afirma que:

a política social não se fundou nem se funda, sob o capitalismo, numa verdadeira redistribuição de renda e riqueza. Observa-se que a política social ocupa certa posição político-econômica, a partir do período histórico fordista-keynesiano. Percebe-se que a economia política se movimenta historicamente a partir de condições objetivas e subjetivas e, portanto, o significado da política social não pode ser apanhado nem exclusivamente pela sua inserção objetiva no mundo do capital nem apenas pela luta de interesses dos sujeitos que se movem na definição de tal ou qual política, mas, historicamente, na relação desses processos na totalidade.

A partir dessas considerações identificamos que a política social é reflexo do embate entre capital e trabalho, onde esta atende as necessidades de ambos. O surgimento e o desenvolvimento das políticas sociais no cenário brasileiro estão intrinsecamente ligados à formação do capitalismo no país a partir do século XIX, tendo seu reconhecimento enquanto questão política fruto das intensas lutas da classe trabalhadora em busca do reconhecimento dos direitos sociais.

Do ponto de vista das políticas sociais, o grande marco no cenário brasileiro foi a introdução da seguridade social no sistema de proteção social constituído pelas políticas de saúde, previdência e assistência social direcionados à população no final dos anos 1980. Como afirma Boschetti (2003) (apud Masconsin; Santos 2008) a institucionalização da seguridade social representou para o Brasil ainda que tardiamente, o mesmo que a implementação do modelo beveridgiano significaria para a Inglaterra nos anos 1940, ou seja, um movimento de reorganização de políticas públicas previamente existente sob novas bases e princípios, com a ampliação, mas também introdução, de novos direitos.

Com a Constituição Federal de 1988 as políticas sociais são instituídas como direito de todos e dever do Estado, mediante acesso universal e igualitário aos serviços e benefícios no âmbito da proteção social brasileira.

Segundo Martiniano et al. (2009), a inserção da seguridade social no sistema de proteção social brasileiro significou a garantia dos direitos sociais relativos à saúde, previdência e assistência social, conforme estabelecido nos artigos 194 e 195 da constituição que apontam os princípios norteadores da seguridade social pública no Brasil.

Com base em uma análise realizada por Behring, Boschetti (2008), dos princípios presentes no artigo 194 destacamos três destes, nos quais percebemos algumas contradições que confirmam a não operacionalização de alguns dos princípios da seguridade social no Brasil.

O primeiro é o princípio da universalidade de cobertura e do atendimento, o qual, de acordo com as autoras, não tem a pretensão de garantir direitos iguais a todos os cidadãos, mas assegura a política de saúde como direito universal, estabelece a assistência como direito aos que dela necessitarem, e a previdência é submetida à lógica de seguro, visto que o acesso aos direitos é derivado de uma contribuição direta anterior.

Apesar de tal análise deixar claro que o acesso universal não está presente em todas as políticas, é necessário refletir sobre qual universalidade estamos discutindo. Tal princípio não pretende garantir igualdade de direitos a todos os cidadãos, pois este tem sim a pretensão, dentro do marco do capitalismo, de trabalhar de forma seletiva, não se concretizando de fato, devido às condições em que se encontra os serviços públicos de saúde, obrigando o cidadão a buscar o acesso aos serviços no setor privado.

Os princípios da seletividade e o da distributividade na prestação dos serviços não se referem apenas aos direitos assistenciais, mas também permite tornar seletivos os benefícios das políticas de saúde e de assistência social, numa clara tensão com o princípio da universalidade.

Com isso observamos a fragilidade desses princípios, decorrentes da seletividade e da focalização, características intrínsecas da política social brasileira no marco do capitalismo, que, como muitos dos direitos garantidos por lei aos cidadãos, não são concretizados de fato.

A entrada da década de 1990 para o Brasil é marcada por intensas mudanças estruturais de natureza contra-reformista com caráter neoliberal, vigente até os dias atuais. Houve uma reformulação do Estado brasileiro para a adaptação passiva à lógica do capital, alterando a natureza da relação do Estado com a área social, tendo como eixo central o ajuste



fiscal, período este marcado pela obstaculização da seguridade social pública preconizada pela CF/88 (BEHRING; BOSCHETTI, 2008).

Behring (apud SOARES 2003, p.250) afirma que a caracterização apresentada por Soares parece fecunda, quando afirma que “o país foi pego a meio caminho na sua tentativa tardia de montagem de um Estado de Bem-Estar Social”, num processo de ajuste neoliberal marcado por um projeto antinacional, antidemocrático e antipopular por parte das classes dominantes, em que a seguridade social ocupa um lugar concretamente secundário, à revelia dos discursos “neo-sociais” e dos solidarismos declarados.

Ainda segundo Behring (2008), no contexto das mudanças estruturais que perpassaram o Brasil durante a década 1990, diante da coalizão de poder em torno do presidente Fernando Henrique Cardoso, o Estado brasileiro investiu, sob o incentivo do mercado, em uma reforma neoliberal ampla, a qual foi introduzida pela contrarreforma do Estado, tendo como marco inicial o Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado<sup>1</sup> (PDRE). De acordo com tal plano as conquistas da Constituição Federal de 1988 eram compreendidas como “um retrocesso burocrático sem precedentes” (SILVA, 2009 apud BRASIL/MARE, 1995, P.27).

Desencadeou-se nesse contexto políticas voltadas para as vítimas mais visíveis do ajuste fiscal neoliberal, para os mais pobres dentre os pobres, uma espécie de “política social de ambulância” (BEHRING, 2008). A autora ainda afirma que tal política seria a única compatível com a lógica macroeconômica do Plano Real, a lógica da estabilidade e da “responsabilidade fiscal”, incorporada no fundamento do PDRE.

No atual contexto brasileiro percebemos que o curso dos acontecimentos nos aponta para um cenário de crise estrutural do capital, a qual se arrasta desde fins do século passado até hoje. A partir desse cenário devemos analisar os fortes impactos de tal crise para o trabalho e os direitos sociais viabilizados pela seguridade social brasileira, levando em consideração a consolidação dos direitos sociais e das políticas que surgem no marco do enfrentamento da questão social.

