



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS – CCSA
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL**

MARIA APARECIDA ARAÚJO CABRAL

**DISCUTINDO DIREITOS E DEVERES DO SUS COM OS ACOMPANHANTES
DA ALA GERIÁTRICA DO HOSPITAL MUNICIPAL PEDRO I – PB: UM
RELATO DE EXPERIÊNCIA**

CAMPINA GRANDE - PB

2018

MARIA APARECIDA ARAÚJO CABRAL

**DISCUTINDO DIREITOS E DEVERES DO SUS COM OS ACOMPANHANTES
DA ALA GERIÁTRICA DO HOSPITAL MUNICIPAL PEDRO I – PB: UM
RELATO DE EXPERIÊNCIA**

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 grau de bacharela em Serviço Social.

Orientador: Thaísa Simplício Carneiro Matias

CAMPINA GRANDE – PB

2018

É expressamente proibido 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 do trabalho.

C117d Cabral, Maria Aparecida Araújo.
Discutindo direitos e deveres do SUS com os acompanhantes da Ala geriátrica do Hospital Municipal Pedro I – PB [manuscrito] : um relato de experiência / Maria Aparecida Araújo Cabral. - 2018.
39 p. : il. colorido.
Digitado.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, 2018.
"Orientação : Profa. Ma. Thaísa Simplicio Carneiro Matias, Departamento de Serviço Social - CCSA."
1. Política de saúde. 2. Serviço social. 3. Sistema Único de Saúde. I. Título

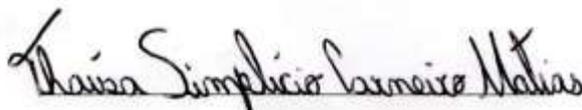
21. ed. CDD 361.61

MARIA APARECIDA ARAÚJO CABRAL

**Discutindo direitos e deveres do SUS com os acompanhantes da ala geriátrica
do Hospital Municipal Pedro I – PB: Um relato de experiência**

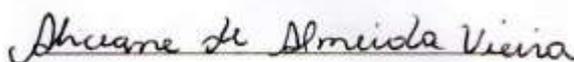
Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Graduação em Serviço Social da
Universidade Estadual da Paraíba, em
cumprimento à exigência para obtenção do
grau de Bacharela em Serviço Social.

Aprovada em 10/12/2018



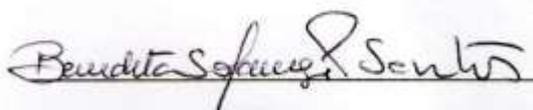
Msc. Tháisa Simplicio Carneiro Matias/UEPB

Orientadora



Msc. Aliceane de Almeida Vieira

Examinador



Esp. Benedita Solange Pereira dos Santos

Examinadora Externa

AGRADECIMENTOS

Após quatro anos de lutas, cheguei ao fim de uma longa caminhada. Durante esse tempo fui abençoada e guiada por quem merece minha eterna gratidão pois foi Ele que planejou minha vida colocando esse sonho de ser Assistente Social em meu coração, o agradecimento especial é pro autor de tudo DEUS.

Antes de ser concebida ao mundo, Deus escolheu quem seriam meus pais e não há como mensurar o quanto fui agraciada por ter nascido nas vidas deles Antônio e Adriana, desde pequena eles foram meu alicerce, a fortaleza que eu sempre precisei, foram sinônimos de luta e resistência pra que eu chegasse até aqui, essa vitória é mais deles do que minha que nunca me deixaram desistir, não existe forma de retribuir tudo que fizeram para que esse sonho fosse possível, mas amar vocês cada dia mais é a forma mais pura que encontro pra agradecer a vocês por todo o esforço.

O que seria dessa vitória sem meus irmãos? Talvez nem teria sido possível! Kamila e Kenedy, obrigada por serem exemplos na minha vida por me mostrarem sempre que é possível, obrigada por nossa união que me fez ultrapassar barreiras e vencer. Como não agradecer pela intercessão dos meus avós? Minha avó Mãe Maria que rezava pela minha aprovação, Vovó Esmeralda e Vovô Assis (in memória) que choravam com a aprovação dos netos, a alegria de vocês foi combustível.

Durante esse tempo tive um anjo que Deus colocou no meu caminho, esse anjo não permitiu que eu me sentisse sozinha em nenhum momento, sempre estava me apoiando, apostando em mim, me lembrando que era possível e fazendo de fato o impossível para que os obstáculos fossem ultrapassados e para que o fardo fosse mais leve, esse anjo é meu namorado Igor Alexandre a quem eu agradeço imensamente.

Agradeço a toda minha família que sonharam e desejaram que esse momento se concretizasse. A luta também foi compartilhada e superada com amigos Amanda e Leandro que dia a dia estavam ao meu lado caindo e levantando, mas sempre de mãos dadas, a eles meu muito obrigada. Como uma pessoa abençoada, pude ganhar de presente uma cunhada/irmã Rafaela Pequeno, que chegou já dividindo comigo sua mãe Rossana Werllaine que pôde me abrir as portas e solidificar meu sonho com seus ensinamentos como Assistente Social, vocês foram peças chaves na minha realização profissional. Ao meu cunhado Rodolpho Moura agradeço por ser a pessoa que reflete determinação nos estudos mostrando sempre que vale a pena.

Agradeço a minha orientadora Thaisa por ter sido tão presente na minha vida acadêmica por não ter se eximido em nenhum momento sempre presente e disposta a ser de fato a melhor orientadora que eu poderia ter. A minha banca Solange, Aliceane, Thaisa por contribuírem com a minha formação meu muito obrigada.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	6
2. A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: CONSIDERAÇÕES AO DEBATE.....	7
2.1. A política de saúde como dever do Estado	7
2.2. Serviço Social na Política de Saúde	16
3. DISCUTINDO DIREITOS E DEVERES DO SUS COM OS ACOMPANHANTES DA ALA GERIÁTRICA DO HOSPITAL MUNICIPAL PEDRO I EM CAMPINA GRANDE- PB	20
3.1. O HMPI: trajetória e atuação do serviço social	20
3.1.1. Demandas destinadas ao setor de Serviço Social no Hospital Pedro I.....	22
3.2. Discutindo os Direitos e Deveres: Projeto de Intervenção na ala geriátrica do HMPI.....	23
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	34
REFERÊNCIAS.....	37

DISCUTINDO DIREITOS E DEVERES DO SUS COM OS USUÁRIOS DO HOSPITAL MUNICIPAL PEDRO I – PB: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Maria Aparecida Araújo Cabral¹

RESUMO

O presente artigo visa discutir a atuação profissional do assistente social no âmbito hospitalar, para tanto se faz necessário discutir a trajetória da política de saúde no Brasil bem como as interferências do serviço social na Saúde ao longo do século XX. A pesquisa caracteriza-se por ser de cunho qualitativo e explora os relatos de experiência em sua metodologia, e, é oriundo da experiência de Estágio obrigatório realizado no setor de Serviço Social do Hospital Municipal Pedro I, na cidade de Campina Grande- PB. Por meio de um projeto de intervenção que teve como objetivo discutir direitos e deveres dos usuários do SUS dentro da ala de geriatria, a qual na instituição funciona em parceria com a Universidade Facisa. Tendo como principal aporte para a intervenção a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, realizamos por meio de atividades de grupos um trabalho de discutir entre usuários e profissionais do SUS a fim de que haja um entendimento efetivo das atribuições de ambos para que de fato o acesso a saúde seja democratizado em todos as suas esferas.

Palavras-Chaves: Política de Saúde. Serviço social. Usuários.

¹ Aluna de graduação do Curso de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba. E-mail: lala_araujo_cabral@hotmail.com

1. INTRODUÇÃO

O presente estudo produz uma reflexão sobre a atuação profissional do serviço social na área da saúde tendo como lócus da pesquisa a ala de geriatria do Hospital Pedro I em Campina Grande. Partindo da experiência de Estágio obrigatório em Serviço Social iniciada em setembro de 2017, buscamos entender o trabalho do Assistente Social no âmbito da saúde mostrando a importância destes profissionais no cotidiano hospitalar.

O Hospital Pedro I foi construído pela Maçonaria, sua inauguração deu-se no dia 7 de setembro de 1932. Sendo um dos primeiros hospitais da cidade de Campina Grande, tinha como finalidade atender as necessidades das pessoas mais carentes que não dispunham de condições financeiras, em sua origem era uma instituição filantrópica. Nas últimas décadas a demanda do Hospital cresceu e a maçonaria acabou declarando falência, diante dessa situação, o município de Campina Grande comprou o hospital e o mantém até os dias atuais, em parceria com o Sistema Único de Saúde (SUS).

A ala geriátrica funciona através de uma parceria do referido Hospital com a Unifacisa, instituição de nível superior pertencente à rede privada de educação com sede em Campina Grande. Apesar do empenho das duas instâncias (município e iniciativa privada) em atender a pessoa idosa lhe fornecendo serviços de qualidade, há ainda, muitas lacunas no que diz respeito ao conhecimento dos usuários em relação aos seus direitos e deveres dentro do SUS.

Essa pesquisa foi de encontro aos acompanhantes dos pacientes geriátricos lhes oferecendo informações que venham a lhes orientar sobre seus direitos e deveres frente ao SUS a fim de lhes proporcionar melhor orientação tanto na tomada de decisões quanto para que possam cobrar dos prestadores de serviço posturas coerentes no atendimento dos pacientes dos quais estão acompanhando.

Com a promulgação da Constituição Federal em 1988, a saúde passa a ser tratada como um direito social. O poder público passou a ter obrigação de prestar serviços, a saúde passou a ser direito de todos e não apenas de uma parcela da população, entretanto há muitas barreiras a serem quebradas para que haja a prestação de um serviço eficiente, o trabalho do assistente social é fiscalizar e viabilizar que a população receba, de fato, o atendimento conforme suas necessidades.

2. A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: CONSIDERAÇÕES AO DEBATE

2.1. A política de saúde como dever do Estado

A responsabilidade sobre as políticas de saúde passou a ser atribuída ao Estado brasileiro somente após a proclamação da República. Um dos principais avanços nesse âmbito foi verificado em 1920 e marca o início da previdência no Brasil, trata-se da criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs), que eram pactuações entre empregados e empregadores, onde estes últimos facilitava aos primeiros um determinado acesso a alguns recursos quando se trata de saúde.

