



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

JOUSIELE FERREIRA SIMPLÍCIO DE OLIVEIRA

**DISCUTINDO O DIREITO À SAÚDE NO CONTEXTO DO SUS: UMA ANÁLISE
SOBRE A CONCEPÇÃO DAS USUÁRIAS DO INSTITUTO ELPÍDIO DE ALMEIDA
DE CAMPINA GRANDE/PB**

**CAMPINA GRANDE /PB
SETEMBRO / 2013**

JOUSIELE FERREIRA SIMPLÍCIO DE OLIVEIRA

**DISCUTINDO O DIREITO À SAÚDE NO CONTEXTO DO SUS: UMA ANÁLISE
SOBRE A CONCEPÇÃO DAS USUÁRIAS DO INSTITUTO ELPÍDIO DE ALMEIDA
DE CAMPINA GRANDE/PB**

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

**CAMPINA GRANDE /PB
SETEMBRO / 2013**

O48d Oliveira, Jousiele Ferreira Simplicio de.

Discutindo o direito à saúde no contexto do SUS: uma análise sobre a concepção das usuárias do Instituto Elpidio de Almeida de Campina Grande – PB [manuscrito] / Jousiele Ferreira Simplicio de Oliveira. – 2013.

25 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, 2013.

“Orientação: Profª. Ms. Maria do Socorro Pontes de Souza, Departamento de Serviço Social”.

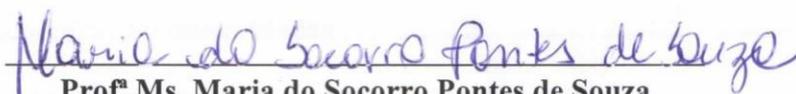
1. Política de saúde. 2. Direito. 3. SUS. I. Título.

21. ed. CDD 362.1

JOUSIELE FERREIRA SIMPLÍCIO DE OLIVEIRA

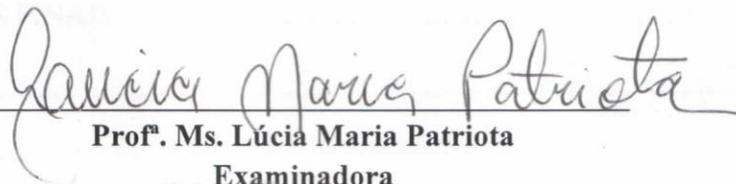
**DISCUTINDO O DIREITO À SAÚDE NO CONTEXTO DO SUS: UMA ANÁLISE
SOBRE A CONCEPÇÃO DAS USUÁRIAS DO INSTITUTO ELPÍDIO DE ALMEIDA
DE CAMPINA GRANDE/PB**

BANCA EXAMINADORA



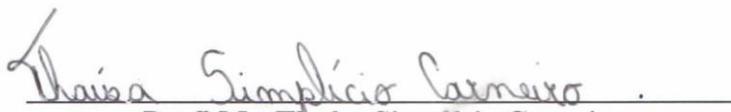
Profª Ms. Maria do Socorro Pontes de Souza

Orientadora



Profª Ms. Lúcia Maria Patriota

Examinadora



Profª Ms. Thaísa Simplicio Carneiro

Examinadora

**CAMPINA GRANDE – PB
SETEMBRO / 2013**

SUMÁRIO

RESUMO.....	05
1. INTRODUÇÃO.....	06
2. BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL.....	07
3 A CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988 COMO MARCO DO DIREITO À SAÚDE: UMA CONSTRUÇÃO EM MOVIMENTO.....	10
4. DÉCADA DE 1990 E OS DESAFIOS PARA CONSOLIDAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS.....	13
5. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....	16
5.1 O Cenário da pesquisa: Caracterizando do Campo de Estágio.....	16
5.2 Perfil Sócio Econômico das entrevistadas.....	17
5.3Análise das falas das entrevistadas.....	18
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	22
7. REFERÊNCIAS.....	24

DISCUTINDO O DIREITO À SAÚDE NO CONTEXTO DO SUS: UMA ANÁLISE SOBRE A CONCEPÇÃO DAS USUÁRIAS DO INSTITUTO ELPÍDIO DE ALMEIDA DE CAMPINA GRANDE/PB

Jousiele Ferreira Simplício de Oliveira

RESUMO

O presente artigo é resultado de uma pesquisa realizada no Instituto Elpídio de Almeida - ISEA no Município de Campina Grande –PB no período de setembro a novembro de 2012 e teve como objetivo principal analisar a concepção que as usuárias atendidas na referida instituição apresentam acerca do direito à saúde no contexto do SUS. A pesquisa adotou uma abordagem quanti-qualitativa do tipo analítico- crítica, tendo sido realizada a partir do estudo bibliográfico e da pesquisa de campo. Para a coleta de dados utilizamos como instrumentos a entrevista semi-estruturada e a observação participante. As entrevistas foram realizadas com 20 mulheres parturientes atendidas no referido espaço e maiores de 18 anos de idade. Na perspectiva de melhor compreender os dados coletados utilizamos a análise de conteúdo enquanto instrumento importante para compreender os significados das falas. A partir dos dados da pesquisa foi possível identificar que apesar do importante avanço que significou a criação e implementação do SUS em 1988, são muitos os desafios para sua efetividade. A pesquisa vem revelar, a insatisfação das usuárias entrevistadas, no que se refere a qualidade dos serviços prestados pela instituição, demonstrando inúmeras dificuldades para garantia do direito à saúde no âmbito do SUS, conforme está previsto Constitucionalmente.

Palavras – Chaves: Política de Saúde, Direito, SUS.

ABSTRACT

This article aims to make a brief discussion on the design that the users of the SUS data about their rights. It is derived from the practice of supervised internship at the Instituto de Almeida Elpideo-ISEA in Campina Grande-PB, we emphasize the importance of the system and the trajectory of Brazilian health policy as well as the importance of health reform from which originated the principles of the NHS. importantly, this study also seeks to understand the rights that users should get on the importance of the system from the perspective of right and not as benevolent actions, rescuing the exercise of citizenship as well as understand that health is not just absence disease, but as a set of actions of everyday life.

Key - Words: Politics of Health Law. SUS.

1. INTRODUÇÃO

A década de 1980 é marcada por uma série de mudanças no cenário político e social do nosso país. É a partir de tal contexto que ocorrem diversos avanços no âmbito das políticas públicas e de proteção social. Tais políticas são institucionalizadas a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, considerada um marco no reconhecimento da cidadania e regulamentação de direitos sociais, inaugurando-se a partir de então o conceito de Seguridade Social, que compõe o tripé: saúde, previdência e assistência social.

