



# 16º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais

Tema: “40 anos da “Virada” do Serviço Social”

Brasília (DF, Brasil), 30 de outubro a 3 de novembro de 2019

Eixo: Serviço Social, Fundamentos, Formação e Trabalho Profissional.

Sub-Eixo: Ênfase em Trabalho Profissional.

## EDUCAÇÃO EM SAÚDE E AÇÕES SOCIOEDUCATIVAS NO ACOLHIMENTO DA POLICLÍNICA PIQUET CARNEIRO (PPC)

Aline Dias da Silva Fragoso<sup>1</sup>

Amanda da Silva Araújo<sup>2</sup>

Marcela Natacha dos Santos Caxias de Lima<sup>3</sup>

Elizabeth Aline da Silva Toledo Branco<sup>4</sup>

Pâmela Mendes Melo<sup>5</sup>

Karina Pessoa da Silva<sup>6</sup>

Fabiana Rodrigues da Silva<sup>7</sup>

Simone Vieira do Carmo de Araújo<sup>8</sup>

**Resumo:** O artigo apresenta a importância da educação em saúde a partir da ótica da saúde ampliada e da humanização no Serviço Social. Aponta a experiência profissional das ações socioeducativas obtidas no setor de Acolhimento da Policlínica Piquet Carneiro (PPC). Como destaque, foi feita uma avaliação dos resultados alcançados nos grupos de salas de espera realizados no período de março a junho de 2019.

**Palavras-chaves:** Saúde. Educação em Saúde. Serviço Social e Saúde.

**Abstract:** The article presents the importance of health education from the perspective of expanded health and humanization in Social Work. It points out the professional experience of the socio-educational actions obtained in the Reception sector of the Piquet Carneiro Polyclinic (PPC). A evaluation of the results achieved in waiting room groups from March to June 2019 was carried out.

**Abstract:** Health. Health Education. Social Service and Health.

### 1. POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

A política de saúde no Brasil atualmente é reconhecida como integrante da Seguridade Social brasileira, assim como a política de Assistência Social e a Previdência

<sup>1</sup> Profissional de Serviço Social, Policlínica Piquet Carneiro / Universidade do Estado do Rio de Janeiro, E-mail: amandaraujo2015@yahoo.com.br.

<sup>2</sup> Profissional de Serviço Social, Policlínica Piquet Carneiro / Universidade do Estado do Rio de Janeiro, E-mail: amandaraujo2015@yahoo.com.br.

<sup>3</sup> Estudante de Pós-Graduação, Policlínica Piquet Carneiro / Universidade do Estado do Rio de Janeiro, E-mail: amandaraujo2015@yahoo.com.br.

<sup>4</sup> Estudante de Pós-Graduação, Policlínica Piquet Carneiro / Universidade do Estado do Rio de Janeiro, E-mail: amandaraujo2015@yahoo.com.br.

<sup>5</sup> Estudante de Graduação, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, E-mail: amandaraujo2015@yahoo.com.br.

<sup>6</sup> Estudante de Graduação, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, E-mail: amandaraujo2015@yahoo.com.br.

<sup>7</sup> Estudante de Graduação, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, E-mail: amandaraujo2015@yahoo.com.br.

<sup>8</sup> Estudante de Graduação, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, E-mail: amandaraujo2015@yahoo.com.br.

Social, após a promulgação da Constituição Federal de 1988. A saúde é direito fundamental de todos os cidadãos e tem no Estado o responsável por prover as condições para seu pleno exercício (BRASIL, 1990).

A década de 1980 é marcada pela redemocratização política com o fim da Ditadura Militar e pela construção do Projeto de Reforma Sanitária, que contou com a participação de novos sujeitos sociais no debate das condições de vida da população. Esse Projeto tem como proposta a universalização das políticas sociais e a garantia dos direitos sociais. A saúde é compreendida por uma concepção ampliada através da determinação social em saúde, considerando o modo de vida e trabalho dos indivíduos. A saúde deixa de ser interesse somente técnico e passa a ter uma dimensão política (BRAVO, 2006, p. 9).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília no ano de 1986, é definida como fator fundamental para a discussão da questão de saúde no Brasil. Durante a 8ª Conferência foram discutidas e aprovadas as principais demandas do movimento sanitário, como o fortalecimento do setor público de saúde, a expansão da cobertura a todos os cidadãos e a unificação em um único sistema (PAIVA; TEIXEIRA, 2009, p. 25).