No governo Getúlio Vargas as CAPs passaram a ter uma maior demanda, sendo substituídas pelo Instituto de Aposentadoria e Pensões (IAPs) onde apenas marinheiros, comerciários, bancários, industriários e por último os servidores públicos do estado, tinham acesso a medicina previdenciária, o que denota apenas a preocupação com a parcela da população que era responsável pela geração de força de trabalho no mercado formal, e a população pobre ainda dependia das instituições filantrópicas. Mota (2006) salienta que:

No Brasil, a despeito das iniciativas realizadas nos anos 40, é somente a partir dos anos 80 que a sociedade brasileira ensaia a institucionalização e constitucionalização dos primeiros passos em prol do exercício da cidadania, de formas de democracia, da constitucionalização de novos direitos sociais, trabalhistas e políticos (MOTA, 2006, p. 42).

Durante o Regime Militar, instaurado no Brasil em 1964, a saúde pública no país iniciou um processo de mudanças substanciais no setor em tela. Segundo Soares (2010), nesse período, onde ocorreram intensas perseguições políticas aos profissionais do serviço social, houve o fortalecimento do Ministério da Saúde, sobretudo com a criação da Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM), que tinha como principal função o controle de endemias.

No que concerne ao Serviço Social, ainda durante a vigência do Regime Militar, ocorreu um processo de unificação dos IAPs, concluído no ano de 1967 que, posteriormente, foram transformados no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), como sugere Paim (2008).

Após a implementação da ditadura em 1964, houve um aumento considerável no setor privado de saúde frente ao setor público, o que significa que o estado passa a contratar serviços privados para garantir a manutenção da saúde pública, privilegiando o setor privado e deixando de investir no setor público. Outras características importantes nesse período foram a extensão da cobertura previdenciária, a ênfase na prática médica curativa orientada para a

burocratização do setor, a criação do complexo medico-industrial e a diferenciação do atendimento entre os usuários. De acordo com Raquel Soares (2010):

No Brasil, a política de saúde sempre teve uma racionalidade fragmentada, em geral, curativa, hospitalocêntrica e medicocêntrica, centrada no indivíduo, onde a lógica dos interesses privados, principalmente a partir do regime autocrático pós-1964, estava presente. No entanto, com a crise do regime ditatorial e a mobilização dos trabalhadores da saúde, junto com as demais organizações do movimento popular e sindical, em torno de um projeto de reforma sanitária, foi possível incorporar na Constituição de 1988, esse novo projeto de saúde pública, universal e democrática, que é o SUS. Esse sistema, pautado numa racionalidade político-emancipatória, foi concebido como proposta de ruptura com a racionalidade instrumental e burocrática anterior na política de saúde. E para isso, além das ações de assistência à saúde, está centrado nas ações de prevenção e promoção à saúde, possibilitando a participação social por meio do controle social, as ações de educação em saúde, entre outros (SOARES, 2010, p. 16).

Nesse cenário em que eclode a Reforma Sanitária Brasileira (RSB), propagou-se ainda na década de 1970 um conjunto de ideias que sugeriam mudanças na área da saúde a fim de garantir melhorias na vida da população, sobretudo, promovendo o acesso a serviços básicos de saúde. Foi a partir da RSB que houve um tensionamento em relação ao modelo hospitalocêntrico, flexneriano, biologicista e médico-centrado que desencadeou o surgimento do SUS, sendo assim: “Justamente esses interesses dominantes cristalizados no Estado e nos aparelhos de hegemonia encontravam-se presentes na conjuntura da transição democrática, onde nasceu a proposta da Reforma Sanitária” (PAIM, 2008, p. 61).

A promulgação da Constituição Federal de 1988 se dá através de um processo de redemocratização, onde o Brasil está saindo de um processo de 21 anos de regime militar, passando a ser um país democrático, onde todas as pessoas passam a ter direitos iguais. Após a promulgação da Lei Magna, a saúde passa a ser tratada como um direito de todos e dever do Estado, a partir disso se instituiu o SUS. O objetivo principal do SUS é garantir o direito igualitário a saúde para todos os cidadãos.

[...] A proposta do SUS está vinculada a uma ideia central: todas as pessoas têm direito a saúde. Este direito está ligado à condição de cidadania. Não depende do “mérito” de pagar previdência social (seguro social meritocrático), nem de provar condição de pobreza (assistência do sistema de proteção), nem do poder aquisitivo (mercado capitalista), muito menos da caridade (filantropia). Com base na concepção de seguridade social, o SUS supõe uma sociedade solidária e democrática, movida por valores de igualdade de equidade, sem discriminações ou privilégios (PAIM, 2008, p.43).

Essa conquista política e social pode ser atribuída a diversas lutas e esforços empreendidos pelo movimento da Reforma Sanitária, entre 1976 e 1988. Pela primeira vez na

história do Brasil, foi promulgada uma Carta Magna que reconhece a saúde como direito social, dispondo de uma seção específica e contando com cinco artigos destinados a saúde (artigos 196 a 200). Tais artigos preveem que a saúde é direito de todos e dever do Estado, que o Poder Público regulamente os serviços e ações de saúde obedecendo a uma hierarquia embora o sistema seja único, dentre outras disposições.

A instituição do SUS, bem como os avanços constitucionais referentes à área da saúde, visava quebrar com certos estereótipos que colocavam como uma área exclusiva de quem já estava acometido por alguma doença. Vasconcelos e Pasche (2006), afirmam que o SUS não se resume a um sistema de prestação de serviços assistenciais, ou seja, deveria ir adiante, na condição de “um sistema complexo responsável por articular e coordenar ações promocionais e de prevenção, com as de cura e habilitação” (VASCONCELOS; PASCHE, 2006, p.532).

No momento em que a proposta do SUS já havia sido amadurecida, as autoras supracitadas afirmam que:

A incorporação à base jurídico-legal do SUS de uma concepção ampliada de saúde, que incluiu os condicionantes econômicos, sociais, culturais e bioecológicos, e uma visão abrangente e integrada das ações e serviços de saúde, busca superar a visão dominante de focar a saúde pela doença, sobretudo nas dimensões biológica e individual. Sem negar o peso e a importância das doenças na configuração do sistema de saúde e na consequente oferta de ações, o entendimento ampliado sobre a produção de saúde apresenta uma série de novos desafios ao sistema de saúde brasileiro, exigindo-lhes novas concepções e modos de operação (VASCONCELOS; PASCHE, 1996, p. 532).

Estas novas concepções bem como os modos de operação são questões que dizem respeito também ao ofício do assistente social, posto que a saúde não se exime de ser parte dos direitos sociais, logo, se faz necessário pensar a política de saúde como política social. É neste caminho que concordamos com Fleury e Ouverney sobre o fato que:

Ao considerar a política de saúde como uma política social, uma das consequências imediatas é assumir que a saúde é um dos direitos inerentes à condição de cidadania, pois a plena participação dos indivíduos na sociedade política se realiza a partir de sua inserção como cidadãos (FLEURY; OUVERNEY, 2008, p. 23).

Outro importante destaque foi a promulgação em 1990 da Lei Orgânica da Saúde (LOS), composta pelas leis 8.080/1990 e 8.142/1990). Os princípios e diretrizes do SUS garantidos pela LOS determinam e caracterizam o atendimento e serviços prestados pelo SUS, que garante ao cidadão direitos referentes à saúde pública.

A Constituição Federal estabelece um conjunto de princípios que podem ser compreendidos como um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da

sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, previdência social e à assistência social.

O primeiro princípio abordado é a *universalidade*, ou seja, todas as pessoas devem ter acesso aos serviços de saúde como direito de cidadania. A universalidade quer dizer também que os usuários devem ter acesso a todos os níveis de assistência, o que garante que todos tenham o mesmo acesso a qualquer tipo de serviço prestado pelo SUS, independente do seu nível de complexidade, custos. O que passa a ser um dos seus principais marcos da saúde pública no Brasil, pois o modelo adotado antes era o de saúde pública e privada apenas para os trabalhadores que eram credenciados ao sistema previdenciário e, após a implantação do SUS, a saúde se universalizou, onde todos independente de contribuir ou não tinham acesso igualitário a saúde (BRASIL, 1988)

Assim é vedado qualquer tipo de assistência privilegiada e sem qualquer tipo de preconceito seja ele por raça, religião, gênero, orientação sexual, etc. esse princípio garante que toda pessoa tenha acesso a qualquer serviço ofertado pelo SUS, atendimentos especiais só existem para pessoas com necessidades diferenciadas de saúde, onde a mesma é encaminhada e orientada pelo SUS, a fim de garantir um maior cuidado e atendimento especializado, então retirando os casos de pessoas especiais o atendimento prestado pelo SUS deve ser igualitário.

Outro princípio imprescindível é a *integralidade*, que consiste no conjunto articulado de ações e serviços que visem atender o indivíduo como um ser humano integral e com necessidades de promoção e recuperação. É entendida na lei como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais ou coletivos, que abrange todos os níveis de complexidade. O seu objetivo é promover a prevenção de doenças, como também o tratamento de doenças, o diagnóstico e o atendimento hospitalar, preservando a autonomia das pessoas, visando a sua integridade física ou moral (BRASIL, 1988)

Um ponto importante para a implementação da Constituição Cidadã, foi a incorporação da perspectiva de Seguridade Social, entendida como

[...] uma modalidade de intervenção específica do Estado na área social adotada em vários países desenvolvidos, principalmente no pós-guerra, caracterizada pela distribuição de benefícios, ações e serviços a todos os cidadãos de uma nação, abrangendo previdência, saúde e a assistência social, educação e outros direitos sociais. No Brasil, a Seguridade Social foi instituída na constituição de modelos de proteção social em saúde (GIOVANELA et al, 2012, p. 366).

A partir desse princípio surge a ideia de saúde para todos, onde independente da classe social ou poder aquisitivo, todo e qualquer cidadão brasileiro tenha direito ao SUS. Tais princípios devem operar garantindo a resolutividade posto que, quando o indivíduo buscar o

atendimento ou quando surgir algum impacto coletivo da saúde o serviço correspondente deve estar capacitado para resolver o atendimento com eficácia e eficiência (Art. 7º Lei 8.080/90).

Dessa forma a participação da comunidade é importante para fiscalização e cumprimento de todas as atividades ofertadas pelo SUS, onde a mesma pode participar dos processos de formulação de diretrizes e prioridades para uma melhor política de saúde. A formulação dessa representação da comunidade no âmbito do SUS é consolidada na constituição dos Conselhos de Saúde e pela realização das Conferências de Saúde.