No que se refere particularmente a saúde, é importante destacar que a partir de tal contexto esta, passou a ser reconhecida como direito social garantida pelo Estado, assumindo um conceito amplo, em contraposição a ideia de saúde como simples ausência de doenças, passando a ser compreendida como resultado de condições dignas de vida, acesso universal e igualitário aos serviços de prevenção, promoção e recuperação de saúde, em todos os níveis de atenção no setor e garantido a todos os brasileiros. A Constituição Federal de 1988 e as Leis Orgânicas da saúde 8.080/90 e 8.142/90 assinalaram as principais diretrizes para implantação e regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo o Estado responsabilizado pela viabilização dos meios necessários ao acesso aos bens e serviços relacionados a saúde.

Entretanto, mesmo diante dos avanços e conquistas alcançados em fins da década de 1980, no âmbito dos direitos sociais de cidadania e, particularmente na saúde, já no início da década de 1990 é possível perceber que estes direitos passam a sofrer retrocessos mediante a adoção do projeto neoliberal iniciou um nítido processo de redução do Estado e, conseqüentemente de terceirização e privatização dos serviços de saúde, bem como sua focalização, esvaziando assim seu caráter legalmente universal.

Assim na perspectiva de compreender os rebatimentos da ofensiva neoliberal no direito á saúde, é que o presente estudo teve como objetivo analisar tal direito no contexto do SUS, a partir da concepção das usuárias atendidas no Instituto Elpídio de Almeida no Município de Campina Grande-PB. A aproximação com a temática se deu a partir de nossa inserção em campo de estágio em serviço social na referida instituição no período de Junho de 2011 a dezembro de 2012, quando foi possível perceber as dificuldades enfrentadas pelos/as usuários/as em tal espaço, considerando a qualidade dos serviços prestados a população. Cabe destacar também a desinformação dos usuários a respeito de seus direitos sociais de cidadania.

A pesquisa ora apresentada foi realizada no período de setembro 2012 à novembro do mesmo ano, e partiu de uma perspectiva analítico-crítica, com abordagem quanti-qualitativa dos dados coletados, buscando compreender o objeto investigado em suas múltiplas determinações. Conforme afirma Minayo (2008, p. 57),

O método qualitativo é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam.

Para a coleta de dados foram utilizados a observação participante, a entrevista semi-estruturada e a pesquisa bibliográfica. Na análise dos dados utilizamos a técnica de análise de conteúdo, considerando que esta nos permitiu fazer uma melhor análise das falas e sua relação com a temática investigada,

Os sujeitos da pesquisa foram as usuárias parturientes, do Instituto Elpídio de Almeida do município de Campina Grande-PB, maiores de 18 anos e que não estavam caracterizadas como de alto risco. Assim, foram entrevistadas 20 usuárias tendo sido utilizada uma amostra aleatória.

A pesquisa foi realizada após aprovação pelo Comitê de ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba. Destacamos que a coleta de dados foi feita mediante prévias informações aos sujeitos a respeito dos objetivos da pesquisa e a expressa autorização das mesmas para participarem desta, com base na assinatura do termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme recomenda a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Compreendemos que tal pesquisa é relevante na medida em que poderá contribuir com o aprofundamento dos estudos já existentes em torno da temática, trazendo algumas reflexões importantes acerca dos limites e possibilidades para efetivação do direito à saúde no contexto do SUS.

2. BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

No Brasil, a intervenção estatal no âmbito da saúde só vai ocorrer no século XX, mais efetivamente na década de 1930. Conforme destaca Bravo (2009), no século XVIII, a assistência médica, estava diretamente ligada à caridade e a prática liberal, sendo a população atendida pelas santas casas de misericórdias, não havendo efetivamente nenhuma intervenção estatal voltada para este setor.

No século XIX, em decorrência das transformações econômicas e políticas que ocorrem no país, algumas iniciativas surgiram no campo da saúde pública decorrente das reivindicações do nascente movimento operário, como a vigilância do exercício profissional e a realização de campanhas limitadas. No entanto é somente a partir do século XX que a saúde emerge no Brasil como questão social, no bojo da economia capitalista exportadora cafeeira, num contexto de emergência do trabalho assalariado. A saúde pública a partir da década de 1920 adquire novo relevo no discurso do poder central, havendo a ampliação do atendimento, a partir da reforma Carlos Chagas, de 1923, constituindo uma das estratégias da União de ampliação do poder nacional no interior da crise política em curso. Bravo (2009), afirma que, nesse período foram colocadas as questões de higiene e saúde do trabalhador, sendo tomadas algumas medidas que se constituíram no embrião do esquema previdenciário brasileiro. Assim a partir de 192 se originou as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), através da Lei Eloi Chaves (lei nº4682/1923).

A Conjuntura de 1930, com suas características políticas e econômicas, possibilitou o surgimento de políticas sociais nacionais com o objetivo de responder às questões sociais de forma orgânica e sistemática. A política de saúde formulada nesse período era de caráter Nacional, organizada em dois sub-setores: o de saúde pública e o de medicina previdenciária. É importante destacar que o sub-setor de saúde pública, será predominante até meados da década de 1960 e centralizou-se na criação das condições sanitárias mínimas para a população, e o de medicina previdenciária só irá se sobrepôr ao de saúde pública a partir de 1966.

Conforme destaca Braga e Paula (1986), as principais alternativas adotadas para a saúde pública no período de 1930 a 1940 foram: Ênfase nas campanhas sanitárias; interiorização das ações para áreas de endemias rurais; reorganização do Departamento Nacional de Saúde em 1941.

Para Oliveira e Teixeira apud (1986), o modelo de previdência que norteou os anos de 1930 a 1945 foi de orientação contencionista. A previdência Social preocupava-se mais efetivamente com a acumulação de reservas financeiras do que com a ampla prestação de serviços a população. Nessa conjuntura, ocorrem profundas modificações no que se refere à organização e concepção da previdência social no Brasil e dentre as diversas decisões políticas adotadas, as CAPs foram substituídas pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões os IAPs, numa concepção bem diferente das antecedentes com forte presença do Estado.

Surge nesse contexto uma concepção de cidadania regulada, de modo que somente os brasileiros que estivessem devidamente vinculados ao trabalho formal (com carteira assinada) tinham acesso à assistência médica, ficando assim sob sua própria responsabilidade resolver os problemas relacionados à doença, bem como de seus familiares, ou então ter atendimento precarizado de forma filantrópica e caritativa prestado pelas casas de misericórdia (PAIM, 2009).

A política Nacional de saúde, que se esboçava desde 1930, foi consolidada no período de 1945-1950, sendo criada nesse contexto especificamente em 1942 o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP). Este objetivava desenvolver estratégias sanitárias no país e era regulado pelo Ministério da Educação e Saúde e financiado com recursos norte-americanos, através da Fundação Rockefeller.

O período de 1945 a 1964 é caracterizado por algumas melhorias nas condições sanitárias, porém não se conseguiu eliminar o quadro de doenças infecciosas, mostrando ineficiência dos serviços públicos. O fato é que as ações da saúde no período citado estavam relacionados a economia, ou seja ditadas de forma a atender os interesses do capital.

