



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

**ANDRIELY KALIANY FAUSTINO DA SILVA**

**A LUTA PELA EFETIVAÇÃO DOS DIREITOS DOS USUÁRIOS DO SUS E A  
CONTRIBUIÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.**

**CAMPINA GRANDE- PB**

**2016.**

**ANDRIELY KALIANY FAUSTINO DA SILVA**

**A LUTA PELA EFETIVAÇÃO DOS DIREITOS DOS USUÁRIOS DO SUS E A  
CONTRIBUIÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Bacharela em Serviço Social, pelo Curso de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba–UEPB.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Alessandra Ximenes da Silva.

**CAMPINA GRANDE-PB**

**2016.**

É expressamente proibida 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 da dissertação.

S586l Silva, Andriely Kaliany Faustino da  
A luta pela efetivação dos direitos dos usuários do SUS e a contribuição do Assistente Social na estratégia saúde da família [manuscrito] / Andriely Kaliany Faustino da Silva. - 2016.  
27 p.

Digitado.  
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, 2016.  
"Orientação: Prof. Dra. Alessandra Ximenes da Silva., Departamento de serviço social".

1. Estratégia saúde da família. 2. Educação em saúde. 3. Direitos. I. Título.

21. ed. CDD 362.1

**ANDRIELY KALIANY FAUSTINO DA SILVA**

**A luta pela efetivação dos direitos dos usuários do SUS e a contribuição do Assistente Social na Estratégia Saúde da Família.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Bacharela em Serviço Social, pelo Curso de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba-UEPB.

Aprovado em: 17/02/16.

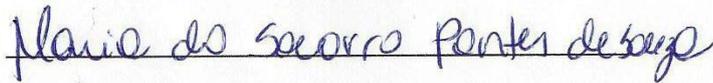
**BANCA EXAMINADORA**



Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Alessandra Ximenes da Silva.

Departamento de Serviço Social/UEPB.

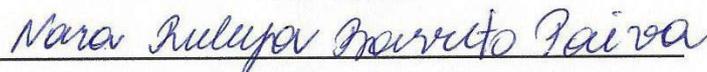
Orientadora.



Prof<sup>a</sup>. Maria do Socorro Pontes de Souza.

Departamento de Serviço Social/UEPB.

Examinadora.



Nara Rúbya Barreto Paiva

Assistente Social – Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande.

Examinadora.

## SUMÁRIO

<b>1- INTRODUÇÃO .....</b>	<b>6</b>
<b>2- REFORMA SANITÁRIA: luta pela democratização da saúde. ....</b>	<b>8</b>
<b>3- ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E A INSERÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE/PB.....</b>	<b>13</b>
<b>4- O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA ..</b>	<b>15</b>
<b>5- SOCIALIZAÇÃO DOS DIREITOS DOS USUÁRIOS: EDUCAÇÃO EM SAÚDE. ....</b>	<b>18</b>
<b>6- CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>23</b>

## REFERÊNCIAS

**A LUTA PELA EFETIVAÇÃO DOS DIREITOS DOS USUÁRIOS DO SUS E A  
CONTRIBUIÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.**

**ANDRIELY KALIANY FAUSTINO DA SILVA.**

**Resumo:**

Este artigo discute a inserção do assistente social na Estratégia Saúde da Família e sua contribuição para o fortalecimento do controle social. Relata os resultados do Plano de Intervenção executado nas UBSF (UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA) Jardim América I e na UBSF Wesley Cariri Targino no bairro de Nova Brasília, no município de Campina Grande-PB, com o tema Socialização dos direitos dos usuários no Sistema Único de Saúde. Tal relato é resultado da experiência do estágio supervisionado obrigatório em Serviço Social no período de novembro de 2013 a dezembro de 2014, junto a Estratégia de Saúde da Família. A experiência buscou disseminar informações e incentivar a organização e mobilização dos usuários pela efetivação dos seus direitos.

**Palavras-chave:** Estratégia Saúde da Família. Educação em Saúde. Direitos.

**THE STRUGGLE FOR EFFECTIVE OF SUS USERS RIGHTS AND THE CONTRIBUTION  
OF SOCIAL WORKER IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY .**

## 1- INTRODUÇÃO

O presente artigo é fruto de nossa experiência em um projeto de intervenção realizado nas UBSF (Unidade Básica de Saúde da Família) Jardim América I e na UBSF Wesley Cariri Targino no bairro de Nova Brasília, no município de Campina Grande-PB, com o tema “Socialização dos direitos dos usuários do SUS” (Sistema Único de Saúde). A definição e a aproximação com o tema do projeto surgiu durante a nossa inserção no campo de estágio, onde pudemos verificar o extenso número de demandas que chegam ao assistente social. Na atualidade, esse profissional atende no mínimo três unidades básicas, ou seja, em cada dia um local diferente e por esse motivo não consegue acompanhar os usuários de forma mais efetiva. No decorrer do nosso estágio vimos que as condições de trabalho são precárias e não se restringem ao assistente social, mas a todos os demais profissionais que compõe a UBSF. Isso ocorre por meio da deficiência da política de saúde, que vem sendo ameaçada pelo projeto privatista que incentiva a desresponsabilização do Estado, com reduções de gastos e ações focalizadas e precarizadas.

Observamos que esses elementos refletem na atuação do assistente social, podendo resultar em ações imediatas, considerando que tal profissional é requisitado a atuar em diversas UBSF impedindo deste modo que desenvolva mais atividades educativas com os usuários, diminuindo assim a possibilidade de acesso as informações acerca dos seus direitos e deveres. Segundo Soares (2010),

todas essas atuais configurações têm impactos nas práticas sociais na saúde pública, incluindo as do assistente social, seja porque inserem novos elementos e instrumentos de gestão no espaço das unidades de saúde, seja porque reiteram velhas práticas não superadas e reprodutoras do modelo de atenção à saúde prioritariamente assistencial, curativo e individualista.

Por meio das ações de intervenção buscamos contribuir com o trabalho do assistente social através de atividades educativas em salas de espera e com uma capacitação sobre os aspectos éticos e legais dos profissionais de saúde. Neste caso, o projeto interventivo teve como objetivo formar espaços de conhecimento e reflexão aos usuários da Estratégia de Saúde da Família, provocando neles a inquietação pela busca dos seus direitos no sistema de saúde, e com isso exercer seu papel de cidadão. O objetivo geral é discutir a inserção do assistente social na Estratégia Saúde da Família e sua contribuição para o fortalecimento do controle social, e os específicos são apresentar um Plano de Intervenção que foi executado nas UBSF Jardim América I e na UBS Wesley Cariri Targino no bairro de Nova Brasília, no município de Campina Grande-PB e contribuir para facilitar o acesso das informações. O

nosso presente trabalho traz sua relevância, tanto para a academia quanto para a comunidade, considerando que busca colaborar para um maior conhecimento sobre o acesso as informações acerca dos direitos dos usuários no Sistema Único de Saúde (SUS) que buscam atendimentos.

Para elaboração deste artigo fizemos uso de um levantamento bibliográfico sobre os direitos dos usuários dos SUS, como também buscamos as contribuições de teóricos do Serviço Social. Esperamos ampliar o conhecimento acerca do tema proposto, e contribuir a partir das ações desenvolvidas em tal espaço para facilitar o acesso das informações na hora de buscar atendimento, e estimular o controle social, como forma de avaliar e monitorar o acesso aos serviços de saúde.

