



RATIO - FACULDADE TEOLÓGICA E FILOSÓFICA
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL

NATÁLIA BARBOSA CARDOSO

**O DESAFIO DO ASSISTENTE SOCIAL NO ATENDIMENTO AOS USUÁRIOS DO
SUS NA SOPAI: fragmentos de observação.**

Fortaleza - CE

2017

NATÁLIA BARBOSA CARDOSO

**O DESAFIO DO ASSISTENTE SOCIAL NO ATENDIMENTO AOS USUÁRIOS DO
SUS NA SOPAI: fragmentos de observação.**

Monografia submetida à aprovação do Curso de Bacharelado em Serviço Social pela Faculdade Teológica e Filosófica - Ratio, como requisito parcial para obtenção de título de Bacharel em Serviço Social.

Orientador (a): Prof. (a) Ms. Luciana Gomes Marinho.

Fortaleza – CE

2017

C268d Cardoso, Natália Barbosa.

O Desafio do Assistente Social no Atendimento aos
Usuários do SUS na SOPAI: fragmentos de observação. /
Natália Barbosa Cardoso. Fortaleza, 2017.
89 fls. Enc. Broch.

Orientador(a): Profa. Ms. Luciana Gomes Marinho.
Monografia (Graduação) – Faculdade Ratio, Curso
Serviço Social.

1. Sistema Único de Saúde 2. Serviço Social na saúde
3. Sociedade de Assistência e Proteção à Infância de
Fortaleza I. Profa. Ms. Luciana Gomes Marinho
II. Faculdade Ratio, Graduação em Serviço Social
III. Título

CDD 361

CDU 364

NATÁLIA BARBOSA CARDOSO

**O DESAFIO DO ASSISTENTE SOCIAL NO ATENDIMENTO AOS USUÁRIOS DO
SUS NA SOPAI: fragmentos de observação.**

Monografia como pré-requisito para obtenção do título de Bacharelado em Serviço Social, outorgado pela Ratio - Faculdade Teológica e Filosófica, tendo sido aprovada pela banca examinadora composta pelos professores.

Data de aprovação: __/__/____

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Ms. Luciana Gomes Marinho

Prof.^a Esp. Francisca Emmanuella Saraiva Martins

Prof.^a Ms. Maria do Socorro Lima Martins Matos

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, pois foi quem me possibilitou chegar até aqui. Dedico a todos que me apoiaram, seja, professores, amigos e familiares, a meu esposo; e dedico em especial e em memória a minha mãe, que me incentivou no início desta jornada.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente quero agradecer a Deus, por ter me dado saúde, força, sabedoria, coragem, e ânimo para não desistir nas horas mais difíceis desta jornada, pois sem Ele nada seria possível.

A minha família em geral, ao meu pai William Cardoso que sempre esteve ao meu lado me apoiando, me incentivando, para que eu chegasse até o final e realizasse este tão esperado sonho.

Quero agradecer em especial, a minha querida e amada mãe Rosemeire, que não encontra-se mais em nosso meio, faleceu no ano de 2016 em consequência de um câncer, no período de doença dela eu estava no 5º semestre da faculdade, ela faleceu no final do semestre, foram momentos difíceis, pois precisei de muita força para conciliar a faculdade e os longos dias de internação no hospital, mas Deus me deu força surreal. A morte dela me impulsionou a continuar, pois ela sempre foi minha maior incentivadora, ela mais do que ninguém sonhava em me ver formada, infelizmente a mesma não estar presente para partilhar desta alegria, mas lutei até o fim por ela.

Agradeço a equipe de Serviço Social da SOPAI, em especial a Assistente Social Danielly Bezerra Cavalcante, por ter me recebido na instituição e permitido a realização da pesquisa de campo.

Ao meu esposo Messias dos Santos, que sempre esteve ao meu lado me apoiando, tanto financeiramente, como emocionalmente, no transporte para me deixar e me buscar na faculdade todos os dias.

A minha orientadora, Luciana Gomes, por ter colaborado com sua paciência e seu conhecimento na construção desse trabalho. E a todos os demais professores, pelos seus conhecimentos compartilhados ao longo desta jornada de aprendizado.

Por fim, a todos os amigos da faculdade, em especial a minha equipe que foram muitos significativos nesta fase de estudos e elaboração de trabalhos acadêmicos, Alana, Giselia, Fátima, Daniele, Aline Alves, Bruno, Rafaela Souza, Ivamir, Samara, Necilda.

“Esperei confiantemente pelo Senhor; ele se inclinou para mim e me ouviu quando clamei por socorro. Tirou-me de um poço de perdição, dum tremedal de lama; colocou-me os pés sobre uma rocha e me firmou os passos. E me pôs nos lábios um novo cântico, um hino de louvor ao nosso Deus; muitos verão essas coisas, temerão e confiarão no Senhor. Bem-aventurado o homem que põe no Senhor a sua confiança e não pende para os arrogantes, nem para os afeiçoados à mentira. São muitas, Senhor, Deus meu, as maravilhas que tens operado e também os teus desígnios para conosco; ninguém há que possa igualar contigo”. (Salmo: 40 - 1:5)

Bíblia Sagrada

RESUMO

Este trabalho intitulado “O desafio do assistente social no atendimento aos usuários do SUS na SOPAI: fragmentos de observação”, tem como objetivo identificar a atuação do assistente social na saúde, e como objetivos específicos, identificar as dificuldades enfrentadas pelos usuários no atendimento à saúde, compreender os limites na concretização do direito universal à saúde, analisar os impactos da falta de atendimento à saúde na vida dos usuários. Esta temática foi estudada pelo fato de termos vivenciado de perto o problema da saúde pública, ocorrendo com familiares. Assim, esse estudo buscou apresentar por meio da literatura disponível opiniões variadas de autores que tratassem do tema. Foi realizada uma pesquisa de campo, e como instrumento o método de observação, no intuito de presenciar o cotidiano dos usuários e a atuação dos assistentes sociais na saúde. Assim, através deste trabalho conclui-se que a saúde pública possui ainda suas limitações em tornar-se universal e igualitária no que se refere a garantia de direitos, como também mostrou que a atuação dos assistentes sociais torna-se desafiadora, e de suma importância nesta problemática que afeta os usuários do SUS.

Palavras chaves: Sistema Único de Saúde (SUS), Serviço Social na saúde, usuário do SUS.

ABSTRACT

This work entitled "the challenge of social worker in the service to users of SUS in SOPAI: fragments of observation", aims to identify the role of the social worker in health, and specific objectives, identify the difficulties faced by users in health care, understand the limits on achieving the universal right to health, analyze the impacts of the lack of health care in the lives of the users. This issue was studied by the fact that we experienced the problem of public health, occurring with family. Thus, this study sought to introduce through the available literature reviews a variety of authors who address the subject. A field research was carried out, and how to instrument the method of observation, in order to witness the daily life of the users and the actions of social workers in the health sector. So, through this work concludes that public health has its limitations in becoming universal and egalitarian with regard to guarantee rights, but also showed that the actions of social workers become challenging and of utmost importance in this problem that affects users of SUS.

Key words: Unified health system (SUS), Social Service in health, SUS user.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABRASCO – Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
ACS – Agentes Comunitários de Saúde
AF – Assistência Farmacêutica
AIS – Ações Integradas de Saúde
APS – Atenção Primária de Saúde
AVC – Acidente Vascular Cerebral
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CAPs- Caixa de aposentadorias e pensões
CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEO – Centro de Especialidades Odontológicas
CF- Constituição Federal
CLT – Consolidação das Leis Trabalhistas
CONASP – Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária
CPS – Consolidação das Portarias do SUS
DNERU – Departamento Nacional de Endemias Rurais
DNSP– Departamento Nacional de Saúde Pública
ESF – Equipe de Saúde da Família
FSESP – Fundação de Serviço Especial de Saúde Pública
FUNASA – Fundação Nacional de Saúde
HGF – Hospital Geral de Fortaleza
IAP– Institutos de Aposentadorias e Pensões
IAPB – Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Bancários
IAPC – Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Comerciais
IAPETEC – Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Trabalhadores de Transportes de Carga
IAPFESP – Instituto de Aposentadoria e Pensões do Ferroviários e Empregados em Serviços Públicos
IAPI – Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários
IAPM – Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos
IJF – Instituto José Frota
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

IPASE – Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado
MS – Ministério da Saúde
NOB – Normas Operacionais Brasileira
OMS – Organização Mundial da Saúde
ONGs – Organizações Não Governamentais
OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde
PDR – Plano Diretor de Regionalização
PIASS – Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento
PREV-SAÚDE – Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
PSF– Programa de Saúde da família
RAPS – Rede de Atenção Psicossocial
RAS – Redes de Atenção à Saúde
RSB – Reforma Sanitária Brasileira
RUE – Rede de Urgência e Emergência
SAMDU – Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência
SAMU – Serviço de atendimento móvel de urgência
SESP – Serviço Especial de Saúde Pública
SOPAI – Sociedade de Assistência e Proteção à Infância de Fortaleza
SRT – Serviços Residenciais Terapêuticos
SUCAM – Superintendência de Campanhas
SUDS – Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
UAs – Unidade de Acolhimento
UPA – Unidade de pronto atendimento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 SAÚDE PÚBLICA: HISTÓRICO E CONQUISTAS.....	24
2.1 História do Sistema de Saúde Pública	24
2.2 Criação e implementação do SUS	35
2.3 O SUS na atualidade	38
3 REDE DE ATENDIMENTO DO SUS: DO PRIMÁRIO AO TERCIÁRIO	41
3.1 Sobre a atenção a saúde e seus aspectos normativos	41
3.2 Atenção Primária de Saúde.....	48
3.3 Atenção Secundária de Saúde	52
3.4 Atenção Terciária de Saúde	54
3.5 A Rede de atendimento à saúde de Fortaleza	56
3.6 Fundamentos histórico do Serviço Social na saúde.....	59
4 RESULTADOS DA PESQUISA DE CAMPO.....	63
4.1 O campo da pesquisa: Sociedade de Assistência e Proteção à Infância de Fortaleza (SOPAI).....	63
4.2 Metodologias utilizadas na realização da pesquisa.....	67
4.2.1 Da infraestrutura do equipamento	69
4.2.2 Da rotina.....	71
4.2.3 Do trabalho multiprofissional.....	75
4.2.4 Dos desafios	77
CONSIDERAÇÕES FINAIS	82
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	84

1 INTRODUÇÃO

A presente monografia tem como objetivo avaliar o atendimento à saúde pública, mostrando as dificuldades enfrentadas pelos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como identificar a atuação dos assistentes sociais frente a esta problematização na Sociedade de Assistência e Proteção à Infância de Fortaleza (SOPAI).

O Sistema Único de Saúde (SUS), um sistema de saúde público brasileiro, estimado um dos maiores do mundo, foi uma conquista do povo através de manifestações e reivindicações por avanço na saúde e de diversas lutas e empenhos iniciado pelo movimento de Reforma Sanitária, no período entre 1976 e 1988. (PAIM, 2009). Porém, somente após a Constituição de 1988, o SUS foi decretado como um direito de todos, segundo a Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990 no Art. 2º:

A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. O SUS (Sistema Único de Saúde) é composto por várias atribuições a serem garantidas para os cidadãos, segundo o (Art. 3º). Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.

De acordo com a Constituição Federal de 1988, o SUS é um direito de todos os cidadãos brasileiros e tem como princípios: a universalidade, a equidade, sendo estes direitos de total responsabilidade do Estado. No que refere aos princípios do SUS, destacam-se três: A universalidade, que garante o ingresso às ações e serviços a todas as pessoas, independente de sexo, raça, renda, ocupação, ou outros atributos sociais e pessoais; Equidade, que é um princípio de justiça social que afiança a igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; e integralidade, cujo significado está em avaliar a pessoa como um todo, devendo as ações de saúde procurar atender a todas as suas necessidades (POLIGNANO, 2005).

Porém, não é essa a realidade. Segundo dados da revista Acorda Brasil (2014), a saúde pública no Brasil vem passando por sérios problemas, pois não possui um Sistema Único de Saúde (SUS) eficaz, e não oferece um bom atendimento aos pacientes. Com a falta de médicos, equipamentos em péssimas condições de uso,

pacientes esperam muito tempo por um procedimento cirúrgico ou por algum exame e acabam morrendo sem conseguir um atendimento. Na teoria, o SUS é um sistema muito rico e bastante composto, com atribuições essenciais para a população, mas na prática enfrenta sérios problemas, ao se referir à efetivação dos princípios. Segundo (PAIM, 2009, p.78):

A organização do sistema tem buscado avançar na regionalidade da rede de serviços, mas um dos maiores desafios para o SUS reside na reestruturação do modelo de atenção, particularmente no que se concerne à equidade, qualidade, humanização e integralidade da atenção.

Segundo dados apresentados pelo Ministério da Saúde (2013), a saúde na região Nordeste ainda enfrenta grandes problemas, o SUS está seguro, mas ainda longe de atender os seus princípios denominados desde a Constituição de 1988, que são: equidade, igualdade e universalidade, principalmente nos municípios mais críticos quando a população nem tem acesso a um atendimento à saúde, pela falta de infraestrutura e de profissionais da área da saúde. O Nordeste tem fator determinante, pois, historicamente, sempre foi a região de maior concentração de pobreza em nosso país.

Segundo dados da Biblioteca Virtual da Saúde (BVS, 2015), a universalidade do SUS, vem sendo colocada à prova nas cidades do Nordeste, através do programa Consultório de Rua, financiado pelo Ministério de Saúde, entrou em vigor desde 2011 e é executado pelos municípios por meio de equipe profissional que visitam as regiões onde não se tem acesso a qualquer tipo de direito básico. A atuação pode ser feita em qualquer tipo de especialidade, como, por exemplo, pré-natal para gestantes. Caso seja preciso uma atuação de maior urgência, o paciente é levado para posto de saúde, unidade de pronto atendimento (UPA) ou serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU). Esta ação tem como objetivo amenizar o sofrimento enfrentado pela população da região Nordeste com a falta de acesso à saúde pública.

De acordo com dados da Secretaria de Saúde (2010), a rede de atendimento da saúde no Estado do Ceará divide-se em 22 regiões, e 5 macrorregiões (Fortaleza, Sobral, Sertão Central, Litoral\Leste, Jaguaribe, Cariri). Desta forma se estrutura o Sistema Estadual de Saúde. Em cada município são distribuídas as redes de atendimentos, como os postos de saúdes, hospitais de urgência e emergência, psiquiátricos, atendimento a pessoas com doenças crônicas, hemocentros, assistência farmacêutica, UPAs.

O SUS desenvolveu uma proposta de atenção primária de saúde, através do Programa de Saúde da Família (PSF), contando com o trabalho de uma equipe composta por médico, enfermeira, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde. A proposta do SUS (Sistema Único de Saúde) seria bem ampla e abrangente, se não fosse o problema da reestruturação do modelo de atenção, no que se refere à equidade, qualidade e universalidade.

Segundo estudos levantados pelo Ministério Público do Estado do Ceará (2011), através de visitas feitas aos hospitais de Fortaleza, foi detectada grande deficiência no quadro de médicos contratados e nos equipamentos utilizados pelos profissionais, macas sucateadas, centros cirúrgicos com paredes mofadas e sem falar na quantidade bem reduzida de leitos. Um dado que chamou muita atenção do Ministério Público foi a quantidade de pacientes internados nos corredores.

A qualidade dos serviços prestados pelo SUS é caracterizada como precária pela maior parte dos depoentes, dificultando o alcance do atendimento ou a resolução das demandas apresentadas. A precariedade dos serviços do SUS se concretiza nas filas, no atendimento desumanizado, na presença de pacientes sendo atendidos nos corredores e nos consecutivos períodos de greves do funcionalismo público, entre outras coisas (MENDES, 1999, p. 503).

Diante desta citação de Mendes (1999), pode-se observar a precariedade existente no SUS, provocando assim um desafio dos órgãos públicos na efetivação dos princípios e um problema para os cidadãos brasileiros quando precisam dos serviços de saúde públicos, que, por lei, são direitos de todos e dever do Estado. O conceito de precariedade é condição daquilo que é frágil, incerto, o que tem pouca estabilidade ou duração. Segundo o dicionário, é a característica do que está precário. Esta definição explica o tema desta pesquisa já que iremos apresentar a realidade do SUS e sua precariedade.

O Hospital Geral de Fortaleza (HGF), um dos maiores do Estado, foi considerado pelo Ministério Público do Ceará um dos hospitais com maiores problemas, por conta da superlotação e da quantidade de pessoas internadas nos corredores. Além disso, o atendimento de emergência foi caracterizado como “desumano”.

Diante do problema acima apresentado, urge desenvolver um trabalho de pesquisa que responda às seguintes indagações: O SUS está garantindo atendimento à população de acordo com os seus princípios norteadores? Quais os desafios

enfrentados pelo assistente social no atendimento aos pacientes do SOPAI, sob o ponto de vista da garantia dos princípios norteadores do SUS?

Neste sentido, objetivamos pesquisar esta problemática pelo fato de termos vivenciado de perto este problema da saúde pública. Aconteceu com minha mãe, quando ela precisou de um atendimento em um hospital na cidade de Fortaleza, porém não conseguiu, não foi atendida e nem ao menos pôde entrar no hospital para tomar medicação ou ser avaliada por um médico. Foi apenas recepcionada por um guarda dizendo que não havia vaga para o atendimento e logo pediu para que fôssemos à procura de outro hospital. Ao saber que é um direito universal o atendimento nos hospitais públicos, e por conhecer a lei, revoltamo-nos com aquela situação. Então, a partir desse acontecimento nos veio a enorme vontade de estudar sobre este tema, pois é um assunto que nos incomoda.

Nas leituras sobre o tema observamos que a Constituição de 1988 deixa bem claro que o SUS é um direito de todo cidadão e deveria ser universal e acessível. Porém esta é uma realidade apenas teórica e não acontece de fato na vida dos cidadãos brasileiros, podendo-se observar totalmente o contrário, como lemos em um artigo científico que falava exatamente sobre esta temática da precariedade, pois a qualidade dos serviços prestados pelo SUS é considerada péssima, um verdadeiro “caos”, segundo a revista Rede Brasil (2013).

Pronto-socorro fecha as portas do atendimento de emergência, postos de saúde superlotados, falta de médicos e enfermeiros, diagnósticos equivocados: esses são os problemas enfrentados por usuários do SUS. Ao perceber esta triste realidade, com um olhar crítico e com certo incômodo, resolvemos pesquisar mais profundamente sobre este tema.

Esta temática exige aprofundamento e conhecimento, fazendo-se necessária uma pesquisa para descobrir quais as maiores dificuldades enfrentadas pelos usuários. Pretendemos ir a fundo neste problema e tentar entender o porquê ocorre essa grande precariedade no sistema de saúde. A falta de atendimento causa indignação e pode deixar marcas eternas não só para os pacientes, mas para os familiares que estão próximos presenciando o sofrimento e a luta em busca de uma simples consulta ou um exame.

É exatamente neste contexto que pretendemos focar nossa pesquisa e descobrir a importância do trabalho da assistente social nesta temática da

precariedade no atendimento à saúde pública, diante da dificuldade que os usuários enfrentam para conseguir um procedimento no Sistema Único de Saúde (SUS).

Com o tema exposto nesta monografia, pode-se contribuir para a teoria, causando interesse da instituição de ensino, proporcionando leituras afins, abrindo oportunidades de serem realizados outros trabalhos a respeito do tema - O desafio do Assistente Social no atendimento aos usuários do SUS no SOPAI: fragmentos de observação.

Esta pesquisa é de extrema importância na nossa vida pessoal por tratar de um tema que nos incomoda bastante. Enquanto estudante há a oportunidade de ler, pesquisar, e aprofundar o conhecimento, enriquecendo o projeto. Como profissional, encara-se a realidade vivida pelos cidadãos brasileiros, a precariedade no atendimento à saúde, conhecendo o funcionamento da instituição, a fim de realizar um atendimento adequado, que utilize as atividades e os meios oferecidos pela instituição. Propõem, assim, intervenção, solução, melhorias e, se possível, uma transformação social. Pode-se contribuir para a vida acadêmica e principalmente na área de atuação enquanto profissional, causando uma grande importância pessoal.

O objetivo geral desta temática é identificar a atuação dos assistentes sociais no atendimento à saúde na SOPAI (Sociedade de Assistência e Proteção à Infância de Fortaleza). E os objetivos específicos são: 1) Compreender os limites na concretização do direito universal à saúde; 2) Analisar os impactos da falta de atendimento à saúde na vida dos usuários; 3) identificar as dificuldades enfrentadas pelos usuários no atendimento à saúde no SOPAI (Sociedade de Assistência e Proteção à infância de Fortaleza). Esta pesquisa trabalhará as seguintes categorias de análise: Saúde - SUS, Serviço Social na saúde e usuário do SUS. Referente à primeira categoria:

No âmbito do sistema de saúde público e particular, na maioria das vezes, as ações de saúde não têm assegurado os direitos garantidos pela Constituição e suas leis complementares, revelando, no decorrer destes últimos quinze anos, mais perdas do que ganhos, como demonstra o quadro de saúde da maioria da população brasileira (VASCONCELOS, 2012, p. 52).

Como podemos observar, na visão de Vasconcelos (2012), o que vem ocorrendo durante os últimos anos são mais perdas dos direitos do que ganhos, assim como demonstra claramente hoje em dia através da mídia e artigos encontrados na internet, demonstrando o caos em que se encontra a saúde pública brasileira. Neste

contexto de precariedade e saúde sendo considerada por muitos um lixo, vou realizar meu trabalho para tentar entender as razões desta trágica situação.

A constituição “cidadã” de 1988 representa um significativo avanço para a sociedade brasileira. É nela e em suas leis complementares, que podemos buscar referências e defesa da promoção da saúde como direito do cidadão e dever do Estado com prioridade para ações de prevenção de doenças, danos, riscos e agravos, sem negligenciar o tratamento, favorecendo e viabilizando o acesso universal aos serviços, a atenção integral, o direito a informação, a participação da comunidade, a igualdade da assistência à saúde sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie e a integração das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico reforçando princípios e diretrizes da Seguridade Social (LEI n.8.080- LOS). (GAMA, 2012, p. 78).

