



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

JÉSSICA DIAS TRAVASSOS

**A PRÁTICA EDUCATIVA DESENVOLVIDA NO ESTÁGIO EM SERVIÇO SOCIAL
NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO DE CAMPINA
GRANDE/PB**

**CAMPINA GRANDE
2016**

JÉSSICA DIAS TRAVASSOS

**A PRÁTICA EDUCATIVA DESENVOLVIDA NO ESTÁGIO EM SERVIÇO SOCIAL
NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO DE CAMPINA
GRANDE/PB**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a
Coordenação de Serviço Social da
Universidade Estadual da Paraíba como
requisito para a obtenção do título de
Bacharela em Serviço Social.

Orientadora: Prof^a. Ma. Thaísa Simplício Carneiro Matias

**CAMPINA GRANDE
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.

T779p Travassos, Jéssica Dias

A prática educativa desenvolvida no estágio em serviço social no Hospital Universitário de Campina Grande/PB [manuscrito] / Jéssica Dias Travassos. - 2016.

31 p.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, 2016.

"Orientação: Profa. Ma. Thaísa Simplício Carneiro Matias, Departamento de Serviço Social".

1. Política de saúde. 2. Serviço social. 3. Educação em saúde. I. Título.

21. ed. CDD 362.1

JÉSSICA DIAS TRAVASSOS

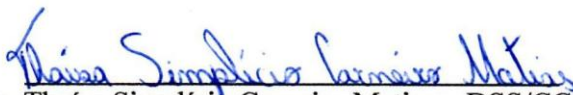
**A PRÁTICA EDUCATIVA DESENVOLVIDA NO ESTÁGIO EM SERVIÇO SOCIAL
NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO DE CAMPINA
GRANDE/PB**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a
Coordenação de Serviço Social da
Universidade Estadual da Paraíba como
requisito para a obtenção do título de
Bacharela em Serviço Social.

Artigo aprovado em: 15/07/2016.

Nota: 9,0.

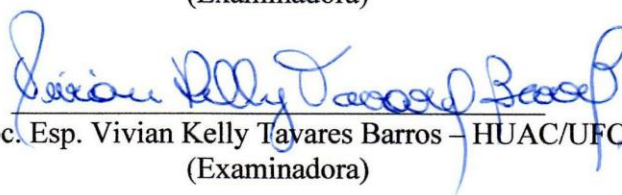
BANCA EXAMINADORA



Profa. Ma. Thaísa Simplício Carneiro Matias – DSS/CCSA/UEPB
(Orientadora)



Profa. Ma. Sandra Amélia Sampaio Silveira – DSS/CCSA/UEPB
(Examinadora)



Ass. Soc. Esp. Vivian Kelly Tavares Barros – HUAC/UFCG
(Examinadora)

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	4
2	CRISE DO CAPITAL E SUAS INFLEXÕES NA POLÍTICA DE SAÚDE ...	5
3	PRÁTICAS EDUCATIVAS NO TRABALHO DO(A) ASSISTENTE SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE	13
3.1	ATIVIDADE EDUCATIVA NO HUAC: O RELATO DE EXPERIÊNCIA EM DEBATE	16
3.1.1	“O que é o SUS?” e “Direito ao transporte, Tratamento Fora de Domicílio (TFD) e Centro Especializado de Dispensação de Medicamentos Excepcional (CEDMEX)”	19
3.1.2	O estatuto da criança e do adolescente e Conselho Tutelar	23
3.1.3	Benefício de Prestação Continuada (BPC)	24
3.1.4	O serviço social na saúde	26
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS	27
	REFERÊNCIAS	29

A PRÁTICA EDUCATIVA DESENVOLVIDA NO ESTÁGIO EM SERVIÇO SOCIAL NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO DE CAMPINA GRANDE/PB

Travassos, Jéssica Dias¹

RESUMO

A política de saúde no Brasil tem sofrido tensões desde os anos de 1990, entre as proposta da Reforma Sanitária e o ideário neoliberal. O fortalecimento do ideário neoliberal favorece o não cumprimento de direitos assegurados na Carta Magna. Para entender a atual situação da saúde pública no Brasil é importante fazer uma breve análise de como a mesma foi tratada nos últimos governos. Além disso, é viável destacar a importância das práticas educativas elaboradas e/ou executadas por assistentes sociais em busca da promoção à saúde. Portanto, o presente artigo objetiva fazer uma análise da atividade educativa desenvolvida pelas estagiárias do setor de Serviço Social no Hospital Universitário de Campina Grande durante o Estágio Supervisionado Obrigatório em Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba no ano de 2014. A metodologia utilizada para essa prática educativa pautou-se em rodas de conversas com acompanhantes da Pediatria, Oncologia Pediátrica e UTI Infantil do HUAC sobre temas relacionados ao SUS e direito dos usuários. Observamos as atividades realizadas, bem como registramos em diário de campo.

Palavras-chave: Política de Saúde; Serviço Social, educação em saúde.

1 INTRODUÇÃO

O presente artigo tem por objetivo fazer uma análise da atividade educativa desenvolvida pelas estagiárias do setor de Serviço Social no Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC), no município de Campina Grande/PB durante o Estágio Supervisionado Obrigatório em Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba, entre os anos de 2013 e 2014.

Inicialmente, explanaremos como a política de saúde tem sido evidenciada pelo Estado brasileiro desde os anos de 1990 até os dias atuais, destacando a importância do Sistema Único de Saúde (SUS) para a população e os problemas enfrentados por esse sistema.

¹ Aluna de Graduação em Serviço Social na Universidade Estadual da Paraíba – Campus I.
Email: jessicadiastravassos@hotmail.com

Para entender a atual situação da saúde pública no Brasil é importante analisar brevemente como a política de saúde foi tratada nos últimos governos, cuja origem e bandeiras de lutas eram direcionadas aos interesses dos (as) trabalhadores (as) e quais os impactos durante esses mandatos.

Em seguida abordaremos a importância das práticas educativas na atuação de assistentes sociais na política de saúde e apresentaremos o projeto de intervenção desenvolvido em 2014 pelas estagiárias do setor de Serviço Social do HUAC.

O interesse por essa temática surgiu da elaboração do projeto de intervenção no estágio supervisionado, onde percebemos a importância do projeto para a formação profissional, possibilitando aos(as) estagiários(as) vivenciarem a intervenção do profissional de Serviço Social; desvelarem as articulações feitas com outras equipes dentro e fora da instituição; analisarem ainda que não há distanciamento da teoria com a prática profissional; além de favorecer ao rompimento da insegurança de muitos estagiários durante as intervenções.

2 CRISE DO CAPITAL E SUAS INFLEXÕES NA POLÍTICA DE SAÚDE

A implementação do SUS possibilitou a todos os brasileiros o direito ao acesso à saúde, caracterizando-o como um sistema universal, integral (preventivo, curativo e de promoção à saúde), de gestão descentralizada, com natureza dos serviços prestados pelo setor público e controle social, além da equidade desse sistema.

Através do movimento da Reforma Sanitária criado nos anos de 1970 num contexto contra a ditadura militar, a partir de ideias com o propósito de buscar melhoria nas condições de vida da população mediante mudança no modelo de atenção do setor, bem como na relação de saúde ao projeto de sociedade, resultou-se na conquista da universalidade do direito à saúde e na criação SUS.

Esta conquista seria plena para a sociedade brasileira se os direitos que estão garantidos na Constituição Federal de 1988 (incluindo a concepção ampliada de saúde, que não se refere apenas à mera ausência de doença, mas sim às condições socioeconômicas, de

acesso à moradia, ao lazer, etc.) se tornassem concretizados a partir do SUS, além dos programas sociais que compõem as políticas da Seguridade Social² em nosso país.

Porém, na contracorrente dos avanços contidos na Constituição Federal de 1988, ocorreu no Brasil fortalecimento do ideário neoliberal com o intuito de se contrapor aos direitos assegurados na Carta Magna, ou seja, o Estado neoliberal hegemônico na década de 1990 veio retomar as premissas do Estado liberal clássico³, onde a política social não faz parte do papel do Estado, além de que este não deve garantir proteção aos cidadãos. Consequentemente, tudo que se necessita deve ser buscado no mercado e as políticas sociais passam a ser seletivas, excludentes e, em muitos casos, privatizadas.