Com o golpe militar em 1964 é instaurado a ditadura no Brasil, período caracterizado por canalizar as reivindicações e pressões populares. A saúde enfrentou forte tendência privatista em decorrência da nova política econômica, na qual o Estado exercia o papel de regulador da sociedade e afastava os trabalhadores do processo político.

Em face da questão social no período de 1964 a 1974, o Estado utilizou o binômio repressão-assistência, sendo a política assistencial ampliada, burocratizada e modernizada pela máquina estatal com a finalidade de aumentar o poder de regulação sobre a sociedade e conseguir a legitimidade do regime (BRAVO, 2009).

O Sistema Nacional de Saúde (SNS) implantado no Brasil no período militar caracterizou-se pelo predomínio financeiro das instituições previdenciárias e pela hegemonia de uma burocratização técnica que atuava no sentido da mercantilização crescente da saúde (EDLER; ESCOREL; NASCIMENTO, 2005, p. 60). A saúde pública teve nesse período em declínio, enquanto a medicina previdenciária cresceu principalmente em 1966 com a unificação dos institutos resultando no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Havia uma política de poucos recursos para a saúde pública e muito incentivo para as empresas de saúde privada.

Conforme Edler; Escorel; Nascimento (2005, p. 61), a saúde pública relegada a segundo plano, tornou-se uma máquina ineficiente e conservadora, cuja atuação restringia-se a campanhas de baixa eficácia, e carência de recursos que não chegavam a 2% do PIB do país.

Assim, em fins dos anos 1970 diante dos limites e fragilidades destes modelos assistenciais a saúde e como forma de reivindicar o direito à saúde como sendo um direito de todos e dever do Estado, surgiu o Movimento de Reforma Sanitária como crítica ao Estado autoritário e para reivindicar a garantia aos direitos de cidadania e saúde, através de políticas sociais.

O Movimento de Reforma Sanitária surge através de iniciativas de trabalhadores do setor, forças populares e de movimentos sociais que tinham o intuito de democratizar o acesso à saúde. A Reforma Sanitária foi essencial para inscrever a saúde como direito do cidadão e uma de suas estratégias foi a ampliação dos direitos de cidadania às camadas populares. Assim cabe destacar que a Reforma Sanitária teve como principais propostas:

Universalização do acesso, a concepção de saúde como direito social e dever do Estado: a reestruturação do setor através da estratégia do sistema Unificado de saúde visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão- Os conselhos de saúde (BRAVO, 2009, p.96).

O Movimento Sanitário brasileiro surge como oposição ao modelo de saúde vigente no país pautado numa perspectiva mercantil e privatista, suas principais propostas centravam-se na concepção de que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado, contrapondo-se totalmente ao conceito de cidadania regulada¹.

Conforme destaca Favaret Filho & Oliveira apud Borba (1998) com o Movimento de reforma sanitária, surge na cena política brasileira a noção de direito social Universal entendido como atributo de cidadania sem qualificações, ao que se deve corresponder, como direito e não como concessão.

Paim (2009) afirma que a RSB não se restringiu apenas a uma reforma do setor saúde. A Reforma Sanitária se configurou, pois, como uma estratégia social que constituiu um projeto maior, juntamente com outros projetos sociais que tinham seu foco na unificação do sistema de saúde, sua universalização de atendimento e participação popular.

¹ Segundo Santos (1979, p.75) cidadania regulada é o “conceito de cidadania cujas raízes encontram-se, não num código de valores políticos, mas em um sistema de estratificação ocupacional, e que ademais tal sistema de estratificação ocupacional é definido por normas legal. Em outras palavras, são cidadãos todos aqueles membros da comunidade que se encontram localizados em qualquer uma das ocupações reconhecidas e definidas por lei (...)”

3. A CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988 COMO MARCO DO DIREITO À SAÚDE: UMA CONSTRUÇÃO EM MOVIMENTO

Nos anos 1980 chega ao fim a ditadura militar e se inicia um processo de redemocratização política no Brasil. Em tal contexto, havia uma efervescência dos movimentos populares que surgiram em função da insatisfação da população com as condições econômicas e sociais do país. Assim como no campo político geral, a política de saúde passa a ser arena de discussões não só para profissionais da saúde, mas também a sociedade civil passa a assumir uma dimensão política vinculada com a democracia que objetivava a construção de um sistema de saúde universal.

Em 1986, ocorreu a VIII Conferência Nacional de Saúde que colocou em pauta as discussões acerca da Reforma Sanitária fazendo com que estas fossem incluídas na Constituição Federal brasileira de 1988 e houvesse a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Cabe destacar como conquista da VIII Conferência Nacional de Saúde foi à implementação de suas propostas na Constituição Federal de 1988, que atendeu grande parte das reivindicações do movimento sanitário e incorporou as principais diretrizes da 8ª Conferência Nacional de Saúde: a descentralização, com direção única em cada esfera de governo; a integralidade de atendimento, priorizando-se as ações preventivas sem prejuízo dos serviços assistenciais e a participação da comunidade.

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988, há uma ampliação dos direitos políticos, civis e sociais. Portanto é visível que a Constituição, trouxe várias mudanças substanciais no que diz respeito ao direito à saúde e também no que diz respeito a garantia jurídico formal dos direitos sociais.

Compreendemos que os direitos sociais, assim como os direitos civis e políticos, são históricos, nascidos em determinadas circunstâncias e frutos de um movimento pelo qual emergem as necessidades e a importância para sua criação, mediante alguns carecimentos. (GONÇALVES 2006)

Os direitos sociais tiveram seu apogeu no final da Segunda Guerra Mundial, mas seu processo de consolidação já vinha sendo fomentado desde o final do século XVII, com a revolução Industrial.

Segundo Couto (2004) e Bobbio (2004 apud Gonçalves 2006), os direitos sociais advêm de uma nova forma de Estado, Estado Social, pois a efetivação destes direitos repercutiu na ampliação da intervenção de Estado. Os direitos civis e políticos tem como

natureza o caráter individual, já os direitos sociais possuem caráter individual e também coletivo.

De acordo com a Gonçalves (2006), os direitos sociais frente a seu caráter histórico passam a ser enfatizados no século XX e consagrados através da declaração Universal dos direitos dos Homens (em 1948) pela ONU, quando a compreensão perpassa o acesso universal a educação, saúde, habitação, previdência pública, assistência etc.

Na realidade brasileira vimos que somente com a Constituição Federal de 1988 se institui o Brasil como um Estado Democrático, que tem como pressuposto assegurar o exercício dos direitos políticos, civis e sociais. Não por acaso tal Constituição, foi tida como Constituição Cidadã.

Gonçalves (2006), fazendo referência a Coutinho (2000), destaca que segundo este, no processo de correlação de forças existentes, cidadania não é algo determinado por uma classe, mas resultado de uma luta permanente, travada quase sempre a partir das classes subalternas, implicando um processo historicamente construído. Cabe destacar que, de modo geral, dentre a variedade de estudos sobre o tema da cidadania, tal categoria está vinculada ao direito a ter direitos.