O ano de 1988 ficou conhecido pela promulgação da nova Constituição, conhecida como Constituição Cidadã. A política de saúde definida na Carta Magna engloba, em grande parte, as reivindicações da 8ª Conferência Nacional de Saúde, passando a adotar o conceito ampliado de saúde defendido pelo movimento sanitário e promulgando o Sistema Único de Saúde (SUS), um sistema universal de responsabilidade do Estado e direito de todos os cidadãos.

Além da Constituição Federal, o SUS tem como outro marco legal a Lei Orgânica da Saúde, constituída pela Lei 8.080/1990, que estabelece a criação do SUS, definindo seus objetivos e atribuições; os princípios e diretrizes; o modo como irá se organizar; financiamento e gestão financeira, entre outros; e pela Lei 8.142/1990, que define a participação da comunidade na gestão do SUS por meio dos Conselhos e Conferências de Saúde e seu financiamento.

A Constituição Federal de 1988 trouxe importantes avanços na ampliação dos direitos sociais, mas, a partir da década de 1990 até os dias atuais, os governos brasileiros instituíram a chamada Reforma do Estado ou, melhor dizendo, a contrarreforma do Estado, justificada pela política de ajuste neoliberal, que provoca grandes prejuízos ao que está definido na Carta Magna (BRAVO, 2006, p. 13).

Na saúde, as estratégias da contrarreforma se expressam na precarização do SUS, que restringe o atendimento à parcela da população pobre. Por consequência, o capital amplia seu mercado e lucro ao oferecer os serviços de saúde privados para os indivíduos que podem consumi-los. Nas palavras da autora, “quanto mais o SUS é precarizado mais cresce o mercado de serviços privados.” (SOARES, 2012, p. 90).

Para Soares (2012, p. 91) e CFESS (2010, p. 22), as mudanças realizadas no interior do sistema de saúde durante o governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC) diferem o SUS real do SUS constitucional ou legalmente instituído. Há uma grande distância entre o sistema proposto pela Reforma Sanitária e a prática em saúde vigente na era do neoliberalismo. A atenção em saúde separa-se do caráter universal e igualitário para tornar-se focalizada nos sujeitos que não têm acesso aos subsistemas privados, desencadeando um sistema fragmentado e assistencialista.

A análise feita por Bravo (2006, p. 15; 2016, p. 2) sobre a política de saúde no período do governo do Partido dos Trabalhadores (PT) indica que havia a expectativa que esse governo fosse fortalecer o projeto de Reforma Sanitária, o que não ocorreu. Há ampliação da privatização, com a criação das Fundações Estatais de Direito Privado e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, assim como a regulamentação da inserção do capital privado no âmbito do SUS por meio da participação complementar dos serviços e planejamentos (SOARES, 2012, p. 94; BRAVO; BRAVO DE MENEZES, 2013, p. 36-38).

Durante os governos PT, as propostas da Reforma Sanitária foram adequadas ao subfinanciamento do SUS, visando otimizar a gestão e transferir aos profissionais de saúde a responsabilidade de tornar o SUS possível. Mantém o caráter focal das políticas sociais, a falta de democratização do acesso, a não-viabilização da seguridade social e a articulação com o mercado privado (BRAVO; BRAVO DE MENEZES, 2013, p. 32-33).

O governo ilegítimo de Michel Temer pode ser compreendido como a radicalização do projeto liberal, que teve como intuito a reforma do Estado pautada na privatização da infraestrutura econômica e social (FAGNANI, 2017, p. 10).

Segundo Bravo, Pelaez e Pinheiro (2018, p. 13), a política de saúde do governo Temer teve como principais aspectos a redução do tamanho do SUS e do seu financiamento; a versão popular dos planos de saúde; a diminuição da regulação da Agência Nacional de Saúde (ANS); a revisão da Política Nacional de Atenção Básica e da Política Nacional de Saúde Mental, realizadas sem que ocorresse o debate com a sociedade e com o Conselho Nacional de Saúde (CNS).