Nosso artigo está elaborado em três tópicos. O primeiro destaca o processo de construção e implantação do SUS que é constituído por quatro princípios: a universalidade, a equidade, a integralidade e daremos ênfase ao quarto princípio que é o da participação da comunidade. Iremos enfatizar a importância da luta dos movimentos sociais na construção do SUS em especial o Movimento de Reforma Sanitária Brasileira (MRSB) que se iniciou nos anos 1980, com a participação dos trabalhadores da saúde, da universidade e dos usuários. Esse movimento buscava discutir um novo modelo de saúde, onde todo cidadão tem direito à saúde de forma gratuita e o Estado tem o dever de efetivar esse direito. Na contramão desse projeto, surge uma ameaça para a implementação do SUS, o projeto neoliberal, que vem incentivar o desmonte dos direitos conquistados, privatizar e focalizar os serviços de saúde.

No segundo tópico, iremos discutir a criação da Estratégia de Saúde da Família, que foi implementada em 1994, visando promover, proteger, e prevenir a saúde, direcionada para a atenção básica e inspirada no projeto da RSB. No entanto, esses preceitos são negados na medida em que esses serviços são focalizados nos segmentos mais pauperizados. Iremos mostrar como o assistente social está inserido nesse serviço e como ele contribui para a educação em saúde através da intersetorialidade.

No terceiro e ultimo tópico iremos apresentar o relato da nossa experiência no projeto de intervenção onde buscamos socializar e facilitar o acesso às informações e direitos na hora de buscar atendimento à saúde. Elaboramos atividades educativas baseadas na Carta dos Direitos dos Usuários do SUS<sup>1</sup>, que foi formulada com uma linguagem acessível, que contém informações bem claras sobre os direitos e deveres em saúde. Elaboramos também nossa

---

<sup>1</sup> Disponível em: <[http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/AF\\_Carta\\_Usuarios\\_Saude\\_site.pdf](http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/AF_Carta_Usuarios_Saude_site.pdf)>.

própria cartilha expondo direitos e deveres com finalidade de gerar autonomia; estimular o controle social, como forma de avaliar, monitorar o acesso aos serviços de saúde.

## **2-REFORMA SANITÁRIA: luta pela democratização da Saúde.**

A Reforma Sanitária Brasileira (RSB) surge em um cenário de crise, econômica, advindas desde a década de 1970 a nível mundial, e crise política, com o enfraquecimento do regime militar, além de insatisfações da classe trabalhadora na política de saúde, pois ela era de caráter contributivo prestada pelo *INAMPS* (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social). Segundo Nogueira e Mioto (2009), os brasileiros eram divididos em primeira e segunda classe, a primeira tinha acesso aos serviços de saúde, pois era formada por quem integrava o mercado de trabalho; a segunda, formada pelos trabalhadores informais e grande parte da população, tinham suas necessidades de saúde atendidas pelas Santas Casas, e por alguns serviços mantidos pelo Ministério e Secretarias Estaduais de Saúde.

Nas décadas de 1970/80, a saúde deixa de ser interesse apenas dos técnicos, e torna-se motivo de intervenção de diversos personagens da população. Os movimentos sociais, popular, estudantil, acadêmico, sindical e de profissionais da saúde, formularam projetos e discussões que visavam transformar o atual modelo de saúde, onde o mesmo não fosse caracterizado apenas como ausência de doença, mas como um conjunto de determinações que engloba o bem-estar físico, mental e social, enquanto isso lutavam contra a ditadura militar, e defendiam a democratização da saúde. A RSB não se limita apenas a uma reforma setorial, focada na saúde, mas a uma “reforma social concebida e desencadeada em um momento de crise de hegemonia, defendendo a democratização do Estado e da sociedade.” (PAIM, 2009, p. 31).

O processo da RSB teve como marco histórico a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986, em Brasília, de forma democrática com a participação de profissionais da saúde, intelectuais e políticos. Nesse momento foram reunidas todas as propostas e indagações dos participantes trazidas de outros congressos e reuniões,

assim a conquista da democracia permitia uma atenção maior para a opinião pública e a mobilização e organização da população na defesa de seus direitos. A consciência do direito à saúde ia sendo irradiada, progressivamente, para a população que passava a cobrar a sua garantia e a melhoria dos serviços. (Paim, 2007, p. 94).

Em 1988, o SUS foi criado na Constituição Federal<sup>2</sup>, e posteriormente regulamentado através das Leis 8080/90 e 8142/90. Uma conquista importante foi o reconhecimento do conceito ampliado de saúde, ou seja, a saúde deixa de ser meramente a ausência de doenças e passa a ser resultante das políticas econômicas e sociais. O SUS possui princípios fundamentais que lhe orientam suas ações, que são eles: 1) a universalidade, direito de todos independente de qualquer característica pessoal ou social; 2) a equidade, reconhecer que apesar de todos terem direito à saúde, elas não são iguais e, portanto devem ser tratadas de acordo com suas necessidades; 3) a integralidade, que reuni além dos serviços curativos, os de prevenção, proteção e promoção da saúde e; 4) a participação da comunidade, através do controle social. Essas leis, contudo, tiveram pouco impacto para a população, pois elas não foram efetivamente operacionalizadas no cotidiano. Segundo Bravo (2001),

além dos limites estruturais que envolvem um processo de tal ordem, as forças progressistas comprometidas com a Reforma Sanitária passaram, a partir de 1988, a perder espaços na coalização governante e, conseqüentemente, no interior dos aparelhos institucionais.

O processo de implementação do SUS, é muito conflituoso, nos primeiros anos de sua execução, ele enfrenta a força de dois projetos antagônicos, o da RSB, onde se luta para que a saúde seja um bem universal e de todos, com serviços geridos e prestados pelo Estado. E o projeto neoliberal, que se diferencia do anterior, pois, a Saúde é conduzida através dos interesses do mercado, com reduções de gastos e ações focalizadas, precarizadas, voltada para os mais pobres.

Nos primeiros anos, os problemas para executar o SUS foram muitos, o país vivia uma grave crise econômica advinda desde a década de 1970, com inflações elevadas, com isso faltava fundos para estruturar o novo sistema de saúde. No entanto, foi dado andamento em algumas medidas, como a mudança do INAMPS para o Ministério da Saúde, que ocorreu em 1993, ou seja, quase três anos após a lei<sup>3</sup> que promulgou a criação do SUS. O cenário econômico muda a partir dos anos de 90, quando acontece um equilíbrio das taxas de inflação, e conseqüentemente um ordenamento das políticas do SUS.

Nessa mesma década o Brasil se rende ao projeto neoliberal, com o ideário de descentralização, focalização e privatização das políticas sociais, ele veio como resposta a

---

<sup>2</sup>A Constituição Federal introduziu avanços que buscam corrigir as históricas injustiças sociais acumulados secularmente, incapaz de universalizar direitos tendo em vista a longa tradição de privatizar a coisa pública pelas classes dominantes (BRAVO, 2009, p.2).