Com isso, o enfrentamento à questão social⁴ também passa a ser responsabilidade do chamado “terceiro setor”, de modo a transferir o dever do Estado para a sociedade civil e Organizações Não Governamentais (ONGs).

Esse modelo refere-se à estratégica do modo de produção vigente que se apropria do Estado para conter suas constantes crises. Essas crises também têm trazido várias consequências societárias, nas quais destacaremos os seus rebatimentos atuais para a política de saúde no Brasil.

Foi no governo Collor que iniciou a Reforma do Estado ou Contrarreforma, mas a mesma se desenvolveu no governo FHC, especialmente com o Plano Diretor de Reforma do Estado, elaborado por Bresser Pereira (1995) onde afirma que, segundo Bravo (2009, p. 100),

[...] a Contra-reforma é outra estratégia e parte do suposto de que o Estado desviou-se de suas funções básicas ao ampliar sua presença no setor produtivo, colocando em cheque o modelo econômico vigente. [...] O Estado deve deixar de ser o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social para se tornar o produtor e regulador, transferindo para o setor privado as atividades que antes eram suas.

² São elas: assistência social, saúde e previdência.

³ As funções clássicas do Estado, segundo Machado (p. 22) caracterizam-se em “Função Alocativa: [...] o governo se encarrega de determinar o tipo e a quantidade de bens públicos a serem ofertados e a calcular o nível de contribuição de cada consumidor; Função Redistributiva: refere-se à organização da distribuição da renda, resultante dos fatores de produção – capital, trabalho e terra – e da venda dos serviços desses fatores no mercado; e Função Estabilizadora: relaciona-se ao uso da política orçamentária com o objetivo de manter o pleno emprego”.

⁴ Para Iamamoto e Carvalho (2013, p. 83-84) “A *questão social* não é senão as expressões do processo de formação e desenvolvimento da classe operária e de seu ingresso no cenário político da sociedade, exigindo seu reconhecimento como classe por parte do empresariado e do Estado. É a manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre o proletariado e a burguesia, a qual passa a exigir outros tipos de intervenção mais além da caridade e da repressão”.

Portanto, durante do governo de FHC a prioridade do Estado era articular-se para atender aos interesses da classe dominante (favorecendo cada vez mais o desenvolvimento capitalista), a partir do momento em que buscou assumir a função de regulador e protetor da privatização de diversos setores públicos.

Porém, a vitória do candidato Luiz Inácio Lula da Silva nas eleições de 2002 trouxe muita expectativa à população brasileira, pois foi a primeira vez na história do país que um representante da classe operária chegava à presidência. O governo petista assumiu a presidência da república em 2003 no sentido de defender suas históricas bandeiras de lutas (em defesa, portanto, dos trabalhadores). Acreditava-se que chegara o momento onde a prioridade seria as reformas sociais. Para Bravo e Menezes (2014, p. 98),

A consagração eleitoral foi resultado da reação da população contra o projeto neoliberal implementado nos anos de 1990. Isto é, pela primeira vez foi eleito para Presidente da República um candidato/partido que, nas origens, não representava os interesses das classes dominantes.

Durante o primeiro mandato de Lula (2003-2006) houve uma continuidade à política de saúde dos anos noventa na qual a ênfase dada foi na focalização, desfinanciamento, terceirização e precarização dos recursos humanos, favorecendo assim a lógica econômica e neoliberal.

Para Bravo e Menezes (2011, p. 18), “as questões centrais não foram enfrentadas, tais como a universalização das ações, o financiamento efetivo, a Política de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde e na Política Nacional de Medicamentos”. Dessa forma, pouco foi renovado e prevaleceu o processo de favorecimento à privatização, restringindo a Seguridade Social como direito.

Sobre os aspectos de inovação na política de saúde no primeiro mandato do governo Lula, Bravo (2009) ressalta que:

[...] o retorno da concepção de Reforma Sanitária que, nos anos 90, foi totalmente abandonada; a escolha de profissionais comprometidos com a luta de Reforma Sanitária para ocupar o segundo escalão do Ministério; as alterações na estrutura organizativa do Ministério da Saúde, sendo criadas quatro secretarias e extintas três; a convocação extraordinária da 12ª Conferência Nacional de Saúde e a sua realização em dezembro de 2003; a participação do ministro da saúde nas reuniões do Conselho Nacional de Saúde e a escolha do representante da CUT para assumir a secretaria executiva do Conselho Nacional de Saúde (BRAVO, 2009. p. 102).

Neste caminho, Silva (2014, p. 82) analisa que houve expectativa também “por parte dos sujeitos políticos coletivos do retorno à agenda da Reforma Sanitária e foi criado em 2005, o Fórum da Reforma Sanitária Brasileira. No entanto, se revelaram várias contradições nesse processo [...]”.

As contradições foram caracterizadas pelo seguimento da agenda contrarreformista, apesar de particularidades (sob a ideologia de um governo que combinasse desenvolvimento com justiça social) em relação aos governos de FHC, particularidade essa que, de acordo com Silva (2013, p. 40), estava ancorada como:

[...] uma resposta revisionista à ortodoxia neoliberal, teve incidência direta sobre a formação da sociabilidade, ou seja, sobre a reeducação política das massas, visando à consolidação de um capitalismo de face humana e um conformismo capaz de assegurar o consenso em torno da terceira via.

Essa perspectiva levou a lutas no campo da saúde dentro da lógica do “SUS possível” que, segundo Soares (2010, p. 15), reafirma o projeto privatista, ou seja,

[...] no governo Lula, se corporifica um ‘novo’ projeto que se relaciona umbilicalmente ao projeto privatista: o SUS possível, defendido pelas antigas lideranças do Movimento da Reforma Sanitária, flexibilizando os princípios político-emancipatórios que orientam sua racionalidade, em nome da modernização e aperfeiçoamento do SUS.

Já para o segundo mandato do governo Lula (2007–2010) quem assumiu como Ministro da Saúde foi José Gomes Temporão. Ele participou da formulação do Projeto de Reforma Sanitária, porém sua prática enfatizou o favorecimento da contrarreforma. Apesar do discurso sanitarista, o direcionamento favoreceu ao neoliberalismo principalmente porque ignorou a discussão da 13ª Conferência de Saúde e manteve as Fundações Estatais de Direito Privado (FEDP). As autoras Bravo e Menezes (2011, p.20), ainda sobre o governo Lula, destacam que

[...] fundações serão regidas pelo direito privado; tem seu marco na “contrarreforma” do Estado Bresser Pereira / FHC; a contratação de pessoal é por CLT, acabando com o RJU (Regime Jurídico Único); não enfatiza o controle social, pois não prevê os Conselhos Gestores de Unidades e sim Conselhos Gestores Curadores; não leva em consideração a luta por Plano de Cargo, Carreira e Salário dos Trabalhadores de Saúde; não obedece as proposições da 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, realizada em 2006; fragiliza os trabalhadores através da criação de Planos de Cargo, Carreira e Salário por Fundações.

Outra prioridade do governo Lula foi ampliar a parceria entre público-privado. O exemplo foi a criação do Programa Farmácia Popular do Brasil, cuja proposta pautava-se em a população ter acesso a medicamentos para doenças mais comuns através de uma rede própria de farmácias ou em farmácias e drogarias da rede privada parceiras do programa, dando a denominação de “Aqui tem Farmácia Popular”. O Ministério da Saúde afirma que esse programa.

[...] funciona mediante o credenciamento da rede privada de farmácias e drogarias comerciais, com o intuito de levar o benefício da aquisição de medicamentos essenciais a baixo custo a mais lugares e mais pessoas, aproveitando a dinâmica da cadeia farmacêutica (produção x distribuição x varejo), por meio da parceria entre o Governo Federal e o setor privado varejista farmacêutico (BRASIL, 2016).