A Constituição Federal de 1988 expressa, com bastante clareza, a respeito do direito à saúde, que na teoria é universal e igualitário, mas não é bem esta realidade enfrentada pelos cidadãos brasileiros, tendo por várias vezes este direito negado em algumas instituições de saúde. Pode-se fazer um paralelo na atualidade em que vive o povo brasileiro, quando se trata da temática saúde pública. Uma das conquistas garantidas na Constituição de 1988 foi o direito à saúde e dever do Estado, pois, a partir disso, deveria haver participação política na garantia deste direito tornando-o universal e de qualidade. Porém, isto ficou apenas na teoria, pois é o que presenciamos diariamente na vida dos cidadãos brasileiros e é o que os dados do Ministério Público de Saúde comprovam.

Entretanto, um dos hospitais de Fortaleza que foram visitados pela a equipe do Ministério Público foi o HGF. Neste local foram detectados vários problemas envolvendo a saúde pública comprometendo os pacientes.

Atualmente, as políticas focalistas do Estado neoliberal não só excluem a maioria do acesso aos benefícios, mas rompem com o que está garantido na Constituição Federal, principalmente no que se refere à saúde, assistência e previdência, constantes em lei como direito do cidadão e dever do Estado, dificultando a universalização dos direitos e, principalmente, o controle social (VASCONCELOS, 2011, p. 25).

Esta política focalista citada por Vasconcelos (2011) rompe totalmente com a Constituição Federal, visando à garantia de uma saúde de qualidade apenas para um grupo de pessoas consideradas “mais pobres”, os “miseráveis”, fragmentando um direito conquistado como universal e igualitário para todos os cidadãos, torna-se inadmissível esta situação da saúde pública, afinal, todos são iguais perante a lei.

Se os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos, há valores que antecedem o próprio ordenamento jurídico e o próprio direito, por ser insitos à natureza humana. O principal deles é o direito à vida e à dignidade, expressos na Declaração Universal dos Direitos Humanos – os homens nascem (direito à vida) livres (liberdades humanas) e iguais em dignidade e direitos. Vida com dignidade. Vida com direitos e deveres éticos, morais, jurídicos e sociais (SANTOS, 2010, p. 21).

Segundo a Declaração Universal dos Direitos Humanos (2016), “são direitos inerentes a todos os seres humanos, independentemente de raça, sexo, nacionalidade, etnia, idioma, religião ou qualquer outra condição”.

“Os direitos humanos incluem o direito à vida e à liberdade, à liberdade de opinião e de expressão, o direito ao trabalho e à educação, entre e muitos outros. Todos merecem estes direitos, sem discriminação”. Baseando-se nesta citação, pode-se concluir que todos os cidadãos, sem exclusão, têm direitos iguais, sem poder haver discriminação. Então jamais, em hipótese alguma, deve-se fragmentar ou focalizar o direito à saúde, considerada primordial na vida de qualquer ser humano (DUDH, 2016).

Já referente à segunda categoria, segundo os Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde (2009, p.14):

Compreende-se que cabe ao Serviço Social – numa ação necessariamente articulada com outros segmentos que defendem o aprofundamento do Sistema Único de Saúde (SUS) – formular estratégias que busquem reforçar ou criar experiências nos serviços de saúde que efetivem o direito social à saúde, atentando que o trabalho do assistente social que queira ter como norte o projeto-ético político profissional tem que, necessariamente, estar articulado ao projeto da reforma sanitária.

O Serviço Social tem na questão social a base de sua fundamentação enquanto particularização do trabalho. Nesse aspecto, a atuação profissional deve estar ajustada a uma proposta que vise ao enfrentamento das expressões da questão social que repercutem nos diversos níveis de complexidade da saúde, desde a atenção básica até os serviços que se organizam a partir de ações de média e alta densidade tecnológica (PARÂMETROS PARA ATUAÇÃO DE ASSISTENTES SOCIAIS NA SAÚDE, 2009).

Facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da Instituição, bem como de forma compromissada e criativa não submeter à operacionalização de seu trabalho aos rearranjos propostos pelos governos que descaracterizam a proposta original do SUS de direito, ou seja, contido

no projeto de Reforma Sanitária (PARÂMETROS PARA ATUAÇÃO DE ASSISTENTES SOCIAIS NA SAÚDE, 2009, p.15).

Torna-se papel primordial na atuação dos assistentes sociais facilitar o acesso dos usuários de saúde pública às instituições, de forma compromissada e criativa, e não apenas submeter-se as propostas regulamentadas pelos governos desconfiguram a proposta original do SUS em relação aos direitos.

Ora, um assistente social crítico e propositivo exige um determinado perfil: profissional que atue nas expressões da questão social, formulando e implementando propostas para seu enfrentamento, por meio de políticas sociais públicas, empresariais, de organizações da sociedade civil e movimentos sociais, dotado de formação intelectual e cultural generalista e crítica, com capacidade de inserção criativa e propositivas, no conjunto das relações sociais e no mercado de trabalho (ABEPSS, 2003).

Pretendemos também buscar referências teóricas em autores que focam no trabalho do assistente social em relação às expressões da questão social, assim como foi citado neste trecho da ABEPSS (2003) acima citado, segundo o qual o assistente social deve agir de forma crítica, formulando propostas e ideias de enfrentamento a qualquer dificuldade encontrada nas políticas sociais e nos direitos da sociedade. Para Uchôa (2003, p. 255):

Os assistentes sociais, reconhecidos pelos usuários como “seres humanos” interessados em “AJUDAR”, ao se limitarem à ajuda ou transfigurando o direito em ajuda, a partir de ações como fim em si mesmo e independente dos objetivos almejados, contribuem na reprodução da organização social dominante.

Alguns usuários dos órgãos públicos de saúde ainda têm uma visão sobre os assistentes sociais de “pessoas boas”, que estão na instituição para “ajudar”, não consideram o trabalho destes profissionais como garantia de direitos, muitas vezes, por nem saber o que de fato seu por direito.

Baseando-se nas visões destes autores, pode-se observar a importância do trabalho de um assistente social em uma instituição pública ou privada, na execução de atividades voltadas para a garantia dos direitos, atuando de maneira criativa e ao mesmo tempo com uma visão crítica sobre as expressões da questão social.

Por fim, referente à terceira categoria, destaca-se a grande dificuldade enfrentada pelos usuários e a insatisfação em relação ao tempo que esperam para poder ter acesso aos serviços oferecidos pelo SUS, que se resume na demora,

chegando a ficar na fila de espera por tempo indeterminado. Segundo MENDES (1999):

A qualidade dos serviços prestados pelo SUS é caracterizada como precária pela maior parte dos depoentes, dificultando o alcance do atendimento ou a resolução das demandas apresentadas. A precariedade dos serviços do SUS se concretiza nas filas, no atendimento desumanizado, na presença de pacientes sendo atendidos nos corredores e nos consecutivos períodos de greves do funcionalismo público, entre outras coisas (MENDES, 1999, p. 503).

Se fôssemos analisar o que cada usuário da saúde pública pensa a respeito do SUS, ouviríamos várias críticas pela maioria. A expressão pela qual se resume hoje o SUS é “um sistema precário”, longas filas, falta de funcionários e, principalmente, a falta de máquinas e aparelhos para a realização de exames.

O direito à saúde, assim posto, exige que seja garantido ao cidadão viver em ambiente social sadio, cabendo ao Estado a adoção de políticas sociais e econômicas que visem à resolução das doenças, além de ter que garantir acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde – serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, que no Brasil são responsabilidade de Sistema Único de Saúde (SUS), sistema nacional composto por todos os entes federativos, os quais devem se organizar sob o formato de uma rede interfederativa de serviços (SANTOS, 2010, p. 26).

É papel do Estado garantir ao cidadão os direitos expressos e consolidados na Constituição Federal de 1988, com adoção de políticas públicas sociais visando ao acesso a um direito igualitário, universal e com equidade, em relação à saúde, afinal, é de total responsabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS). Segundo o artigo do autor Neto (2013, p. 1):

A população SUS dependente, no seu desespero, *aponta* para todo o lado, sem conseguir entender, claramente, as razões do mau atendimento de suas necessidades. Reclama com razão, mas nem sempre da forma correta, como fez agora. Desta vez foi às ruas para cobrar dos poderes públicos uma solução para os seus problemas. A população maltratada, quase sempre reage de forma agressiva diante do agente público que está mais próximo e visível, o recepcionista, o pessoal de enfermagem, o médico, o dentista ou outros profissionais da saúde.

De acordo com o mesmo autor, a população que depende do SUS sente-se totalmente desesperada ao tentar de todas as maneiras a garantia de seus direitos e age de forma agressiva com pessoas que no momento não podem agir além das suas funções dentro de uma instituição de saúde, e acaba por vez sem resolver sua situação ou seu problema (NETO, 2013).

Todos têm direito à felicidade, ao desenvolvimento humano, a realizar seus desejos, a poder fazer escolhas em um regime social que ofereça igualdade de oportunidades, e as sociedades devem se organizar para isso. Contudo, definir saúde como um estado de “completo bem-estar” é algo que nos parece muito mais mito que realidade. Não há realismo nessa afirmação, principalmente quando se pretende que esse estado de completo bem-estar seja garantido pelo Estado. Este tem amplos deveres no tocante ao bem-estar físico, mental e social delas (SANTOS, 2010, p. 29).

Na data de 22 de novembro de 2016, foi apresentada uma matéria no jornal Bom Dia Brasil RJ, na emissora de televisão Globo, às 07h35min, a respeito da precariedade e das filas enfrentadas pelos usuários do SUS no hospital Walter Cantídio em Fortaleza – CE, ao precisar acessar a exames ou consultas no hospital. Foram apresentados relatos de alguns pacientes, “saí de casa muito cedo, enfrentei está imensa fila pensando que já iria fazer o exame, mas ao chegar lá, ainda foi marcada uma consulta com a médica, pra depois vir marcar o exame, isso é um absurdo”, palavras de um dos pacientes na fila.

Ao assistir esta matéria podemos observar que estes cidadãos não estão tendo a garantia ao direito do “completo bem-estar” como afirma Santos (2010). Uma matéria bem recente e apresentando um quadro da saúde pública ainda bem precário e bem longe de seguir os parâmetros expressos na Constituição Federal de 1988. De acordo com um artigo do autor Demétrio (2015, p. 1):

Há algum tempo, o sistema público enfrenta uma crise que se agrava a cada dia, e acaba comprometendo gravemente o atendimento hospitalar. O Descaso com a saúde pública é um problema crônico que se arrasta por muitos anos. Pessoas do passado já reclamavam dos maus atendimentos das redes públicas. Com isto o tempo foi passando e o problema persiste com famílias necessitando de atendimentos e encontrando unidades falidas.

Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa. Utilizaremos esta abordagem, pois obteremos dados mais concretos, com mais subjetividade, contribuindo positivamente para o trabalho. Este tipo de pesquisa será aplicado com a intenção de adquirirmos dados verdadeiros, concretos, realistas, ou mais precisos. Segundo MINAYO (2010, p. 21):

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se ocupa, nas Ciências Sociais, com um nível de realidade que não pode ou não deveria ser quantitativo. Ou seja, ela trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes.

O tipo de pesquisa aplicada foi a pesquisa de campo, utilizamos este método porque tivemos acesso direto as informações e presenciamos a atual realidade em que se encontra o problema ao entrarmos no campo, deparando-se com os pacientes e detectando as suas dificuldades, na Sociedade de Assistência e Proteção à Infância de Fortaleza (SOPAI). Segundo Marconi e Lakatos (2010, p. 169),

A pesquisa de campo é aquela utilizada com o objetivo de conseguir informações e conhecimentos acerca de um problema, para o qual se procura uma resposta, ou de uma hipótese, que se queira comprovar, ou, ainda, de descobrir novos fenômenos ou as relações entre eles.

Para complementar a pesquisa de campo, utilizaremos também a pesquisa bibliográfica e documental sobre o tema, pois tivemos acesso a informações mais completas e precisas sobre o tema. Para Marconi e Lakatos (2010, p. 169), “ela servirá, como primeiro passo, para se saber em que estado se encontra atualmente o problema”.

Para aperfeiçoar esta pesquisa que pretendemos realizar, fomos visitar o hospital SOPAI (Sociedade de Assistência à Infância de Fortaleza), que fica situado na Avenida: Francisco Sá 5036, bairro Carlito Pamplona, CEP: 60.310-002 Fortaleza – CE, especializado em prestar assistência à saúde da população infantil e de adolescentes dependentes químicos. O hospital é filantrópico, conta hoje com doações. De acordo com dados extraídos dos documentos internos da instituição, atualmente atende cerca de 150 crianças por dia, tem como missão contribuir com o Poder Público e com a comunidade em geral desempenhando uma efetiva assistência à saúde das crianças e adolescentes, proporcionando direitos assegurados por natureza e dispositivos legais em sua dimensão física, política, moral, educacional e espiritual. Como valores, elenca: respeito, compromisso, serenidade, ética, humanização, amor.

Ao realizarmos esta pesquisa prometemos cumprir as normas e diretrizes expressas na Resolução CNS nº. 466/12, respeitando os limites dos participantes e manter o sigilo quanto às informações coletadas, sempre mantendo a ética que é de extrema importância no desenvolvimento de um trabalho científico, e com uma autorização para pesquisar assinada pelos participantes, conhecido como termo de comprometimento livre e esclarecido.

Prever procedimentos que assegurem a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização dos participantes da pesquisa,

garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou de aspectos econômico-financeiros; (RESOLUÇÃO CNS nº. 466/12).

Respeitar sempre os valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos, como também os hábitos e costumes, quando as pesquisas envolverem comunidades. Assim como mencionado na citação acima, pretendemos respeitar sempre os valores de forma geral. (RESOLUÇÃO CNS nº. 466/12).

Peço licença ao leitor para informar que os dados que estiverem destacados com letras de fonte itálica significam que foram frutos da observação direta presenciados na instituição.

Por fim, apresentamos a estrutura da monografia que seguirá a distribuição citada: No capítulo dois traremos a discussão a respeito da historicidade da problemática desde seu início no Brasil. No terceiro capítulo apresentaremos as redes de atenção à saúde do primário ao terciário e o quarto capítulo será o resultado da observação realizada na pesquisa de campo.

2 SAÚDE PÚBLICA: HISTÓRICO E CONQUISTAS

E para falarmos do Sistema Único de Saúde, fez-se necessário apresentarmos os primórdios da saúde pública no Brasil, mostrando dados de sua mudança, com todas as dificuldades, entraves e transformações.

Neste presente capítulo, apresentaremos toda a história da saúde pública brasileira, desde quando ainda nem existia uma atenção à saúde especializada, passando por seus avanços e principalmente destacando seus entraves e enfrentamento, e cabe ainda salientar, que iremos expor as conquistas e avanços ocorridos durante alguns anos.

2.1 História do Sistema de Saúde Pública

Segundo Polignano (2005), o ano de 1500 não existia nenhum modelo de atenção à saúde da população e nem mesmo o empenho por parte do governo em criá-lo. Neste sentido, a atenção à saúde limitava-se a recursos naturais como (plantas, ervas, remédios medicinais), baseando-se em conhecimentos empíricos (curandeiros), aumentavam suas habilidades na arte de curar pessoas enfermas da época. Com a vinda da família real ao Brasil surgiu a necessidade da organização de uma estrutura sanitária mínima capaz de dar suporte ao poder que se instalava no Rio de Janeiro.

“Ter saúde não é responsabilidade de cada um, é também responsabilidade da sociedade e do governo que ela escolhe para dirigir seu destino”. (RODRIGUES, 1993, p. 65). Cabe ao Estado se responsabilizar pela saúde da população, o cidadão não pode absolver para si esta responsabilidade, afinal isso é papel dos governantes de cada país.

Esta citação acima mencionada torna-se bem distante da realidade vivida pelos brasileiros no ano de 1500, baseando-se na visão de Polignano (2005), a saúde na época do Brasil Colônia, não havia nenhuma atenção específica voltada aos cuidados com a vida, cada cidadão se responsabilizava por sua saúde, agindo com criatividade e desempenhos empíricos para poder sobreviver.

De acordo com Paim (2009), a primeira Santa Casa surgiu em 1543, quando Brás Cubas fundou, em Santos, a Irmandade da Misericórdia e o Hospital de Todos os Santos. Logo foram criadas as Santas Casas de Olinda, Bahia, Rio de Janeiro,

Belém e São Paulo. Assim, a assistência aos pobres ficava por conta da caridade cristã, que abrigava indigentes, viajantes e doentes, já os militares eram recolhidos e cuidados pelas famílias ricas (p. 26).

“As pessoas que dispunham de recursos eram cuidadas por médicos particulares, enquanto os indigentes eram atendidos pelas casas de misericórdias, pela caridade e pela filantropia. ” Pode-se então observar nesta citação, a desigualdade social presente na vida dos cidadãos que não dispunham de recursos financeiros, enquanto as pessoas que possuíam algum dinheiro, eram atendidas por médicos particulares, já os pobres dependiam dos cuidados por caridade e filantropia (PAIM, 2009).

Em 1808, Dom João VI constituiu na Bahia o Colégio Médico – Cirúrgico no Real Hospital Militar da Cidade de Salvador. No mês de novembro do mesmo ano foi criada a Escola de Cirurgia do Rio de Janeiro, anexa ao real Hospital Militar (POLIGNANO, 2005).

A partir de 1828, as responsabilidades da saúde pública foram atribuídas aos municípios. O Serviço de Vistoria de Saúde dos Portos passou para a esfera do Ministério do Império e, com os casos de febre amarela no Rio de Janeiro, foi criada, em 1850, a Junta do Higiene Pública (PAIM, 2009).

De acordo com Matos (2012), até o ano de 1850 as atividades de saúde estavam restringidas para: Delegação das atribuições sanitárias as juntas municipais, controle de navios e saúde dos portos, neste período havia muita carência de profissionais médicos fora da capital, aumentando assim a intervenção dos boticários (farmacêuticos).

“Aos boticários cabiam a manipulação das fórmulas prescritas pelos médicos, mas a verdade é que eles próprios tomavam a iniciativa de indicá-los, fato comuníssimo até hoje”. Os boticários não esperavam pelas fórmulas dos médicos para realizar as manipulações, faziam por conta própria para medicar os doentes que estavam com maior necessidade (POLIGNANO, 2005).

Com a Proclamação da República, instituiu-se uma forma de organização Jurídica-Política típica do estado capitalista. No entanto, essa nova forma de organização do aparelho estatal afiançou apenas as condições formais da representação burguesa clássica, especialmente a adoção do voto direto pelo sufrágio universal. A tradição de controle político pelos grandes proprietários (o coronelismo)

impôs ainda normas de exercícios do poder que representavam os interesses capitalistas predominantemente agrários (POLIGNANO, 2005).

Segundo Paim (2009), com a proclamação da República, a responsabilidade pelas ações de saúde passou a ser cominada aos estados. No âmbito federal, foram reunidos os serviços de saúde terrestres e marítimos da Diretoria de Saúde Pública (1897), que tinha por finalidade atuar onde não cabia a intromissão dos governos estaduais, como era o caso da vigilância sanitária nos portos. Durante a passagem do século XIX, início da industrialização do Brasil, a saúde despontava como questão social, ou seja, com um problema que não se restringia ao indivíduo, exigindo respostas da sociedade e do poder público.

De acordo com Paim (2009), naturalmente a falta de modelo sanitário para o país, deixavam as cidades brasileiras a mercê das epidemias. No início deste século a cidade do Rio de Janeiro apresentava um quadro sanitário caótico caracterizado pela presença de diversas doenças graves que acometiam a população, como a varíola, a malária, a febre amarela, e posteriormente a peste, o que acabou gerando sérias consequências tanto para a saúde coletiva, quanto para outros setores como o comércio exterior, visto que os navios estrangeiros não mais queriam atracar no porto do Rio de Janeiro em função da situação sanitária existente na cidade.

A história da saúde pública no Brasil é, em larga medida, uma história de combate aos grandes surtos epidêmicos em áreas urbanas e às denominadas endemias rurais, como a malária, a doença de chagas, e a ancilostomose. Em contraste com o que ocorrera durante as epidemias de febre amarela, essa doença afeta indistintamente brancos e negros e chegou a ser apontada como principal responsável pela apatia do trabalhador brasileiro e pela “nacionalização” do imigrante europeu (FINKELMAN, 2002, p. 40).

Conforme Finkelman (2002), a história da saúde pública no Brasil, foi marcada pelo combate aos surtos das epidemias espalhados pelas áreas urbanas, pois as doenças como, febre amarela, malária, doença de chagas, estavam atingindo os trabalhadores, deixando-os apáticos e impedindo-os de trabalhar e produzir, com isso houve a preocupação das campanhas de saúde.

A realização de campanhas sanitárias e a reforma dos órgãos federais marcaram a saúde pública brasileira naquela época. Aliás, desde a década de 1910, ocorreu um movimento pela mudança na organização sanitária, comandado por médicos e contando com a presença de autoridades políticas e intelectuais. A importância desse movimento foi reconhecida com a criação do Departamento Nacional de Saúde

Pública (DNSP) e de uma estrutura permanente de serviços de saúde pública em áreas rurais (PAIM, 2009).

“Rodrigues Alves, então presidente do Brasil, nomeou Oswaldo Cruz, como Diretor do Departamento Federal de Saúde Pública, que se propôs a erradicar a epidemia de febre-amarela na cidade do Rio de Janeiro”, passando toda responsabilidade da saúde pública para o mesmo, afim de haver uma melhoria na situação (POLIGNANO, 2005).

Ainda de acordo com o mesmo autor, foi criado um exército de 1.500 pessoas exercendo atividades de desinfecção no combate ao mosquito, causador da febre-amarela. A falta de esclarecimento que a arbitrariedades cometidas pelos “guardas-sanitários” causou revolta na população (POLIGNANO, 2005)

A onda de insatisfação se agrava com outra medida de Oswaldo Cruz, a Lei Federal nº 1261, de 31 de outubro de 1904, que instituiu a vacinação anti-varíola obrigatória para todo o território nacional. Surge, então, um grande movimento popular de revolta que ficou conhecido como a revolta da vacina:

Apesar das arbitrariedades e dos abusos cometidos, o modelo campanhista obteve importantes vitórias no controle das doenças epidêmicas, conseguindo inclusive erradicar a febre amarela da cidade do Rio de Janeiro, o que fortaleceu o modelo proposto e o tornou hegemônico como proposta de intervenção na área da saúde coletiva durante décadas (POLIGNANO, 2005. p. 5).

De acordo com a citação mencionada acima, pode-se perceber que a medida da vacina obrigatória implementada por Oswaldo Cruz, obteve êxito, apesar dos abusos sofridos pela população, a medida causou resultado positivo na diminuição da febre-amarela e das outras doenças epidêmicas acometidas pela população da época.