<sup>3</sup> Lei nº 8.689, de 27 de julho de 1993.

crise econômica, e “configura-se na dominância do capital portador de juros, na intensificação da supercapitalização, na reestruturação (...), no ajuste estrutural do Estado de acordo com a nova modalidade hegemônica” (Soares, 2010, p.40). Esses princípios confrontam-se com o projeto da RSB, segundo Santos (2013, p. 237), “o SUS, foi criado em terreno adverso à sua proposta de universalidade e equidade”, pois “os espaços de saúde tornam-se cada vez mais espaços de supercapitalização e relevante fonte de maximização do capital” (SOARES, 2010, p.41).

Diante do exposto, o governo de Collor é o primeiro a dar início à implantação do projeto neoliberal que,

se caracterizam pela inviabilização do sistema na forma de seu marco legal constitucional, pela tentativa de não regulamentação da descentralização e da participação social, pela redução do volume de recursos para a saúde, pelo adiamento sistemático da 9ª Conferência Nacional de Saúde, pela reprodução de políticas racionalizadoras, contencionistas e de ações pontuais no âmbito da saúde pública, com valorização do mercado privado de saúde (SOARES, 2010, p.43).

Além disso, com essa mudança na estrutura política, houve um enfraquecimento do movimento de Reforma Sanitária, o seu objetivo integral que é da “mudança do modelo de atenção” (Paim, 2007), ficou restrito as problemáticas de gestão e financiamento, “ao longo dos anos 90 os movimentos sociais em geral, e os populares em especial, tiveram que abandonar algumas posturas e adotaram posições mais ativas e propositivas”. (GONH, 2004, p.149).

Os governos subseqüentes deram continuidade às propostas neoliberais que ficaram expressas nas contrarreformas<sup>4</sup> do Estado, e aconteceram de forma mais agressiva. Na área da saúde foi criado o Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE) dirigido por Bresser Pereira, estabelecendo a saúde uma área não privativa do Estado, assim sendo, seus serviços poderiam ser oferecidos pelas OS's (Organizações Sociais). Essas organizações são na verdade privatizações, onde se transfere os serviços do Estado para as entidades de direito privado, executado por meio de repasse de recursos públicos, elas vão se infiltrando e enfraquecendo as políticas sociais sem que a sociedade perceba. As conseqüências dessas terceirizações afetam tanto os usuários, quanto os profissionais que são contratados por essas OS's, pois é exigido dos trabalhadores que eles atinjam metas, há um aumento na flexibilização da produção (trabalho temporário, parcial), são eliminados os concursos

---

<sup>4</sup>Behring e Boschetti (2011) usam esse termo para definir a obstaculização e / ou redirecionamento das conquistas de 1988.

públicos, dando lugar ao clientelismo, ameaçando os direitos trabalhistas que já foram conquistados. “Dessa forma, tem ocorrido um lento e constante processo de degradação da saúde pública no Brasil, ao passo que a saúde privada ganha, a cada dia, mais espaço e ares de normalidade” (SANTOS, 2013, p.11).

A realidade do SUS é contrastante ao que foi defendida pela RSB, a gestão das ações são pouco descentralizadas, há uma falta de integração entre os níveis de atenção, de medicamentos, de profissionais capacitados, de cobertura. Essas problemáticas fazem com que haja uma falta de credibilidade dos serviços públicos, sendo uma justificativa para que os defensores do sistema privatista defendam a eficácia dos serviços privados de saúde, onde o indivíduo tem

livre escolha de bens e serviços a serem consumidos. Assim, os cidadãos não são reconhecidos como sujeitos de direito, mas como consumidores e como tal devem pagar pelos serviços que desejam e necessitam. O ideário neoliberal afirma que os bens e serviços como saúde, educação e seguridade social seriam responsabilidade dos indivíduos. A oferta de tais serviços seria regulada pelo livre mercado, devendo o Estado se limitar a atuar somente frente a carências extremas. (FARIA E ARAÚJO, 2011, p.146).

No governo Lula da Silva, houve “uma nova etapa da contrarreforma da política de saúde (...), os limites da política econômica conservadora passam a ser naturalizados como realidade imutável” (Soares, 2010), ou seja, será preciso gerir a política no campo das possibilidades, flexibilizando as propostas da reforma sanitária. A mesma autora diz que o *SUS possível* é um novo projeto que entra em confronto na política de saúde, juntamente com o projeto privatista e o projeto da Reforma Sanitária. Ele é formado por lideranças no movimento da Reforma Sanitária, que defendem a atualização da mesma,

esse projeto, na verdade, termina por favorecer a ampliação dos espaços do projeto privatista e, apesar de suas lideranças não reconhecerem, os dois projetos compõem uma mesma unidade dialética e se imbricam mutuamente numa mesma racionalidade que, dessa vez, avança mais rapidamente na disputa hegemônica (IDEM).

Essas perspectivas apontam para um redirecionamento dos princípios da Reforma Sanitária formulada na década de 80, (...), o que configura um verdadeiro retrocesso histórico. (SILVA, 2011, p.8).

Diante dessa ofensiva neoliberal, podemos perceber que o papel do Estado na regulação das políticas sociais fica cada vez mais simplificado, e na mesma medida, a atenção a saúde é cada vez mais assistencialista e focalizada na pobreza, com “cestas básicas de saúde” que não cobrem as demandas, no entanto,

quando afirmamos que o modelo de atenção à saúde materializado no SUS é predominantemente assistencial, estamos nos referindo precisamente à sua centralização no indivíduo, numa perspectiva curativa e medicocêntrica, com forte presença das ações emergenciais. O que não quer dizer que não existam, de forma subordinada, práticas e ações em saúde numa perspectiva coletiva e interdisciplinar que leve em conta os determinantes sociais (SOARES, 2010, p.129).

Nessa perspectiva de contrarreforma do Estado, surgem novas atribuições à prática profissional do Assistente Social,

na medida em que a desatenção do governo para com os direitos sociais (...), contribui para o aprofundamento da precarização da vida dos segmentos populares e médios da sociedade brasileira. Essa desatenção manifesta-se a partir do sucateamento das políticas públicas e seu repasse para a responsabilidade de setores privados, fator que ocasiona na amplitude da questão social contemporânea (COSTA, 2010, p.2).

Nesse sentido, o assistente social, é requisitado a atuar no campo das possibilidades, seletividade e de maneira emergencial, devido ao grande número de atendimentos, não tendo ao menos possibilidades de elaborar estratégias para enfrentamento de demandas que lhes é solicitada. No entanto, é necessário que esses profissionais tenham posturas críticas dentro de suas práticas, e contribuam para com a ação dos movimentos sociais anticapitalistas, a fim de,

forçar a classe detentora dos meios de produção a abrir mão de regalias, fazendo com que o Estado assegure direitos em prol da maioria. Bem como, a reelaboração de conceitos de direitos, tais como: trabalho; carga horária; contratos coletivos; melhores condições de vida; habitação; educação; saúde; lazer, dentre outros (SOUSA E CASTRO, 2013, p.2).

Apesar da contrarreforma na política de saúde, e dispersão dos líderes da RSB, movimentos que defendem esse projeto na sua totalidade e integralidade, ainda buscam a efetivação do “SUS proposto na Constituição”, é o caso da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES), Associação Brasileira de Economia da Saúde (ABRES), Associação Nacional do Ministério Público em Defesa da Saúde (AMPASA), Associação Brasileira Rede Unida e outros movimentos. Em 2005, esses movimentos, juntamente com outros setores da sociedade se mobilizaram para pressionar a aprovação da Emenda Constitucional nº 29, também conhecida como emenda constitucional da saúde, que determina os percentuais que a União, Estados, e municípios devem repassar para a saúde.