Neste patamar, nota-se que o que tem ocorrido no Brasil nos últimos anos é uma Proposta de Reforma Tributária (a exemplo da PEC 233/2008), retirando parte do financiamento do SUS, dos programas da Assistência Social e dos benefícios da Previdência Social para transferir tais financiamentos ao incentivo de setores empresariais, com argumento de estimular a economia brasileira. Isso revela que o sistema da Seguridade Social tem sido desconstruído basicamente sem a concisão da população, afetando assim direitos garantidos na Constituição Federal. Para Behring (2008 apud DAVI et al, 2011, p. 65)

A arrecadação das contribuições sociais, que está vinculada ao orçamento da seguridade social e, constitucionalmente, só pode ser utilizada nas três políticas que a compõe (saúde, previdência e assistência social), vem sendo alvo de desvinculação de recursos por parte do governo, promovendo assim, a recentralização dos recursos, sobretudo a partir de 1994, por meio do uso indiscriminado destas contribuições, através de medidas legais de desvinculação de recursos, como o Fundo Social de Emergência (FSE), Fundo de Estabilidade Fiscal (FEF) e, atualmente, a Desregulamentação de Recursos da União (DRU), medidas legais de subtração de recursos do orçamento da seguridade social, para composição do *superávit* primário, mecanismo criado no âmbito do Plano Real, para formar um montante de recursos para pagamento da dívida pública. Este mecanismo de manipulação orçamentária foi prorrogado até 2011 e se constitui um dos grandes vilões do orçamento da seguridade social, e não o gasto previdenciário, tão desqualificado na mídia falada e escrita.

E em meio a esse processo de interesse da classe dominante, quem continua “pagando a conta” é a classe trabalhadora, através de inúmeros tributos, os quais poucos são convertidos em serviços para a população.

Sobre o governo da presidenta Dilma Vana Rousseff, que começou em 2011, observou-se algumas estratégias no enfrentamento aos problemas na saúde da população do país. Um deles foi a ampliação do programa “Aqui tem Farmácia Popular”, no qual passou a oferecer medicamentos para tratamento da hipertensão e diabetes.

Outra estratégia de enfrentamento aos problemas na saúde foi a implantação de Unidades de Pronto-Atendimento (UPA) 24 horas que, segundo Bravo e Menezes (2011), fortalecem o modelo hospitalocêntrico e o que deveria ser priorizado era o fortalecimento da Estratégia Saúde da Família e sua articulação com o sistema.

As UPAS caracterizam uma estratégia para os governos municipais controlarem a demanda, retirando dos hospitais o primeiro atendimento de urgência. Entretanto, é evidente que houve aumento substancial nos custos e problemas como modelo de atenção inadequado, desresponsabilização dos hospitais em atender pacientes graves, desvantagem no custo/benefício, atendimento precário, etc (CORDEIRO JUNIOR, 2016).

Observou-se ainda que durante alguns anos do governo Dilma, houve muitos cortes no orçamento do Ministério da Saúde. A revista Radis trouxe em uma de suas reportagens dados que afirmam que a atual presidente reduziu R\$ 3,8 bilhões em 2014 e R\$ 5,9 bilhões em 2015 e para o ano de 2016 a previsão é de que o corte seja de R\$ 16,6 bilhões (YASUI, 2015).

Esses cortes poderão afetar serviços que são oferecidos desde a atenção básica até os mais complexos, como alertam os conselheiros do Conselho Nacional de Saúde: “Contenção de gastos na saúde fatalmente reduz ou interrompe serviços como vacinação, consultas e exames, atenção básica e especializada, cirurgias, terapias, oncologia e desabastecimento de medicamentos” (YASUI, 2015, p. 9).

Priorizou-se ainda a regulamentação legal da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH)⁵, que se constitui em uma empresa pública, mas de direito privado para gerir quase todos os hospitais universitários do país.

Nesse mesmo patamar, o ex-presidente da Câmara dos Deputados, Eduardo Cunha (PMDB-RJ) lançou a Proposta de Emenda à Constituição (PEC) 451/14, na qual torna obrigatório o pagamento de planos de saúde aos trabalhadores urbanos e rurais por parte dos empregadores.

⁵ Silva (2013, p. 54) discute que “dentre as implicações da implantação da EBSERH nos Hospitais Universitários, destacam-se: o desrespeito material à autonomia universitária definida constitucionalmente e à característica dos HUs de serem instituições de ensino vinculadas às universidades; a ameaça ao caráter público dos serviços de educação e saúde; a flexibilização dos vínculos de trabalho e abertura de precedente para a não realização de concurso público e; a terceirização desses hospitais, o que é inconstitucional”.

Ele argumenta que é com base no artigo 196 da lei constitucional, onde saúde é direito de todos, que essa PEC surgiu e o empregador é quem passará a garantir esse direito através de planos de assistência à saúde. Entretanto, isso significa que, se a PEC 451 for aprovada, haverá retrocesso ao direito à saúde como um sistema universal, conquistado pelo povo brasileiro.

Ao afirmar que a saúde é direito de todos, segundo o artigo 196, Cunha oculta o complemento do artigo onde fala que o Estado é quem deve garantir esse direito. Assim, observamos que a responsabilidade do Estado pretende ser transferida para os empregadores com o propósito de atender aos interesses da classe dominante, movimentando cada vez mais capital para os planos assistenciais e, propositalmente, sucatear ainda mais o SUS.

É importante evidenciar que quando afirmamos que a PEC 451 significa um retrocesso ao direito à saúde, relembremos o que tínhamos antes do SUS ser implementado. Só quem conseguia o acesso à saúde era o trabalhador contribuinte da Previdência Social. Já os trabalhadores informais e/ou desempregados não tinham acesso a tratamentos especializados, restando-lhes os sistemas filantrópicos e/ou pagamento da assistência privada.

Outros ataques ao SUS têm ocorrido nos últimos anos, os quais Cislighi (2015) destaca a abertura ao capital estrangeiro na saúde, permitindo “a exploração, instalação e operação de hospitais e clínicas, inclusive filantrópicos, ações e pesquisas de planejamento familiar”; a emenda constitucional 86/2015 que torna “obrigatória a execução das emendas parlamentares individuais no orçamento da União na ordem de 1,2% da receita corrente líquida prevista no projeto de lei orçamentária”; a aprovação do Projeto de Terceirizações (PL – 4.330/2004); e o arquivamento da proposta de Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) dos planos de saúde.

Observa-se que na atualidade um processo de alienação que transmite uma ideia na qual a melhor gestão de serviço público está nas instituições que aderem a serviços terceirizados e que o SUS não oferece atendimento de qualidade pela falta de servidores públicos. Porém, os verdadeiros problemas e desafios enfrentados pelo SUS permanecem ocultos ao que é exposto à sociedade civil, no qual o interesse maior é transformar cada vez mais o direito à saúde em mercadoria.

Assim, é preocupante à privatização tanto na saúde, como em demais setores públicos, por esse processo apresentar principalmente ameaças aos direitos dos trabalhadores e dos usuários, além de representar maior facilidade para investimentos do capital estrangeiro.

É nessa lógica capitalista que a saúde pública vem sendo afetada em nosso país, onde o SUS (que deveria receber investimentos necessários para poder, enfim, materializar seus princípios e diretrizes) tem tido suas verbas desviadas e/ou reduzidas com o intuito de sucateá-lo cada dia mais, propagando assim a iniciativa privada, com exemplo dos planos de saúde inseridos no mercado atual.

Porém, contrária às ideias privatistas temos a Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde (FNCPS) criada em 2010 através da articulação dos fóruns de saúde estaduais e municipais, onde objetiva defender o SUS universal, público, estatal, além de lutar contra a privatização da saúde e pela Reforma Sanitária (SILVA, 2013). A autora afirma ainda que as bandeiras de luta que compõem a FNCPS são:

Pela inconstitucionalidade da lei que cria as Organizações Sociais; Defesa incondicional do SUS público, estatal, gratuito, universal e de qualidade; Pela gestão e serviços públicos de qualidade; Defesa de investimento de recursos públicos no setor público; Pela efetivação do Controle Social; Defesa de concursos públicos e a carreira pública no Setor Público; Contrários à precarização do trabalho; Contra as formas de privatização da rede pública de serviços: OSs, OSCIPs, Fundações Estatais de Direito Privado e Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares; Por uma sociedade justa, plena de vida, sem discriminação de gênero, etnia, raça, orientação sexual, sem divisão de classes sociais (SILVA, 2013, p. 167 – 168).

Atualmente a FNCPS é composta por diversas entidades, fóruns de saúde, movimentos sociais, sindicatos, partidos políticos, projetos universitários e centrais sindicais, objetivando defender o SUS público, estatal e gratuito, além de ter como tática uma frente de esquerda anticapitalista (BRAVO; MENEZES, 2014).

Portanto, atualmente a disputa entre os projetos para a saúde (privatista x reforma sanitária) permanecem em tensão e, apesar do avanço do primeiro com os supracitados ataques, há também resistências.