A implementação do SUS significou o rompimento com o modelo de saúde anterior, que se encontrava estruturado no Brasil por várias décadas. Nos anos 1990 a concretização dos princípios do SUS, teria sua implementação dificultada por diversos obstáculos estruturais e conjugais, nesse sentido:

O governo federal tem sido o principal financiador do sistema público de saúde, e responsável, em média, por cerca de 75% do gasto total [...]. Os governos estaduais tiveram sua participação no financiamento gradualmente reduzida na primeira metade da década, por motivo de problemas fiscais. Essa baixa nos Estados leva a progressivo aumento da participação municipal que não estava vinculada a compromissos ou a valores definidos, e limitava suas colaborações financeiras, gerando grande heterogeneidade. As relevantes oscilações, intensificadas pela inflação, tiveram as consequências previsíveis no funcionamento do sistema público. Tal inconstância e insuficiência de recursos levaram a deficiências na manutenção da rede e na diminuição do ritmo de expansão e melhoria dos equipamentos. Parte expressiva do conceito existente de má qualidade dos serviços públicos de saúde teve origem nessas deficiências de financiamento (BRASIL, 2002, p. 17).

Os obstáculos estruturais encontrados estão relacionados com dois grupos de problemas básicos os quais os países latino-americanos enfrentam. O primeiro obstáculo é a heterogeneidade que gera exclusão, mesmo com o esforço da implementação de programas sociais, esbarram em conflitos econômicos, financeiros, sociais, inerentes à estrutura socioeconômicas desses países.

O segundo obstáculo estrutural, se relaciona com a centralização excessiva, fragmentação institucional, frágil capacidade regulatória e uma fraca tradição participativa da sociedade. Tendo em vista as dificuldades enfrentadas para a implementação do SUS, o seu processo de consolidação deve sofrer mudanças estruturais estratégicas e profundas a longo prazo. A luta pela garantia da política de saúde como direito à cidadania, atualmente formulava um novo modelo de desenvolvimento para as políticas sociais e a proteção social da saúde.

Analisar o serviço social nos anos 1990, devemos entender o avanço do projeto neoliberal no Brasil, que por sua vez vai de contraponto ao Serviço Social. Os principais eventos que ocorreram após o avanço do neoliberalismo, foi o Plano Real², e a contrarreforma do Estado e a defesa do projeto privatista, que tenta dificultar a implementação da Reforma Sanitária. Esses dois projetos de saúde, necessitam de profissionais do Serviço Social, mas a diferença é no modo em que ambos exercem o seu trabalho e as suas demandas. A Carta do 10º Conselho Nacional de Saúde já salientava em 1996, que:

No centro deste processo do setor saúde encontramos a política econômica de cunho neoliberal implementada pelo governo federal a parte dos governos estaduais. Imposta por países e organismos internacionais e pela elite financeira nacional, desenvolve-se essa nefasta política que produz dependência e endividamento interno e externo, empobrecimento, desemprego, quebra de direitos trabalhistas, exclusão social, violência, doença e morte. Sob o discurso da ‘modernização’ estabelece-se, de fato, o ‘Estado mínimo’ para as políticas sociais, e o ‘Estado máximo’ para o grande capital financeiro nacional e internacional. Esta é a lógica [...] do atual projeto de Reforma Administrativa e do Estado (CNS, 1996. p. 1).

Um dos desafios do SUS é enfrentar as profundas desigualdades na saúde brasileira para que a saúde, venha a ser, de fato, democrática. Mas, para a implementação do SUS, o Estado deve ser fortalecido em suas três esferas (nacional, estadual e municipal), dividindo suas competências e articulando os princípios nacionais de política com decisões e parâmetros locais e regionais.

Desde o ano de 1990, o Brasil sofre com o processo de contrarreforma do estado, que refletem no campo das políticas sociais e que atingem diretamente a saúde pública e o conjunto da seguridade social. A crise econômica e a falta de capital no Brasil abre espaço para que as instituições privadas venham a buscar uma nova forma de obter lucros, o que é chamado de avanço do projeto de saúde privatista. Esse processo consiste em estruturar serviços específicos como hospitalares, clínica de diagnose, entre outros, tudo gerado com o capital de instituições privadas e através de contratos com o governo fornecer os serviços gratuitamente a população em troca disso o governo paga as empresas com a verba que é destinada a saúde. Como analisa Mendes (2015, p. 12):

Desde 1980 até o período atual, isto é, nos tempos de vigência de dominância do capital financeiro no movimento do capital e do neoliberalismo, não foi possível identificar a retirada do Estado da economia, mas ao contrário, assistiu-se a uma particular forma de sua

² O Plano Real foi um programa iniciado no governo do presidente Itamar Franco, em 1994, tinha como objetivo a estabilização econômica e conter a inflação, entre outras medidas o Plano Real instituiu uma nova moeda, o real, em substituição ao cruzeiro.

“presença”. Particularmente, nessa presente crise do capitalismo, estamos assistindo a adoção de políticas austeras por parte do Estado, com redução dos direitos sociais, inclusive da política de saúde, intensificando mecanismos de mercantilização no seu interior, presentes no contexto dos países capitalistas centrais e no Brasil. Além disso, verifica-se ainda, a permissão do Estado à apropriação do fundo público pelo capital. Para se ter uma ideia, no contexto da crise do capitalismo contemporâneo, sob dominância do capital financeiro, o Estado brasileiro não parou de conceder incentivo à iniciativa privada, impondo riscos à saúde universal.

Os anos 2000 foram marcados, no Brasil, pela ascensão dos governos de esquerda, sobretudo com a eleição em 2002 de Luís Inácio Lula da Silva à presidência da República, pelo Partido dos Trabalhadores (PT). Em seu governo, bem como de sua sucessora Dilma Rousseff a partir de 2011, houve avanços significativos no setor da saúde, bem como continuidade para o projeto privatista iniciado na década de 1990. Um dos pontos positivos da “Era Lula”, é descrito por Paim (2008, p. 262):

Independentemente do juízo que se possa dispor do primeiro mandato do Presidente Lula, inclusive na área da saúde, cabe reconhecer o fato de que as forças políticas e sociais que passaram a ocupar espaços nesse período possibilitaram, ainda que no plano discursivo, uma retomada do tema da Reforma Sanitária na agenda política (PAIM, 2008, p. 262).

É importante perceber que a reinserção das propostas da Reforma Sanitária Brasileira após a instalação do projeto neoliberal e privatista, é sem dúvidas, um divisor de águas nos anos 2000. O governo Lula, prezou por direitos sociais, que fortaleceram muitas áreas, dentre elas, a Saúde. Três iniciativas desse período merecem destaque, como mostra Paim (2008, p. 262):

- a) aprovação pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e pelo Conselho Nacional de Saúde do Pacto pela Saúde, incluindo o Pacto pela Vida, o Pacto em defesa do SUS e o Pacto de Gestão;
- b) formalização da Política Nacional de Promoção da Saúde;
- c) criação da Comissão Nacional de Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) (PAIM, 2008, p. 262).

Com o governo Lula foi verificado o fortalecimento dos vínculos dos Hospitais Universitários (HU’s) com o SUS, através de algumas medidas a saber: recomposição dos quadros de servidores desses hospitais; nova forma de financiamento dos HU’s como aponta pesquisa de Bravo e Menezes (2008, p. 18). Ainda podemos destacar com o lançamento do Programa Nacional de Atenção Integral às Urgências e a criação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU); o estímulo e apoio a criação de Centrais de Regulação Regionais das Urgências.

Por outro lado, as propostas e reformas defendidas pelo governo Lula após o seu primeiro governo, bem como, por Dilma Rousseff, “dão sequência a contrarreforma do Estado

iniciada na gestão de FHC, encolhendo o espaço público democrático dos direitos sociais e ampliando o espaço privado - não só nas atividades ligadas à produção econômica, mas também no campo dos direitos sociais conquistados” (BRAVO; MENEZES, 2008, p. 17).

Mesmo que a Política de Saúde neste governo fosse apresentada como direito fundamental, num momento em que se comprometia em garantir o acesso universal e integral aos serviços de saúde, Bravo e Menezes (2008) afirmam que “a concepção de Seguridade Social não é assumida na perspectiva na Constituição Federal de 1988. Havia uma expectativa, entretanto, que este governo fortalecesse o Projeto de Reforma Sanitária na saúde” (BRAVO; MENEZES, 2008, p. 18). Entretanto verificou-se que a prática de fisiologismo permaneceu nesse governo, e o controle social viveu um período de crise, posto que a burocratização do sistema continuou dificultando o acesso aos serviços.

Vale salientar ainda um outro avanço do segundo mandato de Lula que foi o Pacto pela Saúde, lançado em 2006, que reúne o Pacto pela Vida, o Pacto pelo SUS e o Pacto de Gestão. Segundo Soares (2010, p. 53), o pacto “traz em seu bojo muito das propostas do projeto de reforma sanitária, sem deixar de expressar também interesses dos demais projetos em confronto, representando em parte as expectativas do primeiro mandato da gestão em torno da defesa da saúde pública e do SUS” (SOARES, 2010, p. 53).

Marcado por inúmeras crises, o governo de Dilma Rousseff foi resistente, e atuou no campo da saúde seguindo o modelo de seu antecessor. No campo da saúde construiu dezenas de Unidades de Pronto Atendimento (UPA) em todo o país, aumentou a capacidade do atendimento preventivo com a construção de milhares de Unidades Básicas de Saúde. Instituiu o Programa Mais Médicos, que contratou profissionais para atuar nas mais remotas áreas do país, sendo estes brasileiros ou estrangeiros. Mesmo em meio à crise financeira que assolou o país.

Em 2016, o segundo mandato da presidenta eleita é interceptado por manobras dentro do Congresso Nacional que culminaram no seu impeachment, assumindo Michel Temer, seu vice a presidência a partir de maio daquele ano. No governo Temer o processo de contrarreforma acelerou ainda mais, conseqüentemente há um aceleração nos processos de privatização da saúde, incentivando o desmembramento das políticas públicas e enfraquecendo as políticas sociais.

Este governo lança uma proposta que visa diminuir a abrangência do SUS retirando alguns direitos e diminuindo as verbas destinadas a saúde pública, um exemplo desse processo é a formulação da PEC 95 aprovada em dezembro de 2016, hoje Emenda

Constitucional 95/2016, que institui um Novo Regime Fiscal no âmbito dos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social da União. Esta dispõe sobre o congelamento dos gastos, trazendo consigo vários impactos na saúde. Um ponto a ser destacado neste congelamento é que agora as verbas que são destinadas à saúde não acompanham o crescimento econômico do país, fazendo com que as verbas sempre sejam as mesmas e nunca aumentem.