A análise realizada por Mota (2010) considera que o direcionamento da política no contexto atual tem como objetivo destruir a sociabilidade do trabalho protegido e de construir uma outra, amparada na negação da intervenção social do Estado e na afirmação da regulação do mercado, nas iniciativas individuais e no envolvimento da sociedade civil que, ao se

---

<sup>1</sup> Esta reforma tem em suas bases o compromisso do Estado no beneficiamento do setor privado e o desmonte dos direitos sociais, onde este intensifica as privatizações dos serviços públicos apoiando a desresponsabilização do Estado no que diz respeito ao enfrentamento da questão social e responsabilizando a Sociedade Civil para o combate a esta através de ações de solidariedade.

assumirem como co-responsáveis pelas políticas sociais, institucionalizam o terceiro setor, configurando um retrocesso histórico.

A ofensiva neoliberal instaurada no Brasil a partir dos anos de 1990 propõe que a responsabilidade do enfrentamento da questão social ficaria entre o mercado, o Estado e o solidarismo. As responsabilidades seriam distribuídas entre os segmentos de tal forma:

o mercado deve voltar-se para o cidadão consumidor: aquele que por mérito e competência pessoal tornou-se apto a adquirir serviços privados de primeira qualidade, como saúde, educação e previdência. O Estado, através de uma assistência pública “básica” – emergencial, focalizada e seletiva – deve voltar-se para o cidadão pobre: aquele que apesar de inserido no mundo do trabalho, não está apto a comprar tais serviços. Finalmente, pela via do solidarismo seriam atendidos aqueles que estão excluídos dos benefícios do trabalho, do mercado e do Estado, socorridos pela iniciativa esporádica e espontaneísta de uma extensa rede de solidariedade (SILVA. p.31, 2009).

O desenvolvimento recente da trajetória das políticas sociais em nosso país está ligado à política econômica monetarista, como também ao duro ajuste fiscal. Dessa forma, torna-se intimamente ligada ao processo de privatização para os que podem pagar, restando assim aos que não podem uma política focalizada, seletiva e sucateada para a população brasileira em situação de pobreza.

É inegável que houve algumas inovações nos últimos governos no que se refere ao setor social com a criação e a expansão de alguns programas sociais tais como o Bolsa-Família, PAC - Programa de Aceleração do Crescimento, Minha casa minha vida, ProUni - Programa Universidade para Todos, Luz para Todos, Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (Peti), ProJovem, Brasil Alfabetizado e Educação de Jovens e Adultos, mas a contrarreforma continua sendo reatualizada pelos governos que sucederam a sua implementação e ainda muitos elementos se mantiveram na continuidade, o que dificulta as possibilidades de consolidação da seguridade social enquanto reforma democrática (BEHRING, 2008).

Estas políticas compensatórias e focalizadas, conceituadas como de enfrentamento à pobreza, são apoiadas, em geral, pelas elites. Note-se que as políticas sociais mais estruturadoras, como a saúde, as aposentadorias, a educação, dentre outras que os governos neoliberais transformaram em serviços mercantis, são objeto de uma forte reação da direita continental, historicamente patrimonialista, oligárquica e antireformista, frente a qualquer iniciativa de universalização (MOTA et al, 2010).

Para as autoras, nos períodos de crise econômica do capital, as condições de vida da classe trabalhadora são afetadas por meio da redução dos salários, precarização do trabalho e

pelo desmonte dos direitos sociais no ambiente de trabalho. É exatamente nessa situação que podemos refletir sobre a importância das políticas e serviços sociais mantidos pelo Estado para a sociedade brasileira. Esses serviços passam de complementares para única forma de sobrevivência dos mesmos em um cenário de escassez de outros meios de sobrevivência.

De acordo com Mota (2009), uma das estratégias presentes na “nova” gestão estatal da força de trabalho é incorporar o processo de precarização como inevitável, a mercantilização como fato inexorável e a subordinação do público ao privado como iniciativas complementares das novas experiências de gestão.

A partir das referências bibliográficas consultadas no estudo, essa estratégia vem se consolidando na política social brasileira através da intensa privatização nos setores da educação, saúde e previdência, ao mesmo tempo em que no âmbito da ação pública o acesso aos serviços se dá de forma sucateada, seletiva e focalizada.

Com isso percebemos uma tendência de transformação das políticas sociais em ações focalizadas e compensatórias em especial no que diz respeito aos programas sociais direcionados para o enfretamento dos efeitos mais intensos da crise (as expressões da questão social), prevalecendo o trinômio articulado do ideário neoliberal da privatização, focalização e descentralização, de forma a desuniversalizar os serviços contribuindo para o equilíbrio financeiro do setor público (BEHRING, 2003 p.248).

Ainda hoje prevalece um consenso entre os pesquisadores do tema que a seguridade social brasileira, apesar de ter significado um dos avanços mais importantes da política social brasileira, encontrou e ainda encontra grandes dificuldades para se consolidar enquanto padrão público universal de proteção social.

São inegáveis os avanços que a constitucionalização da seguridade social trouxe para a sociedade brasileira, enquanto conjunto de direitos arduamente conquistados, mas, de uma maneira, geral a submissão à lógica neoliberal de ajuste fiscal promove uma nítida diferença entre o direito constitucionalizado e a realidade em que este deveria ser consolidado. Percebemos isso nas restrições existentes para se ter acesso universal aos bens de consumo coletivo e aos direitos sociais.

Assim, como afirma Behring (2008, p.162), a focalização tem sido retroalimentada por uma parca alocação de recursos para a seguridade social e para a assistência social, se temos como horizonte uma política social universalizada de grande impacto, e se compararmos os recursos investidos em política social e os gastos da dívida pública, compromisso com o mercado financeiro e sustentação para a política econômica – de FHC a Lula. Sendo este

considerado o mais forte fio de continuidade entre os dois projetos de governo que atinge em cheio a seguridade social.

Como afirma Mota (2010), o Brasil se torna um dos principais protagonistas dessa ideologia coroada pela apologia do novo desenvolvimentismo, fundado no equilíbrio entre crescimento econômico e desenvolvimento social.