A saúde, nos primeiros meses do governo de Jair Bolsonaro, acena para a defesa e o fortalecimento dos interesses do setor privado. O ministro da Saúde Luiz Henrique Mandetta reproduz um discurso que o SUS é um sistema em falência e que requer maior aproximação com o capital privado. Podemos citar como alguns retrocessos: a fragilização da Atenção Básica em Saúde com o término do contrato do programa Mais Médicos com Cuba, a ideia de criar um *voucher* ou bolsa-saúde, o avanço da contrarreforma psiquiátrica, o ataque à saúde indígena e o retrocesso no campo da educação em saúde.

A fundação do SUS, resultado da luta política da sociedade, proporcionou aos brasileiros o acesso à rede integral à saúde. Entretanto, o sistema de saúde brasileiro

encontra um grande desafio, que impossibilita que as conquistas alcançadas na Constituição Federal de 1988 ocorram de maneira plena. As contrarreformas do Estado - responsáveis pela precarização e focalização das ações e políticas de saúde - fazem com que o SUS resulte em um sistema frágil, impactando diretamente na vida daqueles usuários que não podem acessar o sistema privado de saúde, além de interferir no trabalho coletivo em saúde.

## **2. POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO (PNH): AMPLIANDO O DEBATE**

Lançaremos mão do debate acerca da Política Nacional de Humanização (PNH), que tem sido referência para o trabalho no setor de Acolhimento da Policlínica Piquet Carneiro (PPC), cenário que iremos aprofundar a seguir.

A PNH é uma política vinculada à Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde e se articula com secretarias estaduais e municipais de saúde com o propósito de construir planos de ação à saúde. Dessa maneira, ela procura incorporar os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde. Junto a isso, motiva a comunicação e os processos coletivos na relação entre gestores, trabalhadores e usuários do SUS (BRASIL, 2013). Um dos conceitos que norteiam a PNH é o Acolhimento:

Acolher é reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde. O Acolhimento deve comparecer e sustentar a relação entre equipes/serviços e usuários/populações. Como valor das práticas de saúde, o Acolhimento é construído de forma coletiva, a partir da análise dos processos de trabalho e tem como objetivo a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre equipes/serviços, trabalhador/equipes e usuário com sua rede socioafetiva. (BRASIL, 2013)

Ressaltamos que, de acordo com os Parâmetros de Atuação do Assistente Social na Saúde (CFESS, 2010), considera-se a importância de trabalhar com a concepção de Humanização dentro de uma perspectiva mais ampliada do debate. Ou seja, compreender que os processos de saúde-doença estão totalmente relacionados com as condições de vida e trabalho da população. Sendo assim, faz-se necessário desencadear debates e ações em torno de temáticas relacionadas ao cotidiano da população dentro de uma perspectiva que supere o modelo centrado na doença.

## **3. O SETOR DE ACOLHIMENTO DA POLICLÍNICA PIQUET CARNEIRO**

A PPC é uma instituição de média complexidade com serviços que atendem complexidades clínicas especializadas com recursos de diagnóstico e tratamento. É um espaço de cuidado especializado integrado à rede de atenção à saúde, complementa as ações da Atenção Primária em Saúde e atende principalmente a usuários via Sistema Nacional de Regulação (SISREG). É uma unidade de saúde situada no município do Rio de Janeiro e vinculada à Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

O Setor de Acolhimento da PPC é um espaço instituído a partir da PNH e da necessidade de um setor que atenda a demandas sociais e clínicas com mais profundidade e maior acompanhamento. Possui um diferencial, pois não conta com classificação de riscos e recebe toda e qualquer demanda e necessidade de saúde. Desenvolve um processo de trabalho com ações que vão para além dos atendimentos e se articulam com outras equipes e serviços, mantendo um elo com os ambulatorios e garantindo um movimento de comunicação, de articulação dos acompanhamentos e das possibilidades de encaminhamento e/ou vagas abertas para usuários da PPC.

O Acolhimento, bem como os outros espaços de saúde do SUS, ressalta os princípios e as diretrizes do SUS (universalidade, integralidade, equidade, participação popular, descentralização, comando único, regionalização e hierarquização), a defesa da Reforma Sanitária, o compromisso de garantia dos direitos sociais e a participação nos processos de saúde dos usuários. O Serviço Social, diante disso, realiza uma crítica ao modelo centrado apenas na doença e compreende as determinações sociais, econômicas e culturais no processo saúde-doença.