A política de saúde nos dias atuais passa por dificuldade em desenvolvimento carecendo de melhorias que a adeque, sobretudo as populações menos abastadas, tendo em vista o atual governo é conservador e apoia diretamente a política de privatizações, que viria dificultar a vida destes já citados cidadãos. O retrocesso não se instala apenas na saúde, mas perpassa também as searas das políticas sociais, bem como, de outros campos que direta e indiretamente afetam o modelo de saúde no Brasil.

O governo se apoia na cultura da política de crise para justificar suas ações de saúde suplementar, ou seja, a contratação do setor privado: medicina de grupo, cooperativa médica, autogestão, seguradora, hospitais filantrópicos e outras. Parte das empresas privadas de saúde (planos de saúde e seguros) expandiram e diversificaram suas atividades, vinculando-se a grandes instituições bancárias, outras abriram suas ações nas bolsas de valores, inserindo-se a lógica da acumulação financeira. Como exemplo, pode-se citar a Qualicorp, empresa de planos de saúde, cujo lucro líquido no quarto trimestre de 2017 foi de R\$ 90,4 milhões, representando um aumento de 15,3% em seus rendimentos quando comparado ao mesmo período do ano de 2016 (SELMÍ, 2018, p. 1).

O governo Temer defende, explicitamente, uma reforma do SUS que o inviabiliza, com isso, essa gestão anuncia que “a desconstrução da concepção de direito público na saúde está andando a passos largos, agora alimentados por uma cultura da crise que anuncia a quebra do Estado em decorrência dos gastos com políticas sociais”, como aponta Raquel Soares (2018, p. 29). A população brasileira assiste atônita a uma verdadeira restrição de bens e direitos públicos, dentre eles, o direito à saúde.

Com a eleição de Jair Bolsonaro (PSL) a presidência do Brasil, ocorrida no último mês de outubro, as previsões para a saúde são ainda mais pessimistas, antes de assumir, o presidente eleito levou a desestabilização do Programa Mais Médicos, que levou a retirada de mais de oito mil profissionais cubanos que atendiam a população brasileira nos lugares mais remotos, sob alegação de que o programa favorecia o governo cubano, foi sugerido que os profissionais passassem por avaliação, com a retirada destes, um edital foi aberto para provisão dos cargos por médicos brasileiros.

Em seu plano de governo o presidente eleito defende Prontuário Eletrônico Nacional Interligado, que uniformize e interligue a prestação de serviços do SUS e a inclusão de

profissionais de Educação Física no Programa Saúde da Família. Para realizar tais mudanças, seu governo contará com o médico e deputado federal Luiz Henrique Mandetta (DEM-MS) como Ministro da Saúde.

Na sessão a seguir discorreremos sobre a atuação do serviço social na política da saúde, tal discussão foi fundamental para o desenvolvimento do projeto de intervenção ocorrido no Hospital Pedro I de Campina Grande.

2.2. Serviço Social na Política de Saúde

O Estado brasileiro passa a intervir na saúde a partir da década de 1930, e tem sua consolidação de Política de Saúde de 1945 a 1964, entretanto a partir do ano de 1964 houve alterações no sistema decorrente do golpe militar que instaurou uma ditadura que durou duas décadas. A Política de Saúde no Brasil primeiramente foi consolidada e organizada em duas vertentes para a saúde pública e para a medicina previdenciária (BRAVO, 2010).

O serviço social no Brasil se desenvolve como profissão a partir do ano de 1945, pois as exigências e necessidades aumentam de forma significativa, em relação ao avanço da frente capitalista pelo mundo e também no Brasil, como também das mudanças internacionais com o fim da Segunda Guerra Mundial. Uma característica importante sobre a profissão neste contexto é observar que nesse período a saúde foi o setor que começou a ter a necessidade de empregar profissionais do serviço social.

O marco desta mudança de influência situa-se no Congresso Interamericano de Serviço Social realizado em 1941, em Atlantic City (EUA). Posteriormente, foram criados diversos mecanismos de interação mais efetiva, como o oferecimento de bolsas aos profissionais brasileiros e a criação de entidades. Os assistentes sociais brasileiros começaram a defender que o ensino e a profissão dos Estados Unidos haviam atingido um grau mais elevado de sistematização, ademais, ali, na ação profissional, o julgamento moral com relação a população-cliente era substituído por uma análise de cunho psicológico.

O assistente social na área da saúde enfatizava por meio da prática educativa com a intervenção normativa no cotidiano dos usuários, observando seus hábitos de higiene e saúde, atuando, assim, nos programas prioritários estabelecidos pela política de saúde. O assistente social atua entre o hospital e o usuário, viabilizando o seu acesso a serviços e benefícios, por

meio de ações como plantões, triagens ou seleções, encaminhamentos, concessões de benefícios e orientação previdenciária.

A partir das décadas de 1980 e 1990, o Brasil passou por um processo de grande mobilização política, o marco mais importante para o setor público de saúde no Brasil, foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida entre 17 e 21 de março de 1986, onde pela primeira vez a saúde foi abordada como um direito de todo cidadão brasileiro, reformulado o sistema nacional de saúde e o financiamento setorial. O relatório desta conferência, transformando em recomendações, serviu de base para a negociação dos defensores da Reforma Sanitária na reformulação da Constituição Federal, conforme apresentado anteriormente.

A conquista da Reforma Sanitária e do novo modelo de saúde pública no Brasil não se deu de maneira harmoniosa, pois até então o Brasil não tinha passado por um processo dessa magnitude e ainda se prendia a modelos conservadores e atrasados. Mas com a vitória da Reforma Sanitária, através da eficácia plenária e a pressão da sociedade, a saúde passa a ser tratada como um direito de todo e qualquer cidadão brasileiro, com isso o serviço social passa a se fortalecer e conquistar mais espaço, pois o mesmo que viabiliza e facilita esse processo de democratização da saúde.

A Reforma Sanitária foi um avanço significativo na saúde pública, trata-se de um processo que envolve todo um beneficiamento para a população, pois a intenção do mesmo é garantir o acesso à saúde de todo e qualquer cidadão. Mesmo com um forte sistema privado de saúde, a Reforma Sanitária se instalou e teve grande avanço em todo Brasil nos últimos anos, e isso é um marco importante, também, na realização do trabalho do assistente social, onde se nota o crescimento da sua demanda e cada vez mais a importância da profissão, que atua na área da saúde como mediador entre os serviços prestados e o usuário.

Com a ruptura do Serviço Social com o conservadorismo, juntamente com a implementação da Reforma Sanitária, que tem como consequência o aumento na demanda de assistentes sociais, se fez necessário a criação do Código de Ética do assistente social, que normatiza e esquematiza princípios e deveres para o exercício da profissão, buscando uma melhor prestação de serviço e democratização do mesmo, vinculado aos interesses e projeto de sociedade da classe trabalhadora. O Código de Ética do assistente social se divide em onze princípios fundamentais, quatro títulos subdivididos em 36 artigos, entre outras demandas, o Código se compromete com a:

- Garantia do pluralismo, através do respeito às correntes profissionais democráticas existentes e suas expressões teóricas, e compromisso com o constante aprimoramento intelectual;

- Opção por um projeto profissional vinculado ao processo de construção de uma nova ordem societária, sem dominação, exploração de classe, etnia e gênero;
- Articulação com os movimentos de outras categorias profissionais que partilhem dos princípios deste Código e com a luta geral dos/as trabalhadores/as;
- Compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional;
- Exercício do Serviço Social sem ser discriminado/a, nem discriminar, por questões de inserção de classe social, gênero, etnia, religião, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, idade e condição física (BRASIL, 2012, p. 24).

O Código de Ética do assistente social se caracteriza como um conjunto de princípios, deveres e proibições que consistem em orientar o profissional em sua atuação, assegurando a fundamentação da concepção ética e dos valores éticos profissionais, tornando o assistente social um defensor dos direitos humanos, intervindo direto nos problemas sociais a ele conduzidos.

A Lei da Regulamentação Profissional do assistente social, promulgada pelo presidente Itamar Franco em 7 de junho de 1993 normatiza o exercício profissional, é ela que define as competências e atribuições do assistente social. Como o de desempenhar suas atividades profissionais, com eficiência e reponsabilidade, observando a legislação em vigor, como utilizar seu número de registro no Conselho Regional no exercício da profissão, entre outros direitos e deveres que estão presentes no artigo 4º:

- I - elaborar, implementar, executar e avaliar políticas sociais junto a órgãos da administração pública, direta ou indireta, empresas, entidades e organizações populares;
- II - elaborar, coordenar, executar e avaliar planos, programas e projetos que sejam do âmbito de atuação do Serviço Social com participação da sociedade civil;
- III - encaminhar providências, e prestar orientação social a indivíduos, grupos e à população;
- V - orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos;
- VI - planejar, organizar e administrar benefícios e Serviços Sociais;
- VII - planejar, executar e avaliar pesquisas que possam contribuir para a análise da realidade social e para subsidiar ações profissionais;
- VIII - prestar assessoria e consultoria a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades, com relação às matérias relacionadas no inciso II deste artigo;
- IX - prestar assessoria e apoio aos movimentos sociais em matéria relacionada às políticas sociais, no exercício e na defesa dos direitos civis, políticos e sociais da coletividade;
- X - planejamento, organização e administração de Serviços Sociais e de Unidade de Serviço Social;

XI - realizar estudos sócio-econômicos com os usuários para fins de benefícios e serviços sociais junto a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades.

O Assistente Social é de extrema importância para a saúde, pois é um dos profissionais que atua diretamente sobre as diferenças sociais, de forma a contribuir com a democratização dos serviços prestados. A base de sua fundamentação é a questão social, logo “a atuação profissional deve estar pautada em uma proposta que vise o enfrentamento das expressões da questão social que refletem nos diversos níveis de serviços que se organizam a partir de ações de média e alta densidade tecnológica” (CFESS, 2009 p. 20).

O reconhecimento da questão social como objeto de intervenção profissional (conforme estabelecido nas Diretrizes Curriculares da ABEPSS, 1996), demanda uma atuação profissional em uma perspectiva totalizante, baseada na identificação das determinações sociais, econômicas e culturais das desigualdades sociais. O Assistente Social, atua nos diversos espaços institucionais, e, está inserido na área de saúde, intervindo junto ao usuários do SUS, junto a outros profissionais de saúde.