Importante ainda situar o momento histórico em que o país está vivenciando com o processo de impeachment de Dilma Rousseff, que foi afastada do governo, assumindo a presidência o vice, Michel Temer.

O então governo interino relata uma suposta crise econômica e propõe (através do documento “Uma ponte para o futuro” (PMDB, 2016, p. 6) para superação da crise fiscal “[...] mudar leis e até mesmo normas constitucionais, sem o que a crise fiscal voltará sempre, e cada vez mais intratável, até chegarmos finalmente a uma espécie de colapso”.

Para as políticas de saúde e educação (que consideramos, entre outras, a base de sustentação para o progresso de uma sociedade), o governo propõe [...] “acabar com as vinculações constitucionais estabelecidas, como no caso dos gastos com saúde e com educação, em razão do receio de que o Executivo pudesse contingenciar, ou mesmo cortar esses gastos em caso de necessidade [...]” (PMDB, 2016, p. 9).

Portanto, consideramos que essas medidas representam retrocessos para o nosso país por afetar as políticas públicas, atingindo principalmente a classe trabalhadora.

Um exemplo é a DRU, com prazo de vigência da EC 68/11 até o final deste ano, o Executivo enviou para o Congresso Nacional a PEC 87/15 que propõe prorrogar a DRU até 31/12/2023, além de aumentar a desvinculação de 20% para 30% (SCAFF,15).

Nesse contexto, sensibilizar sujeitos nos serviços de saúde (tanto gestores, como profissionais e usuários), passa a ser fundamental no sentido de potencializar espaços cada vez mais democráticos e no sentido de analisar tais processos e fortalecer a luta neste contexto tão árido aos direitos sociais e trabalhistas, daí a relevância das atividades educativas e é sobre elas que discorreremos no item a seguir.

3 PRÁTICAS EDUCATIVAS NO TRABALHO DO(A) ASSISTENTE SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE

A educação pode trazer vários impactos em todas as áreas da vida humana e o acesso à educação de qualidade possibilita modificações positivas na vida de um indivíduo e/ou numa sociedade.

Quando se fala em educação em saúde, muitos relacionam a cuidados apenas para evitar doenças individuais, através de informes preventivos sobre higiene, prevenção sexual, importância das campanhas de vacinas, entre outras restrições.

No entanto, Lopes (2002, p. 21) discute que a educação em saúde [...] “é uma área que integra as ciências sociais e as ciências da saúde e que envolve profissionais com formações distintas, num trabalho interdisciplinar, complementar e cooperativo” que, portanto, atenda aos interesses dos usuários.

Segundo Silva (2006, p. 9), a educação em saúde, enquanto prática social e campo específico de intervenção passa por mudanças ao longo da história, assumindo múltiplas características, expressas em modelos ou abordagens relacionados aos interesses em disputa na sociedade capitalista. A referida autora ressalta também que

O surgimento da Educação em Saúde no Brasil, no início do século XX, sofreu influências das doutrinas higienistas postas a termo na Europa a partir do século XIX, que apresentavam um caráter coercitivo, normativo e disciplinador dos comportamentos individuais. Desta forma, a educação em saúde que passa a ser efetivada neste período enfatizava a modificação de comportamentos, materializando a intervenção do Estado na saúde pública, através de ações de cunho higienista e do sanitarismo campanhista (SILVA, 2006. p. 9).

Assim, observa-se que a origem da implantação da educação em saúde no Brasil surgiu a partir do interesse da classe dominante com práticas controladoras perante os subalternos, impondo a estes, comportamentos que os conduziam para caminhos que a elite determinava como correto.

Apenas a partir de 1970 que, através do surgimento de iniciativas de medicina comunitária, tem-se uma nova visão para as práticas de saúde inspiradas na educação popular implementada por Paulo Freire, onde valoriza o saber anterior das classes populares (SILVA, 2006. p. 11).

Para Machado, Santos e Soares (2014, p. 339–340),

A educação popular constitui um paradigma educativo que surge no Brasil sistematizado por Paulo Freire [...] visando a contribuir com o processo de conscientização e mobilização das classes subalternizadas, a partir de uma teoria referenciada na realidade, na valorização dos saberes populares e de uma base ética e política voltada à transformação social. Ela aposta em metodologias dialógicas que estimulam a luta coletiva pela emancipação humana e geralmente estão presentes no campo de atuação dos assistentes sociais que trabalham com comunidades, organização e mobilização popular, sobretudo em ONGs articuladas aos movimentos sociais, onde esse tipo de educação se refugiou desde o período da ditadura militar, visto que naquele contexto histórico passou a ser considerada uma prática educativa subversiva.

Entende-se, portanto, que a educação em saúde objetiva dialogar sobre a compreensão dos indivíduos sobre os fatores coletivos que favorecem ao adoecimento da população e, diante desses fatores, possibilitar uma discussão que priorize a busca da solução dos problemas e mobilizar esses indivíduos a reivindicarem por seus direitos.

Assim, o que deve ser considerado na discussão em educação em saúde são as condições de vida e de trabalho da população e destacar que isso explica parte dos problemas de saúde enfrentados numa sociedade.

Nesse caminho, a intervenção do assistente social se faz importante para contribuir com o fortalecimento e ampliação da crítica dos indivíduos sobre a realidade, facilitando a mobilização na busca da transformação social, como destacam Abreu e Cardoso (2009, p. 594):

Historicamente, as práticas educativas desenvolvidas pelos assistentes sociais vinculam-se, predominantemente, à necessidade de controle exercido pelas classes dominantes, quanto à obtenção da adesão e do consentimento do conjunto da sociedade aos processos de produção e reprodução social consubstanciados na exploração econômica e na dominação político-ideológica sobre o trabalho. Em contraposição a essa tendência, evidencia-se, nas três últimas décadas, no desenvolvimento profissional no contexto brasileiro, a construção de práticas educativas consubstanciadas no estabelecimento de vínculos e compromissos com a perspectiva societária das classes subalternas, fundadas nas conquistas emancipatórias da classe trabalhadora e de toda a humanidade – base do projeto ético-político profissional alternativo do Serviço Social, consolidado, nos anos de 1980 e 1990.

Nessa lógica, observa-se que um dos pontos retratados nos Parâmetros para a atuação do Assistente Social na Saúde refere-se a ações socioeducativas que esse profissional deve desenvolver que “consistem em orientações reflexivas e socialização de informações realizadas por meio de abordagens individuais, grupais ou coletivas ao usuário, família e população de determinada área programática” (CFESS, 2010, p. 54).

Ainda de acordo com o CFESS (2010, p. 56), a atuação do assistente social deve ser realizada da seguinte forma:

- a) Informando aos usuários acerca dos direitos sociais, princípios e diretrizes do SUS, rotinas institucionais, promoção da saúde e prevenção de doenças por meio de grupos socioeducativos;
- b) Por meio de ações de mobilização na comunidade democratizar as informações da rede de atendimento e direitos sociais;
- c) Realizando debates e oficinas na área geográfica de abrangência da instituição;
- d) Executando atividades socioeducativas nas campanhas preventivas;
- e) Democratizando as rotinas e o funcionamento da unidade por meio de ações coletivas de orientação;

- f) Socializando informações e potencializar as ações socioeducativas desenvolvendo atividades nas salas de espera;
- g) Elaborar e/ou divulgar materiais socioeducativos como folhetos, cartilhas, vídeos, cartazes e outros que facilitem a compreensão e o acesso dos usuários aos serviços oferecidos pelas unidades de saúde e aos direitos sociais em geral;
- h) Mobilizando e incentivando os usuários e suas famílias para participar no controle democrático dos serviços prestados;
- i) Realizando atividades em grupos com os usuários e suas famílias, abordando temas de seu interesse.

Portanto, é com base no arcabouço jurídico específico da profissão, no fortalecimento do nosso projeto profissional hegemônico, nos parâmetros de atuação dos assistentes sociais na saúde e na busca de contribuir para a informação e reflexão crítica de usuários, que foi elaborado um projeto de intervenção durante a disciplina de Estágio Supervisionado Obrigatório em Serviço Social, o qual detalharemos a seguir.

3.1 ATIVIDADE EDUCATIVA NO HUAC: O RELATO DE EXPERIÊNCIA EM DEBATE

O projeto de intervenção, elaborado na disciplina de Estágio Supervisionado Obrigatório da UEPB, foi desenvolvido por quatro estagiárias no período de agosto a dezembro de 2014 (período este incluindo a elaboração, planejamento e execução do projeto), no Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC).