Este setor conta atualmente com duas assistentes sociais, quatro estagiárias graduandas da UERJ e duas assistentes sociais residentes vinculadas à UERJ. Dessa maneira, procura responder demandas de competência e atribuição do Serviço Social.

Dentre as atividades desenvolvidas, destacamos: a realização de atendimento individual; acompanhamento social; participação nos espaços de controle social; sistematização do trabalho profissional; atividades de pesquisa (no momento temos três pesquisas em curso, vinculadas à Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ); supervisão individual e coletiva; articulação com outros setores da PPC, com vistas a propiciar o trabalho em equipe; realização de salas de espera; produção e organização de materiais educativos, como *folders*, maquetes, murais e vídeos, os quais passam na televisão do setor enquanto os usuários aguardam o atendimento.

Nos atendimentos individuais, observamos como principais demandas no Acolhimento em 2019: orientação sobre acesso e encaminhamento para a Atenção Primária de Saúde para acompanhamento ou regulação via SISREG; Orientação sobre gratuidade nos transportes (RioCard Especial, Vale Social, RioCard para idoso, entre outros); Orientação sobre gratuidade de medicamentos e insumos; Orientação referente a benefícios sociais (Benefício de Prestação Continuada, Bolsa Família, entre outros); Orientação previdenciária (auxílio doença, aposentadoria por invalidez, entre outros); Dificuldade de acesso à saúde e orientações acerca da judicialização (Câmara de Resolução de Litígios da Saúde, Defensoria Pública, entre outros); Orientação acerca de encaminhamento interno seguindo o fluxo da PPC ou encaminhamento interno de outras especialidades para o Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE), pois ambas as instituições são vinculadas à

UERJ; Orientação sobre o funcionamento da PPC; Orientação sobre divulgação e inscrição de projetos realizados na PPC que estão abertos para a população usuária; e acompanhamento social.

Conforme já apontamos, no setor de Acolhimento também são realizadas ações socioeducativas. Destacamos algumas ações presentes nos Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde que norteiam o trabalho educativo do Serviço Social:

- Sensibilizar os usuários acerca dos direitos sociais, princípios e diretrizes do SUS, rotinas institucionais, promoção da saúde e prevenção de doenças por meio de grupos socioeducativos;
- Democratizar as informações da rede de atendimento e direitos sociais por meio de ações de mobilização da comunidade;
- Democratizar as rotinas e o funcionamento da unidade por meio de ações coletivas de orientação;
- Socializar informações e potencializar as ações socioeducativas desenvolvendo atividades nas salas de espera;
- Elaborar e/ou divulgar materiais socioeducativos como folhetos, cartilhas, vídeos, cartazes e outros, que facilitem o conhecimento e o acesso dos usuários aos serviços oferecidos pelas unidades de saúde e aos direitos sociais em geral;
- Mobilizar e incentivar os usuários e suas famílias para participar no controle democrático dos serviços prestados (CFESS, 2010, p. 56).

#### **4. DIMENSÃO PEDAGÓGICA DO ASSISTENTE SOCIAL**

A partir do conhecimento a respeito da construção do SUS, algumas questões trouxeram reflexão sobre qual seria o alcance do Serviço Social em acrescentar/modificar a realidade posta aos usuários na saúde pública atual. A precarização da saúde é evidente na execução dos princípios e diretrizes do SUS, mais ainda, as ações de promoção da saúde, que, aos poucos foram se perdendo e sendo deixadas de lado, como se fossem de menor relevância no processo de saúde-doença da população. Ao encontro disso, Abreu (2002 apud IAMAMOTO, 2007, p. 329) coloca a função pedagógica como um vínculo que a profissão tem com as classes sociais por meio da atuação profissional, na qual essa ação supõe relação entre o Estado e sociedade, e o enfrentamento da “questão social”.

Nesse sentido, o trabalho do Serviço Social deve ser feito com base em atendimentos que englobem todos os determinantes que envolvam a saúde do usuário como: alimentação, moradia, trabalho, lazer, entre outros, de forma a promover a saúde, trazendo um debate sobre a condição de vida e de trabalho da população atendida, por meio dos direitos constituídos, pensando as questões mais amplas da sociedade.