Na política de saúde, o foco principal das demandas do assistente social, são as contradições presentes na oferta e funcionamento dos serviços. No processo, de organização e reorganização do sistema único de saúde, as necessidades imediatas da população entram em confronto com as formas de organização dos serviços, nesse processo, o assistente social intervém.

Assim, atribui-se ao assistente social, enquanto profissional de saúde, a intervenção junto aos fenômenos socioculturais e econômicos, que direta ou indiretamente podem influenciar condições de saúde, podendo reduzir a eficácia dos programas de prestação de serviços nos níveis de promoção, proteção e/ou recuperação da saúde;

O seu papel no âmbito da saúde é humanizar o atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional (CFESS, 2009, p.41). Enfim, no hospital, o assistente social atua para viabilizar todos os direitos sobre os usuários, sendo um interlocutor direto entre o usuário e o hospital.

Para exercer um bom papel profissional, o assistente social necessita ter um consistente arcabouço teórico-metodológico, articulado ao direcionamento ético-político e técnico-operativo, a fim de qualificar e melhorar o atendimento ao usuário. O perfil do assistente social para atuar nas diferentes políticas sociais deve afastar-se das abordagens

tradicionais funcionalistas, que reforçam as práticas conservadoras que tratam as situações sociais como problemas pessoais que devem ser resolvidos individualmente.

Considerando, que o assistente social, em sua prática profissional, contribui para a melhoria do atendimento das demandas imediatas de saúde dos usuários do SUS, possibilitando o acesso às orientações, informações e ações educativas, para que a saúde possa ser percebida como produto das condições gerais de vida e da dinâmica das relações sociais. Promovendo, atendimento humanizado ao usuário, enquanto sujeito de direito, favorecendo especificamente a área circunscrita do usuário, do SUS. A seguir versaremos sobre a intervenção desenvolvida junto a equipe de Serviço social do Hospital Pedro I de Campina Grande – PB.

3. DISCUTINDO DIREITOS E DEVERES DO SUS COM OS ACOMPANHANTES DA ALA GERIÁTRICA DO HOSPITAL MUNICIPAL PEDRO I EM CAMPINA GRANDE- PB

3.1. O HMPI: trajetória e atuação do serviço social

O Hospital Municipal Pedro I (HMPI), como já foi anunciado aqui, foi um dos primeiros hospitais de Campina Grande - PB. Sua fundação partiu da Maçonaria que viu a precariedade da saúde no município e criou o hospital com a intenção de ajudar a população mais carente, seu nome é uma homenagem ao Imperador Pedro I, considerado aquele que trouxe a Maçonaria para o Brasil.

No início do século XX, manter um hospital se tornou muito difícil pois além dos materiais necessários para o seu funcionamento a demanda do hospital aumentou de maneira significativa. O hospital passou por grave crise financeira, vendo a necessidade e a importância, o município de Campina Grande em outubro de 2013 sob gestão do prefeito Romero Rodrigues (PSDB) acabou comprando e assumindo o hospital, suas dívidas e seus funcionários, graças a parceria já existente com o SUS. Passados os momentos difíceis, o hospital se tornou um grande centro de prestação de serviços da saúde, que atende a cidade bem como municípios circunvizinhos.

O HMPI é uma Unidade de Saúde vinculada à Secretaria de Saúde do Município de Campina Grande no Estado da Paraíba, situado na Rua: Pedro I, N° 605 no Bairro do São Jose

destinado a atender a população pelo SUS, atendendo o Município de Campina Grande e cidades circunvizinhas.

O Hospital Municipal Pedro I (HMPI) possui um Centro de Diagnóstico onde oferece exames como tomografia computadorizada, ultrassonografia, mamografia, radiografias, eletrocardiograma, ecocardiógrafa, endoscopia digestiva. O prédio possui serviço ambulatorial que oferece os seguintes serviços: ginecologia, mastologia, clínica vascular, clínica cardiológica, otorrinolaringologia, neurocirurgia, clínica geral, clínica ortopédica traumatológica. Sedia laboratório de Análise Clínica-terceirizado (CEPAC). Setor transfusional (HEMOCENTRO). No Ambulatório, os serviços são realizados conforme a demanda agendada pelo setor de regulação, obedecendo normas e critérios estabelecidos pela Secretária Municipal de Saúde de Campina Grande.

A instituição possui 99 leitos para Clínica Médica e Cirúrgica. Oferecendo cirurgia ginecologia, ortopédica, traumatológica, cirurgia vascular e mastologia. Existem 5 alas nas quais se dividem os leitos, sendo o Posto 01 destinado ao sexo masculino no qual contém 25 leitos sendo 15 para procedimentos clínicos e 10 para procedimentos cirúrgicos; Posto 02 destinado ao sexo feminino, contém 20 leitos para procedimentos cirúrgicos; Posto 03 destinado ao sexo feminino contém 35 leitos para procedimentos clínicos e por fim o posto do Centro Universitário UniFacisa (que tem parceria com o HMPI) que é destinado à geriatria com 19 leitos. Em todos os postos os usuários atendidos são encaminhados de outros Serviços Públicos da rede de assistência e atendimento ao SUS. Todo atendimento e assistência aos pacientes internos obedecem às normas de acordo com protocolos estabelecidos/MS.

A gestão que se encontra atualmente no Pedro I possui uma preocupação em oferecer o melhor serviço ao usuário e ao seu acompanhante, não esquecendo do funcionário, que tem um papel fundamental no andamento do sistema, garantindo, assim, compromisso e ética profissional. A gestão oferece recursos suficientes para o melhor funcionamento, garantindo que não falte nenhum tipo de medicamento e material que impeça o seu funcionamento, sem falar na rápida manutenção de aparelhos que garante que o serviço não pare e que mais pacientes sejam atendidos todos os dias.

Hoje, o Pedro I é uma conquista muito grande para o município de Campina Grande e regiões circunvizinhas, pois ele é responsável por serviços de alta complexidade, segundo o SUS, tendo em vista que o hospital se tornou um grande centro de imagens e de especialidades, tendo pequenas e grandes cirurgias sendo realizadas pelo SUS, diariamente.

Dessa forma, o hospital Pedro I se tornou um hospital de apoio para esses serviços para a população que não possui recursos suficientes para pagar exames e cirurgias tão caras.

O serviço social no âmbito da saúde se destaca em realizar um trabalho voltado para a viabilização dos direitos de seus usuários e a prestação de um serviço de acompanhamento, tendo como dever a garantia que o usuário seja esclarecido e orientando tanto quanto aos seus direitos, tanto quanto para a prestação de serviços do hospital, evitando a burocracia e a negligência em seu atendimento.

O Hospital Pedro I disponibiliza para o setor de serviço social uma sala com estrutura necessária para realização do trabalho dos assistentes sociais, onde a mesma realiza atendimentos individuais o setor é equipado com telefone que na maioria das vezes é utilizado para comunicação com outros serviços dentro do hospital, entre outros materiais essenciais para os atendimentos.

O relacionamento dos profissionais do serviço social com os demais acontece de forma harmoniosa e visando sempre o cumprimento dos seus objetivos. Essa interdisciplinaridade é um processo recíproco, que enriquece ainda mais a profissão do assistente social, tendo em vista que o processo se torna dinâmico e construtivo, facilitando a compreensão e resolução do papel profissional e o respeito a ética. Vale salientar o único ponto negativo que é a falta de conhecimento de alguns profissionais sobre o papel do assistente social no qual encaminha demandas que na maioria das vezes não nos compete.

3.1.1. Demandas destinadas ao setor de Serviço Social no Hospital Pedro I

Na experiência de Estágio Obrigatório em Serviço Social na referida instituição, tivemos a oportunidade de conhecer as principais demandas existentes, bem como, conhecer as formas – pelas quais elas são solucionadas dando segmento ao cotidiano de atendimentos no Hospital Pedro I. Algumas demandas, listadas a seguir, chegaram ao nosso conhecimento por meio da experiência do estágio e, podem ser assim elencadas:

- Visita social as enfermarias: masculina, feminina, cirúrgica e geriatria
- Orientação e encaminhamento a acompanhamentos e/ ou familiares para reposição de Sangue HEMOCENTRO;
- Monitoramento e supervisão do acompanhamento de familiares ou responsáveis pelos pacientes durante período de internação;

- Atendimento e orientação a acompanhantes / familiares de pacientes internos, oferecendo orientações e informações sobre serviços presados;
- Emissão de declaração para acompanhante de pacientes internos no HMPI;
- Contato com familiares e ou responsáveis para solicitação de Acompanhante para paciente interno, oriundo de outra Unidade de Saúde /e ou paciente de alta da UTI do HMPI para enfermaria;
- Orientação e encaminhamento das demandas para serviços de odontologia especializado em pessoas com deficiência – sediado no HMPI;
- Comunicação á familiares e /ou responsável de altas hospitalar de paciente interno no HMPI;
- Solicitação e autorização de transporte para traslado de pacientes internos para realização de exames em outra unidade de saúde da rede conveniada SUS;
- Solicitação e autorização de transporte para traslado de pacientes em alta hospitalar, em situação de vulnerabilidade social, residente em Campina Grande;
- Realização de contato com familiares ou responsáveis de pacientes internos para tratar de óbito;
- Realização de contato com familiares e/ ou responsáveis por pacientes internos para comunicar alta hospitalar.

Se faz necessário destacar que os acompanhantes dos idosos também são usuários do SUS, desde que recebem a visita do Agente Comunitário de Saúde, quando participam das campanhas de vacinação, ao serem atendidos nas UBSF e também como acompanhantes dentro do âmbito hospitalar estão utilizando os serviços do SUS, entre outros.

Entretanto, é possível que estes acompanhantes não estejam cientes de seus direitos, bem como seus deveres e este motivo nos levou a pensar em formas de desenvolver ações socioeducativas dentro do âmbito hospitalar, como também, em outros serviços que utilizarem que pertençam ao SUS, a partir de uma intervenção com sentido pedagógico advinda da equipe de serviço social dentro do Hospital Pedro I.