## **2.1 Seguridade social e o “enfrentamento” da pobreza**

A desigualdade social e suas expressões radicais – a pobreza e a miséria – são produzidas e reproduzidas como uma condição de existência no capitalismo. A desigualdade social e suas expressões mais maduras são uma espécie de regularidade histórica, no país com uma das maiores concentrações de renda e riqueza do mundo e mais resistente a qualquer pacto redistributivo ao longo de sua história até os dias de hoje (BEHRING, 2008).

Isto fica evidente nos indicadores socioeconômicos ao longo dos últimos anos apresentados pelo Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas - IPEA (2010) sobre a dimensão e evolução da pobreza no regime de estabilidade monetária. Os dados apontam que entre 1995 e 2008, 12,8 milhões de pessoas saíram da condição de pobreza absoluta (rendimento médio domiciliar *per capita* de até meio salário mínimo mensal), permitindo que a taxa nacional dessa categoria de pobreza caísse 33,6%, passando de 43,4% para 28,8%. No caso da taxa de pobreza extrema (rendimento médio domiciliar *per capita* de até um quarto de salário mínimo mensal), observa-se um contingente de 13,1 milhões de brasileiros a superar essa condição, o que possibilitou reduzir em 49,8% a taxa nacional dessa categoria de pobreza, de 20,9%, em 1995, para 10,5%, em 2008 (IPEA, 2010). O Brasil não é um país pobre, mas possui uma população pobre, devido à má distribuição de renda e riqueza.

A experiência brasileira é rica em programas e projetos para atenuar as desigualdades sociais. Mesmo que a maioria destas ações não tenha obtido os resultados esperados, há exemplos de políticas sociais que estão tendo impacto favorável podemos citar uma delas: o programa bolsa-família.

Para Silva (2009), o próprio IPEA (2007) afirma que a desigualdade social nos anos 2000 pode ser considerada maior que a de 1990, quando levamos em conta que, a despeito dos crescentes aumentos de salário, a participação dos trabalhadores na renda nacional (41,7%) é menor que naquela década (45,1%).

De acordo com o IPEA (2010), o Programa Bolsa-Família (PBF) é um dos programas que atualmente compõem o conjunto das ações federais da assistência social enquanto

programa de transferência de renda não contributiva. No que diz respeito à cobertura, até o mês de abril de 2009, o PBF atendeu aproximadamente a 11,2 milhões de famílias em todo o país. O IPEA afirma que os esforços de consolidação institucional continuam presentes, apontando para a afirmação desta política não como mera ajuda, mas como direito social e dever do Estado no combate à pobreza.

Sobre o PBF, Behring afirma que este é uma inovação parcial.

Contudo, não podemos deixar de observar que: o PBF não é um direito adquirido, a exemplo do BPC (Benefício de Prestação Continuada) e da aposentadoria rural, içando ao sabor da disposição política do governo; os critérios de acesso são focalizados, o que deixou em 2006, 57% dos domicílios brasileiros com renda *per capita* até  $\frac{1}{2}$  salário sem participação em nenhum programa de transferência de renda, ou seja, 6,85 milhões de famílias [...] (BEHRING, 2008, p.169).

No entanto, a contradição da queda da desigualdade de renda, em contraposição à efetivação apenas parcial dos direitos inscritos constitucionalmente, resulta na efetivação dessas políticas seletivas e focalizadas. Infelizmente vivenciamos esse cenário em nosso país, mas é por meio dessas situações que ainda podemos visualizar a redução, ainda que timidamente, das desigualdades sociais.

De fato, iniciativas como essa não têm sido suficientes para resolver os problemas das desigualdades no Brasil. Um fator que se apresenta como desafio para a solução de tal problema seria uma melhor distribuição da riqueza, fundamental para sanar ou diminuir as grandes desigualdades brasileiras, além da desburocratização do acesso aos serviços públicos que contribuam para a melhoria das condições de vida da população mais vulnerável.

Assim faz-se necessário conhecermos como, no cotidiano das famílias de baixa renda, se expressam as mudanças alcançadas através do sistema de proteção social brasileiro nesse novo século; como exemplo principal de tais mudanças temos o Sistema Único de Saúde – SUS.

Para Nogueira e Miotto (2006), as necessidades de saúde, para serem atendidas exigem não apenas o acesso a serviços médicos, mas o atendimento às necessidades de alimentação, habitação, acesso à água potável, à educação, o direito ao trabalho, ao salário justo, a participar nas decisões e gestões de políticas institucionais.

Com isso, temos uma concepção que remete à importância de políticas sociais articuladas, que possam garantir o atendimento das necessidades sociais; não se pode pensar na atenção à saúde como algo isolado, da mesma forma que outras situações devem ser analisadas com a articulação de seus determinantes.

### **3 O SUS e a Estratégia Saúde da Família no atual contexto**

Os aspectos abordados anteriormente auxiliam nas análises que faremos neste momento, pois é necessário discutir o acesso às políticas sociais, principalmente de saúde, considerando que o acesso de qualidade a essa política permite o atendimento a um leque significativo de necessidades sociais da população exposta à pobreza.

As intervenções na área da saúde pública referem-se a particularidades históricas ligadas aos movimentos sociais e políticos de determinadas épocas, que se definem no contexto de uma determinada sociedade.

Paim (2009) afirma que a Reforma Sanitária Brasileira e o SUS se apresentaram como respostas estruturadas pela sociedade no enfrentamento da questão relativa à saúde no Brasil. A proposta da Reforma Sanitária brasileira contemplava dimensões da saúde que previa uma totalidade de mudanças implicando uma ampla reforma social. Nesse particular o SUS poderia ser considerado como uma política de saúde de natureza macro-social derivada do projeto da Reforma Sanitária brasileira que inclui um conjunto de políticas específicas (atenção básica, atenção hospitalar, urgência e emergência, regulação, humanização, promoção da saúde, entre outras) e desenvolvendo distintas práticas da saúde.