É uma nova forma de financiar o setor saúde, (...) ela estabeleceu as regras para a progressiva provisão de recursos às ações e serviços públicos de saúde. Ela foi criada com o objetivo de evitar a repetição dos problemas que

comprometeram o financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) nos anos 90. Nessa década não havia um parâmetro legal que obrigasse os Estados, Distrito Federal e municípios a destinarem recursos próprios para a área da saúde; a economia e as políticas públicas das fontes de financiamento no âmbito da União para financiar o SUS eram instáveis e sempre se adotavam medidas emergenciais e provisórias para fazer frente à falta de recursos para o setor (CAMPELLI, CALVO, 2007, p. 1, 2).

Além disso, os movimentos sociais levaram propostas para a melhoria na política de saúde. Como resultado dessa mobilização foi formulado um documento com o título: O SUS pra valer: universal, humanizado e de qualidade<sup>5</sup>.

Apesar de tantos retrocessos e perdas de conquistas na área da saúde, iremos abordar no próximo item, dois importantes avanços: a criação da Estratégia de Saúde da Família, implementada em 1994, que visa promover, proteger, e prevenir a saúde dos usuários das áreas mais pobres, e com isso traz uma contradição, pois se o SUS é universal, por que essa estratégia está voltada para os segmentos mais pauperizados? O outro ponto que iremos nos deter é o princípio de controle social, que está incluso na Constituição Federal de 1988, e é uma estratégia para a sociedade participar da formulação, avaliação e monitoramento do que é público. Na saúde, esse controle social está expresso, através dos conselhos e conferências nas esferas municipais, estaduais, e federal. No contexto da saúde ele pode ser compreendido,

como um fator de publicização do Estado, está entendida como articulação de uma relação política entre Estado e sociedade, onde os interesses divergentes são expressos, os embates aceitos e as propostas construídas para a efetivação dos direitos conquistados, visando ao alcance de novos direitos, que possam se tornar agendados e institucionalizados. (BRASIL, 2006).

### **3- ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E A INSERÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE/PB.**

A implantação da ESF regulamentada pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)<sup>6</sup>, tem sua origem no Programa Saúde da Família em 1994, produto de algumas experiências municipais. Esse programa veio com o objetivo de seguir os princípios e diretrizes básicos do SUS: democratização do acesso, universalização das ações, descentralização, melhoramento da qualidade dos serviços, fazendo

<sup>5</sup> Documento disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/03/o-sus-pra-valer-reduzido.pdf>

<sup>6</sup> Conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. (Brasil, 2012, p.19)

com que a família passe a ser o objeto precípua de atenção, entendida a partir do ambiente onde vive. Mais que uma delimitação geográfica, é nesse espaço que se constroem as relações intra e extrafamiliares e onde se desenvolve a luta pela melhoria das condições de vida – permitindo, ainda, uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e, portanto, da necessidade de intervenções de maior impacto e significação social. (BRASIL, 1997).

Deste modo a ESF acolhe os princípios do SUS, e se dispõe a desenvolver o acesso à política de saúde, ao mesmo tempo em que constrói uma porta de entrada aos serviços de saúde buscando atender as demandas de forma integral.

A equipe mínima da ESF é composta por um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e seis ACS (agentes comunitários de saúde). Já a equipe ampliada, dispõe de: 01 (um) dentista, 01 (um) auxiliar de consultório dentário e 01 (um) técnico de saúde bucal. A atuação da equipe acontece, geralmente, na UBS (Unidades Básicas de Saúde) ou nas residências dos usuários. De acordo com o Ministério da Saúde, cada equipe é responsável pelo acompanhamento de no máximo 4 mil habitantes, sendo a média recomendada de três 3 mil habitantes de uma determinada área, e estas passam a ter corresponsabilidade no cuidado à saúde.

Desde o princípio a ESF trabalha na perspectiva da equipe mínima, entretanto, a idéia ampliada de saúde dá a entender que as ações de saúde necessitam acontecer, além dessa equipe mínima, ela deve se dá de forma interdisciplinar para tentar atender e responder todas as demandas dos usuários. O Ministério de Saúde<sup>7</sup> salienta que, além da equipe mínima e da equipe ampliada, outros profissionais podem ser incluídos às unidades básicas, na medida com que vão surgindo novas demandas, e descobrindo as características da organização dos serviços de saúde locais, no entanto o custeio desses outros profissionais fica sob responsabilidade dos Municípios.

Apesar de na sua formulação a ESF incorporar os princípios do SUS, na prática o que acontece é a focalização dos serviços na pobreza, priorizando “a implantação do programa em áreas de maior vulnerabilidade social e risco sanitário” (CRUZ, 2014, p.32). O que se percebe é que as políticas sociais,

mesmo quando definidas como universais e de caráter não contributivo, tendem tão somente para a universalidade de um patamar básico de acesso a determinados serviços sociais, gerando seletividade nos níveis mais

---

<sup>7</sup>PORTARIA Nº 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011

complexos dessas mesmas redes de serviços, comprometendo assim a garantia da equidade de acesso aos mesmos (COHN, 2000, p.187).

Os usuários que se utilizam dos serviços da ESF geralmente são pessoas em situação de vulnerabilidade social, que não tem nenhum conhecimento sobre seus direitos, muitas vezes não possuem ao menos uma moradia digna para que se tenha sua saúde preservada, é comum necessitarem de medicamentos, de uma consulta médica, cirurgias, orientações e encaminhamentos. É comum demandas de agressões físicas, desde crianças perpassando por mulheres que são dependentes de alguma forma por seus companheiros, até idosos que necessitam da ajuda de alguém para fazer as necessidades mais básicas.

Além desse serviço não estar voltado para “todos”, ainda está longe de ser de qualidade e efetuado como foi proposto, ainda é muito comum a falta de profissionais, mesmo os que compõem a equipe mínima, precariedade das estruturas físicas, falta de concurso público, ocasionando uma rotatividade dos profissionais e refletindo nos vínculos com os usuários, áreas descobertas por falta de agentes comunitários de saúde.

As pessoas que não utilizam esse serviço tendem a usar os serviços privados de saúde, ou seja, “quanto mais o SUS é precarizado mais cresce o mercado de serviços privados” (SOARES, 2010). Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2013, praticamente um terço da população (27,9%) tinha algum tipo de plano de saúde, sendo o acesso a esse serviço bem maior na região sudeste em relação à região nordeste. De acordo com a mesma pesquisa quanto mais instruído as pessoas forem mais se utilizam desses serviços de saúde, ela aponta uma variação 16% a 68,8%, de pessoas com fundamental incompleto e ensino superior respectivamente.

Essa privatização gera uma dualidade discriminatória entre os que podem e os que não podem pagar pelos serviços, no mesmo passo em que propicia um nicho lucrativo para o capital, em especial para os segmentos do capital nacional que perderam espaços com a abertura nacional (BEHRING E BOSCHETTI, 2011, p.159).

Diante deste cenário de focalização de precarização das políticas de saúde, a atuação do assistente social vem se ampliando e tornando-se uma prática indispensável para a melhoria da atenção à saúde.