O processo de construção da cidadania no mundo contemporâneo está relacionado diretamente a capacidade de desenvolvimento de uma sociedade, que perpassa a defesa dos direitos, conquistado através da emancipação dos sujeitos, refletidos no processo democrático.

No Brasil, conforme apontamos anteriormente, a conquista do direito a saúde como direito de cidadania, foi um longo processo que iniciou com o movimento de Reforma Sanitária, frente a agudização das questões de saúde enquanto reflexo do agravamento da questão social tendo sua consagração na Constituição Federal de 1988. Esse processo não foi passivo, mas fruto de uma construção repleta de confrontos com os diferentes segmentos em seus mais diversos interesses. (GONÇALVES, 2006).

O texto constitucional traz inúmeros avanços jurídicos em relação à política nacional de saúde, contemplando substancialmente às reivindicações do movimento sanitário, assegurando os princípios do Sistema Único de Saúde - SUS definidos na VIII Conferência de Saúde, quais sejam a universalidade, a equidade e a integralidade.

Em relação à saúde, o texto constitucional trouxe grandes avanços. Mendes (1992) cita alguns desses, podendo se destacar: O conceito de saúde é entendido numa perspectiva de uma articulação de políticas sociais e econômicas; O entendimento da saúde como direito social e universal derivado do exercício de uma cidadania plena; A caracterização das ações e serviços de saúde como relevância pública; A criação de um Sistema Único de Saúde

organizado segundo as diretrizes de descentralização com mando único em cada esfera de governo, o atendimento integral e a participação da comunidade; A integração da saúde no espaço mais amplo da seguridade social.

Conforme destaca Paim (2009), com Constituição de 1988, a saúde passou a ser reconhecida como direito social, ou seja, inerente à condição de cidadão, cabendo ao poder pública a obrigação de garanti-lo. Essa conquista política e social pode ser atribuída a diversas lutas e esforços empreendidos pelo movimento de reforma sanitária.

Assim, a Constituição Federal de 1988, resultado do processo de mobilização dos setores progressistas da sociedade, inaugura uma importante fase de democratização das ações e das funções do Estado brasileiro. Dentre os avanços democráticos garantidos a partir desta no âmbito da saúde está a criação do Sistema Único de Saúde – SUS, regulamentado através da lei 8080/90, que versa sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, e a lei 8142/90, que define a participação da comunidade na gestão do Sistema e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

O SUS é decorrente de um dos mais exitosos movimentos sociais brasileiros que resultou na universalização do direito à saúde como dever do Estado Brasileiro, se contrapondo a dinâmica de oferta de serviços do setor baseado na acumulação do capital, prática vigente ao longo dos anos no Brasil (MINAYO, 2001 apud LEITE, 2007).

Entretanto nos anos 1990, ocorre uma redução do papel do Estado, influenciado pela política de ajuste neoliberal, ocasionando o desmonte dos direitos sociais que foram garantidos na constituição Federal de 1988. O Estado transfere seu papel de regulador para o setor privado, deixando a saúde vinculada ao mercado, significando um retrocesso para a efetivação do SUS.

4. A DÉCADA DE 1990 E OS DESAFIOS PARA CONSOLIDAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE -SUS

Na década de 1990, o ideário neoliberal que se materializa através da contrarreforma do Estado, vem desestruturando a proposta de universalidade presente na CF/88, defendendo uma política focalizada, mínima para o social e máxima para o capital. Em tal contexto, o Estado adquire outra conformação, passando a programar políticas de desregulamentação da economia, privatização e terceirização dos serviços públicos.

O cenário dos anos 1990 se apresenta com forte redirecionamento do Estado influenciado pela lógica neoliberal, que emprega o discurso que o Estado é ineficiente, tornando a saúde em mercadoria rentável ao desenvolvimento do capital. A partir de tal conjuntura, o SUS enfrenta um contexto desfavorável para sua efetivação visto que o neoliberalismo avança na perspectiva de redução da autonomia do Estado, se verificando um embate entre o projeto privatista e o projeto da Reforma Sanitária.

Bravo (2009) destaca que o projeto de Reforma sanitária, construído no contexto dos anos 1980, tem como uma de suas estratégias o SUS e foi fruto de lutas e mobilizações dos profissionais de saúde, articulados ao movimento popular. Sua preocupação central é assegurar que o Estado atue em função da sociedade, pautando-se na concepção de Estado democrático e de direito, responsável pelas políticas sociais e por conseguinte, pela saúde.

O Projeto saúde, articulado ao mercado ou a reatualização do modelo médico assistencial privatista, está pautado na política de ajuste, que tem como principais tendências a contenção dos gastos com racionalização da oferta. A tarefa do Estado, nesse projeto consiste em garantir o mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento dos que tem acesso ao mercado. Suas principais propostas são: caráter focalizado para atender às populações vulneráveis através do pacote básico para a saúde, ampliação da privatização, estímulo ao seguro privado, dentre outras.

Segundo Bravo (2009) a afirmação da hegemonia neoliberal no Brasil tem sido responsável pela redução dos direitos sociais e trabalhistas, sucateamento da saúde e educação. O modelo Neoliberal ganha mais força ao longo do governo de Fernando Henrique Cardoso-FHC (1995-2002), e se materializa através da elaboração do Plano de Reforma do Estado encaminhado ao Congresso em agosto de 1995. O referido Plano propôs como principal inovação a criação de uma esfera Pública não-estatal que, embora exercendo funções públicas, devem fazê-lo obedecendo as leis do mercado.

Conforme destaca Borlini (2010), a reforma sugerida pelos neoliberais está voltada aos interesses do mercado, em 1995 o Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE) coordenado por Bresser Pereira levanta questões relativas aos modelos de gestão, que sugere não um Estado mínimo, mas reconstruir um Estado social a partir do mercado, pela via de contratação ou repasse de responsabilidade na área social, assim a partir da contrarreforma, inicia-se uma tendência à desresponsabilização com a política social por parte do Estado.

Esse fenômeno combinou-se ao gradativo abandono e sucateamento da rede pública de saúde, contribuindo para a expansão da rede privada. A contratação de serviços secundário e terciários, as isenções tributárias e os subsídios para os planos e seguros de saúde marcaram esse período expansionista da forma mais expressiva. (TEIXEIRA 2012 p. 58).

Assim é possível afirmar que, a década de 1990 foi palco de uma verdadeira tensão entre os avanços democráticos constitucionais e do desmonte das políticas públicas a partir da ofensiva neoliberal.