Apesar de a saúde ter se tornado um direito universal que o Estado deveria garantir, um dos grandes achados do neoliberalismo foi privatizá-la. O autor alerta que Itamar Franco, Fernando Henrique Cardoso e Luís Inácio Lula da Silva foram incapazes de fazer avançar o projeto de Reforma Sanitária brasileiro: “no limite esses governantes produziram fatos que levaram a implantação tortuosa do SUS” (PAIM, 2009, p.33).

Com isso, observamos que o SUS vem se caracterizando, desde sua criação, como o sistema dos pobres, concretizando-se em uma “universalização excludente”, o que reforça a imagem de que o SUS é destinado para aqueles que não podem pagar um plano de saúde privado.

Um dos dilemas da saúde apresentado por Silva (2009) diz respeito as dificuldades persistentes no financiamento, pois os nossos gastos estão bem abaixo de qualquer sistema universal necessita para se consolidar como tal.

De acordo com Silva 2009 (apud Perdomo 2008), todo sistema de saúde deveria obedecer as seguintes condições: Gasto público superior a 6% do PIB, como condição necessária, mas não suficiente; Eficiência dos gastos e das instituições; Participação da

população na gestão dos serviços; Aliança público-privada subordinada as necessidades do Sistema Nacional de Saúde; Baseados na atenção primária à saúde.

É fundamental assinalar, conforme Vasconcelos e Carneiro (2009), que, apesar dos avanços obtidos legalmente, a implantação e a implementação do SUS não acontecem de maneira consensual, passando a ser palco de um embate acirrado entre dois projetos antagônicos: o projeto de reforma sanitária e o projeto privatista que, norteado pela perspectiva de ajuste neoliberal, defende o aprofundamento dos traços do modelo médio-assistencial privatista. E é neste tenso cenário que surge, a partir de 1994, o Programa de Saúde da Família (PSF)<sup>2</sup>.

A velocidade de expansão da Saúde da Família comprova a adesão de gestores estaduais e municipais aos seus princípios. Iniciado em 1994, apresentou um crescimento expressivo nos últimos anos. Em 2008, já existiam 29,3 mil equipes da ESFs implantadas em 5.235 municípios brasileiros, com uma cobertura estimada de 49% da população. Isso representa um crescimento significativo da implantação, visto que, em 2001, havia menos de 14 mil equipes e uma cobertura estimada de 25% da população (IPEA, 2011). Isso nos leva a compreender que a expansão de tal estratégia seria a única forma de receber os poucos recursos para a atenção à saúde nos municípios.

No entanto, segundo Campos et. al., (2008) apesar da franca expansão da ESF é importante reconhecer que estamos longe de dispor de uma rede de atenção básica com ampla cobertura e com eficácia adequada. Apesar da ESF figurar como prioridade no discurso oficial verifica-se que há financiamento insuficiente, ausência de política de pessoal e de um projeto consistente para a formação de profissionais competentes. Tais pontos acabam resultando na precarização do atendimento nos serviços de saúde na ESF.

Vasconcelos e Carneiro (2009, p.164) apontam como uma das críticas realizadas à SF, desde a sua implantação no país, a identificação de suas proposições com exigências das agências multilaterais, como o FMI e o Banco Mundial – que, de acordo com Franco e Merhy (2007), tem funcionado como um verdadeiro “ministério da saúde” dos países periféricos – em suas recomendações de contenção dos gastos públicos. Neste sentido as autoras chamam a atenção ao afirmar que

---

<sup>2</sup> Atualmente, o PSF é definido com Estratégia Saúde da Família (ESF), ao invés de programa, visto que o termo programa aponta para uma atividade com início, desenvolvimento e finalização. O PSF é uma estratégia de reorganização da atenção primária e não prevê um tempo para finalizar esta reorganização.

seguir a agenda do Banco Mundial implica desconsiderar a saúde como direito social, de responsabilidade do Estado, o que caminha em direção contrária ao SUS tal como formulado na Constituição Federal de 1988, por ferir a idéia de universalidade de acesso, já que, ao assumir o discurso “equidade”, acaba por assumir um caráter focalista e seletivo. Assim, por não expandir o serviço a toda a população restringe o atendimento às camadas mais pobres da sociedade, instaurando uma “*cesta básica*” para o setor, como é chamado pejorativamente o pacote básico de ações proposto pelo Banco Mundial (VASCONCELOS E CARNEIRO, 2009, p.164).

As autoras citadas acima apontam alguns avanços obtidos com a SF: a ampliação do acesso aos serviços de saúde; a diminuição dos índices de morbi-mortalidade; a diminuição das hospitalizações; mas também a humanização, a construção de vínculo, a melhoria da qualidade no atendimento, as experiências de controle social e intersetorialidade (embora ainda embrionárias); o acesso a informação sobre os direitos de cidadania e sobre os cuidados necessários à saúde; a contribuição para a organização popular.

Apesar de todos esses avanços apontados pelas autoras percebemos que a realidade da SF atualmente não é bem essa, pois a mesma se encontra sucateada em decorrência dos poucos investimentos e da falta de interesse dos gestores de investir em uma atenção básica comprometida com a qualidade e a resolatividade.

Tais considerações deixam claras as fragilidades locais dos serviços de saúde. Pois no contexto local a SF vem se configurando como um “programa assistencial tapa-buraco” (VASCONCELOS; CARNEIRO, 2009 apud OLIVEIRA, 1999). As autoras afirmam que tal problema não se restringe ao município de Campina Grande, mas também foi percebido em uma pesquisa realizada em nível nacional pelo próprio Ministério da Saúde (VASCONCELOS; CARNEIRO, 2009 apud BRASIL, 2002).

Hoje presenciamos as equipes ditas “interdisciplinares”, mas que adotam práticas focalizadas e individualizadas, sem a percepção de analisar os usuários e o meio em que estão inseridos institucionalmente de forma peculiar. Os atendimentos estão voltados para a imediatividade do cotidiano, e o que é levado em conta é a quantidade de atendimentos e não a qualidade dos mesmos. Tais ações são decorrentes de uma estratégia que não oferece condições de trabalho adequadas, além da quantidade insuficiente de profissionais inseridos nos serviços, o que acaba resultando na inoperância dos serviços prestados.