Para o Serviço Social, evidencia-se a importância da articulação entre a função pedagógica do Assistente Social com as ações de promoção da saúde para a população usuária. Essa relação se coaduna com os princípios 3º, 5º e 10º do Código de Ética do Assistente Social, que afirmam a relevância da “ampliação e consolidação da cidadania”; do “posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de

acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais”; e o “compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população”, respectivamente (CFESS, 1993 apud CFESS, 2012, p. 23-24).

Com base na Lei de Regulamentação da Profissão (BRASIL, 1993 apud CFESS, 2012, p. 44-47), nos artigos 4º e 5º, dispomos das competências e atribuições privativas do Assistente Social, nas quais se fundamentam a função educativa juntamente com as ações de promoção da saúde.

## 5. POR QUE PENSAR EDUCAÇÃO EM SAÚDE?

Antes de começarmos esta seção, faz-se necessário esclarecer que entendemos os determinantes sociais da saúde como as condições de vida e de trabalho, que vão interferir diretamente no processo saúde-doença da população. Domisc (apud NOGUEIRA, 2011, p.16) nos explica melhor como isso aparece:

Por trás dos determinantes imediatos da saúde (educação, habitação, emprego, segurança alimentar, proteção social e cuidados universais de saúde) encontram-se os determinantes estruturais mais profundos, incluindo as relações desiguais de poder e o acesso desigual aos recursos e às tomadas de decisão.

Portanto, na atualidade, é possível compreender que saúde não se constitui somente como ausência de doença, a fim de ignorar as contribuições das outras áreas. O Serviço Social é uma dessas áreas que vem afirmando a sua importância na área da saúde, na medida que compreende que o meio social em que o usuário vive, incide no seu processo de saúde-doença.

Nesse sentido, de acordo com o debate explicitado, entende-se que há a necessidade de uma atuação profissional articulada com as ações socioeducativas que superem a ótica focalizada e restrita. Essa atuação profissional deve ter como direção a concepção de saúde ampliada. Segundo Miotto e Lima,

a ênfase conferida às ações socioeducativas dos Assistentes Sociais está vinculada ao fato de ser uma ação com potencial para o fortalecimento de processos emancipatórios. Com ela espera-se contribuir para a formação de uma consciência crítica entre sujeitos, através da apreensão e vivência da realidade, para a construção de processos democráticos, enquanto espaços de garantia de Direitos, mediante a experiência de relações horizontais entre profissionais e usuários. Nesse processo educativo, projeta-se a emancipação e a transformação social (MIOTTO; LIMA, 2011, p. 216-217).

A ênfase em ações educativas numa perspectiva mais ampliada deve superar uma lógica simplista de repasse de informações que convençam o usuário à adesão ao tratamento. A atuação não tem o intuito de controlar ou esclarecer rotinas da unidade com vistas a favorecer os interesses institucionais.

De acordo com o CFESS (2010, p. 54-56), as ações socioeducativas se dão por meio da socialização de informações, seja em atendimento individual, ou com a família do

usuário, através de uma intervenção reflexiva, que desperte a consciência sanitária nos usuários, ou seja, a consciência da saúde como um direito de todos.

## 6. RESULTADOS

No tocante às atividades educativas destacamos, neste trabalho, as atividades de grupos de sala de espera. Estas, antes de serem executadas, são planejadas pela equipe que é composta pelas Assistentes Sociais do setor, juntamente com as residentes e estagiárias, sendo este um espaço em que todos podem opinar, a fim de refletirmos sobre a melhor forma de execução dessas atividades. Diante disso, a sistematização do planejamento contempla as seguintes informações: Tema, Justificativa, Previsão de tempo de duração, Profissionais e discentes envolvidos, Público alvo, Objetivo Geral, Objetivos específicos, Metodologia e Avaliação. Todos da equipe que participarão da sala de espera recebem uma cópia desse planejamento com antecedência, e, no dia da atividade, realizamos uma curta reunião, a qual antecede a sua execução, a fim de planejar a organização da mesma.