Na segunda década do século XX, algumas iniciativas foram tomadas em relação aos serviços médicos aos trabalhadores dentro das fábricas, foi criado o DNSP, nesse período, teve o princípio a Previdência Social no Brasil, por meio das caixas de aposentadorias e pensões (CAPs), após a aprovação a lei Elói Chaves (1923) (PAIM, 2009).

Em razão das greves ocorridas em 1917 e 1919, os trabalhadores conquistaram em 1923 a Lei Elói Chaves, que regulamentou a criação das caixas de aposentadorias e pensões (CAPs) – um modelo limitado no âmbito de grandes empresas e possuíam administração própria para seus fundos. Outros trabalhadores se organizavam em

Associações de Auxílio Mútuo para atender aos problemas de doenças no trabalho e na morte (BRASIL, 2007).

Neste contexto, surge a Previdência Social, operando por meio do Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP) das diversas categorias profissionais, como por exemplo: Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Comerciários (BRASIL, 2007).

Em substituição ao sistema extremamente fragmentado das CAPs, foram fundados os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), incorporando o conjunto de trabalhadores de um dado ofício ou setor de atividade. O primeiro Instituto, destinado aos funcionários públicos federais, foi criado em 1926, mais adiante denominado Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado (Ipase). O último a ser criado foi o dos Ferroviários e Empregados Em Serviços Públicos (IAPFESP), em 1953 (FINKELMAN, 2002).

O sistema público de saúde no Brasil nasceu por três vias: saúde pública, medicina previdenciária e medicina do trabalho. Saúde pública: Surgiu a partir das críticas conduzidas as campanhas sanitárias e as resistências da população às intervenções autoritárias, então, permitiu o aparecimento de propostas de educação sanitária e de criação de centros de saúde, a partir da Revolução de 1930, o Departamento Nacional de Saúde Pública foi transferido do Ministério da justiça, para o Ministério de Educação e Saúde, e só em 1953 foi instituído o Ministério da Saúde, a saúde pública tinha ações voltadas para a prevenção, o meio ambiente e a coletividade. Medicina previdenciária: Teve início com as caixas de aposentadoria e pensões, passando por certa expansão a partir de 1930, quando estas foram substituídas por várias IAPs. Assim, era criado um instituto para cada categoria de trabalhadores: comerciários (IAPC, bancários (IAPB), industriários (Iapi), marítimos (IAPM), servidores do Estado (Ipase), trabalhadores de transportes e cargas (Iapetec) etc. A medicina previdenciária tinha as ações curativas e individuais. Medicina do trabalho: Apesar de a reforma proposta por Carlos Chagas contemplar a chamada higiene industrial, a saúde do trabalhador não mereceu destaque nos órgãos responsáveis pela saúde pública. Aquilo que atualmente conhecemos como saúde ocupacional, ou saúde do trabalhador, desenvolve-se só a partir de 1930, com a criação do Ministério do Trabalho. Portanto, há estudos que reconhecem, desde o início do século XX, a formação de três subsistemas de saúde no Brasil vinculados ao poder público: saúde pública, medicina do trabalhador, e medicina previdenciária. Desde as suas origens, tais subsistemas percorreram caminhos paralelos, de forma

relativamente autônoma e respondendo a pressões distintas. Ao lado deles, pode se identificar, também, a medicina liberal, as instituições filantrópicas e a chamada medicina popular (PAIM, 2009).

Segundo Polignano (2005), foram executadas mudanças na estrutura do estado. Estas objetivaram promover a expansão do sistema econômico estabelecendo-se, paralelamente, uma nova legislação que ordenasse a efetivação dessas mudanças. Foram criados o “Ministério do Trabalho”, o da “Indústria e Comércio”, o “Ministério da Educação e Saúde” e juntas arbitramento trabalhista (POLIGNANO, 2005).

Em 1930, foi criado o Ministério da Educação e Saúde Pública, com desintegração das atividades do Departamento Nacional de Saúde Pública (vinculado ao Ministério da Justiça), e a pulverização de ações de saúde a outros diversos setores como: fiscalização de produtos de origem animal que passa para o Ministério da Agricultura (1934); higiene e segurança do trabalho (1942) que vincula-se ao Ministério do Trabalho (POLIGNANO, 2005, p. 11).

Baseando-se na visão do autor acima mencionado, objetivamos que, após a construção do Ministério da Educação e Saúde, foram instituídos órgãos responsáveis por orientar e educar a respeito da assistência sanitária e hospitalar, bem como, órgãos executivos com finalidade de ações diretas contra endemias mais importantes (malária, febre amarela, peste); Assim também houve o fortalecimento do Instituto Oswaldo Cruz, destaque aos programas de esgoto no âmbito da saúde pública, e atenção maior para as doenças degenerativas e mentais.

Até 1953, quando finalmente foi constituído o Ministério da Saúde, o que se verificou foi a transformação de muitas campanhas em órgãos ou serviços responsáveis pela febre amarela, tuberculose, lepra, saúde da criança e fiscalização sanitária, além da criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), resultado de um convênio entre governos brasileiro e norte-americano no período da II (PAIM, 2009).

Ainda de acordo com o mesmo autor, o SESP transformou-se em fundação (FSESP) e, no governo do presidente Juscelino Kubitschek, foi criado o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERU), que na década de 1960, foi substituído pela Superintendência de Campanhas (SUCAM).

De acordo com Filkelman (2002), na assistência à saúde, a maior novidade aconteceu em 1949, durante o governo Vargas, quando foi criado o Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (Samdu). A importância histórica desse

evento decorre de três características inovadoras da iniciativa: o atendimento médico domiciliar até então inexistente no setor público, embora comum na prática privada; o funcionamento consorciado entre todos os IAPs e, principalmente, o atendimento universal ainda que limitado aos casos de urgência.

As mudanças políticas e econômicas que se deram nos anos 1970-1980, determinaram o esgotamento desse modelo sanitário. Essas crises e o processo de redemocratização do país determinaram novos rumos nas políticas públicas e fizeram surgir, na arena sanitária, sujeitos sociais que propugnaram um modelo alternativo de atenção à saúde (BRASIL, 2006, p. 23).

De acordo com a citação acima mencionada, faremos um paralelo com a visão de Paim (2009), ao se tratar destas mudanças políticas e econômicas ocorridas no âmbito da saúde. Este processo foi aprofundado, na segunda metade da década de 1960, com a política de compra de serviços diagnósticos e terapêuticos no setor privado pela previdência social e com a criação da modalidade medicina de grupo junto a grandes empresas, a exemplo da indústria automobilística. Se no final da década de 1940 cerca de 80% dos recursos federais eram gastos em saúde pública e 20% com assistência médica individual, em 1964 esta distribuição já era exatamente o contrário.

A medicina de grupo constituía um tipo de empresa médica que prestava serviços a uma grande empresa industrial ou de serviços, mediante pré-pagamento, contando inicialmente com o estímulo do governo, que dispensava parte das contribuições da previdência social. Enquanto isso, os primeiros governos militares reduziram, ainda mais, os recursos destinados à saúde pública (PAIM, 2009, p. 32).

De acordo com a citação acima do autor Paim (2009), este modelo de assistência, causou um negativo impacto degradando as condições de saúde da população, pois houve contenção de verbas para as ações de saúde pública. O orçamento do Ministério da Saúde antes de 19% não alcançava nem 1% dos recursos públicos na área federal. A epidemia de meningite naquela época simbolizava a crise sanitária, provocando a criação de respostas para enfrentá-la. A mortalidade infantil, cujas taxas reduziram-se entre as décadas de 1940 e 1960, sofreu uma ascensão, juntamente com o aumento de casos de tuberculose, malária, doença de Chagas e acidentes de trabalho, entre outros. Justamente no momento em que a economia do país crescia a uma taxa média de 10% ao ano, o país enfrentava uma séria crise na saúde.

Foi no período de 1966-1976 que se consolidou a duplicidade de responsabilidades federais no campo da saúde, divididas entre o Ministério da Saúde (MS) e o Ministério da Previdência Social. Isto porque a fusão das instituições de seguro social fortaleceu a previdência social tanto administrativa, sobretudo financeira e politicamente, contribuindo para o fracasso das tentativas integracionistas conduzidas na órbita do Ministério da Saúde (FILKEMAN, 2002).

Segundo Filkeman (2002), o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) foi criado pelo Decreto Lei nº 72 de 21/11/1966 com o objetivo central de corrigir os inconvenientes da segmentação institucional e, com isto, aumentar a eficiência do sistema.

Somente os brasileiros que estivessem vinculados ao mercado formal de trabalho e com carteira assinada tinham acesso à assistência médica da previdência social. Aos demais restavam poucas opções: pagar pelos serviços médicos e hospitalares ou buscar atendimento em instituições filantrópicas, postos e hospitais de estados ou municípios. Como o direito à saúde não estava vinculado à condição da cidadania, cabia aos indivíduos a responsabilidade de resolver os seus problemas de doença e acidentes, bem como os de seus familiares (PAIM, 2008, p. 33).

Conforme dito na citação de Paim (2008), a assistência médica da previdência social, só era distribuída para os brasileiros que tivessem a carteira de trabalho assinada, somente estas pessoas tinham o direito à saúde garantido, aos demais, os que não contribuía para a previdência social, restavam apenas pagar pelos serviços médicos e hospitalares, ou buscar ajuda em instituições filantrópicas, postos ou hospitais de estados, cabia a cada indivíduo, a responsabilidade de resolver os problemas de doença e de seu familiares.

Em 1975 foi instituído no papel o Sistema Nacional de Saúde, que estabelecia de forma sistemática o campo de ação na área de saúde, dos setores públicos e privados, para o desenvolvimento das atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde (POLIGNANO, 2005)

O Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), aprovado pelo Decreto nº 76.307 de 24/8/1976, foi criado com linhas de ações ajustadas a esse propósito. O Programa reconhecia que complexidade nosológica, ou seja: A complicação da doença, o grau de complicação de uma comunidade aumenta na medida em que cresce o seu grau de desenvolvimento. Essa circunstância recomenda que os serviços de saúde sejam organizados de forma hierarquizada, descentralizando – para unidades mais simples localizadas na periferia – as ações de

saúde de maior frequência e de fácil aplicação, mas centralizado – em locais estratégicos – os recursos e serviços especializados ou de maior porte (FIELKMAN, 2002).

De acordo com Polignano (2005), este sistema foi se tornando cada vez mais complexo tanto do ponto de vista administrativo quanto financeiro dentro da estrutura do INPS, que acabou levando a criação de uma estrutura própria administrativa, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) em 1978.

A resposta dos técnicos do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) para a crise materializou-se em medidas que buscavam diminuir as despesas com os contratos com o setor privado e ampliar as ações do setor público. O principal conjunto dessas medidas foi denominado Ações Integradas de Saúde (AIS) que, com base em mecanismos regionalização e hierarquização, procurou interligar a rede pública nas esferas federal, estadual e municipal. Tais iniciativas começaram a lógica do sistema vigente, antecipando as propostas institucionais da reforma sanitária do fim dos anos 1980 (TEIXEIRA e PAIVA, 2014).

Integrando o mesmo contexto, em setembro de 1979, criava-se a ABRASCO (Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva) como forma de organização dos programas de pós-graduação no campo da saúde pública, da medicina social e da saúde coletiva. No mês seguinte, realizou-se o primeiro Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, da Câmara dos Deputados, um evento que reuniu as principais lideranças das várias tendências do movimento. As principais discussões ocorridas nesse encontro tomaram como base um texto produzido pelo CEBES (Centro Brasileiro de Estudos de Saúde) e por pesquisadores do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, que buscava sintetizar as principais reivindicações do movimento sanitário (TEIXEIRA e PAIVA, 2014).

Baseando-se na visão de Paim (2009), foi neste Simpósio onde o CEBES formulou pela primeira vez, a proposta do SUS, justificando uma série de diretrizes e princípios para a sua criação. Desse modo, tanto a Reforma Sanitária Brasileira (RSB), conhecido como movimento sanitário, quanto o SUS nasceram da sociedade, com os movimentos sociais e não de governos ou partidos. Embora tal proposta só tenha sido incorporada à Constituição da República nove anos depois, é possível comemorar presentemente três décadas do SUS (PAIM, 2009).

Em 1986, aconteceu a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que é o marco histórico mais importante na trajetória da política pública de saúde neste país. Reuniu

cerca de 4.500 pessoas, sendo mil delegados, para discutir os rumos da saúde no país. O temário teve como eixos: “Saúde como direito de cidadania”, “Reformulação do Sistema Nacional de Saúde” e “Financiamento Setorial”. Foi aprovada nesta Conferência a bandeira Reforma Sanitária, bandeira esta configurada em proposta, legitimada pelos segmentos sociais representativos presentes ao evento. O relatório desta Conferência, transformado em recomendações, serviu de base para a negociação dos defensores da reforma Sanitária na reformulação da Constituição Federal (BRAVO e MATOS, 2012).

Durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, foram sistematizados e debatidos por quase cinco mil participantes diversos estudos e proposições para o RSB. O relatório final do evento inspirou o capítulo “Saúde” da Constituição, desdobrando-se, posteriormente, nas leis orgânicas da saúde (8.080/90 e 8.142/90), que permitiram a implantação do SUS. Na medida em que essas propostas nasceram da sociedade e alcançaram o poder público, mediante a ação de movimentos sociais e a criação de dispositivos legais, é possível afirmar que o SUS representa uma conquista do povo brasileiro (PAIM, 2009).

De acordo com o relatório final da 8ª Conferência Nacional em relação a saúde como direito, alguns pontos foram decretados: 1. Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida; 2. A saúde não é conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas; 3. Direito à saúde significa a garantia, pelo Estado de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, desenvolvimento pleno de ser humano em sua individualidade.

Enquanto se debatia a legislação do SUS no Congresso Nacional, foram adotadas medidas visando à integração das ações e a unificação dos serviços de saúde, mediante convênios entre os governos federal, estadual e municipal, com a implantação dos programas como se fossem pontes capazes de facilitar a travessia para a outra margem do rio, ou seja, o SUS. Entre essas iniciativas podem ser

mencionadas as Ações Integradas de Saúde (AIS) e os Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS), reconhecidos como uma estratégia-ponte para o SUS (PAIM, 2009).

A crise aguda da Previdência Social no início dos anos 1980 fez surgir, no plano político-institucional, o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (Conasp) que teve as Ações Integradas de Saúde (AIS) um de seus pilares. As Ações Integradas de Saúde foram implantadas em 1983 como um programa de atenção médica para áreas urbanas, numa co-gestão entre o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) e as Secretarias Estaduais de Saúde (BRASIL, 2006, p. 24).

Baseando-se na citação acima, foi devido à crise da Previdência Social de 1980, houve a necessidade de obter alguma intervenção nas áreas urbanas, relacionadas à saúde, foi então, que foi criado algumas estratégias, o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), que teve como pilar as Ações Integradas de Saúde (AIS), que tiveram as ações voltadas para os moradores das áreas urbanas, devido à grande necessidade que existia depois da crise da Previdência.

De acordo com o artigo de Retka (2002), em 1980, o governo militar trabalha para superar a crise política e uma tentativa conjunta dos Ministérios de Saúde e da Previdência cria o PREV-SAÚDE – Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde, visando organizar o setor público de saúde para contrapor-se ao setor privado sustentando em mais de 80% pelo próprio estado. A iniciativa propunha a criação de uma rede pública unificada de oferta de serviços, regionalizada e hierarquizada, financiada e administrada pelo estado hegemônico sobre a rede privada. O programa PREV-SAÚDE, elaborado por um grupo técnico interministerial e apoiado pela Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS, refletia a VII Conferência Nacional de Saúde, cujo tema principal era a implantação de uma rede básica de saúde. Entretanto devido à falta de verbas previdenciária e após debate entre os movimentos de saúde acabou somente como encaminhamento à Câmara dos Deputados.

Embora o direito à saúde tenha sido difundido, internacionalmente, desde a criação da Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1948, somente quarenta anos depois o Brasil reconheceu formalmente a saúde como direito social. Como referido anteriormente, antes de 1988 somente os trabalhadores com carteira assinada e em dia com as contribuições pagas à previdência social tinham garantido por lei o direito à assistência médica, através dos serviços prestados pelo INAMPS (PAIM, 2009).

2.2 Criação e implementação do SUS

Com a Constituição da República de 1988, a saúde passou a ser reconhecida como um direito social, ou seja, inerente à condição de cidadão, cabendo ao poder público a obrigação de garanti-lo: A saúde é direito de todos os cidadãos e dever do Estado (Art. 196). Essa conquista política e social pode ser atribuída a diversas lutas e esforços empreendidos pelos movimentos da Reforma Sanitária, entre 1976 e 1988. Pela primeira vez a história do Brasil, foi promulgada uma Constituição que reconhece a saúde como direito social, dispondo de uma seção específica e contando com cinco artigos destinados à saúde. (PAIM, 2009).

Só após a Constituição de 1988, que a saúde pública passou a ser reconhecida como direito de todos os cidadãos brasileiros, sem exclusão e nem precisar de carteira assinada ou contribuir com a Previdência Social para ter acesso a alguma assistência à saúde, assim como são expressos nos artigos da seção saúde da CF 1988:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante as políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao poder público dispor, nos termos da lei, sobre regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I- descentralização com direção única em cada esfera de governo; II- atendimento integral, com prioridade para atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III- participação da comunidade.

No que pulsa ao modelo de proteção social, a Constituição Federal de 1988 é a mais progressista, e nela a Saúde, conjuntamente com a Assistência Social e a Previdência Social, integra a Seguridade Social. À saúde coube cinco artigos (Arts. 196-200), que determinam que esta é um direito de todos e dever do Estado, e estatuem a integração dos serviços de saúde de forma regionalizada e hierárquica, constituindo um sistema único (BRAVO e MATOS, 2012).

Na visão dos autores acima mencionados, a saúde foi bem expressada, e bastante clara ao tratar-se de um direito a ser assegurado pelos órgãos públicos, distribuindo aos cidadãos brasileiros um bem-estar social, e uma vida digna ao usufruir da saúde pública de forma eficaz.

Ao Estado cabe garantir um mínimo aos cidadãos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento aos cidadãos consumidores. Como principais características destacam-se: o caráter focalizado para atender às populações vulneráveis, a descentralização dos serviços e o questionamento da universalidade do acesso (BRAVO e MATOS, 2012, p. 36).

Foram concebidos como princípios doutrinários do SUS, a universalidade: O acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independente de sexo, raça, renda, ocupação, ou outras características sociais e pessoais; Equidade: É um princípio de justiça social que garante a igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; E integralidade: Significa considerar a pessoa como um todo, devendo as ações de saúde procurar atender à todas as necessidades (POLIGNANO, 2005)

E como princípios, hierarquização: entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos níveis de complexidade do sistema, conferência, contra-referência; Participação popular: ou seja a democratização dos processos decisórios consolidado na participação dos usuários dos serviços de saúde nos chamados Conselhos Municipais de Saúde*; E descentralização: consolidada com a municipalização das ações de saúde, tornando o município gestor administrativo e financeiro do SUS (POLIGNANO, 2005).

Uma vez aprovada a Constituição, por meio da qual foi criado o SUS, havia a necessidade de uma legislação específica, que esclarecesse como aplicar essas orientações gerais na realidade brasileira. Tratava-se, no caso, da Lei Orgânica da Saúde, aprovada em 19 de setembro de 1990 (Lei 8.080/90). Como esta lei sofreu diversos vetos do presidente da República, foi complementada, em 28 de dezembro do mesmo ano, pela lei 8.142/90. A primeira lei dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como sobre a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes (PAIM, 2009).

Ressalta-se que a Lei 8.080/90 estabeleceu, no artigo 12, que “serão comissões intersetoriais, de âmbito nacional, subordinados ao Conselho Nacional de Saúde, integradas pelos Ministérios e órgãos competentes e por entidades representativas da

* São órgãos colegionados de caráter deliberativo e permanente, formados por prestadores de serviços, representantes do governo, profissionais da saúde e também usuários.

sociedade civil”, dispondo em seu parágrafo único que “as comissões intersetoriais terão a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde” (SANTOS, 2010).

Esta lei acabou sendo complementada ao final do mesmo ano (devido a vetos do Presidente Fernando Collor) pela lei 8124/90 sendo então garantida a participação popular no processo decisório. As duas leis chamadas de “leis Orgânicas da Saúde” dispõem sobre os princípios e diretrizes do novo sistema e especifica uma série de atribuições ligadas à saúde, abrangendo fundamentalmente: ações de Vigilância Sanitária; de Vigilância Epidemiológica; de Saúde do Trabalhador; Assistência Terapêutica Integral, inclusive Farmacêutica; Ordenação de Recursos Humanos na Área, ações de vigilância nutricional e outras (RETKA, 2002).

Baseando-se nas leituras realizadas dos autores citados acima, no período da implantação do SUS, na década de 1980 e na metade dos anos 1990, houve uma crise política e econômica, causando uma degradação do sistema de saúde, pois o governo federal reduziu os gastos com a saúde, faltavam recursos na rede pública de saúde.

No início dos anos 1990, muitos estados e municípios não se encontravam em condições de exercer plenamente as competências e atribuições estabelecidas nessas leis. Por outro lado, o governo federal resistia ao financiamento do SUS, mediante repasse regular e automático de recursos para as demais esferas de governo. Diante deste quadro, a construção do SUS recorreu a um conjunto de portarias, chamadas de normas operacionais. NOB – 91; NOB – 93, NOB – 96, Noas-2000 e Noas-2002 (PAIM, 2009).

Art. 1º. Aprovar, nos termos do texto anexo a esta Portaria, a NOB 1/96, a qual redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde, constituindo, por conseguinte, instrumento imprescindível à viabilização da atenção integral à saúde da população e ao disciplinamento das relações entre as três esferas de gestão do Sistema. (NOB 1/96 DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, 1996).

De acordo com o mesmo autor, essas normas foram atualizadas por mais 15 anos para viabilizar a política de descentralização no SUS e, em 2006, foram traduzidas num novo instrumento, que se convencionou chamar de Pacto da Saúde. Trata-se de uma maneira de estabelecer responsabilidades sanitárias com metas, atribuições e prazos acordados, buscando superar descentralização tutelada pelo

governo federal com vistas à constituição do SUS solidário entre as três esferas de governo (PAIM, 2009).