Porém no início do novo século havia uma expectativa de mudança no país, com a eleição em 2003, do Presidente Luís Inácio Lula da Silva, um militante e sindicalista que participou assiduamente do processo da Constituinte. Pode-se dizer que a eleição do Governo Lula marcou a política Nacional, representando vitória de um projeto que não era da classe dominante, vale ressaltar que ansiava-se por medidas que rompessem com o projeto privatizante e mercadológico, porém Lula manteve e deu continuidade as medidas neoliberais (BORLINI, 2010).

Para Bravo (2009) como aspectos de continuidade ressalta-se a precarização, terceirização, desfinanciamento das políticas de saúde e a falta de vontade política para viabilizar a concepção de seguridade social. O que se colocava como expectativa no governo Lula era o rompimento com o projeto neoliberal e o fortalecimento do SUS.

A referida autora aponta também no governo Lula aspectos inovadores como: a escolha de profissionais comprometidos com a luta da Reforma Sanitária para ocupar o segundo escalão do Ministério. Para a atenção básica houve um compromisso com a ampliação do Programa Saúde na Família e o lançamento do Serviço de Atenção Móvel de Urgência (SAMU).

Entretanto, conforme destaca a referida autora, há um debate interno entre focalistas e universalistas, o primeiro cada vez mais fortificado, a proposição do SUS inscrita na Constituição Federal de 1988 de um sistema público e universal que não se efetivou. Os valores solidários que pautaram as formulações da concepção de seguridade estão sendo substituídas por valores individualistas.

Em 2010 Dilma Rouseff ganha as eleições, como a primeira mulher eleita ao cargo de Presidente no Brasil, entretanto não se esperava transformações profundas, diante dos acordos partidários existentes com o último governo, já que eram do mesmo partido político. O que podemos perceber no governo Dilma em relação aos encaminhamentos da saúde, é que sua estratégia não é diferente do governo Lula. A mesma vem dando continuidade a política

de saúde da gestão anterior, dando ênfase nas políticas e programas focalizados e a parceria com o setor privado. O que se tem visto é a ampliação dos modelos de gestão que privatizam a saúde, como as Fundações Estatais de Direito Privado, ferindo os princípios do SUS.

Portanto, é possível afirmar que no atual contexto, são muitos os desafios para a efetivação do SUS. Conforme destaca Soares apud Bravo (2009) na atualidade, existe o tensionamento entre três projetos relacionados à saúde: o projeto de reforma Sanitária, o do SUS possível e o projeto privatista.

Na verdade é possível se observar na atual conjuntura, o fortalecimento do setor privado, e, neste sentido a focalização, a precarização, e a descentralização sem recursos e condições adequadas de atendimento. As políticas sociais, e particularmente a política de saúde não vem sendo efetivada como previsto na Constituição Federal de 1988, anulando assim alguns dos mais importantes direitos da população.

Nesse sentido, é que a pesquisa ora apresentada buscou analisar o direito à saúde no contexto do SUS, a partir da concepção das usuárias do Instituto Elpídio de Almeida, no Município de Campina Grande-PB.

5. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

5.1 O cenário da Pesquisa: Caracterizando o campo de estágio

O Instituto Elpídio de Almeida- ISEA está localizado no centro de Campina Grande-PB, situa-se entre o cruzamento das ruas Quebra Quilos com a Vila Nova da Rainha, sob a direção da Dr. Francimar Maria José Ramos Victor.

A instituição foi fundada em 05 de agosto de 1951, no governo de José Américo de Almeida. Recebeu o nome de Maternidade Elpideo de Almeida em homenagem ao prefeito municipal Dr. Elpídio de Almeida. É uma entidade pública vinculada à Secretaria Municipal de Campina Grande, prestando serviços maternos infantis, unidade de alto risco para as gestantes que apresentam problemas na gravidez, Psicologia, Fisioterapia e Serviço Social. Em seu interior funcionam também laboratório e cartório, sendo assim toda criança ao nascer na instituição pode ser registrada no próprio hospital gratuitamente. Cabe destacar que a instituição possui também o único banco de leite humano da cidade.

O ambulatório do ISEA, que é reconhecida pelo UNICEF como Hospital Amigo da Criança, também oferece para as gestantes, serviços como Pré-natal, Odontologia, Endocrinologia e Nutrição, Planejamento Familiar, entre outros.

Registros do setor de Serviço Social apontam que a inserção do Assistente Social se deu em 1978, com 5 (cinco) profissionais que trabalhavam de segunda a sexta. Em 1982 iniciou o atendimento do Serviço Social nos períodos dos finais de semana. Onde o principal objetivo da atuação profissional se dá na garantia dos direitos dos usuários, com acesso a assistência através de orientação e encaminhamento de forma a viabilizar os mesmos.

A rotina do trabalho envolve ainda atendimento individual, palestras, comportamento dos visitantes e acompanhantes, preenchimento de atestado médico e de óbito, declaração para requerer licença paternidade, transferências para outros hospitais e contato com unidades de saúde das cidades vizinhas.

Os recursos destinados para o ISEA são vinculados à Secretaria Municipal de Saúde. A instituição disponibiliza de campos de estágios para estudantes de Fisioterapia, Medicina, Enfermagem, Psicologia, e Serviço social.

A estrutura física abrange 7 enfermarias, 3 alas de alto risco que acolhe gestantes com saúde fragilizada, UTI neonatal, berçário intermediário, centro cirúrgico, sala de parto, refeitório entre outros.

5.2 Perfil Sócio econômico das Entrevistadas

Os dados coletados nos permitiram dividir os resultados da pesquisa em duas partes. Assim, apresentamos inicialmente o perfil sócio econômico das entrevistadas e em seguida apresentamos a concepção destas acerca do tema investigado.

No que se refere a faixa etária das usuárias que participaram do processo investigativo, verificamos que 60% das entrevistadas estão na faixa etária dos 20 aos 29 anos, encontrando-se no segmento geracional juvenil e 40% destas possuem dos 30 aos 40 anos de idade, estando em idade reprodutiva, que, segundo o Ministério da saúde, vai dos 10 aos 49 anos (BRASIL,2009).

Quanto ao estado civil das usuárias entrevistadas foi possível identificar que 45% são solteiras, 30% casadas e 25% declararam união estável. Quanto ao grau de escolaridade das usuárias, foi possível identificar que, das entrevistadas, 50% apresentam nível

fundamental completo, 20% nível médio incompleto, 25 % nível médio completo e 5% se declararam analfabetas funcionais.

Apesar dos dados oficiais apontarem para uma redução do analfabetismo no Brasil nos últimos anos, entretanto, é possível observar que o país ainda conta com milhões de pessoas analfabetas e com baixo nível de escolaridade. Tais índices acabam traduzindo-se na baixa renda e pouco acesso às informações, o que certamente vem rebater na concepção/entendimento acerca dos direitos sociais de cidadania.

Com relação à renda constatou-se que 75% das pesquisadas, sobrevivem com uma renda de 1 a 2 salários, e 25% com até um salário mínimo, denotando condições socioeconômicas que não atendem as necessidades básicas de vida e conseqüentemente de saúde da população.