3.2. Discutindo os Direitos e Deveres: Projeto de Intervenção na ala geriátrica do HMPI

A proposta de realizar uma atividade conjunta pauta-se no que defende Assis (2002) descrito por Lobato (2006): “Para Assis *et. al.* (2002, p. 57), a proposta educativa dos grupos

busca propiciar espaço de participação onde todos aprendem e ensinam, ao mesmo tempo em que reformulam concepções e produzem novos conhecimentos” (LOBATO, 2006, p. 146). Dessa maneira, elaboramos um Projeto de Intervenção com a colaboração dos acompanhantes dos usuários da ala geriátrica do Pedro I.

Optamos por realizar tal projeto socioeducativo entre os acompanhantes da ala geriátrica, por perceber que os idosos internados careciam de uma atenção diferenciada, entretanto, os mesmos, em consequência da doença e de outros problemas relacionados à idade (locomoção, audição) não podiam participar ativamente das atividades, ficando a cargo de seus acompanhantes receber as orientações que dizem respeito aos seus direitos e deveres dentro da instituição.

É pertinente abordar aqui que o tema da velhice, deve ser sempre colocado em pauta para que estes acompanhantes compreendam que:

O processo de envelhecimento não se resume apenas aos aspectos demográficos, implica criação de políticas públicas para um segmento que demanda melhores condições de saúde, habitação, aposentadorias e pensões, assistência social, enfim, condições dignas de existência, pelos anos a mais de vida (LOBATO, 2006, p. 138).

Dentro do âmbito hospitalar é imprescindível que se discuta os direitos a saúde que estes possuem, para que haja de fato a provisão desses direitos. A partir de 2003, com o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003), verificamos uma série de prerrogativas que vem a beneficiar estes que, durante muito tempo, estiveram à margem das preocupações por parte dos poderes públicos. O artigo 15 do Estatuto do Idoso (Lei no 10.741, de 1º de outubro de 2003) prevê que:

É assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde - SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos (BRASIL, 2003, p. 1).

Muitos idosos atendidos pela instituição encontram-se em situação de vulnerabilidade, o acometimento de doenças físicas (como artrite, artrose, diabetes) ou mentais (esclerose, mal de Alzheimer) lhes ceifam a possibilidade de responder por si, assim, o acompanhante tem um papel fundamental para que o atendimento realmente flua, e que os direitos do idoso seja preservado. Dentro dessa mesma lei, vale salientar, que o acompanhante é um direito do paciente, conforme o artigo 16:

Ao idoso internado ou em observação é assegurado o direito a acompanhante, devendo o órgão de saúde proporcionar as condições adequadas para a sua permanência em tempo integral, segundo o critério médico (BRASIL, 2003, p.7).

Dessa maneira, percebemos a importância da atuação dos assistentes sociais em viabilizar que a Lei seja cumprida, que os idosos não só possuam acompanhantes, mas que esses estejam em sintonia com os direitos dos usuários dentro de instituições do SUS. Como sugere Bravo (2006): “Cabe aos assistentes sociais formular estratégias que busquem reforçar ou criar experiências nos serviços que efetivem o direito social à saúde, em uma ação articulada com outros profissionais que defendam o aprofundamento do Sistema Único de Saúde” (BRAVO, 2006, p.17).

O projeto de intervenção que culmina nesse trabalho de conclusão de curso teve como objetivo ir ao encontro dos acompanhantes dos usuários geriátricos lhes oferecendo informações que lhes orientassem no tocante aos seus direitos e deveres frente ao SUS, a fim de lhes proporcionar subsídios tanto para a tomada de decisões quanto para que possam cobrar dos prestadores de serviço um atendimento eficiente aos usuários dos quais estão acompanhando.

O primeiro contato com os acompanhantes no dia 12/11/2018 e foi feito por ocasião da visita social ao leito, que é realizada, diariamente, a todos os usuários internos e respectivos acompanhantes na ala geriátrica do Hospital Municipal Pedro I. A adesão dos participantes, para discutir e refletir os direitos e deveres dos usuários do SUS foi bem aceita.

Na oportunidade, os usuários tomaram conhecimento do projeto numa abordagem direta, corpo a corpo, sendo evidenciada a importância da aceitação dos mesmos às atividades em grupo. Durante a realização das atividades contamos com a presença de doze sujeitos, que, voluntariamente, colaboraram com a intervenção.

Cumpramos ressaltar que apesar da oferta suficiente de vagas nos leitos da supracitada instituição, persiste uma demanda reprimida para este perfil de usuários e do referido tipo de serviço de saúde, em decorrência da burocratização do acesso aos serviços da rede de atenção à saúde local. Esse fato contraria o que prevê a LOS, composta pelas leis 8.080/1990 e 8.142/1990) através de seus princípios, sobretudo aquele que diz respeito a integralidade, já discutido anteriormente.

Destacamos que a participação durante as atividades foi de 12 acompanhantes, tendo em vista que durante a semana apenas 12 leitos foram ocupados, lembrando que a ala

geriátrica comporta 19 leitos. Salientamos que a internação segue processo do Sistema de regulação³ (SISREG).

As atividades inerentes ao projeto foram planejadas, discutidas dentro da disciplina do Estágio, e submetidas à aprovação por parte do conselho de ética do Município de Campina Grande, divididos em cinco encontros, o projeto de intervenção se propôs a promover discussões de forma dinâmica e rápida, a fim de não comprometer o tempo dos acompanhantes dos idosos, assim, os encontros foram organizados conforme o quadro a seguir:

CRONOGRAMA	
ENCONTRO	ATIVIDADE
Encontro 1 Dia 12/11/2018 Duração: 40 minutos	Acolhida: Apresentação dos participantes; Oficina: Confecção do mural que era semelhante à estrutura de mural hospitalar, os usuários preencheram as janelas com palavras que definiam o SUS para cada um deles naquele momento; aplicação do questionário.
Encontro 2 Dia 13 /11/2018 Duração: 30 minutos	Discussão: Rápida discussão, apresentação do quadro com direitos e deveres do SUS, Nesse momento também foi realizado a entrega da carta dos direitos dos usuários do SUS.
Encontro 3 Dia 14 /11/2018 Duração: 30 minutos	Discussão: apresentação do vídeo sobre o SUS e em seguida houve uma breve discussão entre os presentes. O vídeo está disponível em: https://m.youtube.com/watch?v=PzVxOkNyqLs&t=52s
Encontro 4 Dia 15/11/2018 Duração: 40 minutos	Roda de conversa: Foi passado o vídeo “Cordel do SUS”, em seguida foi realizado uma roda de conversa sobre os direitos e deveres dos usuários do SUS. Vídeo disponível em: https://m.youtube.com/watch?v=NMAbvOPOnCs
Encontro 5 Dia 16 /11/2018 Duração: 30 minutos	Encerramento do projeto: partilha dos entendimentos sobre o SUS antes e após e a avaliação do projeto. Foi realizado uma dinâmica e um momento de descontração.

Já no primeiro encontro, dia 12/11/2018, identificamos um fato preocupante, quando interrogados a respeito do conhecimento sobre a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde mais conhecido como a Cartilha do SUS, a grande maioria dos participantes afirmou que não conhecia a cartilha e alguns, e, conseqüentemente, não conheciam os seus direitos. Diante desse quadro, podemos delinear que a situação dos usuários do SUS oriundos do município de Campina Grande e localidades circunvizinhas encontram-se demasiadamente negligenciada no tocante a informações sobre os seus direitos e deveres diante do SUS.

³ O SISREG é um sistema online criado para o gerenciamento de todo Complexo Regulatório indo da rede básica à internação hospitalar, visando à humanização dos serviços, maior controle do fluxo e otimização na utilização dos recursos. Assim, o serviço é regido pela Portaria nº 1559 de 01/08/2008 que institui a Política Nacional de Regulação pela Portaria 2907 de 23/11/2009 que dispõe sobre o financiamento dos Complexos reguladores e a Informatização das Unidades de Saúde do SUS (CONASS, 2011).

Tendo em vista que o SUS está em vigência há 30 anos, é importante que haja um suporte, nesse sentido, por parte da rede de saúde, a começar pela atenção básica, ou seja, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e as Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) onde se deveria haver discussões.

Após a aplicação do questionário, que teve como objetivo sondar o entendimento dos acompanhantes sobre os direitos e deveres dos usuários do SUS, reiteramos o convite aos acompanhantes para participar da roda de conversa. Na ocasião apresentamos a proposta do projeto em seguida iniciamos uma discussão sobre o SUS na qual fizemos algumas perguntas, como: O que significa o SUS para vocês? Como é o atendimento prestado pelo SUS? Qual a maior dificuldade no atendimento do SUS?

As respostas obtidas afirmavam que “O SUS é o hospital”, “O SUS é a vacina que eu tomo no posto”, “SUS é para todo mundo sem restrição”, “A maior dificuldade é a marcação de exames”, “Os exames demoram o resultado”, “Difícil ir ao posto e ser atendida”, “Os postos têm médico uma vez perdida, raramente, a cada 15 dias”, “O atendimento deveria ser facilitado, pois jogam a gente para lá e para cá”, “Sempre falta medicação no posto de saúde e material para curativos”.

O que percebemos no decorrer das falas uma acompanhante destacou que ela não utiliza o SUS, pois é usuária de um plano de saúde particular e que apenas recorria ao SUS para buscar atendimento para sua mãe, que, na ocasião, se encontrava interna, e é quem sempre utiliza dos serviços.

Adentramos na discussão da amplitude do SUS, perguntando se tanto ela como as demais já tomaram vacinas nas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), se recebiam visitas dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), se conheciam o trabalho da vigilância sanitária, se as mesmas ou algum familiar utilizaram o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

Diante essas perguntas todas afirmaram terem utilizado algum desses serviços citados, então explicamos a amplitude do SUS e que todos nós cidadãos utilizamos o SUS diariamente, seja na compra de produtos alimentícios em supermercados fiscalizados pela vigilância sanitária, nas visitas domiciliares dos ACS entre outros, foi destacado que independente da utilização do plano de saúde o SUS se faz presente no cotidiano de todos.

Diante do exposto, uma acompanhante destacou que não tinha noção de tantas atribuições do SUS, e que, a partir de agora não veria mais o SUS apenas como o “Hospital e a Vacina”. Essa fala, nos chama atenção pelo fato de que, o desconhecimento faz com que

muitos deixem de usufruir daquilo que é seu direito, ou seja, dos demais serviços de saúde destinados à população.