O HUAC está localizado na Rua Dr. Carlos Chagas, S/N, no bairro do São José, Campina Grande, Paraíba e foi fundado em 1949, sob a gestão do governo estadual Osvaldo Trigueiro de Albuquerque Melo. Esse hospital possui uma área física de 16.324 m², que é composto por leitos hospitalares Cirúrgicos (Cirurgia Geral, Ginecologia e Nefrologia/Urologia); Leitos Clínicos (Cardiologia, Clínica Geral, Oncologia, Endocrinologia, Pediatria, Pneumologia, Infectologia); Complementar (UTI Adulto, UTI Infantil, UTI Neonatal).

Sobre a origem do setor de Serviço Social na instituição temos que o mesmo surgiu desde a fundação do HUAC através do Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Servidores do Estado (IPASE), onde os (as) profissionais desta área eram encaminhados (as) para

colaborarem no Núcleo de Psiquiatria (NAP), em clínicas obstétricas e em clínicas médicas vinculadas ao IPASE (SERVIÇO SOCIAL – HUAC, 2014).

Durante o estágio no período 2013 a 2014, o Serviço Social do HUAC era composto por nove assistentes sociais, sendo uma coordenadora do setor, quatro intervindo nas enfermarias, três no Centro de Assistência Especializada de Saúde e Ensino (CAESE) e uma na direção administrativa.

Durante o estágio observamos que o público mais frequente no setor de Serviço Social dessa instituição decorriam, principalmente, dos usuários da Oncologia Pediátrica, Pediatria e UTI Infantil. Os acompanhantes desses usuários buscavam, basicamente, esclarecimentos acerca da viabilização de direitos, especialmente os relacionados à seguridade social, com ênfase na saúde e na assistência social.

Ainda com base nas observações, notamos também a necessidade de contribuir para a compreensão dos usuários sobre as atribuições do assistente social – que prioriza orientar, esclarecer e refletir com o usuário sobre seus direitos – e a importância do Serviço Social na instituição.

Assim, tivemos como objetivo geral contribuir para a ampliação da informação aos usuários acerca de seus direitos sociais no âmbito da seguridade social, bem como sobre a atuação do assistente social no Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC).

A partir disso, nossos objetivos específicos foram: discutir a política de saúde no Brasil; esclarecer o que é o Serviço Social e como atua na instituição; informar acerca de direitos sociais relativos à seguridade social: assistência (Benefício de Prestação Continuada – BPC e direito da criança e do adolescente), saúde (Tratamento Fora de Domicílio – TFD, transporte, Centro Especializado de Dispensação de Medicamentos Excepcionais – CEDMEX) orientando aos usuários como acessá-los.

Portanto, desenvolvemos atividades com os acompanhantes de crianças que se encontravam na UTI Infantil, na Pediatria e na Oncologia Pediátrica do HUAC, possibilitando esse público a informações através de encontros semanais demonstrados no quadro abaixo:

Quadro 01 - Atividades desenvolvidas no projeto intervenção no HUAC

ATIVIDADES	PROCEDIMENTOS
Roda de conversa: <ul style="list-style-type: none"> • O que é o SUS? • Direito ao transporte, TFD e CEDMEX. 	Vídeo sobre o que é o SUS + exposição dialogada + panfletos.
Roda de conversa: <ul style="list-style-type: none"> • Os direitos das crianças e adolescente de acordo com o ECA; • O que é Conselho Tutelar e como funciona esse serviço? 	Dinâmica + exposição dialogada + Participação de um conselheiro que atue nesse serviço.
Roda de conversa: <ul style="list-style-type: none"> • Benefício de Prestação Continuada (BPC). 	Exposição de vídeo + entrega de panfletos com orientações de como dar entrada nesse benefício.
Roda de conversa para informar sobre a atuação do assistente social no HUAC.	Exposição oral das supervisoras de campo e estagiárias sobre a importância do serviço social e quando acioná-lo

Fonte: Marques et al (2014)

As rodas de conversa ocorreram entre os meses de outubro e dezembro de 2014, onde inicialmente cada tema proposto seria apresentado três dias da semana, variando os turnos e as alas, como vemos a seguir:

- a) Segunda - feira no período da tarde – Oncologia Pediátrica;
- b) Quarta - feira no período da tarde – Pediatria;
- c) Sexta – feira no período da manhã – UTI Infantil.

Porém, ocorreram mudanças após a primeira semana de execução do projeto, principalmente correspondente às alas em que possuíam menores números de leitos, o que dificultava a presença de participantes nas rodas. Houve, inclusive, a realização de uma roda de conversa com apenas duas acompanhantes, pois eram as únicas presentes na ala da UTI Infantil.

Ficou acordado que as rodas de conversas continuariam sendo realizadas com um tema por semana e durante os três dias já citados, totalizando dezesseis encontros. Mas, a mudança ocorreu no sentido de não separar mais as apresentações por alas.

Passamos então a convidar os acompanhantes das três alas em todas as apresentações e isso possibilitou que, se por algum motivo, alguém não pôde participar da conversa de um dos temas, ter a oportunidade de participar do assunto em outro dia da mesma semana.

A coordenação do setor de Serviço Social articulou-se com a equipe de nutrição do hospital e conseguiu que fossem cedidos lanches para os participantes a cada encontro.

No final de cada apresentação era realizado um processo avaliativo contínuo envolvendo todos os usuários participantes através de um questionário objetivo, visando verificar a opinião deles sobre os acertos e as falhas na ação, além de buscar sugestões para melhorias na continuidade do projeto.

Para desenvolver as rodas de conversa conseguimos materiais como cartazes, panfletos e cartilhas com o Centro de Ação Cultural (CENTRAC), Conselho Tutelar e o próprio setor de Serviço Social do HUAC, além de confeccionarmos outros, contribuindo para o acesso à informação de nossos usuários.

Em relação à execução das atividades, explanaremos 04 encontros desenvolvidos, de acordo com a especificidade de cada tema/encontro tendo como fonte os registros em diário de campo.

3.1.1 “O que é o SUS?” e “Direito ao transporte, Tratamento Fora de Domicílio (TFD) e Centro Especializado de Dispensação de Medicamentos Excepcional (CEDMEX)”.

A escolha desses temas se deu porque consideramos que era importante esclarecer o que é o SUS para os usuários e informar sobre alguns direitos que esse sistema garante como: direito ao transporte, TFD e medicamentos adquiridos no CEDMEX. Esse encontro teve em média oito participantes.

Para dar início à discussão, elaboramos um cartaz com quatro perguntas sobre o SUS para darmos início a nossa exposição, buscando a reflexão e diálogo dos nossos participantes.

As perguntas foram:

- a) Os serviços oferecidos pelo SUS são gratuitos?
- b) Antes da implementação do SUS todos os serviços de saúde eram iguais?
- c) O SUS é apenas filas em hospitais e postos de saúde?
- d) O SUS é só para pobres?

A partir desses questionamentos muitos participantes expuseram o que conhecem acerca do que conhecem sobre o SUS, além de darem exemplos através de situações vivenciadas por eles.

Quando perguntamos se o SUS é gratuito, uma participante respondeu que o SUS não é gratuito, pois pagamos impostos. Essa resposta nos impulsionou a fazer a seguinte questionamento ao grupo: “Um morador de rua, vivendo basicamente de doações, teria direito ao acesso ao SUS caso necessitasse? Pois ele praticamente não paga impostos.” Os participantes responderam que o morador de rua poderia sim ter acesso ao SUS sem fazer uso de qualquer pagamento.

Explicamos que a resposta dada pela primeira participante também estava coerente, pois o SUS “não é gratuito” considerando que são pagos impostos para que eles sejam convertidos em serviços públicos de qualidade e que qualquer cidadão (sem distinção de religião, raça, classe social...) possui o direito de acesso ao SUS sem precisar fazer qualquer pagamento para ser atendido. Esse atendimento deverá ser adequado e efetivo para seu problema, de forma humanizada, acolhedora e livre de qualquer discriminação.

Outra participante questionou o porquê de haver uma fila tão grande no SUS? A mesma relatou que quando existia o “Barracão”⁶ a fila era grande, mas ela conseguia marcar os exames e em poucos dias os realizava.