As tarefas da atividade da sala de espera são divididas da seguinte forma: duas pessoas na coordenação da atividade (responsáveis por conduzi-la); uma pessoa registrando os nomes dos participantes, pois precisamos da relação dos usuários que participaram da atividade; uma pessoa para fazer o relato referente à atuação dos profissionais na atividade, uma pessoa responsável para fazer o relato da participação dos usuários e outra para fazer o relato do espaço físico. Cabe ressaltar que, de acordo com o número de pessoas da equipe do setor de Acolhimento, temos condições de propor essa divisão de tarefas, classificando este ponto como positivo, pois enriquece a análise e sistematização das atividades.

Após a realização da sala de espera, é feita uma avaliação com a equipe do setor, com o objetivo de debater a execução da atividade, a forma de condução, a participação dos usuários, a dinâmica desenvolvida e possíveis sugestões para as próximas salas de espera. Todos esses dados que são coletados, são sistematizados em um livro de registro de salas de espera. São feitas fotografias das atividades que são colocadas em um arquivo digital, como forma de registro visual.

Os materiais utilizados abordam temas levantados pelos próprios usuários, através das demandas que são apresentadas nas salas de espera e nos atendimentos individuais. Salientamos que os *folders* são desenvolvidos de acordo com os temas da sala de espera, para que estes sejam entregues na mesma.

Os resultados que serão apresentados a seguir são oriundos das salas de espera realizadas no período de março a junho de 2019; nesse período foram realizadas 05 salas de espera, com os seguintes temas: Cartão Nacional do SUS; Direitos Sociais na saúde; O

cuidado em saúde mental. Nesse período, alcançamos 61 usuários, com informações retiradas dos relatos realizados. É importante destacar que, ao final de cada sala de espera, aplicamos um pequeno questionário de avaliação, objetivando identificar o que os usuários acharam do espaço da atividade, da condução, do tema abordado, e sugestões de temas para as próximas salas de espera. Ressaltamos que o quantitativo de 61 participantes não corresponde ao número total de usuários que responderam a avaliação, sendo o nosso universo correspondente a 48 participantes, os quais preencheram o questionário.

Obtivemos as seguintes respostas em relação ao que acharam da sala de espera: 40 classificaram como Bom, 05 como regular e 03 não responderam. Perguntamos “O que você achou do tema apresentado?” 45 classificaram como Bom, 02 como Regular e 01 não respondeu. Quando perguntados “O que você achou da forma de condução da atividade (dinâmica realizada)?” 46 classificaram como Bom e 02 como Regular.

Além dessas perguntas, o questionário contempla uma parte em que os usuários podem colocar sugestões de temas para as futuras salas de espera. Os temas que apareceram foram: Funcionamento do SUS nos diferentes níveis de atenção e Sistema de Regulação de Vagas (SISREG) (24); Discussão sobre a gratuidade de medicamentos no SUS (18); Direitos do usuário do Sistema Único de Saúde (17); Espaços de participação social e efetivação do direito à saúde (14); Funcionamento da Policlínica Piquet Carneiro (12).

## **7. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Enquanto equipe profissional de Serviço Social, nós avaliamos que, para além da sistematização dos dados, na qual se contempla a descrição e a avaliação das salas de espera por meio dos questionários, devemos também ampliar o debate qualitativo e o olhar para os relatos dos usuários que se manifestam nas salas de espera. Certos relatos de usuários destacam críticas ao SUS e ao SISREG, como elementos que interferem no processo de saúde-doença. Isso nos possibilita pensar como eles observam a precarização do SUS, que está de acordo com os interesses do sistema capitalista e do projeto neoliberal, o qual avança no corte de direitos sociais à saúde e na diminuição da responsabilidade do Estado nas políticas públicas de saúde.

Alguns usuários também se expressam surpresos quando enaltecemos falas de defesa da saúde como direito e obrigação do Estado e quando discutimos a não-culpabilização individual na assistência à saúde. Isso gera um impacto muito positivo no fortalecimento dos usuários enquanto sujeitos emancipados de direito, como também para o incentivo de participação popular, pois se verifica como eles valorizam o conhecimento e a informação sobre os direitos à saúde. Toda e qualquer fala - ou silenciamento - de qualquer usuário é significativo para o Serviço Social, pois, a partir disso, o profissional pode refletir

como atuar de acordo com as necessidades e interesses da população usuária, bem como verificar a melhor abordagem diante de determinadas situações de acordo com suas atribuições e competências.