Enfim foram tantas normas e portarias produzidas pelo Ministério da Saúde que este chegou ao ponto de criar uma Comissão Permanente de Consolidação e Revisão de Atos Normativos para elaborar uma espécie de Consolidação da Leis do Trabalho (CLT) do SUS. Ao ser aprovado o regimento interno dessa Comissão, em 2008, foi possível produzir aquilo que chamaríamos de Consolidação das Portarias do SUS (CPS). Assim, o ministro de saúde, considerando a necessidade de promover o processo de conhecimento, identificação e valorização do Sistema Único de Saúde por meio normatização infralegal*, fez publicar a portaria 2.048, de 3 de setembro de 2009, aprovando o Regulamento do Sistema Único de Saúde. (PAIM, 2009).

2.3 O SUS na atualidade

A Constituição de 1988 reconheceu expressamente a saúde como direito fundamental nos artigos 6º e 196. O reconhecimento constitucional da saúde como direito significou um grande avanço do Estado democrático de direito brasileiro e acarretou múltiplas inovações legislativas e institucionais, revelando um vasto campo do conhecimento jurídico a ser desbravado. É sempre bom lembrar que a saúde não era reconhecida como direito antes da Constituição de 1988 e, por tal razão, o Estado não tinha os deveres hoje previstos no texto constitucional e na legislação complementar (AITH, 2010).

São muitas e importantes as conquistas da saúde pública brasileira, desde a criação do SUS. Do ponto de vista das condições de saúde, aumentou a esperança de vida dos brasileiros, reduziu-se a mortalidade infantil, diminuíram as doenças passíveis de prevenção por vacinação e reduziram-se as mortes por doenças cardiovasculares, entre outras. Do ponto de vista dos serviços, ampliou-se o acesso à atenção primária e à atenção às urgências, expandiu-se a assistência farmacêutica, consolidaram-se relevantes programas nas áreas da saúde mental e da saúde bucal, fortaleceram-se as ações de vigilâncias epidemiológica e sanitária, etc. (SOUZA, 2015).

* Diz-se de atos ou recomendações que não estão de acordo com os dispositivos legais.

De acordo com a visão do autor mencionado acima, durante estas últimas décadas o SUS passou por grandes transformações, e processo de evolução, porém isto não significa que tenha sido suficiente para assegurar a superação, pois existem obstáculos e alguns entraves a ser enfrentados para poder avançar.

A celebração desses feitos, no entanto, não é suficiente para assegurar a superação dos obstáculos presentes, que ameaçam, inclusive, a própria manutenção das conquistas. O Sistema Único de Saúde (SUS) encontra-se, hoje, em uma encruzilhada em que não avançar significa retroceder. De fato, não avançar no sentido da universalidade da saúde é retroceder ao sistema pré-SUS de segmentação da assistência à saúde, de acordo com a posição social das pessoas (SOUZA, 2015, p. 1).

O desafio primordial dos governos, sobretudo na esfera municipal, é avançar na transformação dos preceitos constitucionais e legais que constituem o SUS em serviços e ações que assegurem o direito à saúde, como uma conquista que se realiza cotidianamente em cada estabelecimento, equipe e prática sanitária. É preciso inovar e buscar, coletiva e criativamente, soluções novas para os velhos problemas do nosso sistema de saúde. A construção de espaços de gestão que permitam a discussão e a crítica, em ambiente democrático e plural, é condição essencial para que o SUS seja, cada vez mais, um projeto que defenda e promova a vida. (BRASIL, 2009).

Baseando-se nos dados do Ministério da Saúde (2009), a distribuição do direito à saúde constituída desde a Constituição Federação de 1988, cabe aos governos agir de forma inovadora e criativa para tentar solucionar um problema que afeta a saúde pública no Brasil, a condição e oferecer uma saúde universal e igualitária.

Muitos municípios operam suas ações e serviços de saúde em condições desfavoráveis, caracterizados pela insuficiência de recursos financeiros e equipes para atender às demandas dos usuários, seja em volume, seja em complexidade – resultado de uma conjuntura social de extrema desigualdade. Nessas situações, a gestão pública em saúde deve adotar uma condução técnica e administrativa compatível com os recursos existentes e criativa em sua utilização. Deve estabelecer critérios para a priorização dos gastos, orientados por análises sistemáticas das necessidades em saúde, verificadas junto à população. É um desafio que exige vontade política, propostas inventivas e capacidade de governo (BRASIL, 2009, p. 43).

O simples reconhecimento formal da saúde como direito pela Constituição não produz o milagre de fazer com que, no dia seguinte a esse reconhecimento, esse direito seja usufruído materialmente por toda a população. Para que um direito seja concretizado e respeitado, é preciso que seja dotado de garantias eficazes. Os grandes desafios para a proteção do direito à saúde no Brasil, hoje, residem na criação

e disponibilização à sociedade de garantias jurídicas, políticas, processuais e institucionais eficazes desse direito (AITH, 2010).

Na visão do autor citado acima, o fato da saúde ter sido reconhecida formalmente pela Constituição de 1988 como um direito universal e igualitário para todos os cidadãos, não significou que este direito tenha sido usufruído pela população em geral. Afinal para que seja posto em prática é preciso mecanismos jurídicos que sejam capazes de efetivar um direito conquistado pela sociedade brasileira, de uma forma eficaz. Finalmente, a proteção à saúde depende, e muito, dos deveres impostos ao Estado pela Constituição Federal e pela legislação complementar. Os deveres do Estado na proteção da saúde podem ser traduzidos pela necessidade de elaborar e executar políticas públicas capazes de alcançar dois grandes objetivos: 1) reduzir ao mínimo os riscos de doenças e agravos à saúde dos indivíduos e da população; 2) organizar uma rede de serviços públicos de qualidade capaz de garantir acesso universal e igualitário às ações e serviços públicos de saúde ou de interesse da saúde. (AITH, 2010).

De acordo com a visão do autor acima citado, a efetivação dos direitos à saúde pública expressos nos artigos da Constituição de 1988, fica por responsável principal o Estado. Apesar dos avanços ocorridos no SUS, ainda é um desafio dos órgãos públicos, tornar este direito universal e igualitário para todos.

3 REDE DE ATENDIMENTO DO SUS: DO PRIMÁRIO AO TERCIÁRIO

Para falarmos de saúde, fez-se necessário apresentarmos alguns componentes que fazem parte do Sistema Único de Saúde, no intuito de compreendermos sua composição, como também, mostrarmos de fato o que os usuários podem ter de direito, e o caminho percorrido para ter acesso à saúde pública.

No presente capítulo apresentaremos as redes de atendimento do SUS, do primário ao terciário, descrevendo-os de forma detalhada e objetiva, para assim, podermos entender a composição e construção de uma atenção à saúde voltada aos usuários desde os cuidados básicos até os mais complexos oferecidos por estas redes que serão expostas.

3.1 Sobre a atenção a saúde e seus aspectos normativos

Segundo o Ministério da Saúde (2009), a Atenção à Saúde é tudo que envolve o cuidado com a saúde do ser humano, incluindo as ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de tratamento de doenças. No SUS, o cuidado com a saúde está ordenado em níveis de atenção, que são a básica, a de média complexidade e a de alta complexidade, responsáveis em garantir o cuidado e a atenção à saúde de cada indivíduo.

Conforme Paim (2009), promover saúde significa fomentar, cultivar, estimular, por intermediário de medidas gerais e inespecíficas a saúde e a qualidade de vida das pessoas e das comunidades. Proteger a saúde significa reduzir ou eliminar risco, por meio de ações específicas, como vacinação, combate a insetos transmissores de doenças, distribuição de camisinha para prevenção de doenças transmissíveis, bem como o controle de água, alimentos, medicamentos e tecnologias médicas. No que se refere a recuperação à saúde, requer diagnóstico precoce, tratamento oportuno e limitação do dano (doença e agravo), evitando complicações ou sequelas, ainda conforme Paim, a atenção a saúde na comunidade e a assistência médica ambulatorial, hospitalar e domiciliar representam as principais medidas para a recuperação da saúde (PAIM, 2009).

Essa estruturação visa a melhor programação e planejamento das ações e serviços do sistema. Não se deve, porém, considerar um desses níveis de atenção mais relevante que outro, porque a atenção à Saúde deve ser integral, entre estes três

segmentos da saúde, não pode-se considerar o mais importante, afinal todos tem suas particularidades e suas atribuições necessárias para os usuários do SUS. Nem sempre um município necessita ter todos os níveis de atenção à saúde instalados em seu território, para garantir a integralidade do atendimento à sua população. Particularmente no caso dos pequenos municípios, isso pode ser feito por meio de pactos regionais que garantam às populações dessas localidades acesso a todos os níveis de complexidade do sistema. A prioridade para todos os municípios é ter a atenção básica operando em condições plenas e com eficácia (BRASIL, 2009).

Assim como foi especificado pelo Ministério da Saúde (2011), o SUS é um conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais e pelo setor privado e organizações não governamentais, por meio de contratos e convênios. De acordo com esta afirmação do Ministério da Saúde (2011), entende-se que o SUS foi dividido entre cada esfera de governo, obtendo uma série de ações e serviços relacionados à saúde, tornando-se fragmentado, para assim concretizar os seus princípios norteadores de universalidade, equidade e integralidade.

O princípio doutrinário da Integralidade, assentado na Constituição Federal de 1988, é articulador dos níveis de complexidade do Sistema Único de Saúde (SUS): aglutinando ações assistenciais e preventivas em quaisquer dos âmbitos de prestação de cuidado, do primário ao terciário (MACEDO, 2013, p. 2).

Como podemos observar nesta citação de Macedo (2013), um dos princípios do SUS chamado de integralidade foi incentivador dos níveis de complexidade da saúde, auxiliando as ações de assistência e prevenção nos cuidados do primário ao terciário, afinal os cuidados com a saúde não pode ficar limitada apenas a um grau de complexidade, pois cada paciente tem sua necessidade, desta forma, a saúde pública precisa ser integral.

Segundo Elias (2011), alguns países constroem estruturas de saúde com o intuito de assegurar os meios apropriados para que as necessidades dos cidadãos sejam atendidas independentemente da capacidade de pagamento de cada um, sem levar em consideração as condições financeiras do ser humano em conseguir uma atenção básica de saúde, a assistência à saúde deve ser distribuída de forma igualitária, independentemente da situação financeira de cada um.

Estas estruturas são os Sistemas de Saúde e tem como principal compromisso garantir o acesso aos bens e serviços existentes em cada país para a manutenção e a recuperação da saúde dos indivíduos. Assim cabe-se entender que cada país possui sua estrutura de saúde formada e especializada na garantia e execução das atividades voltadas a saúde, de forma a expandir o que foi decretado pela Constituição de 1988, a saúde como um direito de todos e dever do Estado, para que todos, sem exclusão, independente de raça, cor, ou classe social tenham acesso gratuito à saúde pública (ELIAS, 2011).

Fazem parte dos serviços de saúde: A) a rede de serviços assistenciais (hospitais, unidades básicas de saúde, ambulatórios, consultórios, laboratórios clínicos e radiológicos, dentre outros. B) os sistemas localizados no Ministério, nas Secretarias estaduais e municipais de saúde: planejamento (usar informações e certos métodos para atingir objetivos propostos); informação: (banco de dados, ficha médica eletrônica); controle: (acompanhamento do funcionamento dos serviços); e avaliação: (verifica se os objetivos do sistema estão sendo atingidos e também a satisfação da população com os serviços prestados). C) as pessoas que trabalham nos serviços de saúde: pessoal de saúde e (profissionais e técnicos graduados em cursos de saúde, como medicina, enfermagem, fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional entre outros); trabalhadores da saúde (profissionais e técnicos graduados em cursos de outras carreiras que não são da saúde, mas que trabalham nos serviços de saúde) (ELIAS, 2011).

De acordo com o Conselho Nacional dos Secretários da Saúde (2015), o SUS é um sistema fragmentado, pois se organizam por forma de um conjunto de pontos de atenção à saúde, separados e sem comunicação um com o outro, tornando-se assim incapaz de prestar uma atenção constante à população, por conta desta separação dos pontos de saúde, torna-se dificultoso para os usuários ter acesso de forma eficaz. Havendo assim a necessidade da criação de um modelo de assistência integrado à saúde, as Redes de Atenção à Saúde (RAS):

A origem das Redes de Atenção à Saúde (RAS) data da década de 1920, mais especificamente no Reino Unido, quando foi elaborado o Relatório Dawson, como resultado de um grande debate de mudanças no sistema de proteção social daquele país após a 1ª Guerra Mundial. Nesse documento consta a primeira proposta de organização de sistemas regionalizados de saúde, cujos serviços de saúde deveriam acontecer por intermédio de uma organização ampliada que atendesse às necessidades da população de forma eficaz (BRASIL, 2015, p. 7).

Conforme a citação do Ministério da Saúde (2015), os serviços propostos na construção das RAS, deveriam ser acessíveis a toda a população, e oferecer cuidados preventivos e curativos, tanto na área de cuidados domiciliares quanto nos centros de saúde secundários.

Os resultados desses sistemas fragmentados na atenção às condições crônicas são dramáticos. Não obstante, são muito valorizados por políticos, gestores, profissionais de saúde e, especialmente, pela população. Há evidências de que esses sistemas fragmentados devem ser substituídos por sistemas integrados de atenção à saúde, as RAS (BRASIL, 2015, p. 24).

Para poder efetivar o SUS com maior eficácia, qualidade e melhorar a eficiência do sistema de saúde na esfera regional, bem como, expandir o sistema integrado de saúde limitado nas redes, para os territórios inovando em sua organização e na gestão de saúde, foi criado as RAS, que são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado, acabando com a fragmentação dos sistemas de saúde, e melhorando o acesso dos cidadãos ao depender do SUS (BRASIL, 2012).

O Sistema Único de Saúde representa uma instituição jurídica estratégica do direito sanitário brasileiro e configura-se como a principal garantia do direito à saúde no país. Podemos conceituá-lo como instituição jurídica criada pela Constituição Federal para garantir o direito à saúde, por meio da execução de políticas públicas que assegurem a redução do risco de doenças e agravos à saúde e o acesso universal e igualitário às ações e serviços públicos de saúde no Brasil (AITH, 2010, p. 202).

Assim como mostra na citação mencionada acima do autor Aith (2010), o SUS tem o papel de promover estratégias de forma criativa e eficaz, por meio de políticas públicas, uma maneira de assegurar e garantir o direito à saúde para todos os cidadãos como foi decretado na Constituição Federal de 1988. Uma dessas estratégias cabe-se citar a criação das RAS, pois foi uma política pública voltada a garantir a qualidade e eficácia da saúde pública.

“As RAS têm como objetivo promover a integração de ações e serviços de saúde para prover uma atenção à saúde de forma contínua, integral, de qualidade, responsável, humanizada, com vistas à consolidação dos princípios e diretrizes do SUS”. De acordo com esta afirmação do Ministério da Saúde (2012), a implementação das RAS foi com objetivo de distribuir de forma eficaz e com qualidade as ações e

serviços votados à saúde e cuidados dos cidadãos, para assim concretizar o que é exposto nos princípios do SUS, integral e igualitário e universal.

A implementação das RAS tem como desafio a construção de sistemas integrados de saúde que se articulem em todos os níveis de atenção à saúde, e de forma interfederativa mais harmônica possível. Por esta razão, os debates em torno de uma maior integração nos serviços de saúde têm se intensificado desde o Pacto pela Saúde, criado em 2006, e o mais recente Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP), formulado de forma tripartite a partir do Decreto nº 7.508/2011, que regulamentou a Lei nº 8.080/1990. A esse fato soma-se a aprovação e recém atualização de diversas Políticas, como a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) 16 e a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) 17, que exemplificam os esforços para a construção de um modelo de atenção capaz de responder às atuais condições de saúde dos brasileiros, efetivando a APS como eixo estruturante e coordenador das RAS no SUS (BRASIL, 2012, p. 9).

De acordo com a citação acima apresentada do Ministério da Saúde (2012), as RAS tiveram um papel fundamental na implementação de um sistema integrado de saúde, para amenizar o problema da fragmentação que existia no sistema de saúde pública, ofertando uma atenção contínua e integral à população, de forma humanizada, com qualidade e com equidade.

Conforme o Ministério da Saúde (2015), as RAS apresentam três elementos constitutivos: A população, a estrutura operacional e os modelos de atenção à saúde. O primeiro: A população vive em territórios sanitários singulares, organiza-se socialmente em famílias e é cadastrada e registrada em subpopulações de riscos, constituída pelos usuários do Sistema único de Saúde.

O segundo: A estrutura operacional da RAS é composta por cinco elementos: O primeiro é o centro de comunicação: é constituído pela Atenção Primária de Saúde (APS), e equipe do Programa Saúde da Família. Os pontos de atenção à saúde secundários e terciários: onde ofertam serviços especializados com diferentes densidades tecnológicas e servem de apoio à Atenção Primária. O terceiro componente das redes de atenção, são os sistemas de apoio, considerados como lugares institucionais em que se realizam serviços comuns a todos os pontos de atenção à saúde nos campos diagnósticos e terapêuticos, assistência farmacêutica e dos sistemas de informações à saúde. O quarto componente das redes de atenção à saúde são os sistemas logístico, que são soluções tecnológicas fortemente ancoradas nas tecnologias de informação, (registro eletrônico em saúde, sistemas de acesso regulado à atenção e sistema de transporte em saúde). E o último componente, o

sistema de governança da RAS; é um arranjo organizativo que permite a gestão de todos os componentes das redes de atenção à saúde (BRASIL, 2015).

O terceiro elemento constitutivo das RAS são os modelos de atenção à saúde. Os modelos de atenção à saúde são sistemas lógicos que organizam o funcionamento das RAS, articulando, de forma singular, as relações entre os componentes da rede e as intervenções sanitárias, definidos em razão da visão prevaiente da saúde, das situações demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade. Os modelos de atenção à saúde são de dois tipos: os modelos de atenção aos eventos agudos: Tem como objetivo identificar, no menor tempo possível, com base em sinais de alerta, a gravidade de uma pessoa em situação de urgência ou emergência e definir o ponto de atenção adequado para aquela situação. E os modelos de atenção às condições crônicas: Tanto nas condições agudas, como nas crônicas, devem ser aplicadas as mesmas medidas operacionais das RAS, ou seja, a APS, os pontos de atenção secundário e terciário, os sistemas de apoio, os sistemas logísticos e o sistema de governança (BRASIL, 2015).

As RAS foram definidas, oficialmente, segundo o anexo da Portaria GM nº 4.279/2010 que instituiu no SUS, como: “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado”. Assim as RAS ficaram oficialmente reconhecidas no SUS, instituída com um conjunto de ações objetivando a totalidade dos cuidados à população (BRASIL, 2012).

Após a publicação da Portaria GM/MS n. 4.279/2010 que organiza no SUS as RAS, cinco redes temáticas prioritárias foram pactuadas para serem implantadas nas regiões de saúde do país: Rede Cegonha; Rede de Urgência e Emergência (RUE); Rede de Atenção Psicossocial; Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiências; Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (BRASIL, 2015).

A Rede Cegonha consiste em uma rede de cuidados que visa garantir à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro, ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis e tem como objetivo, além de promover a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança, reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal (BRASIL, 2015).

Segundo o Ministério da Saúde (2012), a Rede de Urgência e Emergência (RUE), buscam sempre o acolhimento com classificação de risco e resolutividade, a organização da RUE, tem o intuito de associar e integrar todos os equipamentos de saúde com o objetivo de ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência /emergência nos serviços de saúde, de forma eficiente e oportuna. Fazem parte da Rede de Urgências e Emergências: Promoção e prevenção; Atenção primária: Unidades Básicas de Saúde; UPA e outros serviços com funcionamento 24 horas; Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) 192, portas hospitalares de atenção às urgências – SOS Emergências; Enfermarias de retaguarda e unidade de cuidados intensivo; Inovações tecnológicas nas linhas de cuidado prioritárias; Acidente Vascular Cerebral (AVC), traumas; Atenção domiciliar – Melhor em Casa.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) determina os pontos de atenção para o atendimento de pessoas com problemas mentais, envolvendo os efeitos nocivos do uso de crack, álcool e outras drogas. A Rede integra o Sistema Único de Saúde (SUS), assim como afirma nos dados do Ministério da Saúde (2013). A Rede é constituído por serviços e equipamentos diversos, tais como: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); os Centros de Convivência e Cultura, as Unidade de Acolhimento (UAs), e os leitos de atenção integral (em Hospitais Gerais, nos CAPS III) (BRASIL, 2013).

Segundo dados do Portal Brasil (2012), O Ministério da Saúde publicou portaria que constitui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência e Atenção Especializada - por meio da criação, aumento e articulação de pontos de saúde para o segmento. As ações previstas deverão ser executadas pelas Secretarias de Saúde dos governos estaduais e municipais, em todo o País.

Tratando-se da Rede de Atenção as Doenças Crônicas, o Conselho Nacional de Secretários da Saúde (2015), afirma que, foi instituído por meio da Portaria GM/MS nº 483 de 1º de abril de 2014, objetivando realizar a atenção integral à saúde das pessoas com doenças/condições crônicas, por meio da realização de ações e serviços de promoção e proteção à saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde.

Nos sistemas fragmentados de atenção à saúde, vigora uma visão de uma estrutura hierárquica, definida por níveis de “complexidades” crescentes, e com

relações de ordem e grau de importância entre os diferentes níveis, o que caracteriza uma hierarquia. Essa percepção de sistema hierarquizado vale no SUS. O sistema público brasileiro de atenção à saúde organiza-se, segundo suas normativas, em atenção básica, atenção de média e de alta complexidades. Tal visão apresenta sérios problemas teóricos e operacionais. Ela fundamenta-se num conceito de complexidade equivocado, ao estabelecer que a atenção primária à saúde é menos complexa do que a atenção nos níveis secundário e terciário, assim divide-se o SUS em redes de atendimentos, como atenção primária, secundária e terciária (MENDES, 2011).

Os níveis de atenção à saúde estruturam-se por arranjos produtivos conformados segundo as densidades tecnológicas singulares, variando do nível de menor densidade, a APS, ao de densidade tecnológica intermediária, a atenção secundária à saúde, até o de maior densidade tecnológica, a atenção terciária à saúde (MENDES, 2011, p. 78).