Respondemos que antes a demanda era menor, ou seja, as pessoas que buscavam os serviços de saúde eram em menor número porque poucos eram os trabalhadores que possuíam carteira assinada e isso era o que antes do SUS garantia o acesso à saúde. Agora a população aumentou, o número de pessoas que moram nas cidades do interior que procuram ser atendidas nas cidades que possuem hospitais mais amplos também tem crescido. Mas os investimentos na saúde e na melhoria dos serviços hospitalares não vêm acontecendo como deveria.

Na sequência perguntamos: “Antes do SUS, todos os serviços de saúde eram iguais?” e percebemos que ninguém quis responder por não estarem seguros da resposta.

Explicamos então que antes do SUS ser implementado os serviços de saúde não eram oferecidos de forma igualitária a todos os cidadão, pois existia o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) onde apenas os trabalhadores regulamentados (contribuintes à previdência) tinham acesso a tratamentos especializados. Já

⁶ Hoje esse setor recebeu a nomenclatura Bloco de Ambulatórios II – Doutor Joaquim Bastos, conhecido como “antigo Barracão”.

aos que não contribuía com a Previdência Social, os restavam recorrer aos curandeiros e/ou hospitais mantidos pela Igreja Católica.

Enfatizamos que o SUS foi implantado há menos de 30 anos e o mesmo não foi cedido por nenhum político e sim, uma conquista da população que lutou para que ele passasse a existir e por isso devemos continuar lutando por ele.

Ao perguntarmos se “O SUS é somente filas em hospitais e postos de saúde?” teve participante que respondeu SIM, mas logo em seguida outros participantes responderam NÃO e acrescentaram que podemos ter acesso a tratamento especializado em hospitais fora de nossas cidades ou do nosso estado.

Então, esclarecemos que o SUS não se resume apenas às filas para atendimentos em postos de saúde e hospitais. Nele também são realizadas campanhas de vacinas e pesquisas para desenvolvê-las; citamos que a vacina contra a gripe “A” foi desenvolvida no Brasil através do SUS; campanhas para a doação de sangue e o trabalho de fiscalização da Vigilância Sanitária em variados estabelecimentos também são desenvolvidos por esse sistema; entre outros.

Discutimos que o SUS é muito importante para a população, mas que os problemas encontrados nele ocorrem. Foi então que uma participante destacou que é fácil de entender o que está acontecendo com a política de saúde e que o mesmo ocorreu com a educação.

A mesma relatou que antes, aqui em Campina Grande, o [colégio] Estadual da Prata era tão valorizado que para conseguir estudar lá era preciso fazer uma prova e passar na seleção. Disse ainda que a educação pública era de qualidade, mas hoje as escolas públicas estão “caindo” porque o governo não investe nelas e temos que colocar nossos filhos na escola particular. Segundo a participante, pagamos duas vezes pela educação e o mesmo está ocorrendo na saúde. Ela finalizou dizendo que estamos tendo que pagar as consultas e os exames porque o governo não está cumprindo o investimento no público.

Outra participante complementou citando que no hospital privado também se enfrenta filas e não é sempre que as pessoas precisam e são atendidas. É preciso marcar e aguardar. Ela acrescentou que acompanha um paciente no Hospital da FAP e, mesmo com convênio, o paciente não conseguiu fazer uma cirurgia. Até que, através de conhecimento com uma médica, isso foi possível.

Explicamos que o “conhecimento” é mais um problema a ser enfrentado na saúde. Pessoas buscam “conhecidos” para se beneficiarem com mais rapidez e isso tem ocorrido com frequência em muitas instituições ferindo os princípios da universalidade e integralidade que norteiam o SUS.

Sobre a pergunta “O SUS é somente para pobres?”, todos responderam que não. Assim, afirmamos que esse sistema não é exclusivamente para os pobres. O SUS é para todos, mas muitas pessoas estão desinformadas sobre ele e passam a criticá-lo e desvalorizá-lo. Exemplificamos dizendo que muitas pessoas que não têm usado hospitais públicos por terem um pouco mais de condição financeira e se incluem em planos de saúde acreditando que o SUS não funciona e algumas delas chegam a afirmar que não fazem uso do SUS de maneira nenhuma. Explicamos que essas pessoas muitas vezes estão equivocadas e pouco informadas sobre o SUS. Citamos que quando ocorre um acidente de trânsito e os envolvidos precisam ser socorridos, os profissionais que farão o socorro não irão julgar se os indivíduos são ricos ou pobres, negros ou brancos, católicos, evangélicos ou ateus. E o mais importante é que quem os socorre geralmente é o SAMU, que é parte do SUS e não as ambulâncias de planos de saúde.

Foi então que mais uma participante lembrou que as vacinas beneficiam toda a população e muitas delas são desenvolvidas pelo SUS, porque o SUS financia pesquisas para desenvolver vacinas.

Aproveitamos esse lembrete e relatamos que muitos países também aproveitam essas vacinas desenvolvidas e às importam para benefício de suas populações. Isso faz com que o SUS seja reconhecido no exterior e o Brasil é o único país do mundo que possui um sistema único de saúde que atende toda a população, sem qualquer distinção.

Para finalizar as discussões deste tema sobre o SUS, colocamos no final do cartaz a frase “A saúde não é direito de todos, assim, não é dever do Estado” e perguntamos se todos estavam de acordo com essa frase. Os participantes responderam que não. Então, sugerimos fazermos a correção da frase e eles afirmaram que o correto é “A saúde é direito de todos, assim, é dever do Estado”.

Então, analisamos que é obrigação do Estado garantir esse direito para toda a população e que é nosso dever fiscalizar e cobrar para que possamos melhorar a saúde pública do nosso país e os demais direitos constitucionais.

Na sequência falamos dos direitos ao transporte para as pessoas que precisam se deslocar de suas cidades para fazer tratamento em outras, além do Tratamento Fora de Domicílio (TFD), dos medicamentos básicos que são requeridos junto a Secretaria Municipal de Saúde (juntamente com os outros serviços oferecidos, a exemplo das unidades básicas de saúde) e os medicamentos excepcionais adquiridos através do Centro Especializado de Dispensação de Medicamentos Excepcional (CEDMEX).

Para finalizarmos a primeira roda de conversa, expomos um breve vídeo sobre o SUS (“Você sabe o que é o SUS? [Saúde é direito, não é favor]”), entregamos as cartilhas “Carta dos direitos dos usuários da saúde” adquiridas no CENTRAC e os panfletos que confeccionamos contendo informações sobre o TFD e CEDMEX. Solicitamos o preenchimento da avaliação e detectamos que uma das participantes não sabia ler. Suas respostas foram coletadas de forma oral para podermos registrar no questionário. Encerramos o encontro com o lanche coletivo.

Avaliamos que o tempo máximo de trinta minutos estabelecido para cada roda de conversa foi ultrapassado, mas que isso foi positivo porque significou que os acompanhantes presentes tiveram uma participação ativa, favorecendo o nosso desempenho e nos dando segurança para os próximos encontros.

3.1.2 “Os direitos das crianças e adolescente de acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente” e “Conselho Tutelar”

A escolha desse tema decorreu da necessidade de discutirmos um pouco sobre os direitos do ECA, pois os participantes dos encontros eram justamente acompanhantes de crianças e adolescentes.

Além disso, a ideia de convidar um conselheiro atuante no Conselho Tutelar se deu porque esse órgão está sempre presente nas articulações feitas pelo setor de Serviço Social do HU e consideramos que os usuários precisavam conhecer melhor sobre o trabalho desenvolvido por estes. Começamos a roda de conversa com dez (10) usuários, mas apenas oito permaneceram até o final.

A profissional do Conselho Tutelar explicou como é o trabalho desenvolvido pelo órgão e qual a importância dele para a população. Destacou que o Conselho Tutelar intervém quando há violação de direitos das crianças e adolescentes, tais como agressão física ou psicológica, trabalho infantil, exploração sexual, quando não se encontra vaga em escolas ou atendimentos em hospitais, entre outras violações de direito e afirmou que adolescentes não podem ser acompanhantes nos hospitais.

Trouxemos imagens de crianças em diversas situações para, juntamente com todos os participantes, montarmos um cartaz separando as imagens que continham os direitos respeitados das que representavam violação de direito.