Essas ações individualizadas advindas de profissionais desarticulados e desestimulados resultam na inoperância das atribuições que compete a cada profissional, e de forma mais abrangente na não realização do que propõe a Estratégia de Saúde da Família, distanciando assim as ações da eficiência e eficácia no resultado das mesmas.



Vários são os fatores que afetam as condições de saúde da população, os serviços de saúde seriam apenas um deles. A renda que recebem, o lugar onde vivem, suas interfaces com outras políticas sociais, tudo isso são fatores que afetam as condições de vida das famílias.

#### **4 A Estratégia Saúde da Família: a realidade dos usuários do sítio Caridade no distrito de Galante.**

A implantação da ESF no distrito de Galante em Campina Grande-PB, acompanhou o mesmo período de sua expansão no município, em especial nos anos de 2001 e 2002, quando foram implantadas mais de 26 novas equipes, privilegiando a cobertura do atendimento da população rural do município.

A zona rural do Distrito de Galante, inevitavelmente, não passaria despercebida em função de sua situação de desigualdade social. A implementação de algumas medidas, a exemplo dos programas governamentais de transferência de renda, como o Bolsa Família, vem amenizando, no cotidiano das famílias locais, as condições de extrema precariedade em que vivem. Em conjunto com as políticas sociais de saúde essas medidas não promovem a redistribuição da riqueza socialmente produzida, mas torna-se um diferencial que contribui para que essa população local escape da pobreza extrema, reduzindo, nem que seja minimamente, essa situação de desigualdade de renda.

Buscando nos debruçar sobre tais questões, a fonte do nosso estudo é a realidade do sítio Caridade no distrito de Galante, em especial a zona rural desse distrito. Galante é um dos distritos do município de Campina Grande-PB fundado em 1905, por João Correia de Menezes. E, segundo o senso comum, a origem do nome Galante se deu em virtude da existência de uma fazenda com o mesmo nome na localidade. Está localizado a 12 km de Campina Grande/PB, e possui cerca de 6.882 mil habitantes. A zona rural de Galante é composta pelos sítios: Jorge, Brito, Santana, Massapê, Laranjeira, Tatu de Cima, Pau Careta e Caridade.

Tal distrito é marcado pela negligência dos gestores municipais no que se refere a algumas condições básicas que poderiam contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população, podemos destacar aqui os serviços de saúde e a segurança pública que deixam muito a desejar para a população residente nesta localidade.

A equipe básica da ESF em Galante é composta por: médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, agentes comunitários de saúde, assistente social e fisioterapeutas. As atividades

exercidas por esses profissionais vão desde a territorialização, atendimento ambulatorial com a realização de consultas e outros procedimentos, passando pelas visitas domiciliares, educação em saúde, vigilância epidemiológica, participação nos eventos da comunidade entre outras.

A ESF divide o mesmo espaço físico com a Unidade Mista de Saúde - UMS “Mãe Belmira”. Com isso a comunidade ainda não tem clareza sobre o que propõe a ESF e acaba confundindo as atribuições da mesma com as da UMS, resultando em conflitos que são atribuídos à falta de sociabilização de informações referente as atividades da estratégia.

Essa situação, aliada à desarticulação dos profissionais, ao desconhecimento das atribuições profissionais e da importância do conselho local de saúde, resulta na precarização do atendimento nos serviços de saúde na Estratégia Saúde da Família nesta localidade.

Foi com base na experiência vivenciada a partir do estágio supervisionado na ESF no distrito de Galante, que nos foi proposto identificar as influências da política de saúde nas condições de vida das famílias usuárias da zona rural do distrito. O Sítio Caridade é caracterizado por ser uma comunidade extremamente vulnerabilizada no que se refere a vários aspectos, tanto socioeconômicos como sanitários, sem falar na atenção à saúde que ocorre de maneira precarizada.

O sitio Caridade localiza-se na zona rural do distrito de Galante a mais ou menos 10 KM do mesmo, próximo a BR 230 destino a João Pessoa, capital do Estado. Teve sua origem no ano de 1999 a partir de invasões de algumas famílias. Atualmente a comunidade conta com pouco mais de 70 famílias que residem na mesma. Todas as casas, apesar de se encontrarem em condições precárias, possuem abastecimento regular de energia elétrica e de água tratada e encanada.

A Caridade é marcada pelo descaso, pelo abandono por parte dos gestores. É até irônico dizer que a “Caridade” faz jus ao seu nome, pois as famílias que ali residem vivem em condições quase desumanas; não possuem condições de moradia adequadas, inexistente uma rede de esgoto, saneamento básico, sem falar no atendimento à saúde que também é limitado. Não existe um posto de saúde na comunidade para que se realizem os atendimentos, estes são realizados em um espaço cedido pelos moradores onde funciona um bar na comunidade.

Observamos que é inexistente uma rede de saneamento básico, onde o esgoto se encontra a céu aberto, não havendo também uma coleta de lixo regular sendo o mesmo jogado a céu aberto. Tal situação é muito prejudicial à saúde da população que ali reside, havendo o risco constante de doenças e infecções devido ao contato direto com o esgoto e o lixo.

Existem algumas instituições e comércios na comunidade, tais como igreja, três bares e uma mercearia, não possui escola tendo os estudantes que se deslocarem para Galante ou para outras localidades, como Campina Grande.

Nesta localidade não existe uma associação de moradores, mas já existe uma articulação entre os mesmos para a implementação desta como meio de organização da comunidade, para que se tenha uma maior articulação entre os moradores de forma a contribuir na busca por melhorias para a mesma.

Segundo relato dos moradores, ainda tem um fato que os deixam preocupados, pois atualmente em um terreno vizinho está sendo construído um condomínio fechado e os moradores da comunidade estão sendo pressionados pelos proprietários a saírem de lá, pois estes querem desapropriar as famílias daquela comunidade e indenizá-las, mas estas até hoje resistem a saírem de lá. Uma pequena parte dos moradores da comunidade não possui o terreno escriturado, o que os deixam em uma condição vulnerável no que se refere à segurança domiciliar, com exceção dos moradores mais antigos. Essa comunidade teve sua origem a partir da ocupação de algumas famílias que residem até hoje. Infelizmente não conseguimos informações de como se deu essa posse, apenas que a maioria da população já se encontra com a sua casa escriturada e há uma mobilização para que o restante também consiga a legalização da sua residência.