Baseando-se na citação de Mendes (2011), objetivamos que, a estrutura do SUS é composta por arranjos de serviços e ações na área da saúde limitado ao grau de prioridade, variando-se ao nível de menor gravidade, focalizados na Atenção Básica de Saúde, passando pelo grau intermediário de média complexidade, conhecido como atenção secundário, até chegar ao grau de maior complexidade, a atenção terciária. Iremos especificar cada uma delas:

3.2 Atenção Primária de Saúde

De acordo com Santos (2010), a Atenção Primária de Saúde (APS), estabelece todas as ações de promoção, proteção à saúde em um território definido e é de responsabilidade do município. A Fundação Oswaldo Cruz (2013), especifica a atenção básica ou atenção primária como a "porta de entrada" dos usuários nos sistemas de saúde. Ou seja, é o atendimento inicial. Seu objetivo é instruir sobre a prevenção de doenças, solucionar os possíveis casos de agravos e direcionar os mais graves para níveis de atendimento superiores em complexidade. A atenção básica funciona, portanto, como um filtro capaz de organizar o fluxo dos serviços nas redes de saúde, dos mais simples aos mais complexos.

De acordo com a Superintendência Nacional da Saúde (2017), a população pode ter acesso a atenção primária nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), mais

conhecidos como os postos de saúde, que são distribuídos próximo às casas dos usuários do SUS, todos de um modo geral tem acesso a estas unidades.

Um papel primordial executado em meio a população e dentro das comunidades é o dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), pois estes profissionais desenvolvem ações que buscam a integração entre a equipe de saúde e a da população vinculada à Unidade Básica de Saúde. O elo entre o ACS e a população usuária é potencializado pelo fato do ACS morar na comunidade. Tem como função o exercício de atividades de prevenção de doenças e agravos e de vigilância à saúde por meio de visitas domiciliares e ações educativas individuais e coletivas, nas casas e na comunidade, sob a regulamentação do município e do Distrito Federal (BRASIL, 2009).

Conforme Santos (2010), nenhuma saúde pública que garante a todos os cidadãos a integralidade da assistência à saúde pode negar à atenção primária o sentido de prioridade. A atenção primária deve ser aquela que, atuando como filtro, como agente mediador do sistema público de saúde, consegue evitar que pequenos problemas de saúde se agravem, resolvendo de imediato 85% dos problemas que surgem, sem a necessidade de encaminhamento para a atenção especializada, com preservação da saúde individual. Assim como podem observar na fala de Santos (2010), a atenção primária tem um papel primordial na prevenção das doenças, tendo como objetivo identificar a necessidade real do paciente, tal como, especificar qual o grau de complexidade, e realizar os procedimentos acometidos a cada instituição de saúde.

Constituem a APS alguns programas de saúde: Programa de Saúde da Família (PSF), funciona como triagem e encaminhamento. Os profissionais devem ser capacitados na função de resolver problemas de saúde mais simples e de conhecer novos saberes que garantam a saúde e previnam doenças. A Unidade Básica de Saúde da Família deve realizar assistência integral, contínua e de qualidade, desenvolvida por uma equipe multiprofissional, que reunidos fazem um papel primordial nos cuidados com a saúde da população, realizando visitas domiciliares, acompanhamentos das famílias, entre outros serviços (SANTOS, 2015).

Outro programa da APS é a Vigilância Epidemiológica, de acordo com a Fundação Nacional de Saúde (2002), trata-se, portanto, da vigilância de pessoas, através de medidas de isolamento ou de quarentena, aplicadas individualmente, e não de forma coletiva. Posteriormente, na manutenção de campanhas de eliminação de doenças - como a malária e a varíola, a vigilância epidemiológica passou a ser referida

como uma das etapas desses programas, na qual se buscava detectar, ativamente, a existência de casos da doença alvo, com vistas ao desencadeamento de medidas urgentes, destinadas a bloquear a transmissão. A estrutura operacional de vigilância, organizada para esse fim específico, deveria sempre ser desativada, após a comprovação de que o risco de transmissão da doença havia sido eliminado.

Na primeira metade da década de 60 consolidou-se, internacionalmente, uma conceituação mais abrangente de vigilância epidemiológica, em que eram explicitados seus propósitos, funções, atividades, sistemas e modalidades operacionais. Vigilância epidemiológica passou, então, a ser definida como “o conjunto de atividades que permite reunir a informação indispensável para conhecer, a qualquer momento, o comportamento ou história natural das doenças, bem como detectar ou prever alterações de seus fatores condicionantes, com a finalidade de recomendar oportunamente, sobre bases firmes, as medidas indicadas e eficientes que levem à prevenção e ao controle de determinadas doenças” (FUNASA, 2002, p. 11).

Baseando-se na citação extraída dos dados da FUNASA (2002), objetivamos a definir a Vigilância Epidemiológica, como um conjunto de atividades com função de distribuir informações indispensáveis e importantes no intuito de detectar e elaborar medidas eficientes para o combate e o controle das doenças epidemiológicas, com o intuito de expandir informações a respeito de prevenções, identificando e apontando estratégias que devem ser tomadas.

No que se refere a Vigilância Sanitária, Santos (2015) constitui como: Conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, na produção e da circulação de bens e da prestação de serviços.

Conceito de Vigilância Sanitária especificado na Lei 80.080 de 19 de setembro de 1990 Art. 6º:

Entende-se por vigilância Sanitária um conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e de prestação de serviços de interesse da saúde abrangendo:

- I- O controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionam com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e
- II- O controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.

Uma das estratégias da atenção primária é também a Vigilância Ambiental, que Santos (2015), constitui como: Conjunto de ações para conhecer, detectar e prevenir mudanças em fatores determinantes e condicionantes do ambiente que prejudica a

saúde do homem, neste segmento da saúde, destaca-se o cuidado com as mudanças ambientais, que podem causar agravos na saúde do ser humano em geral, para isso são expostos cuidados e prevenção de doenças.

Em relação aos trabalhadores, há que se considerar os diversos riscos ambientais e organizacionais aos quais estão expostos, em função de sua inclusão nos processos de trabalho. Assim, as ações de saúde do trabalhador devem ser inseridas formalmente na agenda da rede básica de atenção à saúde. Dessa forma, estende-se a assistência já oferecida aos trabalhadores, na medida em que passa a olhá-los como sujeitos a um adoecimento essencial que exige estratégias – também específicas – de promoção, proteção e recuperação da saúde, com o objetivo de garantir a saúde dos trabalhadores, principalmente os mais expostos a contaminação dentro das fábricas, a saúde do trabalhador, é uma estratégia voltada para as indústrias, fábricas, empresas, enfim, todas as instituições que possuíssem algum trabalhador (BRASIL, 2001).

Entende-se por saúde do trabalhador um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho (PAIM, 2009).

No que se refere à população em geral, é preciso ter em mente os diversos problemas de saúde relacionados aos contaminantes ambientais, causados por processos produtivos danosos ao meio ambiente. Vale citar como exemplos os problemas causados por garimpos, utilização de agrotóxicos, reformadoras de baterias ou indústrias siderúrgicas, cuja contaminação ambiental acarreta agravos à saúde da população como um todo, além dos específicos da população trabalhadora (BRASIL, 2001, p. 9).

Segundo o Ministério da Saúde (2001), o programa Saúde do Trabalhador, tem o objetivo de prestar uma atenção e priorizar os cuidados com a população trabalhadora, principalmente aos que sofrem com as contaminações no processo de trabalho dentro de algumas fábricas, agravando a saúde destas pessoas como um todo, salientando os cuidados maiores para os trabalhadores que fazem parte dos garimpos, pois utilizam agrotóxicos, e das indústrias siderúrgicas, onde a contaminação ambiental agrava a saúde não só dos trabalhadores, como da população em geral.

A Assistência Farmacêutica (AF) reúne um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, por meio da promoção do acesso aos medicamentos e uso racional. No Ministério da Saúde, tais ações baseiam-se em promover a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como sua seleção, programação, aquisição, distribuição e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados objetivos e da melhoria da qualidade de vida da população, neste segmento os usuários, tem acesso gratuito aos medicamentos prescritos pelos médicos, e estão disponíveis nas farmácias existentes nas redes de atenção à saúde (BRASIL, 2014).

Paim (2009), afirma que Vigilância Farmacêutica, envolve o abastecimento de medicamentos em todas as suas etapas, incluindo a conservação, o controle de qualidade, a segurança, a eficácia terapêutica, o acompanhamento, a avaliação do uso, a obtenção e a difusão de informação sobre eles, bem como a educação permanente dos profissionais de saúde, do paciente e da comunidade, de forma a assegurar seu uso racional.

3.3 Atenção Secundária de Saúde

A média complexidade compõe-se por ações e serviços que visam a atender aos principais problemas de saúde da população, cuja prática clínica demande disponibilidade de profissionais especializados e o uso de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico (PAIM, 2009).

De acordo com Santos (2015), a Atenção Secundária é prestada por meio de uma rede de unidades especializadas – ambulatório e hospitais -, assegurando o acesso à população sob sua gestão. Está baseada na organização do Sistema Microrregional dos serviços de saúde, de acordo com a definição do Plano Diretor de regionalização (PDR), que tem como objetivo decretar as diretrizes para organização regionalizada da Atenção Secundária.

A organização da Atenção Secundária se dá por meio de cada uma das microrregiões do Estado, onde há hospitais de nível secundário que prestam assistência nas especialidades básicas (pediatria, clínica médica e obstetrícia), além de serviços de urgência e emergência, ambulatório eletivo para referências e

assistência a paciente a internados, treinamento, avaliação, e acompanhamento da Equipe de Saúde da Família (ESF) (SANTOS, 2015).

A atenção secundária está composta por um conjunto de procedimentos definido por decreto (4.762/03) e que integra o Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS): 1) procedimentos especializados realizados por profissionais médicos, outros de nível superior e nível médio; 2) cirurgias ambulatoriais especializados; 3) procedimentos trauma-ortopédicos; 4) ações especializadas em odontologia; 5) patologia clínica; 6) anatomopatologia e citologia; 7) radiodiagnóstico; 8) exames ultrassonográficos; 9) diagnose; 10) fisioterapia; 11) terapias especializadas; 12) prótese e órteses; 13) anestesia. (PAIM, 2009).

Na rede de saúde, a atenção secundária é formada pelos serviços especializados em nível ambulatorial e hospitalar, com densidade tecnológica intermediária entre a atenção primária e a terciária, historicamente interpretada como procedimentos de média complexidade. Esse nível compreende serviços médicos especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico e atendimento de urgência e emergência (ERDMANN, 2013, p. 3).

Baseando-se no artigo de Erdmann (2013), podemos compreender que a atenção secundária atende os casos intermediários, de média complexidade sem precisar encaminhar o paciente para hospitais de grande porte, estes atendimentos são encontrados em hospitais especializados com urgência e emergência, como as Unidades de Pronto Atendimento (UPA), Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Policlínicas, Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), e Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

Elias (2011), afirma que, ao nível secundário cabem os equipamentos com grau intermediário de inovação tecnológica (tais como aparelhos de Rx com alguma sofisticação, ecocardiógrafo, ultrassom de geração mais nova, aparelhos para endoscopia) e a capacitação de pessoal e, em particular a dos médicos, situa-se em áreas especializadas originárias (clínica médica, cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia, pediatria) e outras tais como oftalmologia e psiquiatria.

Conforme Elias (2011), essas especializações, no caso dos médicos, requerem dois a três anos após a graduação para atingir a formação que se realiza por meio da Residência Médica. Os serviços de atenção secundária devem estar apropriados com pessoal e equipamentos para atender às situações que foram encaminhadas pelo nível primário, por não poder resolver o problema.

As especializações e equipamentos existentes nos hospitais no nível secundário devem sempre permanecer disponíveis para os pacientes que forem encaminhados das UBS, para que os mesmos possam usufruir do que é deles por direito, pois já foram encaminhados das redes primárias por não possuírem estrutura física, e profissionais especializados nos casos considerados por casos de média complexidade, porém necessitam de uma atenção maior, com mais eficácia e rapidez, para ser solucionado o problema de saúde do paciente (ELIAS, 2011).

3.4 Atenção Terciária de Saúde

Por fim, destaca-se a Atenção Terciária, considerada por Santos (2015) como segmento de terceiro nível, adaptada pelos serviços ambulatoriais e hospitalares de alta complexidade, onde são atendidos os casos considerados mais graves, nesta estratégia da saúde encontram-se os hospitais especializados em atender uma demanda considerada de extrema urgência, estes casos geralmente ou são encaminhados pela atenção secundária, ou já vem sob os cuidados dos profissionais do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). No caso da alta complexidade, corresponde a procedimentos que envolve alta tecnologia e alto custo. São exemplos de procedimentos de alta complexidade: traumatologia-ortopedia, cardiologia, terapia renal substitutiva e oncologia. As principais áreas estão organizadas em redes, como as de cirurgias cardíacas e de oncológicas. Atenção terciária ou alta complexidade institui o conjunto de terapias e procedimentos de elevada especialização, que empregam tecnologias avançadas e que são realizados no ambiente hospitalar, a população dependente da saúde pública considera esta atenção à saúde de extrema importância (OLIVEIRA, 2012).

Oliveira (2012), afirma que a disponibilidade de atenção terciária em saúde é essencial, sobretudo porque a garantia do direito à saúde no Brasil está fundamentada pelo princípio da integralidade. O que pode-se destacar, entretanto, é que a atenção terciária é necessária para um número restrito de necessidades em saúde, deve ser acessada por meio de outros níveis de atenção e suas tecnologias devem ser empregadas quando existentes evidências científicas de eficácia e segurança para os usuários.

O financiamento de serviços de atenção terciária ou alta complexidade requer, entre outros cuidados, a verificação dos recursos suficientes para os atendimentos,

uma vez que, não havendo, tais serviços tendem a ser economicamente inviáveis e também pouco resolutivos, trazendo riscos para a saúde dos usuários. É importante, assim, que se dê destaque regionalização dos serviços, de acordo com indicadores demográficos e epidemiológicos, a fim de que a atenção terciária possa servir a uma população referenciada, quando houver necessidade (OLIVEIRA, 2012).

O nível terciário concentra os equipamentos com alta incorporação tecnológica, aqueles de última geração e, portanto, mais caros e o pessoal que trabalha necessita de formação especializada mais intensiva, no caso dos médicos até em áreas superespecializadas (neurocirurgia, cirurgia de mão, nefrologia pediátrica, cancerologia, dentre outras) que demandam de três a cinco anos de Residência Médica para obter a capacitação. O nível terciário deve estar aparelhado para atender a situações que o nível secundário não conseguiu resolver e eventos mais raros ou aqueles que demandam assistência deste nível do sistema (ELIAS, 2011).

Baseando-se no pensamento de Elias (2011), pode-se entender que nos procedimentos realizados no nível terciário, a equipe profissional e os aparelhos utilizados nos hospitais, devem sempre estar preparados para atender aos pacientes de forma que resolva o problema de saúde dos pacientes, que a atenção secundária não foi capaz de realizar, e encaminhou para o local com especialidades mais avançadas, se for o caso utiliza-se estratégias invasivas, se houver necessidade, intervindo nas situações onde a vida do paciente corre risco, e tratando-se do aparelhamento na atenção terciária, são utilizados máquinas de tecnologias avançadas, como, equipamentos para ressonância magnética, tomógrafos e hemodinâmicas.

Ao lermos as visões de todos estes autores mencionados durante todo o texto, sobre as redes de atenção à saúde, objetivamos que, os usuário da saúde pública no Brasil, passam por um trajeto, ou seja, dependendo do grau de complexidade que encontra-se sua saúde, existem os pontos específicos para cada situação, a de menos complexidade precisa passar pela atenção primária, conhecida por porta de entrada do SUS, bem como, postos de saúde, dependendo da situação são encaminhados pelos profissionais de saúde ao segundo segmento, conhecido como, rede secundária, que fazem parte os hospitais com média complexidade, UPAS.

Os usuários do SUS, deparam-se com o terceiro segmento, chamado de rede atenção terciária, que são os hospitais de maior complexidade, com equipamentos de

grandes tecnologias, neste caso, são atendidos os casos considerados mais graves que necessitam de uma atenção maior por parte dos médicos e dos outros profissionais da saúde. Na cidade de Fortaleza, podemos encontrar alguns hospitais de alta complexidade, como, o Instituto José Frota (IJF), Hospital Geral de Fortaleza (HGF), entre outros.

Em resumo, os sistemas de saúde são construções dos povos de cada país, geralmente sob responsabilidade do Estado com objetivo de garantir à população os meios necessários para manter e recuperar a saúde. São financiados com participação predominante de fundos públicos e possuem rede de serviços para realizar atendimento às pessoas (ações individuais) e a grupos de pessoas (ações coletivas). Os serviços são organizados por níveis de atenção (primário, secundário e terciário) (ELIAS, 2011).

Conforme Paim (2009), o SUS é o conjunto de ações e serviços públicos de saúde, compondo uma rede regionalizada e hierarquizada, organizada a partir das diretrizes da descentralização, integralidade e participação da comunidade. É, portanto, uma forma de organizar as ações e os serviços de saúde no Brasil, de acordo com princípios, diretrizes e dispositivos estabelecidos pela Constituição da República e pelas leis subsequentes.

3.5 A Rede de atendimento à saúde de Fortaleza

Conforme salientado neste mesmo capítulo em linhas anteriores, a Atenção Primária de Saúde é considerada a “porta de entrada” do SUS, baseando-se nesta afirmação objetivamos descrever o percurso realizado pelos usuários da saúde pública na cidade de Fortaleza, identificando desde o início nos postos de saúde, passando por hospitais secundários, até os hospitais terciários.

Assim como afirma Santos (2010), a atenção primária deve ser aquela que, atuando como filtro, como agente mediador do sistema público de saúde, consegue evitar que pequenos problemas de saúde se agravem, resolvendo de imediato 85% dos problemas que surgem, sem a necessidade de encaminhamento para a atenção especializada, com preservação da saúde individual. Onde os usuários ao precisar de atendimento, iniciam seu percurso pelos postos de saúde. De acordo com o site da Prefeitura de Fortaleza (2017) os postos de saúde oferecem atendimento médico, odontológico e de enfermagem para pacientes com hipertensão, diabetes,

hanseníase, tuberculose e HIV. Também são disponibilizados atendimentos para gestantes, crianças e idosos, são realizados procedimentos como, coleta de exames laboratoriais; procedimentos ambulatoriais; prevenção do câncer boca e ginecológico; distribuição de medicamentos, emissão do cartão do SUS. Nos postos de saúde é que são realizados os primeiros contatos dos usuários da saúde pública (catalogodeservicos.fortaleza.ce.gov.br).

Conforme dados extraídos do site da Prefeitura de Fortaleza (2017), ao chegar ao posto de saúde, o usuário será acolhido pelo Núcleo de Atendimento ao Cliente (NAC) para ser direcionado ao atendimento. Em casos de demanda espontânea o usuário passará por uma avaliação com classificação de risco e, depois segue para o atendimento necessário (catalogodeservicos.fortaleza.ce.gov.br). De acordo com dados extraídos do site O Povo (2015), a cidade de Fortaleza possui 86 postos de saúde, são 12 em bairros da Secretária Executiva Regional (SER) I, 11 em bairros da SER II, 16 nos da Regional III, sete em bairros da Regional IV e os outros 20 em bairros da Regional VI (<http://www20.opovo.com.br>).

Um programa presente na APS, é a Estratégia de Saúde da Família (ESF), conforme dados do Ministério da Saúde (2012), é uma equipe multiprofissional composta por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde. Podem ser acrescentados a este grupo, profissionais de Saúde Bucal: cirurgião-dentista, auxiliar ou técnico em saúde bucal. Esta equipe realiza atividades de visitas domiciliares nos bairros das comunidades mais próximas no intuito de alcançar aqueles que tem dificuldades no acesso as Unidades Básicas de Saúde. Cada equipe fica responsável por, no máximo, 4 mil pessoas, sendo a média recomendada 3.000 (BRASIL, 2012).

De acordo com dados do Ministério da Saúde (2011), Fortaleza é considerada a terceira cidade com maior cobertura do Programa Saúde da Família (PSF), a cidade passou de 101 equipes de Estratégias de Saúde da Família para 248, ao total somam 2.583 agentes de saúde atuando em toda a capital, a atuação destes profissionais beneficia 56% da população, o trabalho dos agentes comunitários é responsável pela queda da mortalidade infantil na cidade. Para fortalecer a atenção básica na capital, Fortaleza conta ainda com 30 equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), compostas por assistentes sociais, educadores físicos, fisioterapeutas, nutricionista, psicólogos e terapeutas ocupacionais (BRASIL, 2011).

Assim como visto descrito acima, os usuários do SUS iniciam seus atendimentos pela “porta de entrada”, ou Atenção Primária, nas Unidades Básicas de Saúde, contam também com o apoio de uma equipe multiprofissional ESF. Durante o atendimento nos postos de saúde é realizado uma triagem identificando o grau de complexidade, havendo a necessidade os pacientes são encaminhados para as Redes de Atenção Secundárias, em Fortaleza uns dos hospitais considerados secundários são os Gonzaguinhas.

Os próximos parágrafos foram extraídos do site: saudefortaleza.ce.gov.br:

A cidade de Fortaleza conta 3 hospitais Gonzaguinha. O Hospital Distrital Gonzaga Mota da Barra do Ceará (Gonzaguinha da Barra), o Hospital Distrital Gonzaga Mota José Walter (Gonzaguinha José Walter) e Hospital Distrital Gonzaga Mota de Messejana (Gonzaguinha Messejana). São unidades de saúde da Rede Municipal que atende demanda espontânea, na maioria encaminhados das Unidades Básicas de Saúde, funcionam 24 horas e realizam pronto-atendimento obstétrico, clínico e pediátrico. O Gonzaguinha da Barra presta atendimento obstétrico, contando com 30 leitos, sala de parto com 6 leitos, centro cirúrgico, mamografia, ultrassonografia. Com a ajuda da Rede Cegonha (Programa Ministério da Saúde), o hospital passou a ser referência em pré-natal de risco intermediário permitindo um melhor vínculo entre a atenção primária e secundária.

O Gonzaguinha José Walter apresenta unidades de urgência clínica e pediátrica e emergência obstétrica, composta de sala de parto com 6 leitos, centro cirúrgico, ginecologia, cardiologia e subespecialidades em pediatria, além da cirurgia vascular e setores de fisioterapia, psicologia e fonoaudiologia. Possui sala de Raio-x, ECG e de serviços de ultrassonografia, além de laboratórios de Análises Clínicas funcionando 24 horas. E o Gonzaguinha de Messejana é referência em assistência à saúde materno-infantil, oferece internação nas especialidades de pediatria, ginecologia, obstetrícia para adolescentes, Mastologia, Cardiologia, Hematologia, Endocrinologia, Psicologia, Fisioterapia Obstétrica, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional, e ainda, Programa de Atendimento à Mulher Vítima de Violência Sexual e Doméstica.