#### **4- O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

A intervenção do assistente social tem se estendido e se firmado no âmbito da saúde diante da concepção de que o processo saúde é determinado socialmente, desta maneira intensifica o conceito ampliado de saúde, e conseqüentemente esse profissional terá o desafio de entender a dinâmica da sociedade e do Estado e suas delimitações no âmbito profissional.

pressupõe que este profissional tenha um conhecimento sobre as políticas públicas, em particular a do SUS, e de como essas políticas são garantidas à população; precisa ter um domínio teórico e técnico sobre a política em que direciona sua atuação, o que exigirá do profissional um conjunto de saberes que envolvem as instâncias da saúde, da prevenção ao tratamento, passando pelas formas de acesso a redes de atenção à estruturação do atendimento. (CUNHA, 2010. p, 44).

A inserção do assistente social se dá um ano depois em que o PSF<sup>8</sup> é implantado no município de Campina Grande no Estado da Paraíba. E desde então passou a ser um dos mais significativos campos de atuação dos assistentes sociais. Esse profissional, tem se tornado indispensável para a educação em saúde.

Na ESF, o trabalho do assistente social acontece de forma generalizada, recebendo demandas das mais variadas políticas, à de Saúde, Educação, Habitação, Assistência Social, Previdência como também na esfera do trabalho, justiça e movimentos sociais. Ele é um dos profissionais que mais pratica a intersetorialidade, ele busca atender o usuário de forma integral, considerando-o como cidadão de direito, fazendo contatos com outros setores para que ocorra a resolução da demanda, a maioria dos usuários procuram-no para buscar informações das mais diversas naturezas, segundo Costa, embora

a intersetorialidade vem sendo tratada como atividade e não como diretriz estratégica na implementação da política de saúde no contexto do SUS, o trabalho de articulação intersetorial realizado pelos Assistentes sociais constitui a mais permanente articulação entre SUS e as demais políticas sociais. (COSTA, 2010, p.49).

Por determinação do ministério da saúde a ESF realiza atividades de prevenção e promoção, que não são restritas aos profissionais da área médica, mas a todos os outros que fazem parte da equipe mínima e da equipe ampliada<sup>9</sup>, nessas atividades são pautados temas das diversas áreas com o objetivo de promover mudanças no comportamento tanto dos usuários como dos próprios profissionais da instituição. Nas UBSFs de Campina Grande-PB o

---

<sup>8</sup> Em 2006 o PSF deixou de ser programa e passou a ser uma estratégia permanente na atenção básica em saúde, justamente por que programa possui tempo determinado e estratégia é permanente e contínua. Desse modo passou a ser denominado de Estratégia Saúde da Família – ESF. (DALPIAZ E STEDILE, P.3, 2011).

<sup>9</sup> É formada por profissionais que são incorporados a estas unidades básicas de acordo com as demandas e características da organização dos serviços de saúde locais. (Ministério da Saúde, 1997).

assistente social promove essas atividades com grupos de hipertensos, gestantes, diabéticos, que são grupos de riscos, nessas reuniões são feitos encaminhamentos, distribuição de medicamentos e, além disso, realizam oficinas com os próprios profissionais da instituição, apresentando os aspectos éticos e legais dos profissionais de saúde, a importância do sigilo, pois a maioria dos profissionais tem acesso aos prontuários dos usuários.

Um dos principais recursos que o assistente social possui é a parceria com o Agente Comunitário de Saúde (ACS), que é morador da comunidade e, portanto conhece a localidade onde atua, sendo assim, contribui intermediando o usuário à instituição, levando informações, notícias e localizando os usuários, principalmente os das áreas descobertas<sup>10</sup>.

Apesar desses recursos, o desafio de fazer a mediação entre usuário e a instituição fica cada vez mais difícil diante da desresponsabilização do Estado, pois, a política de saúde encontrará

notórias dificuldades para sua efetivação, como a desigualdade de acesso da população aos serviços de saúde, o desafio de construção de práticas baseadas na integralidade, os dilemas para alcançar a equidade no financiamento do setor, os avanços e recuos nas experiências de controle social, a falta de articulação entre os movimentos sociais, entre outras. Todas essas questões são exemplos de que a construção e consolidação dos princípios da Reforma Sanitária permanecem como desafios fundamentais na agenda contemporânea da política de saúde. (CFESS, 2010, p.21).

Desse modo, também será um desafio a prática profissional do assistente social na ESF diante dessa lógica de focalização e precarização das políticas sociais, pois tenderá a ficar cada vez mais limitada e parcial, pois ao direcionar determinadas demandas dos usuários para as instituições competentes, elas apresentam respostas sem sucesso. Na maioria das vezes é requisitado a esse profissional fazer uma “seleção” das demandas mais urgentes, devido à fragilidade da instituição.

Na maioria dos casos os atendimentos dos assistentes sociais na ESF acontecem de forma emergencial, não podendo acompanhar a demanda em sua totalidade, isto porque, particularmente no município de Campina Grande-PB, um assistente social atende no mínimo três unidades básicas, ou seja, ele está cada dia em um local diferente e por esse motivo não consegue acompanhar os usuários de forma integral. É importante nesse momento, que a

---

<sup>10</sup>São áreas que não tem ACS acompanhando pelo fato da quantidade desse profissional ser insuficiente.

equipe atuante na instituição colabore no sentido de referenciar as demandas que são competências efetivas do assistente social.

As condições de trabalho desse profissional na ESF são muito precarizadas, ainda é incomum esse profissional ter uma sala disponível e adequada para realizar seus atendimentos, ele também não dispõe de veículos para fazer as visitas domiciliares e outros serviços, também é raro essas instituições dispor de telefone, computador, impressora. O que é bastante comum são casos onde os profissionais tiram de seu próprio “bolso” recursos para suprir essas demandas materiais tão básicas.

Esse processo repercute diretamente na atuação das assistentes sociais: embora oficialmente exista o cargo no quadro da SF, essa inserção aparece como “secundária” ou “periférica”, especialmente por conta das condições de trabalho nas quais as profissionais estão inseridas: sem respaldo da gestão, com sobrecarga de equipes sob sua responsabilidade. (SILVA, 2009, p. 10)

Com essa ineficiência dos serviços de saúde se tornam cada vez mais comum os encaminhamentos dessas demandas não solucionadas para o setor judiciário. Tanto os profissionais como os usuários procuram a justiça numa tentativa de conseguir medicamentos, tratamentos, exames, ou seja, a busca de garantia dos direitos que são violados. No entanto, esse fenômeno causa preocupação, pois,

quando o judiciário determina que o poder público cumpra uma ordem judicial, seja para fornecimento de assistência médica, terapêutica, farmacológica ou hospitalar a determinado cidadão, este indivíduo “passará a frente” de outros pacientes que se encontram na mesma situação de risco. (RIBEIRO, 2014, p. 87).

Além disso, o princípio da universalidade ficará sem sentido, pois grande “parcela da população que mais necessita ter o direito à saúde garantido não possui acesso à justiça” (RIBEIRO, 2014, p. 122).

## **5- SOCIALIZAÇÃO DOS DIREITOS DOS USUÁRIOS: EDUCAÇÃO EM SAÚDE.**

O controle social é um mecanismo de reinvindicação e fiscalização, que foi proposto pela RSB e conquistado por toda a sociedade no período de democratização da década de 1980, as bases legais da participação da sociedade civil está inscrita nas leis Orgânicas da Saúde (LOS), a 8.080/90 e 8.142/90.