Explicamos os direitos básicos que compõem o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e enfatizamos que o setor de Serviço Social sempre que preciso faz articulação com o Conselho Tutelar, pois ambos atuam juntos quando detectado desrespeito a algum direito da criança e do adolescente previsto no ECA. Destacamos ainda que é dever de todas as pessoas denunciar quando isso ocorrer, pois na Constituição Federal vigente tem que é dever da família, da sociedade e do Estado proteger as crianças e adolescentes do nosso país.

Finalizamos com a entrega do material disponibilizado pelo Conselho Tutelar (ECA, cartilha sobre drogas, panfleto sobre o Conselho Tutelar) e preenchimento da avaliação.

É importante destacar que para realizarmos esse encontro, enfrentamos algumas dificuldades. Uma delas foi o horário no qual uma das supervisoras de campo solicitou no ofício enviado ao Conselho Tutelar para que pudessem encaminhar um profissional para ministrar o encontro. O horário solicitado foi 15:30h, porém, não foi o mais adequado para a nossa intervenção, tendo em vista que o horário de visitas de familiares para as alas de nosso interesse era entre 15:00h às 16:00h, dificultando o interesse de alguns acompanhantes em participarem da roda de conversa.

Outro obstáculo foi o fato de neste dia haver a presença de estudantes do curso de odontologia de uma universidade privada, fazendo uma entrevista com o nosso público alvo. Outros acompanhantes se negavam a participar, alegando que não podiam deixar a criança sozinha no leito e nem com a nossa afirmação de que a criança também poderia participar, esses acompanhantes se dispuseram.

Então, com a ajuda da supervisora de campo, conseguimos iniciar a roda de conversa com aproximadamente dez acompanhantes, porém, apenas oito permaneceram até o final do encontro.

Desta maneira, concordamos que nas posteriores rodas de conversa correspondente ao Conselho Tutelar, não enviaríamos ofício solicitando um conselheiro. Assim, a discussão posterior foi realizada por nós do setor de Serviço Social (especificamente as estagiárias) falando brevemente sobre esse órgão.

3.1.3 Benefício de Prestação Continuada (BPC)

Escolhemos discutir o BPC porque observamos uma frequente demanda de usuários buscando informações e esclarecimentos sobre esse benefício no setor de Serviço Social do HUAC. Nesse encontro participaram em média doze (12) acompanhantes.

O objetivo dessa roda de conversa foi explicar para os(as) usuários(as) o que é o BPC, quem possui o direito de adquiri-lo e como fazer para dar entrada ao pedido no INSS para poder ser beneficiado.

Detectamos que muitos não conheciam esse direito como BPC e sim como “Amparo Social”, “Benefício Assistencial” ou “LOAS”.

Explicamos que este benefício consiste em um pagamento de um salário mínimo por mês e quem tem direito a ele: pessoas idosas com 65 anos ou mais e pessoas com doenças que incapacitam para o trabalho. Essas pessoas precisam comprovar que não possuem meios de prover a própria manutenção nem de tê-la provida por sua família, onde a renda mensal familiar per capita é inferior a $\frac{1}{4}$ (um quarto) do salário mínimo.

Orientamos que se o interessado estiver enquadrado nas exigências e depois que tiver dado entrada no benefício o mesmo for negado, é possível recorrer através da junta de recursos do próprio INSS. Se negado novamente, poderá recorrer à Justiça Federal.

Alertamos também que esse benefício passa por revisão a cada dois anos onde será avaliado se o beneficiário continua/ou não necessitando do BPC. Caso não precise mais, o benefício poderá ser cortado.

Expomos o vídeo “BPC – Benefício de Prestação Continuada” para explanar as informações por nós repassadas. Em seguida, muitas perguntas surgiram e pudemos esclarecer todas as dúvidas contando com o auxílio de duas assistentes sociais do HUAC.

Uma participante relatou que seu namorado teve câncer e já estava se recuperando. Ela perguntou se o benefício dele seria cortado e nós explicamos que há essa possibilidade, pois o INSS poderia avaliar que o namorado dela já seria capaz para o trabalho e ter uma vida normal.

Outra participante afirmou que sofreu um acidente e estava passando por diversas cirurgias, fisioterapias... Queria então saber se teria direito ao BPC. Uma das assistentes sociais presentes explicou que ela precisava conversar com o médico que à acompanhava, pois um dos documentos necessários é o laudo médico e que nós, como assistentes sociais, não poderíamos avaliar se ela tem dificuldades para o trabalho. Nós só poderíamos orientá-la como requerer o benefício.

Mais uma participante relatou que uma médica não queria dar o laudo sobre a doença de seu filho, alegando que não adiantava dar entrada no benefício, pois ele seria negado. A assistente social ressaltou que a médica não pode negar o laudo, pois isso é um direito dos usuários da saúde e que não importava se vai ser negado ou não. Se o paciente exigir ou solicitar o laudo, é obrigação do médico fornecer.

Por fim, aplicamos o questionário de avaliação e servimos o lanche.

Durante o lanche uma acompanhante conversou com uma das assistentes sociais sobre uma criança recém-nascida que estava internada no HUAC e a família a abandonou após alguns dias de internação.

Outras mães também relataram o fato e detectamos acontecimentos que não chegaram ao setor de Serviço Social sobre essa família. Elas expuseram que a mãe da criança deixada no hospital chegava bêbada e fora do horário permitido para acompanhantes, além de outras afirmações as quais considero não poder jogar se são verídicas pelo fato de não termos feito visita a essa família.

O importante a ser destacado é que outras demandas passam a surgir para o profissional do Serviço Social quando se tem mais aproximação com os(as) usuários(as) a que atende, podendo assim identificar outros problemas e direcioná-los adequadamente.

3.1.4 O serviço social na saúde

Escolhemos esse tema porque observamos a necessidade de esclarecer para os nossos usuários como se dá a atuação do assistente social no HUAC. Participaram desse encontro em média dez (10) acompanhantes.

Fizemos uma dinâmica na qual cada participante, após se apresentar, relatava em qual circunstância foi atendida pelo profissional de Serviço Social. Todos participaram e percebemos que a imagem desses profissionais são “bonzinhos” foi o que predominou nesses relatos.

A partir daí, fomos esclarecendo as atribuições do assistente social na saúde através de imagens impressas representando algumas atividades exercidas por esse profissional.

Expomos, portanto, que os usuários deveriam esperar que os assistentes sociais os oferecessem atendimento eficiente, responsável e de qualidade; os respeitassem independentemente de suas crenças, comportamentos e valores; os esclarecessem sobre os objetivos do Serviço Social e as possibilidades de intervenção; assim como discutimos como ocorre o acesso aos serviços, programas e projetos previstos pela lei; dentre outros.

Explicamos que pelo fato desse profissional informar, encaminhar e incentivar a população ir à busca de seus direitos muitos os qualifica como “bonzinhos”, mas o assistente social deve fazer o que lhe é competência e que não compete ao profissional de Serviço Social

fazer doações (como muitos imaginam que seja o seu trabalho), mas lutar junto com a população para a garantia de direitos.

Destacamos também que no HUAC e em demais instituições da área de saúde, o assistente social comparece às alas e leitos, ministra palestras, realiza visitas domiciliares no intuito de conhecer a realidade da família e as condições de vida em que vivem para contribuir na identificação dos possíveis causas de adoecimento dos usuários, acompanha estágios no setor de Serviço Social, sempre está se articulando com a equipe médica e administrativa da instituição em prol dos interesses dos usuários, orienta e encaminha a família para programas sociais.

Por fim, foi entregue a avaliação e servido o lanche. Os(as) usuários(as) avaliaram que esse encontro foi importante para esclarecer a função do(a) assistente social na instituição e durante o lanche os diálogos continuaram.

Uma participante relatou que havia pedido informações à equipe médica sobre o quadro de saúde de seu filho e os profissionais se negaram a informar. Ela afirmou que só queria saber algo que é de direito, pois só a equipe médica poderia dar essas informações.

Discorremos que a participante estava correta em afirmar que só a equipe médica envolvida no acompanhamento à criança poderia dar informações sobre o quadro clínico e é obrigação da equipe esclarecer precisamente as dúvidas da família. Explicamos que o setor de Serviço Social, diante dessa situação, poderia localizar o médico de plantão e solicitar que o mesmo repassasse tais informações a acompanhante. Essa articulação entre o Serviço Social e a equipe médica foi feita e a acompanhante pôde ficar informada.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Inúmeros desafios são postos à política de saúde, principalmente com o modelo de proteção social que vem buscando cada vez mais desvalorizar as políticas públicas e implantando o discurso de que o melhor serviço prestado encontra-se nas instituições privadas.