A cidade de Fortaleza conta com estes três hospitais da Rede de Atendimento Secundário, onde os usuários podem deslocar-se até uma unidade, são encaminhados dos postos de saúde, e alguns, dependendo da gravidade são levados por ambulâncias. Quando o caso do paciente apresenta gravidade, com complexidade

maior, e os hospitais secundários não possuem equipamentos necessários para a solução do paciente, então, são encaminhados para os hospitais da Rede de Atendimento Terciário, um dos exemplos, é o Hospital Geral de Fortaleza (HGF).

Conforme lido no site: www.hgf.ce.gov.br: O Hospital Geral de Fortaleza – HGF foi inaugurado em 23 de maio de 1969, idealizado para ser Centro de Referência para Norte e Nordeste no tocante à assistência de alta complexidade. Hoje, o HGF é o maior hospital público da rede estadual em procedimentos de alta complexidade, realizando transplante, neurocirurgias, e prestando assistência em AVC. O Hospital Geral de Fortaleza tem 563 leitos, entre eletivo, emergência, obstetrícia e unidades de terapia intensiva adulto e neonatal. Atualmente o Hospital realiza por mês em média de 600 cirurgias eletivas. Mensalmente, são cerca de 210 mil exames laboratoriais e mais de 8 mil exames de imagens, em relação a consultas, são realizados aproximadamente 19 mil por mês.

Enfim, conforme apresentado nas linhas acima, podemos concluir que, os usuários do SUS, possuem três redes de atendimentos disponíveis, dependendo do grau de complexidade da doença, ou necessidade. O paciente percorre primeiramente para a Rede de Atendimento Primária, contando com postos de saúde, Unidades Básicas de Saúde, agentes comunitários, equipe multiprofissionais, entre outros. Dependendo da necessidade são encaminhados para a Rede de Atendimento Secundário, ou hospitais de média complexidade. Caso a situação seja de extrema gravidade, será encaminhado para a Rede de Atendimento Terciária, ou hospitais de alta complexidade. Todas estas redes são existentes na cidade de Fortaleza.

3.6 Fundamentos histórico do Serviço Social na saúde

Para falarmos da atuação dos assistentes sociais na saúde, precisamos apresentar o início desta profissão nesta área, apontando toda sua trajetória e historicidade identificando sua inserção, em qual contexto histórico estes profissionais atuaram, passando por suas transformações e evoluções no setor saúde.

No Brasil, o debate instaurado em torno da profissão, e sobre a relação profunda entre Serviço Social e política social, prosperou e aprofundou-se significativamente ao longo das duas últimas décadas do século 20 e consolida-se no início do século 21. Isso pode ser explicado pela alteração nos sistemas de proteção social brasileiros, após o retorno do país ao Estado de Direito, em 1985. Período de intensa mobilização

de segmentos da sociedade civil, no sentido de expandir e garantir direitos em setores de ponta, ou seja, o núcleo duro da política social – saúde, previdência e assistência, e de forte investimento nos marcos profissionais, para expandir os saberes sobre a relação entre questão social e política social. Estabelece-se um amplo processo de produção de conhecimento em torno da política social, que tem se constituído em um pilar central na consolidação do Serviço Social como área de conhecimento no campo das ciências sociais. Este fato beneficiou tanto a inserção da profissão e de seus profissionais no embate político da sociedade brasileira como, também, a discussão sobre a intervenção profissional dos assistentes sociais no terreno da política social. (MIOTO e NOGUEIRA, 2013).

De acordo com Ciciliati (2013), O Serviço Social surgiu na América Latina, voltado para o campo da saúde, com a criação da Escola de Serviço Social “Dr. Alejandro Delrio”, em Santiago do Chile. O assistente social salientou a prática educativa com intervenção normativa no modo de vida da clientela, com relação aos hábitos de higiene e saúde, e atuou nos programas prioritários estabelecidos pelas normatizações da política de saúde. Naquele período de surgimento do Serviço Social o trabalho realizado era criativo e assistencialista, sendo o exercício da profissão voltado aos cuidados com os doentes e aos pobres (CICILIATI, 2013).

O assistente social enfatizou a prática educativa com intervenção normativa no modo de vida da “clientela”, com relação aos hábitos de higiene e saúde, e atuou nos programas prioritários estabelecidos pelas normatizações da política de saúde (BRAVO, 2012, p. 29).

Assim como ressalta a citação acima mencionada de Bravo (2012), as ações dos assistentes sociais na área da saúde iniciou-se como prática de educação em relação aos hábitos de higiene atuando nos programas criados pelas normatizações as políticas de saúde, neste contexto estes profissionais efetuavam atividades votadas aos cuidados de doentes e pobres, realizando um trabalho curativo e de assistencialismo.

Segundo Bravo (2012), o Serviço Social desenvolveu-se no período de 1930 a 1964, bem como a ação profissional na área da saúde, mostram algumas confirmações expressivas, a conjuntura de 30 a 45 caracteriza o nascimento da profissão no Brasil, com influência europeia e a área da saúde não foi o que concentrou maior quantitativo de profissionais, apesar de algumas Escolas terem surgido determinadas por demandas do setor. A formação profissional também se

pautou, desde o seu início, em algumas disciplinas relacionadas à saúde (BRAVO, 2012).

De acordo com Bravo e Matos (2012), no período de 1975 houve uma exigência da atuação dos assistentes sociais pois prevalecia um momento que concentrava-se uma ampliação da assistência médica hospitalar e estes profissionais eram importantes para lidar com a contradição entre a demanda e o seu caráter excludente e seletivo. Uma ação considerada importante para os assistentes sociais é a viabilização da participação popular na instituições e programas de saúde (BRAVO e MATOS, 2012).

Ainda de acordo com as mesmas autoras acima mencionadas, o Serviço Social Médico, como era chamado, não atuava com métodos e técnicas do DC (Desenvolvimento da Comunidade), mas sim, e prioritariamente, com o Serviço Social de caos, orientação inclusive da Associação Americana do Hospitais e da Associação Americana de Assistentes Médico-Sociais. A participação só era visualizada na dimensão individual, ou seja, o engajamento do “cliente no tratamento”, o Serviço Social sofreu profundas mudanças, no pós-1964, que tiveram rebatimento no trabalho do assistente social na área da saúde (BRAVO e MATOS, 2012).

Assim com salienta Mota (2009), nos serviços de saúde, a inserção dos assistentes sociais no conjunto dos processos de trabalho destinados a produzir serviços para a população é medida pelo reconhecimento social da profissão e por um conjunto de necessidades que se definem e redefinem a partir das condições históricas sob as quais a saúde pública se desenvolveu no Brasil (MOTA, 2009).

Baseando-se na visão da autora acima mencionada pode-se perceber que a atuação dos assistentes sociais define-se a partir da conjuntura histórica vivenciada no momento na saúde pública no Brasil, identificando e destacando as maiores necessidades encontradas e que necessitam de intervenções do Serviço Social, determinadas pela hierarquização por nível de complexidade, descentralização e democratização do sistema.

De acordo com Falcão (2009), ao atender as necessidades da população, o Serviço Social na saúde interfere e cria mecanismos que incidem sobre as contradições do sistema de saúde pública brasileiro, ao falar sobre as principais atividades do assistente social, identifica-se que contrariamente, as tensões do sistema sugeriram uma ampliação e redimensionamento das atividades e qualificações técnicas e políticas dos assistentes sociais e estão amontoadas nos

campos de: ações de caráter emergencial, educação e informação em saúde, planejamento e assessoria, mobilização da comunidade; o conjunto dessas atividades é operacionalizado por núcleos que são: levantamento de dados (levanta dados para saber necessidades dos usuários), interpretação de normas e rotinas (transmissão e interpretação das normas de funcionamento e das unidades que prestam serviços de saúde), procedimento de forma socioeducativa (ações voltadas para “educação da saúde”, orientações e encaminhamentos), agenciamento de medidas e iniciativas de caráter emergencial (contatar e sensibilizar profissionais e gestores e pessoas que auxiliem a saúde de alguma maneira) e desenvolvimento de atividade de apoio pedagógico e técnico-político (mudanças realizadas em função do processo de descentralização, municipalização e hierarquização dos serviços), desta forma caracterizava-se as ações dos assistentes sociais desde seus primórdios (FALCÃO, 2009). Desta forma apresentaremos no próximo capítulo as ações presenciadas dos assistentes sociais em um hospital filantrópico.

4 RESULTADOS DA PESQUISA DE CAMPO

No presente capítulo serão apresentados: o campo da pesquisa, os dados da observação direta, o percurso metodológico utilizado para realização da pesquisa. Além disso, as ações desenvolvidas na instituição onde foi realizada a pesquisa de campo, que serão de extrema importância para que possamos entender de forma concreta a problemática expressa neste trabalho.

Ao apresentarmos os dados coletados nesta pesquisa, poderemos, então, conseguir identificar a realidade da atuação do assistente social em uma instituição de saúde, presenciada pessoalmente, com a técnica de observação e conseguir responder à pergunta do objetivo da presente monografia: O SUS está garantindo atendimento à população de acordo com seus princípios norteadores? Quais os desafios enfrentados pelo assistente social no atendimento aos pacientes do SUS?

4.1 O campo da pesquisa: Sociedade de Assistência e Proteção à Infância de Fortaleza (SOPAI)

O local onde realizamos a pesquisa de campo foi o SOPAI (Sociedade de Assistência e Proteção à Infância de Fortaleza). Situado na Avenida: Francisco Sá, nº 5036 – Bairro: Carlito Pamplona, Fortaleza – CE. CEP: 60310-002.

Conforme visto nos documentos internos da instituição e disponível no site: <www.sopai.com.br>: O hospital foi criado há 55 anos pelo Doutor Luiz Braga França Ferreira, conhecido nacionalmente como Dr. Luiz França. Formou-se pela Faculdade de Medicina no Recife-PE, em dezembro de 1944. Fez estágio em pediatria no Hospital Infantil Manoel Almeida Recife. Concluído o estágio, voltou à Fortaleza, sua cidade natal. O médico pediatra instalou seu consultório no Edifício Diogo, no centro de Fortaleza. Assim anunciou no Jornal O POVO: “Dr. Luiz França (doença de criança) consultas Ed. Diogo- sala 41”. Assim, a aceitação das mães das crianças foi rápida, porém, aconselharam-no a instalar-se em um local mais movimentado. O Dr. Luiz de França sensibilizado com a pobreza dos bairros de Fortaleza e se instalou na Barra do Ceará.

O médico pediatra surpreendeu-se pela frequência de mães carentes. Assim, mãos à obra, procurou ampliar as enfermarias para atendimento gratuito. No dia 25 de maio de 1959, criou a Sociedade de Assistência e Proteção à Infância de Fortaleza

(SOPAI). Em 18 de 1962, registrou o Estatuto Social no Cartório Pergentino Maia. Pela importância dos serviços prestados às crianças e à juventude carente de vários bairros, a SOPAI foi considerada de Utilidade Pública pela Prefeitura Municipal de Fortaleza em 02 de julho de 1963, pelo Estado do Ceará em 09 de outubro de 1967 e pelo Governo Federal em 31 de janeiro de 1973.

Com o falecimento do Dr. Luiz França, o Dr. Luiz França Neto, filho, sucessor e também médico pediatra, assumiu a presidência da SOPAI, através da sua dinâmica administrativa tornou a entidade mais objetiva para cumprir sua finalidade, modificou o Estatuto Social, ampliou as áreas de ação, firmou convênios com poderes públicos, leitos de isolamentos para doenças infecto-contagiosas e agora também com leitos para atendimento da saúde mental, sendo um dos principais do norte-nordeste, ainda firmado parcerias com associações e líderes comunitários.

Na sede da SOPAI prestam-se serviços de medicina preventiva às crianças da comunidade, como: palestras sobre higiene e drogas, consultas, distribuição de medicamentos, traslado de crianças enfermas para qualquer hospital através da central de leitos, exames complementares e alimentação completa para as mães acompanhantes das crianças internadas, contando ainda com exames de raios-x, eletroencefalograma, ultrassom, exames de tomografia computadorizada e também exames laboratoriais.

A SOPAI é um hospital filantrópico, que conta hoje com doações para prosseguir com seu atendimento e continuar a dar assistência médica para a população infanto-juvenil. O público usuário são crianças e adolescentes com idade de 0 a 18 anos. No internamento as mães das crianças ficam como acompanhantes, tendo sua alimentação toda oferecida pela instituição. Sua missão é contribuir com o Poder Público e com a comunidade em geral, desempenhando uma assistência à saúde das crianças e adolescentes, proporcionando os direitos assegurados por natureza e dispositivos legais em sua dimensão física, política moral, educacional e espiritual. Define-se a SOPAI: Amor de mãe, proteção de pai.

De acordo com a Federação das Santas Casas de Misericórdia e Hospitais Beneficentes do Estado do Paraná (FEMIPA, 2016), o termo filantropia significa “amizade pela humanidade”. O conceito original parte do princípio de que a ação social nasce, fundamentalmente, da decisão individual de um possuidor de bens ou recursos financeiros, que acredita que esses recursos doados a uma entidade ou a uma causa podem fazer a diferença na vida de uma pessoa. Outra aproximação do termo

filantropia é uma atuação no segmento da sociedade civil que busca construir um sistema alternativo da situação de exclusão do ser humano. Essa abordagem utiliza o recurso privado para o benefício público, buscando transformar a sociedade, a partir de programas e projetos criativos, testes modelos que tornam serviços e bens mais acessíveis, construção de relações entre diferentes setores e grupos sociais, geração de capital humano e social, influência em políticas públicas.

Baseando-se na afirmação acima, pode-se fazer um paralelo com a iniciativa do Dr. Luiz França, na criação do SOPAI, quando espontaneamente, utilizando de seus recursos financeiros, fundou um local de prestação de assistência médica gratuita para crianças carentes, desta forma objetivou transformações na sociedade, ajudando-as no que se refere à saúde.

Outro conceito para a filantropia que pode ser relacionada à iniciativa realizada pelo Dr. Luiz França, quando pensou em ajudar as crianças carentes da comunidade lhes dando o direito à saúde, é o do dicionário Aurélio: Filantropia, “que ou aquele que trata de melhorar a situação dos homens”.

Conforme a Constituição Federal de 1988: Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada:

§ 1º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

A SOPAI faz parte destas entidades filantrópicas que participa de forma complementar do Sistema Único de Saúde, cumprindo suas diretrizes mediante a contratos, possuidora de direitos públicos ou convênios, estabelecendo então suas atribuições no que se refere à saúde.

Integrantes do assim denominado “terceiro setor”, essas organizações expressam um amplo movimento associativo que abarca um conjunto heterogêneo de entidades sociais, organizações empresariais, ONGs dos mais variados tipos, que atuam no desenvolvimento de projetos socioeducativos, em grande parte voltados ao desenvolvimento ao atendimento de crianças, adolescentes e famílias em situação de risco social e pobreza (RAICHELIS, 2006, p. 9).

Assim como salientado por Raichelis (2006), essas organizações conhecidas como “terceiro setor”, na maioria das vezes atuam no desenvolvimento de projetos socioeducativos, em grande parte, voltados para o atendimento de crianças e

adolescente, a SOPAI relaciona-se com estas organizações, afinal, o atendimento é voltado para crianças em situação de pobreza e trabalha na ressocialização de adolescentes dependentes químicos, oferecendo todo o tratamento e apoio psicológico.

Por esse processo, o Estado deixa de prestar serviços diretos à população e passa a estabelecer parcerias com organizações sociais e comunitárias, incluindo-se aí as fundações e institutos empresariais que, atualizando seu discurso, convertem a assistência social e a filantropia privadas para a linguagem do capital (RAICHELIS, 2006, p. 10).

Contudo, este processo mencionado acima por Raichelis (2006), refere-se à construção de entidades filantrópicas, para as quais o Estado transfere a responsabilidade, transformando a assistência social e a filantropia privada para a linguagem do capital, afinal, é necessário haver recursos destinados para que as mesmas possam prestar assistência de forma a garantir os direitos dos usuários, mais precisamente quando se trata da saúde.

Outra visão de filantropia, conhecida como “terceiro setor” é descrita por Duriguetto (2015, p. 140):

As abordagens destacam a emergência e do desenvolvimento do “terceiro setor” como parte da estratégia neoliberal da redução de gastos sociais pelo Estado, passando à sociedade civil- transmutada em “terceiro setor” - a função de dar respostas às diversas expressões da questão social. Em sintonia com as políticas neoliberais, as ONGs configuram uma estratégia de transferir para a sociedade a atribuição de atividades própria do Estado. Mas há abordagens que incorporam o conceito de “terceiro setor” como um conjunto de organizações e iniciativas privadas que visam à produção de bens e serviços públicos.

Seguindo a linha de raciocínio de Duriguetto (2015), em relação ao desenvolvimento das instituições do “terceiro setor”, destacamos a criação da Sociedade de Assistência e Proteção à Infância de Fortaleza (SOPAI), tendo sua trajetória marcada por iniciativa pessoal, no intuito de ajudar as crianças carentes, hoje é considerado um hospital filantrópico, assumindo a responsabilidade de ações estratégicas no intuito de responder as expressões da questão social, que deveriam ser atribuição do Estado.

Além da filantropia, existem duas redes de atendimentos: uma é rede de atendimento pública e a outra a rede de atendimento privada. A pública atua de forma gratuita aos cidadãos, estruturada pelo Sistema Único de Saúde (SUS), no intuito de

atender às demandas de saúde da população brasileira. Já a privada atua sob a forma de planos de saúde e seguros de saúde, bem como, hospitais, clínicas, laboratórios, e consultórios particulares (pensesus.fiocruz.br).

4.2 Metodologias utilizadas na realização da pesquisa

Para termos mais precisão e melhor embasamento teórico-metodológico, é necessário utilizarmos técnicas que possibilitem um conhecimento mais embasado. No caso da temática presente neste trabalho, foi utilizada a pesquisa documental, bibliográfica, e observação direta. Assim como afirma Piana (2009, p. 167), “não existe pesquisa sem o apoio de técnicas e de instrumentos metodológicos adequados, que permitam a aproximação ao objeto de estudo.

Objetivando ampliar o conhecimento acerca das demandas encontradas no SOPAI, fez-se necessária a busca que trata do objeto desta pesquisa, a partir desta coleta de dados apresentarei conceitos de autores, tornando assim mais claro o entendimento. Conforme afirma Gil (2002, p. 44):

A pesquisa bibliográfica é desenvolvida com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos. Embora em quase todos os estudos seja exigido algum tipo de trabalho dessa natureza, há pesquisas desenvolvidas exclusivamente a partir de fontes bibliográficas. Boa parte dos estudos exploratórios pode ser definida como pesquisas bibliográficas. As pesquisas sobre ideologias, bem como aquelas que se propõem à análise das diversas posições acerca de um problema, também costumam ser desenvolvidas quase exclusivamente mediante fontes bibliográficas.

Foi de extrema importância a utilização do método bibliográfico, objetivando enriquecer o trabalho com conceitos diversos, podendo esclarecer e facilitar a compreensão da temática. Gil (2002) afirma que este método pode comprometer a qualidade da pesquisa.

Não se pode descrever algo sem conhecê-lo com maior profundidade, para isto, foi utilizada a pesquisa documental, cujo acesso foi fornecido pela assistente social da Sociedade de Assistência e Proteção à Infância de Fortaleza, são documentos internos que contêm informações da instituição. Segundo Marconi e Lakatos (2003, p.174):

A característica da pesquisa documental é que a fonte de coleta de dados está restrita a documentos, escritos ou não, constituindo o que se denomina

de fontes primárias. Estas podem ser feitas no momento em que o fato ou fenômeno ocorre, ou depois.

Da forma como explica Marconi e Lakatos (2003), a característica da pesquisa documental está exclusivamente ligada a escritos registrados, pode ser em documentos de arquivos públicos, publicações parlamentares e administrativas, estatísticas, documentos de arquivos privados, cartas, contratos, entre outros.

Foi a partir deste acesso a documentos particulares do hospital que pudemos conhecer a história, aprofundar-nos na trajetória da instituição mencionada neste trabalho. Foi de grande importância este conhecimento aprofundado para só assim descrevermos o local de pesquisa.

Outra técnica utilizada para o embasamento da pesquisa de campo foi a de observação direta na sala do Serviço Social do SOPAI. Este método foi sem dúvida o mais importante, pois tivemos o contato direto com a problemática expresso neste trabalho, presenciando a atuação do assistente social, possibilitando uma visão mais objetiva e mais concreta do objeto de estudo. Conforme Marconi e Lakatos (2003, pp. 190-191):

A observação é uma técnica de coleta de dados para conseguir informações e utiliza os sentidos na obtenção de determinados aspectos da realidade. Não consiste apenas em ver e ouvir, mas também em examinar fatos ou fenômenos que se desejam estudar. É um elemento básico de investigação científica, utilizado na pesquisa de campo e se constitui na técnica fundamental da Antropologia. A observação ajuda o pesquisador a identificar e a obter provas a respeito de objetivos sobre os quais os indivíduos não têm consciência, mas que orientam seu comportamento. Desempenha papel importante nos processos observacionais, no contexto da descoberta, e obriga o investigador a um contato mais direto com a realidade. É o ponto de partida da investigação social.

Baseando-se na citação acima mencionada, a observação utilizada como método de pesquisa desempenha um papel fundamental na obtenção de provas a respeito dos objetivos propostos na temática, pois obriga o investigador a um contato mais direto com a realidade vivida no local a ser observado.

De acordo com Gil (2002), a observação é um procedimento fundamental na construção de suposições. O estabelecimento casual de relações entre fatos no dia a dia é que fornece os indicativos para a solução dos problemas propostos pela ciência. Levando em consideração esta linha de pensamento de Gil (2002), objetivamos pensar que esta relação que acontece casualmente entre investigador e local de

investigação no dia a dia da pesquisa é que fornece indícios fundamentais para a complementação das informações necessárias.

A técnica de observação realizada no SOPAI foi aplicada durante o período de março até abril, três vezes por semana, obtendo mais contato com o campo, ficando quatro horas por dia na sala do Serviço Social, identificando a demanda dos profissionais e registrando a atuação dos assistentes sociais, frente às problemáticas enfrentadas pelos usuários da instituição, e os desafios dos profissionais na efetivação dos direitos.

O objetivo desta pesquisa foi identificar a atuação do assistente social na saúde, identificar as dificuldades enfrentadas pelos usuários no atendimento à saúde, compreender os limites da concretização do direito universal, analisar os impactos da falta de atendimento à saúde na vida dos usuários e identificar.