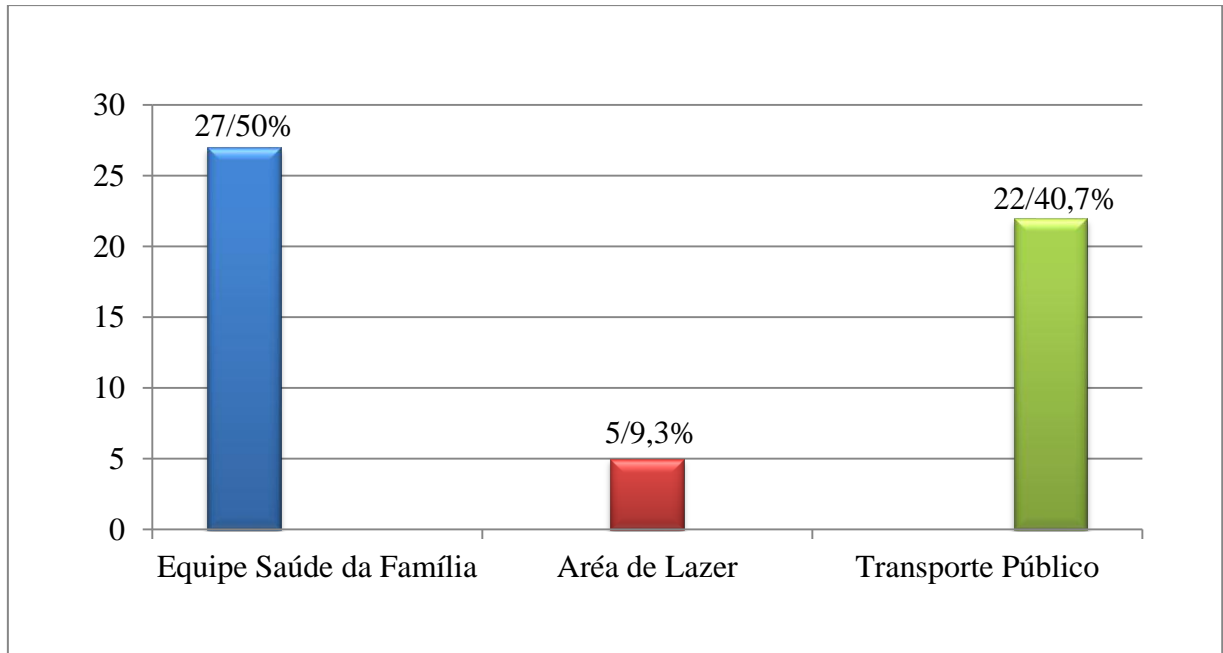
De acordo com nossa coleta de dados, a renda familiar no Sítio Caridade é adquirida a partir da agricultura de subsistência, aposentadoria e de programas de transferência de renda, especificamente o Bolsa Família.

A partir dos dados coletados algumas informações demonstram a presença ou não dos serviços de saúde no Sítio Caridade e como os moradores pensam sobre os serviços dentro daquele universo de carências em que estão inseridos.

Foi possível, a partir desse levantamento, identificar alguns dos serviços disponíveis para tais famílias. Um dos serviços que a população tem acesso inclui o transporte público, o que contribui bastante para o deslocamento das mesmas para o distrito ou para Campina Grande. Em contrapartida observamos a ausência de um serviço de saúde de qualidade, além da inexistência de saneamento básico e de uma rede de esgoto.

No que se refere aos serviços públicos presentes no Sítio Caridade, ao observarmos os dados coletados presentes na figura 1, percebemos a ausência de uma área de lazer adequada, enquanto que o lazer é um direito garantido presente no artigo 6º da Constituição Federal de 88 deixando claro a não efetivação de tal direito.

Fig. 1 – Serviços públicos presentes no local.



Fonte: Dados da Pesquisa. Campina Grande-PB,2010.

No que diz respeito à saúde, com 50%, a ESF foi a mais mencionada entre os entrevistados. Com base na experiência que vivenciamos no ESF daquele distrito, que se contrapõe ao que foi identificado na pesquisa. Não há uma atuação eficaz da equipe na comunidade, além de não existir na mesma um espaço para a realização dos atendimentos, deixando por vezes os moradores sem atendimento. Desta forma, tendo a população que se deslocar para a área urbana do distrito ou para Campina Grande em busca de atendimento médico e/ou laboratorial público. Foi possível observar com a pesquisa que, para aquelas famílias, apesar dos serviços de saúde serem restritos e sucateados, é melhor tê-los, mesmo nessas condições, do que não ter acesso de forma alguma.

A comunidade tem um acesso restrito à atenção à saúde, o que acontece são apenas as visitas esporádicas do fisioterapeuta e da assistente social o que nos deixa subentender que a localidade se encontra negligenciada pelas ações públicas no tocante à saúde. Uma das principais carências observadas, como também relatada pelas famílias entrevistadas, é a inexistência de uma unidade básica de saúde, sendo o atendimento realizado em um espaço cedido por um dos moradores, onde funciona um dos bares da comunidade.

No que se refere à frequência do atendimento nos serviços de saúde na tabela 1, (55,5%) das famílias entrevistadas freqüentam os serviços de saúde semestralmente e (3,7%) freqüentam semanalmente ou bimestralmente. Essa baixa frequência semanal é em virtude do acesso restrito que a população tem a esses serviços. Ainda sobre os serviços de saúde,

(65,6%) das famílias entrevistadas avaliaram como bom, reafirmando os resultados de uma pesquisa realizada pelo IPEA (2010), onde o atendimento realizado pela Equipe de Saúde da Família é o mais bem avaliado pela população brasileira.

Tabela 1 – Freqüência do atendimento nos serviços de saúde das famílias.