5.3 Análise das falas

Conforme discutimos anteriormente, no Brasil, a partir dos avanços que ocorreram historicamente no âmbito da saúde no contexto dos anos 1980, esta passa a abranger um conceito mais amplo passando a ser compreendida como um processo, determinado pelas condições econômicas, sociais e políticas de vida da população. Entretanto o que prevaleceu historicamente foi uma compreensão da saúde como mera ausência de doença. Assim, perguntamos inicialmente as usuárias sobre o que entendiam por saúde. Destacamos as seguintes falas:

Saúde é bem estar, é andando com saúde, sem tomar remédio e o corpo sem ferimento. (ENTREVISTADA 01).

Saúde é não sentir dor! (ENTREVISTADA 04).

Assim não entendo muito das coisas não, pra mim saúde é quando agente não estar doente. (ENTREVISTADA 05)

Saúde é poder se sentir bem, não ter problema físico, é isso! (ENTREVISTADA 08).

Pra mim saúde é não precisar vir pro hospital, é ficar em casa, e poder fazer tudo. É isso. (ENTREVISTADA 09).

Conforme destaca Scliar (2007), o conceito de saúde reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural. Saúde e doença não são estados estanques e isolados. Não se está com saúde ou doença por acaso. Há uma produção social da saúde e/ou doença,

constituindo uma expressão particular do processo da vida social. . No entanto, apesar de tal conceito avançar significativamente no entendimento do processo saúde-doença, ainda prevalece por parte da população, a concepção da saúde articulada a ausência de doença, conforme demonstram as falas acima.

Destacamos ainda os depoimentos a seguir:

Saúde é tudo né!?! Começa da criança ate o adulto. É a assistência, é a explicação do medico pra gente poder entender o que agente tem, é isso!! (ENTREVISTADA 02).

Minha filha acho que saúde é o medico se dedicar mais, ter mais humildade pra atender, acho que é por amor que o medico desse atender!!! (ENTREVISTADA 10).

É o atendimento zero, é a população pobre, o atendimento muito ruim, e cada dia a saúde é pior! (ENTREVISTADA 12).

O que é saúde?! Saúde é o sistema que o governo é pra oferecer pra população, pena que não oferece como é pra ser (ENTREVISTADA 13).

Cabe destacar, que tais depoimentos chamam atenção para a qualidade do atendimento prestado a saúde no âmbito do SUS. As falas evidenciam claramente a insatisfação demonstrada por tais usuárias, no que se refere a tal política, conforme se observa na entrevista n 12.

Quando indagadas sobre a concepção acerca do SUS, nos chamou atenção as seguintes falas:

O SUS é o sistema de saúde, e o que eu sei é que não esta muito bom não! (ENTREVISTADA 03).

SUS é (...) por que agente paga imposto, sabe que tem direito, e não é atendido fica muitas horas numa fila, esperando alguém vir atender! Trata agente como bicho (ENTREVISTADA 10).

É o sistema único de saúde, é tudo isso, só que eu acho que é também o atendimento péssimo. (ENTREVISTADA 13).

Chamamos atenção para o depoimento 10, considerando que a entrevistada demonstra sua insatisfação no que se refere a questão das filas de espera, e para o atendimento desumano, quando afirma” trata a gente como bicho”. Cabe destacar que em 2003, o Ministério da saúde criou a política Nacional de Humanização, com o intuito de reduzir o tempo de espera nas filas, oferecer um atendimento acolhedor e resolutivo e assegurar os

direitos dos usuários. No entanto o que se observa por grande parte da população que acessa os serviços públicos de saúde no país é a frequente demonstração de insatisfação no que se refere as ações e serviços prestados. Conforme destaca Silva (2007), eis, o grande desafio do SUS: garantir o acesso universal com efetividade e resolutividade.

Ainda no que se refere ao entendimento das usuárias entrevistadas sobre o SUS, destacamos os depoimentos a seguir:

É o serviço que qualquer ser humano pode ser atendido, independente da classe, rico ou pobre, acho que tem que estar disponível pra qualquer pessoa, só que ultimamente os políticos não se preocupa com o povo, e fica essa calamidade o atendimento. (ENTREVISTADA 11).

Particularmente graças a deus eu não tive muita dificuldade, mas o SUS é o sistema, os políticos dizem que vai melhorar mas só “passam” a mão no dinheiro e a saúde fica assim desse jeito com o atendimento lento! (ENTREVISTADA 12).

SUS pra mim é o sistema oferecido a população para poder ter atendimento medico de forma gratuita. (ENTREVISTADA 14).

Eu entendo como um sistema que é pra ser usado pra dar uma assistência pra toda população, sem precisar pagar por ele. (ENTREVISTADA 17).

É possível identificar nos depoimentos acima que apesar destes, demonstrarem as dificuldades do sistema de saúde, como a lentidão do atendimento e a necessidade de investimento de mais recursos nessa área, no entanto algumas usuárias destacam em suas falas a questão do SUS garantir atendimento gratuito e universal, o que indiscutivelmente foi um avanço, considerando o que tínhamos antes do SUS.

Indagamos as usuárias entrevistadas, se estas sabiam com era a política de saúde antes do SUS:

Ressaltamos que 100 % das entrevistadas afirmaram não saber o que tínhamos antes do SUS. No que se refere a tal questão nos chamou atenção as falas a seguir:

Já! Mas o que eu sei é que era ruim demais!(ENTREVISTADA 06).

Assim só sei que as pessoas eram tratadas em casa mesmo, e as mulheres tinham os filhos em casa, o que sei é isso!(ENTREVISTADA 07).

Não sei, mas assim antes as mulheres tinham os filhos em casa, minha mãe mesmo teve 9 filhos tudo em casa! (ENTREVISTADA 11).

Não sei como era, agora meu irmão foi registrado no nome de outro irmão meu porque ele tinha carteira assinada, ai eu me lembro que minha mãe dizia que era porque trabalhava de carteira assinada e tinha alguns direitos, não sei se tem aver uma coisa com a outra! (ENTREVISTADA 18).

As falas evidenciam o desconhecimento das usuárias entrevistadas sobre o que tínhamos antes da criação e implementação do SUS. Cabe destacar que o modelo que prevalecia antes do contexto dos anos 1980, era o modelo médico-assistencial privatista, excluindo grande parte da população do acesso aos serviços de saúde.

Questionamos ainda as usuárias entrevistadas, quais as dificuldades que estas encontraram nos serviços de saúde pública. Vejamos o que revelam os depoimentos a seguir:

Muitas inclusive não teve atendimento no posto de saúde da minha cidade e tive que vir pra Ca!, Então acho que a dificuldade é no atendimento (ENTREVISTADA 02).

Todas, como agora, estou aqui esperando a medica vir me atender e ate agora nada!.Mandaram eu ir pro HU eu fui, La não atende, venho de volta e aqui fico esperando alguém me atender! Grande é essa demora pra atender! (ENTREVISTADA 03).