A partir daqui apresentaremos fragmentos das observações, que serão subdivididos nos seguintes itens:

4.2.1 Da infraestrutura do equipamento

Ao realizarmos o método de observação, foi possível identificar a estrutura da SOPAI, sendo administrado primeiramente por um presidente, responsável por toda instituição, em relação à manutenção financeira, contratações de funcionários, demissões, entre outras atribuições.

Conforme se encontra decretado no Código de Ética do Assistente Social (1993, p. 31):

Art. 7º. Constituem direitos do/a assistente social:
a- dispor de condições de trabalho condignas, seja em entidade pública ou privada, de forma a garantir a qualidade do exercício profissional;
b- ter acesso à população usuária;
c- ter acesso a informações institucionais que se relacionem aos programas e políticas sociais e sejam necessárias ao pleno exercício das atribuições profissionais.

É um direito do assistente social ter condições de trabalho dignas para assim poder exercer sua função. No ato da observação foi possível registrar a estrutura física, por ser um hospital filantrópico e possuir suas precariedades e restrições, não poderia oferecer um local de grande estrutura, porém, os profissionais conseguem exercer suas atribuições e atividades.

Como salienta Antunes (2008), ao se tratar das dimensões da precarização estrutural do trabalho, devido ao contexto histórico de greves e lutas sociais nos anos de 1970, houve precarização em relação à estrutura trabalhista, proliferando, a partir de então distintas formas de “empresa enxuta”, “empreendedorismo”, “cooperativismo”, “trabalho voluntário”, entre outras formas de trabalho precarizado.

Baseando-se no pensamento de Antunes (2008), faremos ligação com a estrutura de trabalho encontrada na SOPAI, devido à falta de capital, recursos precários, a instituição obriga-se a continuar suas atividades realizando seus trabalhos mesmo que enfrentem dificuldades devido à capacidade física e estrutural da instituição.

A sociedade contemporânea, particularmente nas últimas duas décadas, presenciou fortes transformações. O neoliberalismo e a reestruturação produtiva da era da acumulação flexível, dotadas de forte caráter destrutivo, têm acarretado, entre tantos aspectos nefastos, um monumental desemprego, uma enorme precarização do trabalho e uma degradação crescente, na relação metabólica entre homem e natureza, conduzida pela lógica societal voltada prioritariamente para a produção de mercadorias, que destrói o meio ambiente em escala globalizada (ANTUNES, 1995, p. 1).

Conforme Antunes (1995) afirma sobre a sociedade contemporânea, ao falar da reestruturação e degradação crescente, é o que presenciamos na realidade vivida por muitos profissionais de diversas áreas, porém, destacarei o aspecto desfavorável presenciado no método de observação, uma grande precarização do trabalho, falta de projetos, de estrutura adequada causando a insatisfação dos usuários, dificultando a atuação das assistentes sociais.

A estrutura física é composta por: *uma emergência do SUS*, que fica localizada na própria instituição; *uma recepção composta por duas funcionárias*, onde se inicia o cadastro dos pacientes e passam por um atendimento inicial dos médicos, para avaliação do quadro clínico, identificando se tem a necessidade de internamento. Após esta avaliação, se for preciso o internamento, *uma sala de acolhimento*, composta por um funcionário, no intuito de repassar as informações necessárias para os acompanhantes, *uma sala de guarda volumes*.

O hospital possui uma sala de *fisioterapia*, logo em seguida fica a sala do *Serviço Social*, composta por duas mesas, um computador, cadeiras, telefone, ar-condicionado, para realizar o atendimento, a instituição conta com o apoio de duas assistentes sociais, uma no período da manhã e a outra à tarde, uma quantidade que se torna precária devido à grande demanda, o trabalho a assistente social na SOPAI

torna-se muito importante, pois se inicia desde a internação até a alta do paciente. Devido a isto, e à quantidade de leitos a ser visitados, duas assistentes sociais não são suficientes, tornando o trabalho sobrecarregado e exaustivo, havendo a necessidade de mais contratações.

Logo após há a sala do *financeiro*, em seguida a *lavanderia*, o *refeitório*, onde é produzido a alimentação dos pacientes e dos acompanhantes, *almoxarifado*, *tesouraria*, *sala de velório*, *estacionamento*, *farmácia*, *copa dos funcionários*, *banheiros*, *uma capela*, *auditório*, *sala de manutenção*, *nutricionista*, *psicologia*, *brinquedoteca**.

O hospital possui salas de exames, tais como: radiologia, laboratório, eletrocardiograma, tomografia computadorizada, ultrassonografia. É composto por 8 postos de enfermagem sendo o posto 6 oferecido para crianças e adolescentes dependentes químicos. No total somam-se 305 leitos infantis, 25 para pacientes dependentes químicos. Estes jovens são tratados com acompanhamento de médicos, psicólogos, e podem ter acompanhantes. O hospital possui uma unidade de lactantes que é composta por 20 leitos exclusivos para crianças de 0 a 3 meses.

Atualmente a equipe hospitalar da SOPAI está organizada conforme o seguinte quadro profissional: Médicos, Psicólogos, Farmacêuticos, Assistentes Sociais, Nutricionista, Enfermeiros e Técnicos de enfermagem, Porteiros, Recepcionistas, Auxiliar de Limpeza, Auxiliar de cozinha, Recursos Humanos.

4.2.2 Da rotina

Entende-se que a atuação do assistente social deve estar pautado e norteado diretamente pelo Código de Ética do Assistente Social 1993, pela Lei que Regulamenta a Profissão 8.662/93,* e deve seguir os fundamentos específicos do Serviço Social, tais como, teórico-metodológico, ético-político e técnico-operativo, coube a curiosidade de identificar estas atribuições sendo respeitadas e utilizadas na

* Foi implantada uma estrutura chamada *brinquedoteca*, onde as mães deixam seus filhos aos cuidados de funcionárias do hospital, no local possui brinquedos, livros, músicas, objetivando distração das crianças no momento da alimentação dos acompanhantes. Vale ressaltar que este projeto foi criado por estagiárias de Serviço Social no ano de 2016.

* Que dispõe sobre a profissão de assistente social, de 7 de junho de 1933.

atuação dos profissionais do Serviço Social no local da pesquisa de campo, no que se refere a garantia dos direitos.

Encontra-se decretado por lei na Constituição Federal de 1988, capítulo II dos direitos sociais: “Art. 6º. São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados na forma desta Constituição”.

No que diz respeito ao artigo da Constituição Federal de 1988 mencionado acima, poderemos descrever, a partir de então, a rotina e a atuação dos assistentes sociais na SOPAI, no que tange à garantia de direitos dos usuários, embasado pelos dados registrados no ato da observação realizada no local, foi de extrema importância esta aproximação, pois possibilitou perceber o dia a dia dos profissionais, os desafios enfrentados, e as necessidades dos usuários.

Como se encontra decretado no capítulo II do Código de Ética (1993, p. 31) Art. 8º São deveres do(a) assistente social:

- a- Programar, administrar, executar e repassar os serviços sociais assegurados institucionalmente;
- b- Denunciar falhas nos regulamentos, normas e programas da instituição em que trabalha, quando os mesmos estiverem ferindo os princípios e diretrizes deste Código, mobilizando, inclusive, o Conselho Regional, caso se faça necessário;
- c- Contribuir para a alteração da correlação de forças institucionais, apoiando as legítimas demandas de interesse da população usuária;
- d- Empenhar-se na viabilização dos direitos sociais dos/as usuários/as, através dos programas e políticas sociais;
- e- Empregar com transparência as verbas sob a sua responsabilidade, de acordo com os interesses e necessidades coletivas dos/as usuários/as.

É um dever do assistente social em sua atuação realizar programas, administrá-los, estarem totalmente confirmados e assegurados pela instituição, devem ser repassados aos usuários. As assistentes da SOPAI juntavam-se com a equipe de estagiários para planejar atividades e programas a ser realizado por elas, devido à situação financeira precária da instituição, as ações sempre eram voltadas para arrecadação de recursos no intuito de investir em produtos que poderiam ser distribuídos aos usuários, com isto, eram divulgadas ações de doações de roupas, fraldas, materiais de higiene, brinquedos.

Algumas instituições jurídicas e pessoas físicas compareciam na sala de Serviço Social para realizar as doações, com alguns materiais eram realizados

bazares e as fraldas eram distribuídas. Algumas entidades entravam em contato com as assistentes sociais oferecendo a realização de ações animadoras para as crianças e distribuições de brinquedos.

Um dos maiores desafios que o Assistente Social vive no presente é desenvolver sua capacidade de decifrar a realidade e construir propostas de trabalho criativas e capazes de preservar e efetivar direitos, a partir de demandas emergentes no cotidiano. Enfim, ser um profissional propositivo e não só executivo (IAMAMOTO, 2000, p. 20).

A citação acima mencionada relaciona-se ao que foi presenciado no ato da observação realizada, no que se refere à atuação da assistente social na Sociedade de Assistência e Proteção à Infância de Fortaleza, ao elaborar estratégias de forma criativa tornando-se um profissional com propósitos.

É a particularidade do Serviço Social como profissão, de intervir nos processos e mecanismos ligados ao enfrentamento da questão social, em suas mais agudas manifestações, que se renovam e se atualizam diante das diferentes conjunturas sociopolíticas. Trata-se de novas e velhas questões derivada da desigualdade social, característica do capitalismo monopolista, em suas múltiplas faces e dimensões, com as quais os assistentes sociais convivem no cotidiano profissional (RAICHELIS, 2006, p.2).

Baseando-se na citação acima mencionada, faremos um paralelo com o que foi observado no local do campo de pesquisa, o enfrentamento da questão social derivado da desigualdade social presente na instituição de trabalho onde se insere a assistente social, e passa a fazer parte do cotidiano profissional, atuando de forma criativa e comprometida.

Ao perceber falhas nos procedimentos e nas normas institucionais, afetando a população usuária, as assistentes sociais interviam em conversas com os profissionais. Caso não houvesse êxito era necessário levar o caso para as pessoas responsáveis, geralmente era repassado para a chefia de cada departamento, dependendo do que ocorresse.

Ao iniciar seu trabalho, a assistente primeiro verificava o livro de ocorrências, no intuito de ver as pendências registradas, tais como: postos que foram visitados, o quadro de funcionário que estejam trabalhando no plantão, reclamações realizadas no dia, postos que precisam da presença da assistente social com urgência, ligações que foram feitas pelos acompanhantes na sala, quantidade de fraldas distribuídas, estagiárias presentes e trabalhos realizados pelos mesmos, procedimentos que foram realizados pela assistente social. Depois realizou visitas nos leitos, com o objetivo de

conscientizar cada acompanhante da importância de concluir todo o tratamento da criança, apresentar as normas e a rotina da SOPAI, conversar com os funcionários para que possa ser repassado algo que esteja ocorrendo nos leitos que necessite de intervenção. Ao retornar para sua sala, iniciou os atendimentos pessoais de cada acompanhante individualmente, ouvindo seus questionamentos na maioria dos casos sobre a estrutura física dos leitos, por ser quente, sujo, reclamações sobre o mal atendimento dos funcionários, em destaque o atendimento das enfermeiras, solicitações de declarações, atestados, visita extra, cartão alimentação, e até mesmo pedidos de alta antes de terminar o tratamento da criança, pedidos de fraldas descartáveis, a assistente social conversou com cada um e fez exercer o direito do cidadão, quando estava ao seu alcance.

A demanda na sala de Serviço Social é bastante intensa, pois é onde se emitem atestados para acompanhantes, declarações, a partir do horário de 16h30min inicia-se a entrega de autorizações para visita extra, para pais que não podem visitar seus filhos no horário de visita padrão, que é de 15h às 16h. É na sala de Serviço Social onde os acompanhantes sentem a necessidade de expor suas raivas, suas reclamações. É muito comum ter vários casos por dia de mães pedindo para assinar um termo de responsabilidade e retirar seus filhos do hospital. Porém, este pedido é negado pela profissional muitas vezes devido ao quadro clínico dos pacientes, é sempre aconselhado que a mãe permaneça no hospital. Caso a mesma insista, a assistente social aciona o Conselho Tutelar para que possam ser tomadas as providências cabíveis pelo órgão competente.

O que se pode perceber foi que a atuação do Assistente Social é bastante dinâmica. O trabalho deste profissional é indispensável, pois busca atender as demandas de forma a contribuir para proporcionar um atendimento humanizado aos usuários, ocasionando um bem-estar. *Observamos no atendimento da Assistente Social uma atenção focada no usuário, a mesma escuta com atenção e logo busca a resolutividade da problemática. No dia 15 mar.2017, um pai que estava acompanhando sua filha foi até a sala do Serviço Social, muito alterado, falando alto, pois havia sido mal tratado por uma profissional do refeitório. A Assistente Social o escutou com toda atenção e paciência. O pai pediu para registrar a reclamação por escrito, foi feito. O caso foi mostrado para a equipe administrativa para serem tomadas as providências.*

Outro fato ocorrido foi na data 10 abr.2017, quando uma mãe foi à sala chorando, pois, seu filho estava sem se alimentar por várias horas, pelo fato da criança só tomar mingau, a mãe relatou que havia pedido para a funcionária fazer, mas a mesma recusou por várias vezes. A Assistente Social ligou para o setor para conversar e pediu a mãe para depois ir à cozinha pegar, mas passaram-se algumas horas a mesma voltou alegando que a funcionária ainda não havia feito, a Assistente Social foi até a cozinha, e conseguiu pegar o alimento da criança.

Outra demanda ocorrida na sala são pedidos de vale transportes, fraldas descartáveis, roupas, entre outras coisas, mas com a situação financeira do hospital comprometida estes pedidos estão sendo negados diariamente, afinal, por ser um hospital filantrópico, necessita de doações. Os acompanhantes podem realizar ligações do telefone da sala do Serviço Social.

A assistente social também recebe em sua sala alguns visitantes dos pacientes, alguns para tentar tirar dúvidas sobre o quadro clínico do paciente, fazer indagações, reclamações, pedidos, elogios, e por sinal são recebidos com toda atenção necessária.

Um caso ocorrido no atendimento que me chamou a atenção, foi na data 06 mar.2017, quando uma criança de 4 anos de idade que encontrava-se internada, a tia da criança esteve na sala a fim de conversar com a assistente social sobre o caso da sua sobrinha, a mesma relatou que criança estava com suspeita de violência sexual causada pelo padrasto. A tia estava muito preocupada, pois a sua sobrinha não conversava e estava assustada. A assistente social foi até o leito no intuito de conversar com a mesma. O Conselho Tutelar foi acionado para tomar as medidas cabíveis em relação ao caso exposto.

4.2.3 Do trabalho multiprofissional

A SOPAI possui um grupo de comissão administrativo, chamado G7, que é composto por sete pessoas escolhidas pelo presidente da SOPAI. O grupo reúne-se sempre todas as sextas-feiras. A Assistente Social é chamada para repassar os casos registrados pelas profissionais, no que se refere aos funcionários da instituição. Neste momento são repassadas todas as reclamações feitas por acompanhantes, para que os mesmos tomem as providências necessárias. A pauta da reunião é na melhoria do

atendimento aos pacientes, elaboração de estratégias profissionais para tornar um ambiente mais acolhedor para os usuários.

O capítulo III do Código de Ética (1993, p. 33) expressa o que é dever dos assistentes sociais no que refere-se as relações com os profissionais.

Art. 10. São deveres do/a assistente social:

d- incentivar, sempre que possível, a prática profissional interdisciplinar;

e- respeitar as normas e princípios éticos das outras profissões;

f- ao realizar crítica pública a colega e outros\ as profissionais, fazê-lo sempre de maneira objetiva, construtiva e comprovável, assumindo sua inteira responsabilidade.

Mediante a grande demanda de reclamações feitas pelos acompanhantes na sala de Serviço Social, fazia-se necessário a realização de críticas construtivas aos profissionais de forma objetiva no intuito de incentivar práticas diferentes, mas antes a assistente social certificava-se de que a informação era verídica, para só após tomar as providências, pois é necessário haver comprovação dos fatos.

Capítulo V do Código de Ética 1993 está decretado, vedado: Art. 16: “Em trabalho multidisciplinar só poderão ser prestadas informações dentro dos limites do estritamente necessário”.

É obrigação do profissional manter o sigilo, então, como decretado no Código de Ética, algumas informações não podem ser expressas ao público. Para preservar este sigilo profissional, quando havia necessidade, a assistente social chamava a pessoa na sua sala e conversava particular, sem precisar expor o profissional diante de outras pessoas.

Afinal é muito comum haver reclamações por parte dos acompanhantes, do atendimento realizado pela equipe de profissionais da enfermagem, muitos acompanhantes chegavam à sala chorando, *houve um caso isolado onde a mãe registrou pelo celular a forma de tratamento rude vinda da parte de uma técnica de enfermagem com seu filho, a assistente social disse para a acompanhante que iria tomar as decisões cabíveis.*

Então, a profissional leva alguns casos de reclamações, sem expor o reclamante, para a reunião com o objetivo de que não haja mais o tipo de comportamento, afetando os usuários e pacientes, devendo então haver a diminuição de reclamações realizadas na sala de Serviço Social.

Art. 13. São deveres do/a denunciar, no exercício da Profissão, às entidades de organização da categoria, às autoridades e aos órgãos competentes,

casos de violação da Lei dos Direitos Humanos, quanto a: corrupção, maus tratos, torturas, ausência de condições mínimas de sobrevivência, discriminação, preconceito, abuso de autoridade individual e institucional, qualquer forma de agressão ou falta de respeito à integridade física e mental do/a cidadão/ cidadã (CÓDIGO DE ÉTICA DO ASSISTENTE SOCIAL, 1993, p. 35).

Foi decretado como dever do assistente social enquanto profissional, no Código de Ética da Profissão, realizar denúncias quando os profissionais estiverem ferindo as normas, e violando as leis, quando se refere a maus tratos, discriminação, torturas, preconceitos, entre outros abusos. Na realização do método de observação na SOPAI, não chegou a ocorrer nenhum fato de denúncias a órgãos competentes. Apenas foram repassadas as denúncias para as autoridades mediante a cada categoria profissional, no intuito de que os responsáveis realizassem as providências cabíveis a cada caso.

No método de observação do cotidiano, foi possível identificar a tentativa por parte das assistentes sociais em manter uma relação amigável com os outros profissionais na instituição, muitas vezes tornava-se difícil esta mediação, algo que precisava haver mais conversas, aconselhamentos, pois muitos profissionais não cumpriam com as regras impostas. Toda esta intervenção das assistentes sociais era na tentativa de facilitar a atuação dos profissionais, tornando um ambiente de trabalho mais comprometido com as normas do hospital.

4.2.4 Dos desafios

Estamos, assim, diante de um duplo desafio: de um lado, avançar a articulação entre as ações desenvolvidas e a reflexão teórica crítica, que seja capaz de se antecipar aos desafios e colaborar nas definições mais substantivas do conteúdo das políticas sociais e dos direitos que devem garantir. E, de outro lado, participar ativamente do movimento de defesa do caráter universalizante da Seguridade Social brasileira e da primazia do Estado na sua condução, reafirmando a consolidação do SUS, do SUAS, da Previdência Social, da Educação Pública, combatendo o reducionismo do modelo de política social voltada aos mais pobres entre os pobres, a despolitização da política, a refilantropização da questão social, trazendo de volta ao debate o ideário e o imaginário da subjetividade pública e da universalização dos direitos (RAICHELIS, 2006, p. 13).

Assim como mencionado na citação acima, a atuação dos assistentes sociais baseia-se em um duplo desafio: de um lado, precisam estar preparadas para realizar ações criativas voltadas as políticas públicas, que garantam os direitos dos usuários.

E, do outro lado, a defesa dos interesses do capitalismo, da instituição pela qual exerce a função de trabalhador.

É uma ação de um sujeito profissional que têm competência para propor, para negociar com a instituição os seus projetos, para defender o seu campo de trabalho, suas qualificações e funções profissionais. Requer, pois, ir além das rotinas institucionais e buscar apreender o movimento da realidade para detectar tendências e possibilidades nela presentes passíveis de serem impulsionadas pelo profissional (IAMAMOTO, 2000, p. 21).

O maior desafio da assistente social na SOPAI era o fato que, mesmo propondo, negociando com a instituição os seus projetos, não eram de fato implementados devido à falta de verbas. Ao realizar esta observação, pude perceber que a atuação da assistente social dentro da SOPAI, é extremamente desafiadora, por ser um hospital filantrópico que necessita de doações, devido à sua situação financeira não ser favorável.

Um dos maiores desafios que o Assistente Social vive no presente é desenvolver sua capacidade de decifrar a realidade e construir propostas de trabalho criativas e capazes de preservar e efetivar direitos, a partir de demandas emergentes no cotidiano. Enfim, ser um profissional propositivo e não só executivo (IAMAMOTO, 2000, p. 20).

A citação acima mencionada relaciona-se com o que foi presenciado no ato da observação realizada, no que se refere à atuação da assistente social na Sociedade de Assistência e Proteção à Infância de Fortaleza, ao elaborar estratégias de forma criativa tornando-se um profissional com propósitos.

Muitos direitos são negados aos usuários por não existir e não ter como a profissional fornecer. Nesta realidade a assistente social precisa utilizar suas habilidades profissionais, usando a criatividade e estratégias que consigam mudar a situação ou até mesmo amenizar, então, com as doações recebidas no hospital, a assistente social realiza bazar, no intuito de arrecadar recursos financeiros para a instituição, divulgações de campanhas de doações, antes realizada por uma equipe de profissionais, que realizam ligações para alguns órgãos solicitando a ajuda, porém, com a situação precária do hospital, não foi possível manter estes serviços, perdendo alguns contatos e doações antes existentes para a instituição.

Os profissionais do Serviço Social na SOPAI contam com a ajuda do grupo de estagiárias que se mobilizam e realizam campanhas de doações, ao realizar os seus

projetos de intervenção*, uma estagiária realizou uma campanha de doações de fraldas, emitindo cartilhas com os pedidos e distribuindo nas farmácias e hospitais.

As assistentes sociais possuem um desafio imenso em suas mãos: de um lado está a necessidade dos usuários que precisam ser atendidas e do outro a falta de recursos, e de capital na instituição de trabalho, exigindo assim do profissional estratégias e habilidades que favoreçam os usuários, sem prejudicar seu local de trabalho.