Assim, observa-se que durante os três últimos governos manteve-se o duelo entre o projeto de Reforma Sanitária e o Projeto Privatista, porém, o segundo vem cada vez mais ganhando espaço e garantindo os interesses do mercado.

Já o projeto de Reforma Sanitária tem resistido a muitos obstáculos e continua lutando contra falta de recursos, desvalorização à política pública de saúde e descumprimento do Estado perante os direitos garantidos na Carta Magna sobre a Seguridade Social.

É em meio a essa disputa que o(a) assistente social vem trabalhando, buscando estratégias que possibilite a garantia de direitos, além de abraçar a luta pelas causas sociais e por uma sociedade igualitária.

Porém, esse(a) profissional por se só não conseguirá superar as injustiças sociais. É preciso mobilizar o coletivo e incentivar para que todos possam reivindicar por melhorias nas condições de vida da população brasileira.

Com o término de todas as rodas de conversas, toda a equipe envolvida no estágio se reuniu para fazer a avaliação final e considerou-se que mesmo em meio às dificuldades, a equipe conclui o projeto alcançando os seus objetivos. Esse projeto contribuiu para a formação das estagiárias uma vez que todas puderam superar a insegurança de atuar diretamente com o usuário, buscando articular teoria e prática, através das mediações para apreender o real e propor respostas profissionais.

As supervisoras de campo afirmaram que o projeto foi enriquecedor para o setor de Serviço Social, pois o mesmo trouxe diversas contribuições para o setor e que a instituição daria continuidade ao estágio no ano seguinte com uma nova turma. Porém, com um número de vagas menor (duas estagiárias) pela incerteza da adesão à EBSEH, pois duas das supervisoras eram do processo seletivo (podendo sair com a implementação da EBSEH).

Nossa expectativa é que esse trabalho desenvolvido no HUAC tenha trazido contribuições tanto para a instituição e seus usuários, quanto para a UEPB e estudantes do curso de Serviço Social, na perspectiva de fortalecimento do SUS.

Por fim, é importante relatar que mesmo perante as dificuldades que todo estagiário enfrenta, pôde-se contar com o apoio e suporte das supervisoras tanto institucional quanto de campo. A elas somos gratas pelo compromisso e disponibilidade de compartilhar suas experiências profissionais.

**THE EDUCATIONAL PRACTICE DEVELOPED ON SOCIAL SERVICE
INTERNSHIP IN ALCIDES CARNEIRO UNIVERSITY HOSPITAL FROM
CAMPINA GRANDE-PB**

Travassos, Jéssica Dias

ABSTRACT

Health policy in Brazil has been experienced stresses since the 1990s, between the proposal of the Health Reform and the neoliberal ideology. The empowerment of neoliberal ideology favors the non-compliance of rights guaranteed in the Constitution. To understand the current situation of public health in Brazil is important to make a short analysis of how it has been treated in recent governments. Moreover, it is important to highlight the educational practices developed and/or carried out by social workers for the health promotion. Thus, this article aims to analyze the educational activity developed by the trainees the Social Service of sector of Campina Grande University Hospital during the supervised training in social work of Paraíba State University in 2014. The methodology used for this educational practice guided in conversation circles with escort of patients from Pediatrics, Oncology and Children's Pediatric ICU of the University Hospital on topics related to SUS and rights of users. We observe the activities performed and recorded in a field diary.

Keywords: Health Policy. Social Service. Health Education.

REFERÊNCIAS

ABREU, Marina Maciel. CARDOSO, Franci Gomes. Mobilização social e práticas educativas. In: CFESS/ABEPSS (Org.). **Serviço social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Farmácia Popular do Brasil**. Disponível em <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/346-sctie-raiz/daf-raiz/farmacia-popular/11-farmacia-popular/18008-programa-farmacia-popular-do-brasil>> Acesso em 28 de jun. de 2016.

BRAVO, Maria Inês Souza. MENEZES, Juliana Souza Bravo. **A saúde nos governos do partido dos trabalhadores e as lutas sociais contra a privatização**. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2014.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Política de saúde no Brasil: serviço social e saúde formação e trabalho profissional**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo. **A saúde nos Governos Lula e Dilma: Algumas reflexões**. Rio de Janeiro: UERJ, 2011. (Cadernos de Saúde: Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal e de qualidade).

BRESSER PEREIRA, Luiz Carlos. **A Reforma do aparelho de estado e a constituição brasileira**. Brasília: MARE/ENAP, 1995.

CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. **Parâmetro para atuação de assistentes sociais na política de saúde**. Brasília: CFESS, 2010.

CISLAGHI, Juliana Fiuza. Retrocesso no legislativo e impactos para a saúde no Brasil. In: BRAVO, Maria Inês Souza et al (Orgs). **A mercantilização da saúde em debate: as organizações sociais no Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: UERJ, 2015. p. 21-24.

CORDEIRO JUNIOR, Welfane. **Uma visão crítica sobre a política das UPAs**. Disponível em: <<https://www.linkedin.com/pulse/uma-vis%C3%A3o-cr%C3%ADtica-sobre-pol%C3%ADtica-das-upas-welfane-cordeiro-junior>> Acesso em: 17 abr. 16.

DAVI, Jordeana et al. **Carga tributária e política social: considerações sobre o financiamento da seguridade social**. In DAVI, J.; MARTINIANO, C.; PATRIOTA, L. M. (Orgs). **Seguridade social e saúde: tendências e desafios**. 2. ed. Campina Grande: EDUEPB, 2011. p. 59-84.

IAMAMOTO, Marilda. CARVALHO, Raul de. **Relações sociais e serviço social no Brasil**. 39. ed. São Paulo: Cortez, 2013.

LOPES, Graciela Schweitzer. **Educação em saúde: possibilidades para o assistente social**. Florianópolis: UFSC, 2002.

MACHADO, Aline Maria Batista; SANTOS, Ana Clara dos; SOARES, Elaila Andrius de Moraes. Serviço Social e educação popular: um recorte dos estudos produzidos no período de 1980-2010 no Brasil. **Textos e Contextos**, Porto Alegre, v. 13, n. 2, p. 337- 354, jul./dez. 2014.

MACHADO, Marcelo de Freitas. **A introdução da lei de responsabilidade fiscal no contexto da reforma do estado: uma análise dos resultados dos governos estaduais**. 2004. Dissertação (Mestrado em Economia)- Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2004.

MARQUES, Cilene José et al. **Caracterização do campo de estágio – HUAC**. Campina Grande: UEPB, 2014.

PMDB. Partido do Movimento Democrático Brasileiro. **Uma ponte para o futuro**. Disponível em <http://pmdb.org.br/wp-content/uploads/2015/10/RELEASE-TEMER_A4-28.10.15-Online.pdf> Acesso em 06 jul 2016.

SCAFF, Fernando Facury. **A DRU, os direitos sociais e o pagamento dos juros da dívida**. Disponível em: <www.abrasco.org.br> Acesso em: 31 jul. 16.

SILVA, Alessandra Ximenes. **Lutas sociais e contradições dos sujeitos políticos coletivos no processo de Reforma Sanitária Brasileira**: a saúde nos governos do Partido dos Trabalhadores e as lutas sociais contra a privatização. Rio de Janeiro: UERJ, 2014.

SILVA, Alessandra Ximenes. **Lutas sociais e contradições dos sujeitos políticos coletivos no processo de Reforma Sanitária Brasileira**. 253 f. 2013. Tese (Doutorado em Serviço Social). Universidade Federal de Pernambuco. Recife, 2013.

SILVA, Kalline Maria Pinheiro da. **A prática do(a) assistente social no âmbito da educação em saúde no Programa Saúde da Família de Campina Grande**. Campina Grande: UEPB. 2006.

SOARES, Raquel Cavalcante. **A Contrarreforma na Política de Saúde e o SUS Hoje**: impactos e demandas ao Serviço Social. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Universidade Federal de Pernambuco). Recife, 2010.

YASUI, Silvio. Reflexões de uma referência da saúde mental. **Revista Radis**, Comunicação e Saúde, Rio de Janeiro, Fio Cruz, n. 158, nov. 2015.