Os dois principais projetos políticos em confronto na saúde têm em comum, o incentivo pela participação da sociedade, porém com objetivos distintos. O projeto da RSB visa incentivar a sociedade pelo interesse de participar dos espaços de debates, decisões e fiscalização das políticas públicas através dos moldes que é preconizado pelo SUS, que estabelece o cidadão como criador e portador de direitos. Já o projeto neoliberal restringe a participação da sociedade civil nas decisões das políticas públicas, na mesma medida, através do Estado mínimo transfere suas responsabilidades para essa sociedade, incentivando o voluntariado, que está expresso no terceiro setor ou ONG's<sup>11</sup>.

O financiamento das ONG's pelo Estado foi uma estratégia que possibilitou a ele, “a redução do custo das políticas sociais sem perder a legitimidade, já que ressaltou vetores consensuais dos direitos civis e políticos na manutenção da cidadania” (MACHADO 2010, p. 274). Ainda segundo o autor o surgimento dessas ONG's acarretou no enfraquecimento dos movimentos sociais na década de 1990, pois direcionou a lógica das lutas para as parcerias, instalando uma concepção de “cidadania social”.

Na saúde o controle social está expresso nos conselhos municipais, estaduais e nacional, e nas Conferências, além dos conselhos locais que são criados pelas equipes da ESF e formados pela população do próprio bairro, sendo que estes não são regulamentados, e por isso é incomum a sua mobilização e funcionamento. No entanto esses conselhos locais são de grande importância para a efetivação do controle social, pois ele é composto pela própria comunidade, a participação de toda a sociedade civil nos espaços de debates das políticas públicas de saúde faz com que a democracia se realize.

Apesar desses conselhos e conferências ser o principal meio que possibilita a efetivação do controle social na saúde, eles ainda possuem limites, Cortês (2001), aponta alguns problemas, como,

a legislação que normatiza e a realidades dos conselhos e das conferências, bem como do próprio SUS, permanecem largamente desconhecidas para a população em geral, e mesmo, para muitos trabalhadores e profissionais de saúde e conselheiros.

Os conselhos locais também enfrentam muitas dificuldades para funcionar devido a “comunidade encontrar-se desmotivada para participar das reuniões, e os profissionais estão

---

<sup>11</sup> Organizações não-governamentais que visa realizar trabalhos voluntários em parceria com setor privado ou público.

sem condições de trabalho para fazer um maior acompanhamento, e o Governo municipal não reconhecer nem incentivar os CLS's". (SILVA E VIEGAS, 2010, p.5).

No decorrer do nosso estágio percebemos a fragilidade da população usuária dos serviços das unidades básicas, quanto ao conhecimento dos seus direitos e deveres mais básicos referentes aos serviços de saúde, ao mesmo tempo, vimos que os serviços públicos de saúde apresentam falhas referentes às informações sobre os direitos dos usuários. Chamou-nos a atenção da necessidade de intervir nessa situação, através da educação em saúde, por fazermos parte de uma profissão com dimensão socioeducativa.

As ações socioeducativas e/ou educação em saúde não devem pautar-se pelo fornecimento de informações e/ou esclarecimentos que levam a simples adesão do usuário reforçando a perspectiva de subalternização e controle dos mesmos. Devem ter como intencionalidade a dimensão da libertação na construção de uma nova cultura e enfatizar a participação dos usuários no conhecimento crítico da sua realidade e potencializar os sujeitos para a construção de estratégias coletivas. (CFESS, 2009, p.29).

Essa intervenção teve como objetivo, contribuir para facilitar o acesso das informações na hora de buscar atendimento; elaborar atividades educativas em saúde com os usuários, expondo direitos e deveres com finalidade de gerar autonomia; estimular o controle social, como forma de avaliar, monitorar o acesso aos serviços de saúde.

Esse projeto foi realizado através de salas de espera em duas UBSF de Campina Grande-PB, tivemos como recursos humanos, a Assistente Social, Enfermeiro, Médico e Auxiliar de enfermagem. A atividade em Sala de espera não necessariamente se dá, em uma sala propriamente dita, ela acontece nos corredores, por exemplo, podemos ir onde o usuário esteja, esperando seu atendimento, não tornando a atividade cansativa, conversamos com eles sobre seus direitos e deveres. Baseamo-nos na Carta dos Direitos dos Usuários do SUS<sup>12</sup>, que é formulada com uma linguagem acessível, nela contém informações bem claras sobre os direitos e deveres mais básicos que devemos saber na hora de buscar algum atendimento de saúde.

Além das atividades de sala de espera com os usuários, também realizamos uma capacitação juntamente com a assistente social, voltada para os profissionais de uma das UBSF, em especial com os Agentes Comunitários de Saúde, recepcionistas e porteiro.

Na nossa primeira sala de espera trabalhamos o tema "Socialização dos direitos dos usuários", realizamos essas atividades em duas UBS com carga horária de 30 mim cada e com uma média de 10 participantes. Para manter os participantes sintonizados com o quem

---

<sup>12</sup> Disponível em: <[http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/AF\\_Carta\\_Usuarios\\_Saude\\_site.pdf](http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/AF_Carta_Usuarios_Saude_site.pdf)>.

estávamos demonstrando, elaboramos uma cartilha educativa com o conteúdo que abordamos na sala de espera, e distribuímos com os participantes. Com o objetivo de levar informações sobre os direitos na saúde de maneira geral, além do funcionamento da unidade e profissionais que compõem a instituição.

Também buscamos levar aos usuários, a discussão “quem é o assistente social na ESF”, com o objetivo de responder as principais dúvidas em relação aos serviços prestados por esse profissional. Focamos em cinco atribuições mais comuns, a escuta, laudos e pareceres, visita Domiciliar, orientações, e ações educativas; também esclarecemos o “mito da ajuda” que ainda persiste como visão em relação à profissão. Em muitos casos quando o usuário procura o assistente social,

espera que o profissional seja capaz de construir uma resposta profissional que dê conta de sua necessidade, mesmo aquelas de caráter imediato como a ausência de alimentação, a dificuldade de acessar os serviços mais complexos na área de saúde pública, a busca por informação e orientação sobre a vida familiar. (TORRES, 2007, p.47).

Também procuramos mostrar aos trabalhos que são realizados pela UBS, como pré-natal, vigilância nutricional, saúde bucal, controle de hipertensão, controle de diabetes mellitus, controle hanseníase, controle de tuberculose.