Para as acompanhantes realizarem suas alimentações precisam dirigir-se à sala do refeitório sem a companhia de seus filhos. Esta era uma problemática muito intensa e desafiadora para as assistentes sociais, pois as mães questionavam o tempo todo na sala por autorização para trazer a criança ou permissão para a alimentação ir para o leito, mas era algo que não podia ser realizado pelas profissionais. Devido a essa intensa demanda e questionamentos presenciados pelos estagiários, foi planejado um projeto de intervenção por eles, o projeto era montar uma estrutura onde as crianças pudessem ficar enquanto as acompanhantes alimentavam-se, tal iniciativa foi apoiada pela assistente social e repassada para o presidente da instituição, que logo permitiu a implantação no ano 2016.

Hoje a estrutura já foi montada, chamada de brinquedoteca, possui livros, brinquedos, músicas, onde as crianças se divertem, brincam conta com ajuda de funcionários da instituição e de estagiários. Esta iniciativa teve um resultado positivo em relação às demandas na sala de Serviço Social, os acompanhantes ficaram satisfeitos, e as reclamações amenizaram.

O que se pode perceber durante a observação foi que um dos desafios das Assistentes Sociais é manter uma articulação com os profissionais, uma mediação sem ferir os preceitos, foram várias vezes que ouvi da profissional “*somos uma equipe, e precisamos trabalhar juntos para assim facilitarmos nosso desempenho*”. Pois a grande demanda na sala de Serviço Social é de reclamações de atendimento, tratamento “*desumano*”, palavras dos acompanhantes.

Mediante o que foi exposto no presente capítulo, objetivamos destacar algumas questões de forma a questionar-se: devido ao quadro de precariedade da SOPAI, e falta de recursos financeiros, a atuação das Assistentes Sociais torna-se limitada, sem

* É uma proposta de ação a partir da leitura da realidade, considerando o contexto nas suas várias expressões: sociais, político, econômico, ideológico, cultural. É um importante instrumento para dar visibilidade ao fazer profissional, bem como para a negociação das ações no âmbito institucional.

muitos projetos a executar na instituição, por falta de verbas, acabando em uma rotina alienada, sem causar grandes impactos imediatos aos usuários. Sem falar na falta de profissionais para complementar a atuação, uma demanda extensa para uma quantidade de profissionais mínima, recebendo uma remuneração desfavorável.

No cotidiano das políticas de seguridade social no Brasil presenciamos a regressão constante dos direitos sociais, principalmente, a partir da realização de políticas compensatórias, quando conquistas sociais históricas como o Sistema Único de Saúde é desmantelado da perspectiva de universalidade e integralidade, passando a ser direcionado ao âmbito da carência mediante comprovação de pobreza (OLIVEIRA, 2014, p. 2).

Baseando-se na citação acima mencionada, relacionamos com o cotidiano das Assistentes Sociais da SOPAI, quando os direitos sociais muitas vezes são negados, descentralizando uma perspectiva de algo universal, tornando-as limitadas, desprovidas de meios interventivos de maneira a mudar uma realidade vivida em seu local de trabalho.

Destaca-se que o Assistente Social possui um arcabouço de conhecimento que se traduzem em técnicas e materializam-se em instrumentos que devem ser adequadas à realidade e à necessidade de intervenções, determinados pelo profissional, com fins de captar os sentidos da realidade referente aos aspectos sociais e culturais de seus usuários quando não possível no sentido imediato da realidade social (OLIVEIRA, 2014, p. 3).

Concordamos com Oliveira (2014), quando lemos seus escritos e relacionamos com a realidade vivenciada pelos profissionais do Serviço Social na Sociedade de Assistência e Proteção à Infância de Fortaleza, quando as Assistentes Sociais possuidoras do conhecimento precisam articular suas técnicas de forma adequada conforme a realidade, e quando isto não se torna possível, atuam de forma imediata, sem poder identificar os impactos que poderá causar à frente.

Algo observado e que se tornou impactante foi identificar que as Assistentes Sociais precisam de uma certa forma criar campanhas, manifestar-se em realizações de ações, no intuito de manter o hospital, algo que não compete ao Serviço Social, cabe aos órgãos responsáveis, os profissionais estão no campo de trabalho para concretizar os direitos dos cidadãos usuários da instituição pertencentes.

Todas estas problemáticas causam impasses na atuação, dificultando seu trabalho no que diz respeito às suas obrigações e deveres impostos. Enfim, destacamos, então, a importância do método de observação direta realizado na Sociedade da Assistência e Proteção à Infância d Fortaleza (SOPAI), pois fez-se

possível identificar o cotidiano da atuação profissional, podendo obter dados que comprovem os objetivos da temática e respondam a pergunta de partida da presente monografia, podendo também identificar as falhas e expressar de forma crítica o que foi presenciado durante a pesquisa.

Contudo, com este método de pesquisa realizada no presente trabalho de pesquisa, chamado de observação direta, na qual houve uma aproximação do objeto de estudo, podendo transcrever dados a respeito da problemática expressa, fez-se possível identificar realidades vividas dentro de uma instituição de saúde pelos usuários e compreender a importância da atuação dos profissionais de Serviço Social, no que se refere à concretização dos direitos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Não foram momentos fáceis, foi necessário ultrapassar barreiras impostas no caminho, obstáculos que pareciam sem fim, impasses que nos fizeram desanimar, porém, nunca desistir, com a força de Deus foi possível alcançar o tão sonhado objetivo.

Sabemos que a saúde é essencial na vida de um ser humano, pois se precisa dela para poder viver, trabalhar, estudar, entre outras coisas. Por causa desta importância, o ser humano necessita de cuidados feitos por profissionais qualificados, que possam concretizar este direito para os cidadãos, entre estes profissionais destacamos os assistentes sociais e sua atuação no que se refere à garantia de direitos, e para a realização de procedimentos e distribuição, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS) no intuito de garantir a saúde dos cidadãos brasileiros.

Com a Constituição Federal de 1988, a saúde passou a ser reconhecida como um direito social, cabendo ao poder público a obrigação de garanti-lo, pois foi decretado que a saúde é um direito de todos os cidadãos e dever do Estado, esta conquista foi adquirida através de lutas, e reivindicações da população brasileira, e então foram concebidos princípios norteadores para o SUS, tais como, universal, igualitário e integral.

Mediante a esta conquista dos cidadãos brasileiros, a saúde pública, e conforme lido sobre o referido tema, compreendendo que é um direito de todos, e também por ter tido este direito negado, surgiu o interesse de estudar e aprofundar-se mais sobre este assunto, o objetivo geral é identificar a atuação dos assistentes sociais na saúde, e como objetivos específicos, compreender os limites na concretização do direito universal à saúde e analisar os impactos da falta de atendimento à saúde na vida dos usuários, para aprofundar-se no assunto foi realizada uma pesquisa de campo com o método de observação na Sociedade de Assistência e Proteção à Infância de Fortaleza (SOPAI).

Este estudo proporcionou observações essenciais para a efetivação do presente trabalho, a entrada no campo de pesquisa foi de extrema importância para obter dados concretos e reais podendo alcançar os objetivos expostos, identificamos de perto a atuação dos assistentes sociais na saúde, pode-se destacar a partir da pesquisa realizada, a importância deste profissional, pois busca trabalhar na perspectiva da defesa dos direitos aos usuários da saúde, procurando realizar um

trabalho humanizado, a procura de dar qualidade e proporcionar um bem-estar no período de internação dos pacientes e acompanhantes.

Devido à infraestrutura da SOPAI não ser totalmente adequada, dificulta muitas vezes o trabalho profissional. Foram observados inúmeros desafios enfrentados pelas Assistentes Sociais, primeiramente a dificuldade em executar projetos, devido à falta de recursos, precisando realizar campanhas de doações para manter o hospital. Depois vem a dificuldade de articulação com a equipe multiprofissional, no que se trata do profissionalismo de cada um, que muitas vezes precisa ser tratado com providências mais sérias.

No segundo objetivo alcançado verificou-se o desconforto enfrentado pelos acompanhantes e pacientes, na fragilidade do atendimento à saúde, por várias vezes foram presenciados usuários chorando, reclamando e questionando na sala do Serviço Social, como já foi dito anteriormente, mas também lutando por seus direitos enquanto cidadãos.

No que se refere ao terceiro, as dificuldades enfrentadas pelas Assistentes Sociais na concretização do direito universal, os profissionais enfrentam desafios para fazer valer estes direitos, mas não torna sua atuação fatalista, apesar dos obstáculos, sempre luta, e busca exercer seu papel sempre com uma atuação pautada nos Parâmetros de Atuação do Assistente Social na Saúde e pelo Código de Ética da Profissão.

Foi possível identificar também falhas, pois, apesar de haver esforços por parte destes profissionais, a instituição não possui suporte e nem recursos financeiros, por se tratar de uma instituição filantrópica, causando uma atuação robótica, sem grandes impactos aos usuários. Outra falha presenciada refere-se à equipe multiprofissional, ao se tratar do não cumprimento das normas impostas pelas assistentes sociais, sem comprometimento por parte de alguns profissionais, impossibilitando uma interlocução entre os mesmos, tornando o trabalho desgastante, e acaba atrapalhando a realização das demandas.

Desta forma, foi possível alcançar todos os objetivos postos na problemática do referido trabalho, contribuindo para uma experiência enriquecedora tanto teoricamente como tecnicamente para a futura profissão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABEPSS, Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social, 2003. acordabrasil.com > Colunas > Espaço Variedades agenciabrasil.ebc.com.br/.../defensoria-publica-inicia-visitas-hospitais-no.
- ANTUNES, Ricardo. Nova era da precarização estrutural do trabalho. 2008. São Paulo (SP). Disponível em: <http://www.fundacentro.gov.br/Arquivos/sis/EventoPortal/AnexoPalestraEvento/Mesa%201%20-%20Ricardo%20Antunes%20texto.pdf>. Acesso em: 28/04/2017 às 19:27.
- ANTUNES, Ricardo. Trabalho e Precarização numa ordem neoliberal. 1995. Disponível em: <http://biblioteca.clacso.edu.ar/ar/libros/educacion/antunes.pdf>, acesso em 12/05/2017.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Curso de autoaprendizado Redes de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde Brasília, 2012. Disponível em: http://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/ras_curso_completo_1.pdf, acesso em 06/04/2017 às 20:02.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Curso de autoaprendizado Redes de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde Brasília, 2012. Disponível em: http://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/ras_curso_completo_1.pdf, acesso em 06/04/2017.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2015. Disponível em: <http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-Atencao-Primaria-e-as-Redes-de-Atencao-a-Saude.pdf>, acesso em 06/04/2017, às 19:01.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Legislação Estruturante do SUS/ Conselho Nacional de secretários da Saúde. 20 ed. Brasília, CONASS, 2007.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. SUS: avanços e desafios/ Conselho Nacional de secretários da Saúde. 1ª ed. Brasília, CONASS, 2006.
- BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. Guia de vigilância epidemiológica/Fundação Nacional de Saúde. 5.ed. Brasília: FUNASA, 2002. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/funasa/guia_vig_epi_vol_1.pdf. Acesso: 08/04/2017, às 18:27.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Assistência Farmacêutica. 2014. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/470-sctie-raiz/daf-raiz/daf/12-daf/12125-assistencia-farmacautica>. Acesso em 09/04/2017 às 18:06.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conheça a RAPS Rede de Atenção Psicossocial. Brasília (DF), 2013. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/conheca_raps_rede_atencao_psicossocial.pdf, acesso em 07/04/2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios/Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. – 3ª ed- Brasília: Editora do Ministério da Saúde. 2009. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_az_garantindo_saude_municipios_3ed_p1.pdf. Acesso em 09/04/2017 às 20:39.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Saúde do Trabalhador Saúde do trabalhador / Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica de Saúde do Trabalhador. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL.CONSTITUIÇÃO de 1988.

BRAVO. M.I. Saúde e Serviço Social. Política de saúde no Brasil. 5 ed. São Paulo (SP), Cortez, 2012.

BRAVO. MI. MATOS. Saúde e Serviço Social. Reforma sanitária e o projeto ético político do Serviço Social: Elementos para debate. 5 ed. São Paulo, Cortez, 2012
Constituição da República Federativa do Brasil de 05 de outubro de 1988.

CICILIATI, Nilza. A trajetória histórica da saúde no Brasil. 2013. Disponível em: <http://servicosocial-erenilza.blogspot.com.br/2013/03/a-trajetoria-historica-da-saude-no.html>. Acesso em: 28/05/2017 às 20:32

DEMÉTRIO, Glauber. A precariedade na saúde pública no Brasil. 2015. Disponível em: <http://www.administradores.com.br/artigos/academico/a-precariedade-na-saude-publica-no-brasil/89055/>, acesso em 21/11/2016 às 19:00.

DEMO.P. Metodologia científica em ciências sociais. . 3.ed.São Paulo,atlas,1995.
DURIGUETTO, Maria Lúcia. Movimentos sociais e Serviço Social. Brasília (DF). 2015. Disponível em: <file:///C:/Users/Marcelo/Downloads/9414-27167-1-PB.pdf>. Acesso em: 01/05/2017 às 19:55.

ELIAS, Paulo Eduardo. DISCIPLINA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.2013. Disponível em: <http://www2.fm.usp.br/cedem/did/atencao/Texto01.pdf> acesso em 05/04/2017 às 22:01.

ERDMANN, Alacoque Lorenzini. A atenção secundária em saúde: melhores práticas na rede de serviços. 2013. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/52935/56928>. Acesso em 09/04/2017 às 18:59.

Federação das Santas Casas de Misericórdia e Hospitais Benéficos do Estado do Paraná. Disponível em: <http://www.femipa.org.br/faq/>. Acesso em 27/04/2017 às 21:06.

FIELKMAN, Jacob. Caminhos da saúde pública no Brasil. 20 ed. Rio de Janeiro (RJ), fiocruz, 2002. Disponível em : static.scielo.org/scielobooks/sd/pdf/fielkman-9788575412848.pdf. Acesso em 24/03/2017 às 16:03.

GAMA.A.S. Saúde e Serviço Social. Gênero e avaliação da qualidade da atenção em serviços de saúde reprodutiva. 5.ed.São Paulo,Cortez,2012.

GIL, Antonio Carlos. Como elaborar projetos de pesquisa/Antonio Carlos Gil. 4 ed.. São Paulo (SP), Atlas, 2002. Disponível em: https://professores.faccat.br/moodle/pluginfile.php/13410/mod_resource/content/1/como_elaborar_projeto_de_pesquisa_-_antonio_carlos_gil.pdf. Acesso em 27/04/2017 às 16:26.

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_municipio_garantindo_saude.pdf

<http://cress-sc.org.br/wp-content/uploads/2014/03/O-servi%C3%A7o-social-na-%C3%A1rea-da-sa%C3%BAde-desvendando-o-emergencialismo-e-o-imediatismo2.pdf>, acesso em 11/05/2017 às 20:20

http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_esf.php, acesso em 11/05/2017 às 15:30

http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_ras.php, acesso em 06/04/2017 às 16:14.

<http://pensesus.fiocruz.br/atencao-basica>, acesso em 08/05/2017 às 17:25

<http://sas-seconci.org.br/index.php/onde-atuamos/ubs-unidade-basica-de-saude>

<http://smsdc-cfisabeldossantos.blogspot.com.br/2013/04/voce-sabe-diferenca-atencao-primaria-de.html>, acesso em 07/04/2017 às 16:29;

[http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros para Atuacao de Assistentes Sociais na Saude - versao preliminar.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude_-_versao_preliminar.pdf)

<http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-Atencao-Primaria-e-as-Redes-de-Atencao-a-Saude.pdf> 2015. acesso: 06/04/2017 às 17:31.

<http://www.dudh.org.br/definicao/> <acesso: 20/11/16, 18:30 horas

<http://www.hgf.ce.gov.br/index.php/apresentacao/apresentacao>, acesso em 11/05/2017 às 20:26.

<http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n3/v13n3a07>

<http://www.scielo.br/pdf/icse/2014nahead/1807-5762-icse-1807-576220140597.pdf> acesso em 05/04/2017 às 21:42.

<http://www.uece.br/saudedafamilia/index.php/pagina-inicial>, acesso em 11/05/17, às 15:52.

http://www.uff.br/higienesocial/images/stories/arquivos/aulas/Texto_de_apoio_3_-_HS-Historia_Saude_no_Brasil.pdf

<https://catalogodeservicos.fortaleza.ce.gov.br/categoria/saude/servico/65>, acesso em 11/05/2017 às 15:28.

<https://dicionariodoaurelio.com/filantropo>. Acesso em: 28\04\2017 às 13:30

https://www.abrasco.org.br/site/wpcontent/uploads/2015/06/Luis_Eugenio_Simposio_Nacional_Saude_JUN2015.pdf

<https://www.ufpe.br/servicosocial/index.php?option=com...id...>

IAMAMOTO, Marilda Vilela. O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional. 3 ed. São Paulo (SP), Cortez, 2000. Disponível em: <https://wandersoncmagalhaes.files.wordpress.com/2013/07/livro-o-servico-social-na-contemporaneidade-marilda-iamamoto.pdf>. Acesso em: 28/04/2017 às 18:19.

JORNAL BOM DIA BRASIL, RJ, ACESSO ÀS 07:35, DATA: 22/11/2016

LAKATOS, Eva Maria. Fundamentos de metodologia científica / Marina de Andrade Marconi, Eva Maria Lakatos. 5 ed. São Paulo (SP), Atlas, 2003 Disponível em: https://docente.ifrn.edu.br/olivianeta/disciplinas/copy_of_historia-i/historia-ii/china-e-india. Acesso em 27/04/2017 às 18:51.

LAKATOS, Eva Maria. Fundamentos de metodologia científica / Marina de Andrade Marconi. 7 ed. São Paulo (SP), atlas,2010.

Lei 8.080 19 DE SETEMBRO DE 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm.> Acesso em 08/04/2017 às 19:28.

MACEDO, Lillian de Magda. Interdependência entre os níveis de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS): significado de integralidade apresentado por trabalhadores da Atenção Primária. 2013.

MARCONI, Marina de Andrade. Fundamentos de metodologia científica. 7 ed. São Paulo (SP), atlas, 2010.

MATOS, Maurício Castro. Serviço Social ética e saúde. 5 ed. São Paulo (SP), cortez, 2013.

MENDES, EV. As redes de atenção à saúde. 2ª ed. Brasília (DF): Tiragem, 2011. Disponível em: file:///C:/Users/Marcelo/Downloads/Redes_Atencao_Saude_Eugenio_2ed.PDF, acesso em 06/04/2017 às 18:55.

MENDES, EV. Uma agenda para saúde. São Paulo (SP): HUCITES; 1999.

MESTRINER, Maria Luíza. O Estado entre a filantropia e a assistência social. 3 ed. São Paulo (SP), Cortez, 2008.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Pesquisa Social. 29 ed. Petrópolis, RJ, vazes, 2010.

MIOTO, Regina Celia Tamasso. NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. Política Social e Serviço Social: os desafios da intervenção profissional. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rk/v16nspe/05.pdf>, acesso em: 26/05/2017.

NETO, Antonio Ozzetti. A precariedade da saúde pública no Brasil. 2013. Disponível em: <http://blogdejadson.blogspot.com.br/2013/07/a-precariedade-da-saude-publica-no.html>, acesso em: 20/11/2016 às 18:15.

OLIVEIRA, Luciano. Blog com notícias sobre Direito Sanitário, direito à saúde, saúde pública e atuação do Ministério Público. 2012. Disponível em: <http://direitoesaudepublica.blogspot.com.br/2012/02/atencao-terciaria.html>. Acesso em 10/04/2017 às 21:42.

OLIVEIRA, Marcelo Nascimento. O Serviço Social na área da saúde: desvendando o emergencialismo e o imediatismo. 2014.

PAIM, JS. O que é o SUS. Rio de Janeiro (RJ). Fiocruz, 2009.

PIANA, Maria Cristina. A pesquisa de campo. 2009. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/vwc8g/pdf/piana-9788579830389-06.pdf>. Acesso em 27/04/2017 às 15:40.

POLIGNANO, Marcos Vinícius. História das políticas de saúde no Brasil (uma pequena revisão), 2005. Disponível em: <http://www.medicina.ufmg.br/dmps/internato/saúdenobrasil.utcf>. Acesso em 23/03/2017 às 17:17.

PONTES, ADM, CESSO, RGD, OLIVEIRA, DC, GOMES, AMT. O princípio da universalidade do acesso aos serviços de saúde: O que pensam os usuários?, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n3/v13n3a07>, acesso em 27/03/2017 às 15:56.

Portal Brasil. Pessoas com deficiência terão atenção especial. 2012. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2012/05/pessoa-com-deficiencia-tera-atencao-especial>, acesso em 07/04/2017 às 15:49.

RAICHELIS, Raquel. Democratizar a gestão das políticas sociais – um desafio a ser enfrentado pela sociedade civil. In: MOTA, Ana E. Serviço Social e saúde – formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez Editora, 2006.

RETKA, Nilvo. A saúde no Brasil a partir da década de 80: retrospectiva histórica e conjuntura atual. 2002. Disponível em: cac-phd.unioeste.br/projetos/gpps/midia/seminario1/trabalhos/saude/eixo1/42NilvoRetka.pdf. acesso em 26/03/2017 às 12:55.

RODRIGUES, Rocicler Martins. Vida e saúde. 1ª ed. São Paulo (SP), moderna, 1993.

SANTOS, Izabel. Atenção Primária de Saúde, Atenção Secundária e Atenção Terciária. 2015.

SANTOS, Lenir. Direito da saúde no Brasil. Campinas (SP), Editora saberes, 2010.

saude.fortaleza.ce.gov.br/infosaude-menu/2-uncategorised/58-hospitais-distritais-gonzaguinhas, acesso em 11/05/2017 às 16:35.

sistemaunicodesaude.weebly.com

TEIXEIRA, Luiz Antonio. 2014, volume 21.

UCHÔA, Roberta. Serviço Social e Saúde. Brasília, (DF), Ministério de Saúde, 2009.

VASCONCELOS, Ana Maria. A prática do Serviço Social. 8 ed. São Paulo (SP), cortez, 2011.

www.administradores.com.br/artigos/.../a-precariedade...saude.../89055/

www.brasil.gov.br/@_@search?Subject%3Alist=Ministério%20da%20Saúde

www.observatorio.epsjv.fiocruz.br/

www.saude.ce.gov.br/

www.scielo.br/scielo.php/script_sci_serial/pid_1517.../lng.../nrm_iso

www.unosus.unifesp.br/bibliotecavirtual/esf/1/modulo-politico-gestor/unidade-4pdf-policaspublicasdesaúdenobrasil