Após diálogo com as acompanhantes mostramos o mural em formato de hospital (ver figura a baixo). Pedimos que cada um dos participantes munidos de canetas coloridas se aproximasse do mural e escrevessem nas janelas do hospital, o que, naquele momento, significava o SUS, também facultamos a eles fazerem alguma crítica, e assim o fizeram. Elas escreveram sobre alguns problemas identificados: falta de informação dificuldade na

marcação de exames sobre o SUS serviços.



Fonte: Projeto de Intervenção, Crédito: Maria Aparecida A. Cabral 2018

No segundo encontro, dia 13/11/2018 apresentamos a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde (BRASIL, 2011) e distribuimos cópias entre os participantes. Distribuídas as cópias da Carta, começamos uma breve explanação lendo alguns direitos e deveres e abrindo espaço para breve discussão do entendimento sobre os direitos e deveres no que podemos destacar algumas reflexões, como o direito explanado e a reflexão de algumas acompanhantes, No paragrafo 1º do artigo 2º vemos que:

§ 1º O acesso será preferencialmente nos serviços de Atenção Básica integrados por centros de saúde, postos de saúde, unidades de saúde da família e unidades básicas de saúde ou similares mais próximos de sua casa (BRASIL, 2011 p. 5).

Após a discussão do documento, iniciamos o momento de partilha de experiências. A cada rodada percebemos inúmeras críticas, como: as acompanhantes afirmavam que havia o posto de saúde próximo as suas residências, mas quando procuravam atendimento não havia médico de plantão, outra ainda disse que o atendimento não era satisfatório, pois nunca resolveram seu problema e ainda mandavam voltar depois, uma terceira afirmava que às vezes

conseguia medicação ou alguma vacina, mas que para isso precisava pegar uma ficha cedo, e por fim, uma quarta participante contou que é difícil conseguir informações sempre ficam jogando os usuários “pra um e pra outro”.

Mediante esses relatos, ficou evidente que, há um desrespeito ao artigo 5º da Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, diz que:

§ 5º Quando houver alguma dificuldade temporária para atender às pessoas, é da responsabilidade da direção e da equipe do serviço acolher, dar informações claras e encaminhá-las sem discriminação e privilégios (BRASIL, 2011, p. 6).

As falas sobre as informações prestadas criticam o fato de não serem bem atendidas e não conseguirem respostas as suas necessidades onde existe a burocratização do serviço, ao passarem o caso sempre para outros profissionais sem atingir o princípio da resolutividade. No 8º artigo da Carta, lemos que:

VIII – o acesso à continuidade da atenção no domicílio, quando pertinente, com estímulo e orientação ao autocuidado que fortaleça sua autonomia, e a garantia de acompanhamento em qualquer serviço que for necessário (BRASIL, 2011, p. 7).

Na prática, verificamos que, os serviços, quando são prestados, nunca partem do atendimento domiciliar, mesmo se tratando de pessoas idosas, com problema de locomoção, uma das participantes afirmou que se alguém da família não for ao posto avisar que sua mãe estava internada o tratamento seria suspenso na Unidade de Saúde, ou seja, não há uma garantia, da prestação do serviço na ausência do paciente naquele dia previsto.

No hospital, o problema da falta de informação também persiste, muitos alegam receber alta, e não ser orientado a respeito da continuidade do tratamento, uma acompanhante afirma que nunca recebeu nenhum encaminhamento para levar para o posto quando sua mãe sai do hospital, posto pela terceira vez que ela fora internada com diagnóstico pneumonia. Diante as reflexões pudemos perceber novamente críticas à atenção básica e principalmente ao acompanhamento após alta hospitalar dos idosos que necessitam de acompanhamento que lhe assegure melhoria em sua condição salutar.

No terceiro encontro, dia 14/11/2018 foi dado continuidade ao Projeto, exibindo o vídeo: “Série SUS - Os princípios do SUS”. Durante o vídeo foram destacados 5 princípios do SUS (Equidade, Universalidade, Integralidade, Descentralização e Controle Social) levando conhecimento mais amplo sobre a organização do SUS e sobre os princípios básicos de cidadania que asseguram ao brasileiro o ingresso digno no sistema de saúde.

Após a visualização do vídeo começamos a discutir em roda de conversa os princípios explanados no vídeo, destacando-se as seguintes falas dos acompanhantes: É importante saber as informações sobre o SUS, coisa que não é feito para a população. As acompanhantes acrescentaram que o vídeo foi didático e o que chamou atenção o direito universal à saúde.

Uma das usuárias participantes do Projeto, afirmou que, em dada ocasião, o SUS foi de grande valia para sua vida, pois seu filho sofreu uma queimadura e foi atendido em uma UPA perto de sua casa, nesse sentido, ela enaltece o fato de que o SUS favorece a população quando instala Unidades de Saúde nos bairros, nas comunidades, caso o contrário, ela não saberia se chegaria com meu filho no hospital para que recebesse o atendimento adequado a tempo.

Na fala da acompanhante percebemos seu destaque a descentralização a mesma se pronunciou de forma alegre ao completar seu registro dizendo que “O SUS pensa em todos”. Mesmo reconhecendo tais benefícios, por outro lado, há a burocratização, que restringe o acesso e torna um transtorno a busca por determinados serviços, como mostra a fala de outra acompanhante, segundo a mesma, o que dificulta é burocratização do serviço pois mesmo antes de sua mãe ser transferida pra o HMPI, ela acompanhou outro caso em que houve demora na transferência de uma senhora do Hospital de Trauma de Campina Grande pra o HMPI e quando finalmente ocorreu a transferência a mesma veio a óbito. Ela ressaltou ainda a importância da interligação dos serviços, pois os mesmos são muito falhos, em sua opinião.

O que podemos perceber nesse relato da acompanhante é que ela tem conhecimento da integralidade e fez a crítica destacando a burocratização no serviço levando por muitas vezes os usuários a óbito devido à demora ao atendimento necessitado. Ela ainda afirma que quando voltam para casa ficam sem assistência da UBSF, tendo que se deslocar várias vezes até lá para avisar a situação da sua mãe, ou seja, não há um encaminhamento imediato após a alta do idoso.

Assim, consideramos que falta a interlocução entre os sistemas para que de fato a integralidade seja um princípio executado de forma que não deixe os usuários, principalmente, os idosos sem a continuação de tratamento previsto na sua residência pelo acompanhamento da atenção básica. Mediante a explicação, uma participante afirmou não sabia que o SUS funcionava dessa forma, e não fazia ideia de que poderia participar das reuniões do SUS para escolher o melhor para a comunidade.

No momento dessa fala fica claro o enfoque ao controle social falado no vídeo, que mostra a importância da participação comunitária nos Conselhos e Conferências do SUS. Como aponta a Cartilha do Ministério da Saúde “Para entender o controle social na saúde”:

Os conselhos de saúde e as conferências de saúde se constituem, atualmente, nos principais espaços para o exercício da participação e do controle social na implantação e na implementação das políticas de saúde em todas as esferas de governo. Atuando como mecanismos essencialmente democráticos, através deles, a sociedade se organiza para a efetiva proteção da saúde como direito de todos e dever do Estado (BRASIL, 2013, p. 12).

Percebe-se que o momento da intervenção possibilitou a visibilidade da organização do SUS e ao conhecer os princípios os acompanhantes passaram a se ver dentro do sistema, ficou claro de como passaram até a se sentir importantes ao ver que o SUS foi pensado minimamente para atender as necessidades de todos e em todas as situações.

No quarto encontro, dia 15/11/2018, dividimos o encontro em dois momentos: no primeiro momento, os acompanhantes assistiram o vídeo “Cordel do SUS: O dia que em que o SUS visitou o cidadão” cuja discussão incide sobre a integração do SUS e o usuário, tendo como objetivo informa-lo da sua importância frente ao SUS e alguns de seus direitos e deveres. Após a finalização do vídeo, realizamos uma roda de conversa, onde os acompanhantes descreveram o que acharam do vídeo, e relataram as opiniões sobre sua convivência no SUS, assim como também as suas insatisfações e críticas.

Na atividade, uma acompanhante afirmou que às vezes o SUS é melhor que o particular porque no particular também tem espera e as vezes demora mais do que o SUS, uma segunda atribui a falta humanização em instituições como a UPA e no Hospital de Trauma aos enfermeiros e médicos que, em decorrência de problemas pessoais acabam por realizar o atendimento de forma grosseira, desatenta. Uma terceira participante afirmou que havia um grande benefício por parte do SUS, pois a medicação que ela não tinha recursos para comprar o SUS fornecia gratuitamente. A quarta comentou o vídeo dizendo que o mesmo mostra que na fila do SUS havia a prioridade, o que na prática não funciona, em muitos casos. Já a quinta pessoa comenta o fato de que o paciente que estava doente no vídeo pode escolher quem ia acompanhar ele um amigo, alguém da família, na realidade, alguns hospitais burocratiza o acesso do acompanhante.

Um dos acompanhantes compara o atendimento do HMPI a outras instituições, alegando que o aspecto que considerava bonito no SUS era que as enfermeiras trabalham com amor, assim como, os outros profissionais lhes dando a sensação de acolhimento, como em sua própria casa, entretanto ela afirma que não é em todos os hospitais, já que a mesma passou por situações constrangedoras no Hospital de Trauma diferente, já no HMPI, sempre que chamam as enfermeiras elas vêm e dão total atenção ao paciente.

Os relatos acima retratam como se encaminhou a discussão em grupo após a exibição do vídeo. O que chamou atenção foram os relatos sobre o atendimento realizado no Hospital

Pedro I, assim como em outros hospitais onde elas relatam sobre a humanização citada no vídeo e que é um direito, como diz na Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde: todo cidadão tem direito ao atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação (BRASIL, 2011, p. 01).

Outro direito que eles também identificaram após a visualização do vídeo foi o direito a prioridade e ao acompanhante da sua escolha e que não necessariamente seja um familiar. Também destacaram o direito ao acesso a medicações quando não detém de condições para comprar medicamentos de alto custo e nas falas foi destacado que todos têm direito de obter, gratuitamente, os medicamentos necessários para o tratamento da sua saúde oferecidos pelo SUS.

Cabe destacar que após o momento do encontro com as acompanhantes, a Supervisora de Campo convidou as técnicas de enfermagem para participarem e contribuírem com suas reflexões sobre no grupo e, principalmente, sobre o serviço no SUS. Logo que assistiram ao vídeo expuseram suas opiniões onde falaram da importância de construir esses momentos, já que possibilitam discutirem melhor com os usuários e acompanhantes do sistema de saúde.