Uma nova competência que a ESF recebeu foi a de fazer os pré-testes e pós-testes do HIV/AIDS, pois

a estratégia atual do ministério da saúde para o enfrentamento da epidemia é a descentralização dos locais de testagem, além dos serviços especializados em DST/AIDS. Esta estratégia é baseada no desenvolvimento conceitual e mudanças ocorridas no cenário epidemiológico. O incentivo á testagem para a população geral passa a ser paulatinamente preconizado, partindo do pressuposto de que a AIDS atinge todos os segmentos da população e não somente os grupos de risco. (ZAKABI, 2012, p. 9)

Para esses testes são oferecidos dois aconselhamentos o primeiro, é coletivo com explicações de como funciona o teste, como se proteger e como se infectar, e quais são os grupos de risco e; o segundo é individual com o recebimento do resultado, aconselhamento de como conviver com a doença, como evitar a transmissão vertical (que ocorre durante a gravidez), e como fazer uso corretamente do TARV (tratamento anti-retroviral), enfatizando que estão disponíveis gratuitamente na rede pública de saúde. Também é enfatizado que pessoas portadoras de HIV/AIDS possuem prioridades na vacinação preventiva, e em tratamentos de doenças oportunistas, por conta da situação imunológica que possuem. Na

UBSF Wesley Cariri Targino no bairro de nova Brasília, na cidade de Campina Grande-PB a assistente social é que fica encarregada de fazer esse aconselhamento, no entanto, qualquer profissional de nível superior pode realizar.

O Ítem mais importante a ser informado para a população é que esses testes são sigilosos, e que o resultado só pode ser exposto mediante aceitação do usuário, por isso,

todo e qualquer profissional de saúde deve manter sigilo sobre as informações prestadas aos usuários dos serviços, e este só pode ser rompido com o consentimento expresso do usuário, (...). E isso não somente por causa do preconceito que ainda existe em nossa sociedade em relação ao portador de HIV/AIDS. Mas também, para reforçar perante os usuários, a confiabilidade do serviço prestado e para que o trabalho de aconselhamento seja garantido na sua forma mais abrangente. (BRASIL, 2005, p. 53).

É por esse motivo de manter o sigilo, que profissionais das UBSF's realizam capacitações para preparar todos os profissionais da instituição para receber esses usuários, não só os profissionais que realizam o aconselhamento, mas todos que compõe a equipe.

Durante nosso projeto de intervenção realizamos uma capacitação voltada para os profissionais que fazia parte dessa instituição (Médico, Enfermeiro, Agente Comunitário de Saúde, Porteiro e recepcionista), a assistente social dessa UBS ficou com a incumbência de apresentar os aspectos éticos e legais dos profissionais de saúde, a ética profissional, o sigilo, os aspectos legais sobre o prontuário e a Lei nº 12.894 de 02 de junho de 2014 que define por crime de discriminação dos portadores do vírus de imunodeficiência humana (HIV) e doentes de AIDS.

A capacitação teve como objetivo mostrar aos profissionais de saúde que quando a ética profissional é colocada em prática, o relacionamento da equipe com os usuários construirá um bem estar social. Os profissionais têm acesso às informações dos usuários, como por exemplo, acesso aos prontuários que contêm todas as informações necessárias que são confidenciais pelos usuários e exames, diagnósticos ou terapias e esses profissionais são responsáveis pelo sigilo dos dados que tiveram acesso. Na quebra do sigilo, o profissional será indiciado judicialmente. E poderá responder também em seus respectivos conselhos profissionais. Nessa perspectiva cada instituição deverá se adequar a essas normativas, como por exemplo:

O local onde ocorre o aconselhamento individual deve permitir a privacidade do que é dito; b) Só pessoas autorizadas e diretamente implicadas na assistência deverão manusear e guardar os prontuários e estar cientes das penalidades que poderão sofrer caso divulguem informações neles

constantes; c) Os resultados dos exames do laboratório para a unidade de assistência deverão ser encaminhados em envelopes lacrados, e sua entrega deve ser feita diretamente ao interessado ou a seu médico; d) o profissional de saúde deve estar ciente de que, mesmo quando discorde pessoalmente dos padrões de comportamento ou estilo de vida de um paciente, a conduta ética exige o sigilo sobre o que lhe é revelado.(BRASIL, 2004, p.13-14).

Todos esses direitos que os portadores de HIV/AIDS possuem foi resultado de uma luta de muito tempo, desde o surgimento dos primeiros casos em 1980 no período de redemocratização, grupos de homossexuais se reuniram para desempenhar o controle social na saúde.

Movimentos de homossexuais deram o primeiro passo, levando informações sobre a AIDS e paralelamente buscavam a garantia dos seus direitos. Foi criada uma “rede de solidariedade”, apoiando as pessoas que contraíram o vírus. O retorno da sociedade no início dessa luta foi a criação da primeira ONG, o Grupo de Apoio e de Prevenção à Aids (GAPA), essa instituição era composta pelas pessoas que tinham o vírus da AIDS e suas famílias, profissionais da saúde, e homossexuais, eles criaram casas de apoio para essas pessoas que não tinham moradia, além de oferecer assistência médica e jurídica.

A participação da sociedade sempre foi fundamental para a conquista dos direitos das pessoas com AIDS ela “se estruturou em dois eixos: o do ativismo político, que reivindicava os direitos dos pacientes, e o da solidariedade, que redefinia os princípios pelos quais a sociedade abordava as pessoas infectadas”.

Apesar de tantas conquistas a luta pelo combate à AIDS ainda é imensa, o principal desafio é garantir o que está na lei, a universalidade, a equidade e a integralidade. BRASIL (2010) cita quatro desafios no tocante ao acesso à saúde: o acesso as consultas, mesmo quando realizadas ficam inviáveis, pois a demora entre a sua realização e o exame solicitado inviabiliza tratamentos ou procedimentos; locomoção para os serviços de saúde, em muitas comunidades há restrições para trafegar por conta do narcotráfico, além disso, muitos usuários não usufrui de recursos financeiros para o transporte até a unidade de atendimento; burocracia dos atendimentos, a relação de alguns profissionais de saúde fazem com que o usuário se sinta mais um número entre tantos, refletindo deste modo na qualidade do atendimento; o acesso a medicação, apesar de estar garantido em lei ainda é desafio constante.

## **6- CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Diante do exposto podemos destacar a importância do trabalho que o assistente social realiza na ESF de campina grande e particularmente nas UBSF's nas quais desenvolvemos

essa experiência, com ações de prevenção e promoção à saúde, buscando a viabilização dos direitos sociais, através de atividades que incentivam o controle social. Essas ações são realizadas através de um dos princípios norteadores da prática do assistente social na ESF, a educação em saúde, buscando considerar as particularidades da comunidade onde se está inserida e reconhecendo que os usuários são portadores de direitos e deveres e que por isso devem ser incentivados a lutar por esses direitos e assim realizar seu papel de cidadão.

É importante ressaltar que o assistente social ao mesmo tempo que defende os interesses dos usuários, como prever o projeto ético político da profissão, ele também está subordinado as normas da instituição, pois também é trabalhador. O projeto de intervenção que apresentamos foi de grande relevância, pois, levou informações, disseminou conhecimentos, e formou espaços de debates com os usuários. Além disso, contribuímos com o trabalho do assistente social na medida em que apresentamos aos usuários quais são as atribuições desse profissional na ESF, e respondemos as principais dúvidas em relação aos serviços prestados por esse profissional, e destacamos suas atribuições mais comuns na instituição, com o finalidade de desvendar o “mito da ajuda”.

Deste modo, o projeto colaborou com os estudos que existem em torno desse tema e permitiu uma reflexão por parte dos usuários, e dos profissionais em saúde, que atuam nas UBSF, na expectativa de construir uma realidade melhor, mais qualificada frente ao cotidiano da prática.