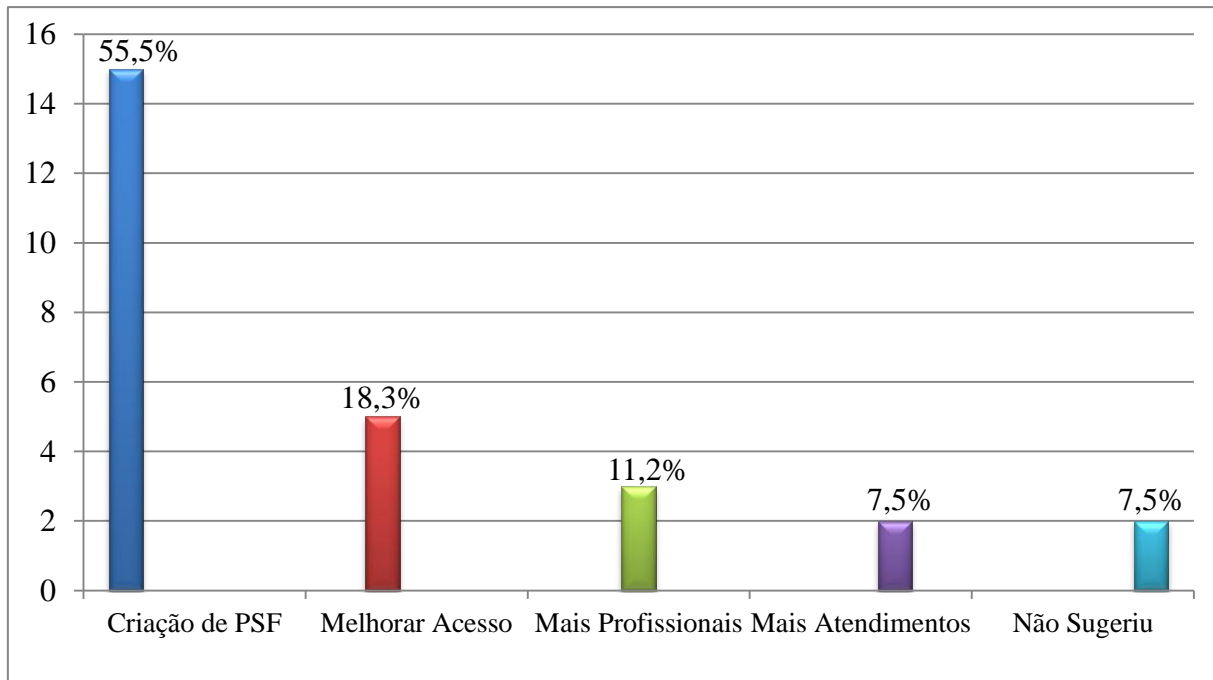
<b>Freqüência do Atendimento</b>	<b>%</b>
Semanalmente	1 (3, 7%)
Quinzenalmente	-
Mensalmente	15 (55,5%)
Bimestralmente	1 (3,7%)
Semestralmente	7 (25,9%)
Raramente	3 (11,2%)
-	-
<b>TOTAL (Nº - %)</b>	<b>27(100%)</b>

Fonte: Dados da Pesquisa. Campina Grande-PB, 2010.

No que diz respeito às sugestões feitas pelas famílias para a melhoria dos serviços de saúde presentes na figura 2, o que mais aparece como prioridade é a criação de uma equipe da ESF na comunidade com (55,5%), melhor acesso aos serviços (18,3%), mais profissionais (11,2%), mais atendimentos (7,5%) e não sugeriram (7,5%). Percebemos então que a criação de uma unidade da ESF é primordial para que as demais sugestões presentes na pesquisa sejam concretizadas e assim, essa comunidade ter acesso ao serviço de saúde de forma a contribuir para a melhoria do atendimento das demandas da saúde.

Os moradores ainda colocam como sugestões para a comunidade a pavimentação das ruas e, concomitante a isso, uma rede de esgoto o que contribuiria bastante na melhoria da condição de vida dessa população, como também a construção de uma escola para que as crianças da comunidade não precisassem se deslocar da mesma para estudar em outras comunidades ou no distrito.

Fig. 2 – Sugestões feitas pelas famílias para melhoria dos serviços de saúde.



Fonte: Dados da Pesquisa. Campina Grande-PB, 2010.

Diante do que foi apresentado pela nossa pesquisa percebemos as fragilidades da ESF no distrito em especial no sítio caridade. Observamos o quanto à inexistência de uma unidade de saúde, de uma equipe presente e atuante, reflete nas condições de vida daquelas famílias. E para que se tenha uma atenção básica de qualidade é preciso que a saúde não seja abordada de forma isolada, pois para que esta se concretize em sua plenitude é preciso levar em consideração a efetivação de outros fatores que influenciam diretamente nas condições de saúde da população como as questões de habitação, alimentação, saneamento básico, emprego, dentre outros. Vale destacar, que esse problema é de dimensão nacional que afeta uma parte considerável da população pobre brasileira.

Por isso concordamos com Senna; Monnerat (2008), quando afirmam que está na hora de resgatar o conceito de seguridade para unificar concepções e ideais políticos em prol da defesa não só da saúde, mas de um conjunto articulado de políticas sociais que vão atuar sobre péssimas condições de saúde que temos no Brasil.

Com isso, pretende-se afirmar a importância da seguridade social, aliada à análise sobre os avanços e limites do SUS, para enfrentar, inclusive, eficazmente os determinantes das condições de saúde que influenciam diretamente nas condições de vida das famílias vulnerabilizadas desse país.

## 5 Considerações finais

Através dessa pesquisa podemos compreender a importância da Estratégia de Saúde da Família na melhoria das condições de saúde de uma população e suas potencialidades para melhoria das condições de vida. Os repasses efetuados por parte do governo mesmo que irrisórios para algumas pessoas, para outras fazem um diferencial no orçamento familiar, contribuem para amenizar a situação de desigualdade de renda dessa população; assim como, o acesso as políticas sociais (nesse caso particular a de saúde) que também são fatores preponderantes nessa melhoria.