Em decorrência da humanização foi compartilhado por uma técnica em enfermagem que o profissional de saúde não deveria ter vários vínculos empregatícios e apenas se dedicar a um. A mesma deixou claro que a fragilidade e o mal atendimento de muitos profissionais nesta área da saúde remetem-se à exaustão. Ao falar de fragilidade no trabalho também foi citada a falta de conexão dos profissionais, a mesma técnica cada um trabalha por si, fazendo sua parte sem se preocupar com o conjunto, e isso reflete diretamente no atendimento prestado ao usuário.

No quinto e último encontro, dia 16/11/2018, realizamos um momento de descontração. Nos primeiros minutos agradecemos a participação de todos durante a semana bem como suas contribuições para que o Projeto fosse realizado com sucesso. Em seguida buscamos apreender o que durante a semana eles puderam conhecer e é tocante destacar as opiniões das participantes, uma dela afirma que aprendeu que tem direito ao acesso de informações o que é sempre dificultado no SUS, e também que existem Conselhos de Saúde e Ouvidoria onde ela pode e deve participar, conta ainda que tomou conhecimento do que é o SUS a partir das discussões do Projeto. Após todos os agradecimentos e depoimentos realizamos um lanche coletivo e finalizamos o Projeto.

Durante todo o Projeto de Intervenção discutimos sobre a percepção dos acompanhantes sobre o SUS, e, conseqüentemente, suas críticas, seus questionamentos. Foi explícito que em vários momentos as acompanhantes faziam crítica à atenção básica de saúde

deixando clara a falta de acompanhamento do sistema para com os usuários e ressaltando falta de informações.

Quanto ao Hospital Pedro I, existiu, abertamente por parte das acompanhantes sempre uma comparação do supracitado com os outros hospitais e unidades de serviços de CG, os elogios ao HMPI foram feitos ao bom atendimento de todos os profissionais com destaque a atenção dos técnicos da enfermagem, deixaram claro que até o momento não lhes faltavam nada e como queriam que os outros hospitais o atendimento fosse tão humanizado quanto no HMPI. Alguns dos participantes deixaram suas críticas com relação a alimentação ressaltando a falta de diversificação durante os dias e também a qualidade que deixa a desejar.

Houve ainda o depoimento de uma acompanhante que, pela segunda vez acompanha seu marido no referido hospital e relata que na primeira vez ficou em outro posto, e agora na ala de geriatria que funciona em parceria com a FACISA: ela destacou a diferença na acomodação e principalmente na limpeza, em sua fala deixou claro que ali era outro mundo bem melhor que outras alas, destacando que só precisaria mudar a comida.

Aqui, percebemos que a parceria entre os setores públicos e privados é bastante profícua na medida em que o segundo supre algumas carências das quais o SUS não foi capaz de solucionar até o presente momento. O principal resultado da parceria é a satisfação do usuário, que tende a sentir-se mais bem cuidado, mais assistido. Entretanto, sabemos que, as Unidades de Saúde do SUS poderiam, por si só oferecer atendimento de qualidade, mas na prática não funciona bem assim.

Diante da experiência proporcionada pelo projeto ao se deparar com as inúmeras críticas feitas a atenção básica o setor de serviço social tornou a discutir a implantação do encaminhamento social algo que já era pensado, mas que até então não foi implantado. Torna-se importante a implantação e utilização dessa instrumentalidade tendo em vista que os idosos internos na geriatria quando recebem alta ficam desassistidos quando na maioria dos casos não são acompanhados pela UBSF dificultando assim a continuidade do tratamento muitas vezes necessário e da prevenção de doenças. O encaminhamento social é uma proposta a ser implantada no qual tem o objetivo de dar retorno a UBSF sobre a necessidade daquele usuário ser assistido e acompanhado após à internação.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

De forma breve esse estudo teve o intuito de apresentar a história da política pública de saúde no Brasil, que sempre sofreu com um modelo conservador e privatista, retardando o avanço do sistema público de saúde, que por sua vez acaba beneficiando o crescimento das instituições de iniciativa privada. Após a Constituição Federal de 1988, a saúde pública passou a ser tratada como um direito de todo cidadão onde, pela primeira vez, qualquer pessoa principalmente os mais pobres tinham acesso a saúde pública.

Torna-se importante destacar que existem muitas dificuldades no exercício da função do assistente social, como por exemplo, a atuação em equipe, pois os profissionais de outras áreas que não detêm dos conhecimentos ou não praticam o que sabem sobre a humanização para com os usuários, também, a falta de informação sobre o que compete ao serviço social, encaminhando por muitas vezes, demandas para o setor que não é de nossa atribuição.

Quanto a Política de Saúde a maior dificuldade na prática é a burocratização do acesso ao serviço se faz necessário destacar a falta de conhecimento dos usuários sobre o SUS e também, dos seus direitos, sendo, por muitas vezes, necessário a intervenção do assistente social para prestar orientações, esclarecendo os seus direitos diante o serviço que, também se faz necessário esclarecer para os técnicos do hospital para que não haja negligencias.

Tendo em vista que o profissional de serviço social sempre se torna o interlocutor entre os usuários e a equipe de saúde. É importante destacar como se torna essencial o conhecimento do usuário sobre seus direitos e sobre a Política de Saúde – SUS facilitando o seu acesso tendo em vista as burocratizações. O trabalho do assistente social na saúde deve ser motivado pela busca incessante da incorporação dos conhecimentos e das novas requisições á profissão, articulados aos princípios dos Projetos da Reforma Sanitária e Ético-Político do Serviço social.

É competência dos assistentes sociais planejar e realizar ações assistenciais que contribuam para a promoção da saúde, a prevenção de doenças, sempre tendo em vista o sofrimento social para o fortalecimento da consciência dos valores propostos pela Reforma Sanitária. É num momento histórico difícil como este que estamos vivendo que os assistentes sociais devem questionar o caráter da prática mediada pelo SUS e pelo Projeto Político Serviço Social a fim de promover melhorias na vida dos sujeitos que são atendidos no cotidiano hospitalar.

O Projeto de Intervenção aqui empreendido, contribuiu para disseminar entre os usuários da SUS a importância de atividades socioeducativas no âmbito hospitalar, no sentido de orientar e fornecer suporte para que ambos possam receber um atendimento de qualidade, e possam também cumprir com seus deveres. Ao HMPI, a experiência serviu como exemplo/modelo para futuras intervenções que tenham como propósito mudar a relação dos usuários com o sistema, fortalecendo vínculos, facilitando acessos.

ABSTRACT

Discussing rights and duties of the SUS with the users of the Municipal Hospital

Pedro I - PB: An Experience Report

The present term paper aims to discuss the activity of the social worker in the hospital scope, for this it is necessary to discuss the trajectory of health policy in Brazil as well as the interference of Health Social Service throughout the twentieth century. The research is characterized as qualitative and explores the experience reports in its methodology. It is a result from the internship developed in the Social Work sector of the Municipal Hospital Pedro I, in the city of Campina Grande - PB. Through an intervention project that had as objective to discuss rights and duties of SUS users within the geriatrics ward, which works in partnership with the Facisa University. Having as main reference for the intervention the Letter of the Health Users Rights, we performed a group of activities to raise awareness among users and professionals from SUS, so there is an effective understanding of the duties of both in order to have democratic health access in all its spheres.

Keywords: Health Policy. Social Service. Users.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Código de Ética do/a Assistente Social. Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão. - 10ª. ed. rev. e atual. - Brasília: Conselho Federal de Serviço Social, 2012.

_____. Conselho Federal de Serviço Social. Relatório da Oficina de Discussão sobre os “Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na saúde”. Brasília, maio 2009.

_____. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília-DF, Seção 1, 29 jun. 2011.

_____. Estatuto do Idoso - Lei 10741/03 | Lei no 10.741, de 1º de outubro de 2003. Disponível em: <https://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/98301/estatuto-do-idoso-lei-10741-03> . Acesso em outubro de 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde** / Ministério da Saúde. – 3. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011.

Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. - Brasília : CONASS, 2002.

FLEURY, Sonia; OUVÉRY, Assis Mafort. Política de Saúde: uma política social. **Política e Sistema de Saúde no Brasil**/ Lígia Giovanella; Sarah Escorel, Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato, et. al. – Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.

GIOVANELLA, Lígia; Atenção Primária à Saúde: seletiva ou coordenadorados cuidados? / Lígia Giovanella, Maria Helena Magalhães de Mendonça. Rio de Janeiro: CEBES, 2012.

LOBATO, Alzira Tereza Garcia. Serviço Social e Envelhecimento: perspectivas de trabalho do assistente social na área da saúde. In: **Saúde e Serviço Social**/ Maria Inês Souza Bravo.; [et.al], (organizadores). – São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2006

MENDES, Eugênio Vilaça A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015.

Ministério da Saúde. **Para entender o controle social na saúde** / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013.

MONNERAT, GISELLE LAVINAS [et.al]. Entre a formulação e a implementação: uma análise do programa saúde da família . In: **Saúde e Serviço Social**/ Maria Inês Souza Bravo.; [et.al], (organizadores). – São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2006

MOTA, Ana Elizabete. Seguridade Social Brasileira: Desenvolvimento Histórico e Tendências Recentes. In: **Serviço Social e Saúde**/ Ana Elizabete Mota... [et.al], (orgs). – São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da saúde, 2006.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. – Salvador: EDUFBA. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

Saúde e Serviço Social/ Maria Inês Souza Bravo.; [et.al], (organizadores). – São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2006

SELMI, P. Lucro da Qualicorp sobe 15,3% no 4º trimestre de 2017. **Valor Econômico**, São Paulo, 15 mar. 2018. Disponível em: <https://www.valor.com.br/empresas/5388177/lucro-da-qualicorp-sobe-153-no-4-trimestre-de-2017>. Acesso em novembro de 2018.

Serviço Social no Brasil: história de resistências e rupturas com o conservadorismo. Maria Liduina de Oliveira e Silva (org.) – São Paulo: Cortez, 2016.

SOARES, Raquel Cavalcante. **Governo Temer e contrarreforma na política de saúde**: a inviabilização do SUS. In: Argum., Vitória, v. 10, n.1, p. 24-000, jan./abr. 2018. Acesso em novembro de 2018.

VASCONCELOS, Cipriano Maia de; PASCHE, Dario Frederico. O Sistema Único de Saúde. In: **Tratado de Saúde Coletiva**/ Gastão Wagner de Sousa campos... [et.aç]. - São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006.