Assim eu acho que é no atendimento! (ENTREVISTADA 04).

Com certeza, a começar pela atendente na entrada, atende agente com ignorância! O mau atendimento começa na recepcionista do hospital, atende agente com desprezo! (ENTREVISTADA 11).

Destacamos ainda os seguintes depoimentos:

Já encontrei, minha filha tinha uma doença rara e não descobriram o que era, o remédio era caro e eu tinha que pegar remédio no posto, e toda vez estava em falta, eles diziam que esse remédio vinha de fora porque não tinha aqui. (ENTREVISTADA 12).

Muitas, dificilmente fui bem atendida! (ENTREVISTADA 13).

As dificuldades eu acho que é no atendimento, o atendimento é muito precário, há uma demora muito grande nas filas. (ENTREVISTADA 14).

É você chegar de 6:00 da manhã e não saber que hora vai ser atendido, essa falta de respeito que se vê como você precisa vir pro medico. (ENTREVISTADA 15).

A maior dificuldade é a demora, e as pessoa que trabalham aqui atendem muito mal, não só aqui, mas de forma geral. (ENTREVISTADA 18).

É possível identificar a partir da fala das usuárias entrevistadas uma nítida insatisfação no que se refere a qualidade dos serviços prestados pelo SUS. Tal insatisfação, ocorre em função principalmente da privação do acesso as informações, do mal atendimento prestado pelos profissionais de saúde, demora no atendimento e práticas recorrentes de desumanização e desrespeito aos direitos sociais de cidadania dos usuários. Tais questões aparecem nas falas que se seguem:

Eu acho que é no atendimento, demora muito e agente fica esperando muito, nem todo medico atende direito, é um sofrimento! (ENTREVISTADA 08).

Acho que é as pessoas tratar você bem! Com dignidade, como gente, acho que é o tratamento das pessoas. (ENTREVISTADA 10).

As dificuldades são muitas, mas não gosto quando vou ser atendida e o medico não lha nem pra mim! Acho humilhante! Pra mim a o ruim é isso. (ENTREVISTADA 18).

Portanto, é possível perceber a partir das falas das usuárias entrevistadas, que as práticas de desumanização e desrespeito aos usuários tem sido recorrentes no âmbito do Sistema único de saúde, e particularmente na instituição pesquisada, sugerindo a necessidade de se rever tais práticas e garantir o que assegura os princípios do SUS.

Indagamos ainda as usuárias entrevistadas, quais os pontos positivos do SUS e 50% destas responderam que nenhum. Entretanto dentre as outras respostas, destacamos as seguintes:

Pontos positivos tudo! Por que assim, mesmo desse jeito, mas ainda sou atendida, devagar vai melhorando (ENTREVISTADA 03).

Mais ou menos, por que bom ou ruim agente é atendido! (ENTREVISTADA 04).

Não sei dizer direito não! Mas aqui me deram “direitinho” o medicamento, ta bom. (ENTREVISTADA 05).

(...) Assim mesmo demorando eu precisei fui atendida, então acho que de todo jeito, mesmo com demora agente é atendido!(ENTREVISTADA 08).

Assim de qualquer forma demorando ou não agente é atendido, então o ponto positivo é mesmo os mais carentes conseguem atendimento! (ENTREVISTADA 14).

Assim meu pai toma remédio controlado de pressão e eu sempre pego no posto de saúde, então pra mim é essa assistência que ele recebe que eu acho importante! Esse é o ponto positivo que eu acho. (ENTREVISTADA 17).

As falas acima mostram que tais usuárias reconhecem que, apesar de todos as dificuldades no que se refere ao acesso, a efetividade e resolutividade do Sistema único de saúde, entretanto, estas indicam que há esse acesso.

Para se avançar na qualidade do atendimento prestado a população é preciso buscar se garantir os princípios do SUS e da política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão – PNH, na perspectiva de se alcançar um atendimento com humanização das práticas e respeito aos direitos sociais de cidadania dos usuários.

Cabe também destacar, a necessidade de se avançar na democratização da gestão e do controle social participativo, na perspectiva de se garantir efetivamente os direitos dos usuários do SUS.

6. CONSIDERAÇÕES FINAS

A política de saúde, enquanto tripé da seguridade social adquire a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, caráter universalista. A partir desta, a saúde passou a ser reconhecida como direito de todos e dever do Estado, significando um importante avanço no âmbito desta política. No entanto, apesar do avanço que significou nesse contexto a criação do SUS, que passa a garantir acesso universal à saúde da população, ocorre a partir dos anos 1990, uma contrarreforma, que marca a desresponsabilização do Estado e, conseqüentemente, a focalização, seletividade e precarização da política de saúde, esvaziando assim, os princípios de universalidade, equidade e integralidade propostos pelo SUS.

Nesse contexto, o Estado tem retroagido no que se refere a garantia dos direitos sociais de cidadania da população. O que se observa, é a retirada da responsabilidade do Estado e a transferência dessa responsabilidade para a sociedade civil. No âmbito da saúde o que se percebe é que esta passa a ser tratada como mercadoria. O SUS enquanto processo social em construção vem sofrendo os impactos da contrarreforma do Estado, como também da diminuição da participação popular no exercício do controle social.

Os resultados da pesquisa realizada junto às usuárias do Instituto Elpideo de Almeida- ISEA, no Município de Campina Grande-PB, demonstram a partir das falas das entrevistadas, a baixa qualidade dos serviços prestados a população, refletidos na demora do atendimento, falta de leitos e atendimento precário e desumanizado. Percebemos ainda que o baixo nível de escolaridade das pesquisadas e a falta de acesso às informações, se refletem na fragilidade destas em reconhecer e reivindicar seus direitos de cidadania.

O que foi possível se perceber durante o processo investigativo é que ainda prevalece a concepção do acesso a saúde como um favor, como mérito e não como direito social. Portanto o referido estudo aponta para o fato de que é necessário a apropriação pelos usuários/as do direito a saúde como direito de cidadania, na perspectiva de se avançar na construção de uma sociedade democrática, justa e igualitária. Tal questão torna-se um desafio para profissões como o serviço Social, que a luz de seu Projeto ético Político vem buscando atuar na defesa intransigente dos direitos dos usuários/as. Aos Assistentes Sociais, nesta construção de cidadania cabe contribuir primordialmente com ações sócio-educativas e de mobilização social, que possibilitem aos usuários/as a efetividade do direito à saúde.

7. REFERÊNCIAS

BORBA, J. Políticas de saúde e democracia: estratégias, impasses e contradições. In: **Katalysis**, Florianópolis, n.3, Nov-1998.

BORLINI, L. M. Há pedras no meio do caminho do SUS: Os impactos do Neoliberalismo na saúde no Brasil. In: **Textos & Contextos** V. 9. N. 2. Porto Alegre 2010.