As rendas por transferências governamentais, junto ao acesso aos serviços de saúde, passam de complementares para única forma de sobrevivência dessas famílias inseridas em um contexto de precarização do trabalho e das políticas sociais.

Vale salientar que as condições de saúde envolvem muito mais fatores do que apenas a ausência de doença. Dessa forma, os benefícios sociais, a exemplo do Bolsa Família, enquanto estratégia de governo de combate à pobreza, influenciam de forma superficial nas condições de vida e sociabilidade sendo insuficiente para a sobrevivência digna dessa população que se encontra em situação de pobreza, a exemplo das famílias do Sítio caridade.

É fundamental haver uma ação conjunta de todas as políticas para que aconteça de fato a melhoria tão almejada pela população mais carente, como é o caso das famílias que fizeram parte da nossa pesquisa.

Particularmente no âmbito da saúde, é inegável, apesar das graves limitações de acesso, financiamento e gestão, os avanços e melhorias que a criação do SUS trouxe para as camadas mais carentes da população brasileira. A política de saúde no Brasil, através dos vários atores envolvidos, vem desenvolvendo esforços no sentido de dar respostas aos graves problemas de saúde da população, mas sabemos que muito ainda precisa ser feito para que se tenha uma política de saúde eficaz e que a população usuária desse serviço não se contente apenas com ações esporádicas, como foi possível observar na nossa pesquisa. É preciso que se unam forças, não só para que consigam a expansão dos serviços, mas sim a qualidade, a eficiência e a eficácia nos seus resultados.

Sua história está vinculada ao esforço e à luta da população, no sentido de ter garantido alguns direitos. A partir do entendimento que temos de saúde enquanto direito, é nosso dever lutar para que este sistema seja desenvolvido em sua plenitude incentivando uma maior participação da população nessa luta, em especial no contexto local, onde vivenciamos de perto a realidade da política de saúde, especificamente da ESF, pois ainda há muito que ser

feito para avançarmos nessa questão e conquistar a efetivação de uma saúde plena e comprometida com o que é proposto.

## Referências

- BEHRING, E. R.. **Brasil em contra-reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos.** São Paulo-SP: Cortez, 2003.
- BEHRING, E. R.; BOSCHETTI. **Política Social: fundamentos e história.** 5ª edição. São Paulo: CORTEZ, 2008. 213p.
- BEHRING, E. R.; **Fundamentos da política social.** In.: MOTA, A. E. et al. Serviço Social e saúde: Formação e trabalho profissional. São Paulo-SP: Cortez, 2009, p.13/39.
- BEHRING, E. R. **Trabalho e Seguridade Social: o neoconservadorismo nas políticas sociais.** In. BEHRING, E.R.; ALMEIDA, M.H.T. (Orgs). Trabalho e Seguridade Social: percursos e dilemas. São Paulo-SP: Cortez, 2008, p.152/174.
- CAMPOS; G. W. S. Modo de co-produção singular do Sistema Único de Saúde: impasses e perspectivas. **Saúde em Debate: 20 anos do SUS.** Rio de Janeiro, v. 33, n.81, jan/abr. 2009.
- IPEA: Dimensão, evolução e projeção da pobreza por região e por estado no Brasil.** Nº 58, 2010.
- IPEA: O Sistema de Indicadores de Percepção Social (SIPS).** IPEA, 2011.
- MOTA, A. E. Seguridade Social brasileira: Desenvolvimento histórico e tendências recentes. In.: MOTA, A. E. et al. Serviço Social e saúde: Formação e trabalho profissional . São Paulo-SP: Cortez, 2009, p.40/48.
- MARTINIANO, C.; DAVI, J.; MEDEIROS JUNIOR, G.; BRANDÃO, I. C. A.; SILVA, A. L. M. A. BERHING, E. R., BOSCHETTI, I. **A luta pela vinculação de recursos para a saúde pública no Brasil a partir do paradigma da universalização.** In.: DAVI, J.; MARTINIANO, C.; PATRIOTA, L. M., (Orgs.). Seguridade social e saúde: Tendências e Desafios. Campina Grande – PB: EDUEPB, 2009, p.79/103.
- MOTA, A. E.; AMARAL, A. S.; PERUZZO, J.F. **O novo desenvolvimentismo e as políticas sociais na América Latina.** In. MOTA, A.E. (Org.). As ideologias da contrarreforma e o serviço social. Recife-PE: Ed. Universitária da EFPE, 2010, p. 35/67.
- NOGUEIRA, V. M. R., MIOTO, R. C. T. **Desafios atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as exigências para os assistentes sociais** In MOTA, A.E. [et al]. Serviço Social e saúde. SP: Cortez: OPAS: OMS: Ministério da saúde, 2006.
- PAIM; J. S. Uma análise sobre o processo de Reforma Sanitária brasileira. **Saúde em Debate: 20 anos do SUS.** Rio de Janeiro, v. 33, n.81, jan/abr. 2009.
- SENNA, M. C. M.; MONERAT, G. L. **O setor da saúde e os desafios à construção da seguridade social brasileira.** In. BEHRING, E.R.; ALMEIDA, M.H.T. (Orgs). Trabalho e Seguridade Social: percursos e dilemas. São Paulo-SP: Cortez, 2008, p.193/213.



SILVA, S. S.S.; **A política social brasileira na conjuntura da crise internacional**. In.: DAVI, J.; MARTINIANO, C.; PATRIOTA, L. M., (Orgs.). Seguridade social e saúde: Tendências e Desafios. Campina Grande – Pb: EDUEPB, 2009, p.21/37.

SILVA; S. F. Sistema Único de Saúde 20 anos: avanços e dilemas de um processo em construção. **Saúde em Debate**: 20 anos do SUS. Rio de Janeiro, v. 33, n.81, jan/abr. 2009.

VASCONCELOS, K. E .L.; CARNEIRO, T. S.; **Saúde da família em foco**: Uma análise da realidade de Campina Grande/PB. In.: DAVI, J.; MARTINIANO, C.; PATRIOTA, L. M., (Orgs.). Seguridade social e saúde: Tendências e Desafios. Campina Grande – PB: EDUEPB, 2009, p.155/175.