#### **Abstract:**

This article discusses the inclusion of social workers in the Family Health Strategy and its contribution to the strengthening of social control . Reports the results of the Intervention Plan executed in BFHU (FAMILY HEALTH BASIC UNIT ) Jardim America I and BFHU Wesley Cariri Targino in the Nova Brasília neighborhood in the city of Campina Grande- PB , with the socialization issue of users' rights in Health system . This report is the result of stage experience supervised mandatory in Social Work from November 2013 to December 2014 , with the Health Strategy of the Family. The experiment aimed to disseminate information and encourage the organization and mobilization of members for the realization of their rights.

**Keywords:** Health strategy. Health Education. Rights.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. **A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo**, Brasília, Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, Ministério da Saúde, 2012.

\_\_\_\_\_. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília, Ministério da Saúde, 1997.

\_\_\_\_\_. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. 3. ed. – Brasília, Ministério da Saúde, 2011.

\_\_\_\_\_. **Programa Nacional de DST e AIDS**. Oficina de Aconselhamento em DST/HIV/AIDS para a Atenção Básica, Brasília, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, 2005.

\_\_\_\_\_. **Implicações Éticas do Diagnóstico e da Triagem Sorológica do HIV**, Brasília, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília, Programa Nacional de DST e AIDS, 2004.

BEHRING, E. R., IVANETE, B. **Política Social: fundamentos e historia**. Cortez, São Paulo, 2011.

BRAVO, M.I.S. O trabalho do assistente social nas instancias publicas de controle democrático no Brasil. In: **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília, CFESS/ABEPSS, 2009.

\_\_\_\_\_. M.I.S. A Política de Saúde no Brasil: trajetória histórica. In: **Capacitação para Conselheiros de Saúde - textos de apoio**. Rio de Janeiro: UERJ/DEPEXT/NAPE, 2001.

CAMPELLI, M. G. R. CALVO, M. C. M. O cumprimento da Emenda Constitucional nº. 29 no Brasil. **Caderno Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 2007, vol.23 n.7

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

\_\_\_\_\_. **Parâmetros para a atuação de assistentes sociais na saúde** (versão preliminar) grupo de trabalho serviço social na saúde. Brasília, 2009.

COHN, A. As políticas sociais no governo FHC. *Tempo Social*, **Rev. Sociol. USP**, S. Paulo, 11(2): 183-197, out. 1999 (editado em fev. 2000).

CÔRTEZ, S.M.V. **Balço de experiências de controle social, para além dos conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde Brasileiro: construindo a possibilidade da participação dos usuários**. In: BRASIL. Conselho Nacional de Saúde-CNS. *Cadernos da 11ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: CNS, 2000. v. 2. p. 23-42.

COSTA, C. M. O. S. **A prática profissional dos assistentes sociais diante da política neoliberal: desafios e perspectivas.** IV JORNADA INTERNACIONAL DE POLITICAS PUBLICAS, 2010.

COSTA, Maria Dalva Horacio da. **Serviço social e intersectorialidade: a contribuição dos assistentes sociais para a construção da intersectorialidade no cotidiano do Sistema Único de Saúde.** Recife, 2010.

CRUZ, C. C.. **Princípios universais e práticas focalizadas na saúde: um estudo da Estratégia de Saúde da Família.** Rio de Janeiro, 2014.

CUNHA, C. L. N. **Serviço Social na Saúde: os desafios para a garantia do acesso aos direitos sociais dos usuários.** EdiPUCRS, Porto Alegre, 2010.

DALPIAZ, Ana Kelen, STEDILE, Nilva Lúcia Rech. **ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: reflexão sobre algumas de suas premissas.** V Jornada Internacional de Políticas Publicas, São Luiz –MA, 2011.

FARIA, H. X., ARAÚJO, M. D. Precarização do trabalho e processo produtivo do cuidado. Dossiê: Classes Sociais e transformações no mundo do trabalho, **Dossiê: Classes sociais e transformações no mundo do trabalho**, v.16, n.1, 2011.

GOHN, M. G. Sociedade Civil no Brasil: Movimentos Sociais e ONGS. **Revista Nômades**, Bogotá- Colômbia, 2004.

GRANGEIRO A, L S. L, Teixeira P.R. Resposta à aids no Brasil: contribuições dos movimentos sociais e da reforma sanitária. **Rev Panam Salud Publica.** 2009;26(1): 87–94. social com intersectorialidade. Cadernos FUNDAP, n.22, 2001, P.102-110.

MACHADO, G. S. O Serviço Social na ONGs no campo da saúde: projetos societários em disputa. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, 2010, n.102, p.269-288, abr./jun.

NOGUEIRA, V. M. R. MIOTO, R. C. Tamasso. Desafios Atuais do Sistema Único de Saúde - SUS e as exigências para os Assistentes Sociais. In: Ana Elizabete Mota, Maria Inês de Souza Bravo, Roberta Uchoa, Vera Nogueira, Regina Marsiglia, Luciano Gomes, Marlene Teixeira. (Org.). **Serviço Social e Saúde - Formação e Trabalho Profissional.** 4ªed. São Paulo: Cortez, 2009, v. 1, p. 218-242.

PAIM, J. S. Uma análise sobre processo da Reforma Sanitária Brasileira. Rio de Janeiro, **Saúde em Debate**, 2009, v.33, n81, p.27-37.

\_\_\_\_\_. J. S.. **Reforma Sanitária: contribuição para a compreensão e crítica.** Salvador, UFB, 2007.

RIBEIRO, D. S. **O direito à saúde em tempos neoliberais: a judicialização da saúde como estratégia para garantia de direitos?** Juiz de Fora, UFJF 2014.

SANTOS, M. A. Lutas sociais pela saúde pública no Brasil frente aos desafios contemporâneos. **Revista Katálisis-** Florianópolis, 2013.

SANTOS, P. L. P. Mercantilização da saúde e cidadania perdida o papel do SUS na reafirmação da saúde como direito social. **Revista da UNIFEBE**, 2013. v.1, n.11

SILVA, A. X. **A Reforma Sanitária Brasileira em Debate**. V Jornada internacional de Políticas Públicas. Maranhão, 2011.

\_\_\_\_\_. VIEGAS, J. A. B. SILVA, A. X. **O controle social no Programa de Saúde da Família no município de Campina Grande-PB**: uma análise sob a ótica dos Conselheiros. IV Jornada Internacional de Políticas Publicas. Maranhão, 2010.

SILVA, C. C. **Serviço Social e Estratégia Saúde da Família**: uma análise sobre a experiência de Campina Grande-PB. IV Jornada Internacional de Políticas Públicas, Maranhão, 2009.

SOARES, R. C. **A contarreforma na política de saúde e o SUS hoje**: impactos e demandas ao serviço social – Recife, 2010. UFPE. Tese de Doutorado.

SOUSA, R. S. CASTRO, A. G. **Movimentos Sociais, Direitos Humanos e Serviço Social no Brasil**. Congresso Catarinense de Assistentes Sociais, Florianópolis: Santa Catarina, 2013.

TORRES, M.M. Atribuições privativas presentes no exercício profissional do assistente social: uma contribuição para o debate. **Revista Libertas**, Juiz de Fora, 2007, v.1, n.2, p.42 – 69.

ZAKABI, D. **Aconselhamento pré e pós-testes anti-hiv na atenção básica: a perspectiva dos profissionais de saúde**. São Paulo, Dissertação de mestrado, 2012.