BRAVO, M. I. S. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, A. E. (orgs) et al. In: **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. São Paulo: Cortez. Brasília: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípio e diretrizes**. Brasília, 2009.

SCOREL, S.; NASCIMENTO, R. do; EDLER, F. C. As origens da Reforma Sanitária e do SUS. In: LIMA, N. T. (org). **Saúde e Democracia: História e perspectiva do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

GONÇALVES. C. A. **Direitos a Saúde: Um Estudo sobre as Práticas dos Assistentes Sociais das Unidades de Saúde de Sorocaba-SP**. 2006, Dissertação. (Mestrado em Serviço Social). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2006.

LEITE, R. F. B.; **Limites e perspectiva do Trabalho em Equipe no Programa Saúde da Família Campina Grande – PB: as representações sociais dos profissionais**. 2007, 140 f. Dissertação. (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade Estadual da Paraíba. Campina Grande, 2007.

MENDES, E.V. **As Políticas de Saúde no Brasil nos anos 80: A conformação da Reforma Sanitária e a Construção do projeto neoliberal**. Distrito Sanitário: O Processo Social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo, Hucitec, 1992.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11ª ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

PAIM, J. S. **O que é o SUS**. Fiocruz: Rio de Janeiro, 2009.

SANTOS, W. G. **Cidadania e Justiça**. Rio de Janeiro, Campus, 1979.

SCLIAR, M. História do Conceito de Saúde. In: **PHYSIS: Revista Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 2007.

SILVA, S. R. S. **A Representação Social dos Princípios do Sistema Único de Saúde pelos seus usuários**. 2007, Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2007.

TEIXEIRA, M. J. de. A Fundação Estatal de Direito Privado na Saúde: um Modelo de Gestão Democrática? In: BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. de (orgs). **Saúde, Serviço Social, Movimentos sociais e conselho: Desafios atuais.** São Paulo: Cortez, 2012.

APÊNDICE

APÊNDICE A: ROTEIRO DE ENTREVISTA

Perfil socioeconômico e cultural das entrevistadas:

Sexo: M () F ()

Idade: 20 a 25 () 26 a 30 () 31 a 35 () 36 a 40 () 41 a 45 () 46 a 50 ()

Estado civil: Solteira () Casada () Divorciada () Viúva () União Estável ()

Escolaridade:

Ensino Fundamental completo ()

Ensino Superior completo ()

Ensino Fundamental incompleto

Ensino Superior incompleto ()

Ensino Médio completo

Pós-graduação () _____

Ensino Médio incompleto

Renda:

De 1 a 2 salários mínimos () de 2 a 3 salários mínimos ()

de 3 a 4 salários mínimos () de 4 a 5 salários mínimos ()

acima de 5 salários mínimos ()

Perguntas:

1. O que você entende por saúde?
2. Como você entende o SUS?
3. Você sabe como era a política de saúde antes do SUS?
4. Você sabe como o SUS foi implantado na política de saúde brasileira?
5. Já precisou de atendimento médico antes da implantação do SUS?
 - a) Se Sim, como foi esse atendimento?
 - b) Se não, já ouviu falar como foi esse atendimento?
6. Quais as dificuldades que você encontrou nos serviços de saúde públicos?

ANEXOS

ANEXO A- Formulário de Parecer do CEP-UEPB



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS –
CEP/UEPB**



COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA.



PARECER DO RELATOR: (03)

Número do Protocolo emitido pelo CEP-UEPB: 0405.0.133.000-12

Data da 1ª relatoria: 14 de novembro de 2012

Pesquisador (a) Responsável: Thaísa Simplício Carneiro

Apresentação do Projeto: O projeto é intitulado: “DISCUTINDO O DIREITO À SAÚDE NO CONTEXTO DO SUS: UMA ANÁLISE SOBRE A CONCEPÇÃO DOS USUÁRIOS DO INSTITUTO DE SAÚDE DR. ELPIDEO DE ALMEIDA DE CAMPINA GRANDE-PB”. A pesquisa será realizada com usuária(o)s do SUS na referida instituição.

Objetivo da Pesquisa: Tem como Objetivo Geral: “Analisar a concepção dos usuários do Instituto de Saúde Dr. Elpídeo de Almeida”.

Avaliação dos Riscos e Benefícios: O estudo em análise não apresenta nenhum risco aos sujeitos da pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa: O estudo encontra-se com uma fundamentação teórica bem estruturada atendendo as exigências protocolares do CEP-UEPB mediante a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde e RESOLUÇÃO/UEPB/CONSEPE/10/2001 que rege e disciplina este CEP.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória e Parecer do Avaliador:

Encontram-se anexados os termos de autorização necessários para o estudo.

Recomendações: Sem recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações: Sem pendências.

Situação do parecer:

Aprovado(X)

Pendente ()

Retirado () – quando após um parecer de pendente decorre 60 dias e não houver procura por parte

do pesquisador no CEP que o avaliou.

Não Aprovado ()

Cancelado () - Antes do recrutamento dos sujeitos de pesquisa.

ANEXO B:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

(OBSERVAÇÃO: para o caso de pessoas maiores de 18 anos e não incluídas no grupo de vulneráveis)

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, _____, em

pleno exercício dos meus direitos me disponho a participar da pesquisa **DISCUTINDO O DIREITO À SAÚDE NO CONTEXTO DO SUS: UMA ANÁLISE SOBRE A CONCEPÇÃO DOS USUÁRIOS DO INSTITUTO ELPÍDIO DE ALMEIDA DE CAMPINA GRANDE/PB** declaro ser esclarecido e estar de acordo com os seguintes pontos:

O trabalho **DISCUTINDO O DIREITO À SAÚDE NO CONTEXTO DO SUS: UMA ANÁLISE SOBRE A CONCEPÇÃO DOS USUÁRIOS DO INSTITUTO ELPÍDIO DE ALMEIDA DE CAMPINA GRANDE/PB** terá como objetivo geral analisar a concepção que os usuários do Instituto Elpídio de Almeida apresentam acerca do SUS.

Ao voluntário só caberá a autorização para uma entrevista semi-estruturada, contendo perguntas objetivas e subjetivas e não haverá nenhum risco ou desconforto ao voluntário.

- Ao pesquisador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial, revelando os resultados ao médico, indivíduo e/ou familiares, cumprindo as exigências da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.
- O voluntário poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo para o mesmo.
- Será garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho, assegurando assim a privacidade dos participantes em manter tais resultados em caráter confidencial.
- Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes voluntários deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros ao voluntário e, portanto, não haveria necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da Instituição responsável.
- Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, o participante poderá contatar a equipe científica no número (83) 9117-3670/ 9141-4011 com Jousiele Simplicio de Oliveira. Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados, com o pesquisador, vale salientar que este documento será impresso em duas vias e uma delas ficará

em minha posse.

- Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.

Assinatura do Participante

Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura Dactiloscó
Participante da pesqui