O Serviço Social tem o papel de viabilizar o acesso aos direitos e contribuir para orientar estratégias e mecanismos institucionais que propiciem o acesso à saúde, e as ações socioeducativas são ótimos instrumentos para esse propósito. Dessa forma, a sala de espera pode ser um instrumento com potencial para nortear uma emancipação aos usuários, como também para informar sobre os direitos à saúde.

## 8. REFERÊNCIAS

BRAVO, M. I. S. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, A. E. et al. (Orgs.) *Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional*. São Paulo: Cortez, OPAS/OMS, Ministério da Saúde, 2006, p. 88-110 .

BRAVO, M. I. S; BRAVO DE MENEZES, J. S. A política de saúde na atual conjuntura: algumas reflexões sobre os governos Lula e Dilma. In: SILVA, L. B., RAMOS, A. (Orgs.) *Serviço Social, Saúde e Questões Contemporâneas: reflexões críticas sobre a prática profissional*. Campinas: Papel Social, 2013, p. 19-47.

BRAVO, M. I. S; PELAEZ, E. J; PINHEIRO, W. N. As contrarreformas na política de saúde

do governo Temer. *Argumentum*. Vitória, v. 10, n.1, p. 9-23, jan./abr. 2018.  
Disponível em:

<<http://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/19139/13218>>. Acesso em: 27 jun. 2018.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, Senado, 1998.  
Disponível em:

<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm)>.  
Acesso em: 18 jun. 2019.

\_\_\_\_\_. *Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em:

<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)>. Acesso em: 18 jun. 2019.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Política Nacional de Humanização - HUMANIZASUS*. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. *Carteira de Serviços: Atenção Secundária – Policlínicas (Versão Profissional)*. 1ª Ed. Rio de Janeiro: Prefeitura do Rio de Janeiro, 2015. Disponível em:

<[https://subpav.org/upload/6\\_Carteira\\_servicos\\_atencao\\_secundaria\\_lancamento\\_jun2014.pdf](https://subpav.org/upload/6_Carteira_servicos_atencao_secundaria_lancamento_jun2014.pdf)>. Acesso em: 18 jun. 2018.

CFESS. Código de Ética do/a Assistente Social. Lei 8.662/93 de Regulamentação da Profissão. 10ª Ed. *Revista e atualizada*. Brasília: Conselho Federal de Serviço Social, 2012. Disponível em: <[http://www.cfess.org.br/arquivos/CEP\\_CFESS-SITE.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_CFESS-SITE.pdf)>. Acesso em: 19 jun. 2019.

\_\_\_\_\_. *Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde*. Brasília: CFESS, 2010. Disponível em: <[http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros\\_para\\_a\\_Atuacao\\_de\\_Assistentes\\_Sociais\\_na\\_Saude.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf)>. Acesso em: 17 jun. 2019.

FAGNANI, E. O fim do breve ciclo de cidadania no Brasil (1988-2015). Texto para Discussão. n.308. *Camoninas*: Instituto de Economia, UNICAMP, Jun, 2017, p. 2-21. Disponível em: < <https://www8.eco.unicamp.br/Publicacoes/textos-para-discussao> >. Acesso em: 01 nov. 2017.

IAMAMOTO, M. V. *Serviço Social em tempo de capital fetiche*: Capital financeiro, trabalho e questão social. São Paulo: Cortez, 2007.

LIMA, T. C. S; MIOTO, R. C. T. *Ações socioeducativas e serviço social*: características e tendências na produção bibliográfica. *Temporalis*, Brasília (df), n. 21, p.211-237, jan./jun. 2011.

PAIVA, C. H. A; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. *História, Ciência, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan./mar. 2014, p.15-35. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v21n1/0104-5970-hcsm-21-1-00015.pdf>>. Acesso em: 14 ago. 2017.

SOARES, R. C. A racionalidade da contrarreforma na política de saúde e o Serviço Social. In: BRAVO, M. I. S. et al. (Orgs.) *Saúde, Serviço Social, movimentos sociais e conselhos*: desafios atuais. São Paulo: Cortez, 2012, p. 85-108.

STOTZ, E. Enfoques sobre educação popular. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Caderno de Educação Popular*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007, p.58-66.